

**Le phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle :  
portrait clinique et enjeux de sous-diagnostic (Partie I)**

Marine Dallemagne

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	3
<b>Partie I</b> .....	4
<b>Introduction</b> .....	4
<b>Méthodologie</b> .....	10
<b>Le phénotype féminin de l'autisme : définition et origine</b> .....	12
Les critères diagnostiques actuels .....	13
<b>Caractéristiques clés du phénotype féminin</b> .....	15
1. Camouflage.....	15
2. Intérêts spécifiques .....	18
3. Motivation sociale .....	20
4. Profil verbal .....	23
5. Sensibilité sensorielle .....	24
6. Troubles associés et diagnostics isolés .....	26
<b>Bibliographie</b> .....	29

## **Résumé**

Ce travail a été effectué en tant qu'étudiante à l'Université de Lausanne (UNIL), sous la direction de la Dr. Gloria Repond.

Ce mémoire explore les facteurs cliniques, diagnostiques et sociaux qui participent au sous-diagnostic de l'autisme chez les femmes sans déficience intellectuelle. À travers une revue de littérature, il met en lumière les spécificités du phénotype féminin, souvent marqué par des stratégies actives de camouflage social, des intérêts perçus comme plus conformes aux normes, une forte motivation relationnelle, ainsi qu'une présentation intériorisée du trouble.

Ces caractéristiques, bien que typiques du TSA féminin, restent peu identifiées par les outils diagnostics standards, historiquement construits à partir de profils masculins. Cette invisibilisation clinique conduit fréquemment à des diagnostics secondaires, tels que des troubles anxieux, dépressifs ou du comportement alimentaire, retardant l'accès à un accompagnement adapté.

Le mémoire souligne également les limites théoriques et méthodologiques des modèles actuels pour appréhender les formes moins typiques de l'autisme.

En s'appuyant sur des données cliniques et sociologiques, ce travail plaide pour une évaluation plus sensible aux dimensions genrées et intersectionnelles du TSA. Il formule des recommandations concrètes : réviser les critères diagnostiques, intégrer le vécu subjectif, adapter les outils d'évaluation, et sensibiliser les professionnel.les à ces profils encore largement méconnus.

## **Introduction**

Si les connaissances sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se sont considérablement affinées ces dernières décennies, de nombreux aspects de sa présentation clinique restent encore à explorer. Parmi les évolutions récentes, l'attention portée à la diversité des profils constitue une avancée majeure, mais certaines manifestations demeurent encore largement méconnues. C'est notamment le cas des femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle, dont les particularités diagnostiques et cliniques sont encore insuffisamment identifiées.

Ce mémoire s'inscrit dans cette problématique, en questionnant les limites des approches actuelles à travers une revue de la littérature, centrée sur ce sous-groupe encore peu reconnu. Il commence par un retour sur l'évolution des définitions de l'autisme et des classifications diagnostiques, afin de mieux situer les fondements conceptuels dans lesquels s'inscrivent les représentations actuelles et les limites qu'elles impliquent.

La définition de l'autisme, telle que nous la connaissons aujourd'hui, résulte d'une interaction entre la psychiatrie, la psychologie développementale et les neurosciences. Ce croisement de disciplines a souvent donné lieu à des controverses. En 1943, le pédopsychiatre Leo Kanner publie une première explication clinique du trouble. Il y décrit onze enfants présentant des comportements caractérisés par une résistance au changement, un isolement social extrême et un langage particulier, qu'il a qualifié de « trouble autistique du contact affectif » (Kanner, 1943). Un an plus tard, le psychiatre autrichien Hans Asperger définit un tableau similaire chez les garçons qu'il qualifie de « petits professeurs », mettant en avant leurs intérêts spécifiques, leur langage fluide et leurs difficultés au niveau des interactions sociales (Asperger, 1944). Pendant longtemps, la vision prédominante de l'autisme a été celle décrite par Kanner (1943).

Durant plusieurs décennies, cette distinction entre l'autisme défini par Kanner (1943) et celui défini par Asperger (1944) a perduré, et a ensuite été institutionnalisée dans les manuels diagnostiques. De ce fait, le DSM-IV (1994) a fait une distinction entre le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le

trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS). Reposant sur des critères stricts, cette classification a entraîné une hétérogénéité importante dans les diagnostics et un manque de cohérence dans la prise en charge (Volkmar & Klin, 2005). Avec l'arrivée du DSM-5 (2013), cette approche a été révisée en profondeur, en introduisant la notion de trouble du spectre de l'autisme (TSA). Regroupant l'ensemble des diagnostics précédents sur un même spectre, cette nouvelle définition tient compte de la variabilité des symptômes selon leur intensité et leur impact fonctionnel (American Psychiatric Association, 2013).

Selon la définition du DSM-5 (APA, 2013), le TSA se caractérise par : A. Un déficit persistant de la communication et des interactions sociales dans divers contextes, incluant : un déficit dans la réciprocité socio-émotionnelle ; un déficit dans la communication non verbale utilisée pour l'interaction sociale ; un déficit dans le développement, le maintien et la compréhension des relations. B. Un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités, manifesté par au moins deux des éléments suivants : des mouvements stéréotypés (ex. Stéréotypies motrices, écholalie, langage idiosyncratique) ; une adhésion rigide aux routines, des difficultés face au changement ; des intérêts restreints et anormalement intenses, caractérisés par une fixation forte sur un centre d'intérêt spécifique (ex. Fascination excessive pour objet, activité ou sujet) ; une hyper- ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels.

Parallèlement, la CIM-11 (Classification internationale des maladies, OMS, 2019) a, elle, supprimé les sous-catégories afin d'adopter une vision plus dimensionnelle. Cette nouvelle définition, mettant en avant un spectre, marque une étape importante dans la reconnaissance de la diversité des profils autistiques, notamment au niveau des formes sans déficience intellectuelle.

Le trouble du spectre de l'autisme est aujourd'hui reconnu comme un trouble neuro-développemental d'origine congénitale (Lord et al., 2018). Bien qu'il soit d'origine multifactorielle, l'autisme semble avant tout lié à des causes génétiques, selon une majorité des études. Les facteurs environnementaux sont plutôt considérés comme des éléments susceptibles d'en moduler l'expression. L'héritabilité est estimée entre 60 et 90% (Grove et al., 2019), et plus de 1000 gènes associés ont été identifiés, sans qu'aucun ne soit une cause à lui seul (The

Lancet Commission, 2022). On retrouve, parmi les facteurs environnementaux, l'âge avancé des parents, certaines complications prénatales ou périnatales, ainsi que des facteurs épigénétiques pouvant influencer l'expression des gènes impliqués dans le développement cérébral.

Situé sur un spectre, le trouble peut se présenter cliniquement de manière variée d'un individu à l'autre, pouvant aller d'une forme légère à une forme sévère (Lord et al., 2020), incluant ainsi une grande variabilité interindividuelle. Si l'introduction du terme « spectre » visait à mieux illustrer la diversité des profils cliniques, elle aurait également donné lieu à plusieurs débats sur l'hétérogénéité du trouble. Effectivement, certains chercheurs soulignent la complexité d'une entité diagnostique si large, englobant des individus à des niveaux différents de fonctionnement, et visant ainsi à reconnaître l'existence de plusieurs « autismes » plutôt qu'un seul spectre uniforme (Lai et al., 2015 ; Volkmar & McPartland, 2014). Cette hétérogénéité complique ainsi la construction d'outils diagnostiques universels et peut contribuer à l'invisibilisation de profils plus subtils.

On estime qu'environ 1% de la population mondiale est touchée par l'autisme (Zeidan et al., 2022), et que parmi ces personnes, environ 70% ne présentent pas de déficience intellectuelle, une catégorie notamment peu étudiée chez les femmes. Bien que l'autisme ait historiquement été considéré comme un trouble à prédominance masculine, les travaux plus récents (Loomes, Hull & Mandy, 2017) suggèrent que le ratio diagnostique entre hommes et femmes <sup>1</sup> serait surestimé en raison de biais méthodologiques (liés à la construction des critères à partir de profils masculins) et diagnostiques (reliés à l'usage d'outils peu sensibles aux formes plus discrètes d'autisme). Ces chercheur.es estiment que le véritable ratio se rapprocherait plutôt de 3 :1, voire moins. Pourtant, les estimations traditionnelles se situeraient en principe autour de 4 :1 (Halladay et al., 2015 ; Lai et al., 2014), mais pourraient atteindre jusqu'à un ratio de 10 :1 en absence de déficience intellectuelle (Fombonne, 2009 ; Rivet et Matson, 2011).

---

<sup>1</sup> Dans ce travail, les termes « hommes » et « femmes » sont utilisés en référence au sexe assigné à la naissance, tel qu'il est généralement rapporté dans les études. Ce choix de terminologie vise à respecter les catégories utilisées dans les recherches disponibles, tout en maintenant une posture inclusive et critique.

Ce déséquilibre contribue fortement à façonner une représentation clinique centrée sur les profils masculins.

Les femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle sont souvent diagnostiquées plus tardivement que les hommes, ou reçoivent dans un premier temps un diagnostic partiel, qui ne prend pas en compte l'ensemble de leur fonctionnement. Il s'agit le plus souvent de trouble anxieux, dépressifs ou de troubles du comportement alimentaire (Kentrou et al., 2019 ; Napolitano et al., 2022 ; Cook et al., 2024). Ce décalage s'explique notamment par une présentation clinique plus subtile ou camouflée chez les femmes, souvent plus aptes à masquer leurs difficultés sociales ou à développer des stratégies d'adaptation, ce qui rend leur profil moins visible aux yeux des professionnels. Ce retard diagnostique s'accompagne de profondes répercussions sur le vécu subjectif de l'individu. Bargiela et al. (2016) rapportent que de nombreuses femmes se sentent incomprises durant des années, enchaînant les consultations pour de l'anxiété ou de la dépression, sans que leur fonctionnement autistique soit détecté.

Le niveau de fonctionnement cognitif joue un rôle clé dans cette invisibilisation. En effet, la méta-analyse de Saure et al. (2023) met en lumière le fait que les différences diagnostiques entre hommes et femmes ayant un TSA sont modulées par la présence ou non d'une déficience intellectuelle. Chez ces personnes avec déficience intellectuelle, les femmes présentent davantage de symptômes cliniques que les hommes, les rendant plus repérables. À l'inverse, chez les personnes sans cette déficience, les femmes ont tendance à présenter moins de comportements répétitifs visibles, une meilleure compétence langagière et développent des stratégies de camouflage social plus efficaces, ce qui retarderait voire empêcherait leur identification clinique.

Ces observations mettent en évidence la nécessité de s'intéresser de plus près à un sous-groupe particulièrement vulnérable au sous-diagnostic : les femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle. Statistiquement, ces femmes sont diagnostiquées, en moyenne, significativement plus tardivement que les hommes autistes présentant un profil similaire (Fusar-Poli et al., 2020). En effet, malgré la diversité des profils reconnus dans la classification actuelle, les outils diagnostiques les plus utilisés, comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012) ou l'ADI-

R (Rutter et al., 2003), restent construits sur des cohortes majoritairement masculines, qui peinent à détecter les formes plus discrètes ou intériorisées de l'autisme féminin (Hull et al., 2020). Ce biais de genre peut contribuer à une errance diagnostique prolongée, et expose ces femmes à des comorbidités psychiatriques, souvent peu ou pas traitées (Lai et al., 2019), à un isolement social, et parfois à des expériences sociales violentes ou de vulnérabilité accrue (Bargiela et al., 2016). Ce problème ne représente pas simplement une lacune diagnostique, mais relève d'un enjeu de santé publique. Cette problématique s'inscrit également dans une démarche féministe et inclusive : elle interroge les normes cliniques historiquement construites sur des modèles masculins, et appelle à une pratique diagnostique plus attentive aux diversités de genre, de présentation et de vécu.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la notion de phénotype féminin, introduite dans les années 1990 (Kopp & Gillberg, 1992), mais prise en compte que récemment. Elle permet, aujourd'hui, de mieux cerner les manifestations spécifiques de l'autisme chez les femmes. Malgré cet intérêt croissant sur le sujet, les études restent encore très limitées, souvent peu inclusives sur le plan de genre et rarement menées à large échelle (Rippon, 2024). Comme le soulignent Hull et al. (2020), une méconnaissance importante du phénotype féminin persiste encore aujourd'hui, freinant ainsi sa reconnaissance clinique et scientifique.

Il semble donc nécessaire de conduire une revue de la littérature, afin de regrouper et structurer les connaissances actuelles sur ce phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle. Elle vise à explorer les mécanismes qui conduisent au retard ou à l'erreur de diagnostic, à discuter des théories explicatives existantes, à mettre en lumière les limitations des outils cliniques, ainsi qu'à proposer des recommandations concrètes afin d'améliorer l'accompagnement des femmes concernées.

La revue ne se limite donc pas à une simple synthèse descriptive des études existantes, mais propose une mise en tension critique des savoirs cliniques, diagnostiques et sociaux de l'autisme féminin. L'objectif est de combler les lacunes importantes dans la littérature, en rendant visible les profils qui échappent aux repérages classiques.

Malgré les avancées scientifiques et l'évolution des classifications, les femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle continuent d'être sous-diagnostiquées, et laissent encore plusieurs questions en attente. Pourquoi ce sous-diagnostic persiste-t-il, malgré une meilleure compréhension globale de l'autisme ? En quoi les stratégies de camouflage, les attentes genrées et les limites des outils actuels contribuent-elles à retarder, ou empêcher, le diagnostic de ces femmes ? Et quelles sont les implications cliniques, psychologiques et sociales d'un tel retard ?

Cette revue de littérature visera, premièrement, à revenir sur la définition et l'origine du phénotype féminin de l'autisme, en explorant les facteurs biologiques, culturels et diagnostiques qui expliquent sa faible reconnaissance. Deuxièmement, à présenter les caractéristiques spécifiques du TSA chez les femmes, telles que le camouflage, les intérêts socialement conformes, les motivations sociales ou encore la sensibilité sensorielle. Troisièmement, à expliquer les conséquences psychologiques, sociales et médicales du sous-diagnostic, en mettant en lumière les troubles associés, l'impact sur la santé mentale et les vulnérabilités spécifiques. La dernière partie discutera des théories explicatives et des perspectives cliniques actuelles issues de la littérature scientifique, en proposant des pistes concrètes afin d'améliorer le diagnostic, les outils d'évaluation et les accompagnements des femmes porteuses d'un TSA.

## **Méthodologie**

Dans le but d'explorer et de structurer les connaissances existantes sur le phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle de manière rigoureuse, une revue de littérature narrative a été réalisée. Ce type de revue a été privilégié en raison de la nature hétérogène des études existantes. En effet, les résultats restent souvent contrastés, en raison de méthodologies variées, d'échantillons divers et d'indicateurs difficilement comparables entre eux. La littérature peine encore à établir un consensus clair autour des spécificités de l'autisme féminin. Dans ce contexte, une revue narrative permet de proposer une lecture critique, transversale et intégrative de l'état actuel des connaissances, en identifiant à la fois les convergences et les angles morts de la littérature.

La question centrale qui guide ce travail est la suivante : comment expliquer le sous-diagnostic de l'autisme chez les femmes sans déficience intellectuelle, et quelles en sont les conséquences cliniques, psychologiques et sociales ?

Cette question se décline en plusieurs axes, comprenant les spécificités du phénotype féminin, les biais méthodologiques des outils d'évaluation, ainsi que les répercussions subjectives et sociales d'un diagnostic tardif. À travers cette analyse, il s'agit aussi de mieux comprendre les formes souvent méconnues que peut prendre l'autisme chez les femmes, et de dégager les contours d'un profil clinique plus nuancé et représentatif.

Le choix d'une revue narrative, plutôt que systématique, repose sur la volonté d'inclure une diversité de sources et d'approches méthodologiques. Ce format permet de mobiliser à la fois des études empiriques, qualitatives ou quantitatives, des revues systématiques, des méta-analyses, mais aussi des travaux issus de domaines variés, tels que la psychologie clinique, la psychiatrie, les neurosciences, les sciences humaines ou encore les études de genre. Cette approche permet d'intégrer aussi bien des données objectivables que des perspectives subjectives et réflexives, comme les témoignages de personnes concernées, souvent négligées dans certaines approches. La revue narrative permet alors une compréhension plus nuancée du phénotype féminin de l'autisme, tout en mettant en lumière les lacunes, tensions et points de convergence de la littérature existante.

La recherche bibliographique a été menée à partir de trois bases de données principales : PubMed, Google Scholar et Cairn.info, offrant un accès à une littérature pluridisciplinaire. Les articles retenus sont rédigés en français ou en anglais, publiés majoritairement entre 2016 et 2024. Un premier tri a été effectué à partir de publications plus récentes de 2024, année où le travail de lecture a commencé, avant d'élargir la période de recherches aux six à huit dernières années, afin de montrer l'évolution des connaissances des publications récentes.

Les critères d'inclusion concernaient les études portant sur les populations de femmes adultes (18 ans et plus), sans déficience intellectuelle. Les thématiques exploraient principalement le camouflage, les présentations atypiques, les biais ou retards diagnostiques, les caractéristiques du phénotype féminin, ainsi que les conséquences psychologiques et sociales du sous-diagnostic.

Les mots clés utilisés dans les recherches comprenaient notamment les termes : Autism, female autism phenotype, camouflaging, late diagnosis, diagnostic bias, autistic women, no intellectual disability, internalised presentation, etc. L'utilisation des opérateurs (« AND », « OR ») a permis de croiser ces termes afin de cibler les études qui portaient spécifiquement sur le profil adulte féminin sans déficience intellectuelle, en excluant la plupart du temps les recherches ciblées sur l'enfance, la déficience intellectuelle, ou les échantillons mixtes non différenciés.

En complément, un entretien semi-directif a été mené avec une femme ayant un TSA de 29 ans, diagnostiquée tardivement à l'âge adulte. Le but de ce récit de vie n'est pas de faire l'objet d'une analyse qualitative approfondie, mais de servir d'illustration concrète du vécu de ces femmes décrit dans la littérature. Il permet de mettre en lumière l'impact du diagnostic tardif sur le vécu subjectif.

## **Le phénotype féminin de l'autisme : définition et origine**

Depuis plusieurs années, la question d'un phénotype féminin spécifique du trouble du spectre de l'autisme (TSA) suscite un intérêt croissant dans la littérature scientifique. Il s'agit d'un cadre conceptuel encore débattu, visant à expliquer pourquoi certaines femmes ayant un TSA, notamment celles sans déficience intellectuelle, échappent aux repérages diagnostiques classiques. Si la notion est encore en construction et au cœur de nombreux échanges scientifiques, elle permet de regrouper un ensemble de manifestations comportementales, sociales et cognitives fréquemment observées chez les femmes ayant un TSA, et pouvant de contribuer au sous-diagnostic dont elles font fréquemment l'objet (Hull et al., 2020 ; Napolitano et al., 2022).

Plusieurs auteur.es ont tenté de mieux cerner ce profil clinique, sans pour autant établir une définition unifiée. Une revue menée par Hull et al. (2020) propose une synthèse structurée des éléments récurrents rapportés dans la littérature. L'étude identifie trois domaines principaux dans lesquels le phénotype féminin se distingue du phénotype masculin. Sur le plan social, les femmes présenteraient une motivation relationnelle plus élevée et une capacité d'adaptation apparente plus marquée, sans pour autant parvenir à établir ou maintenir des relations stables. Leurs intérêts restreints, bien que présents, prennent souvent une forme plus conforme aux normes sociales et genrées, ce qui contribuerait à les rendre moins facilement identifiables cliniquement (Hull et al., 2020 ; Cook et al., 2024). Enfin, les femmes ayant un TSA auraient tendance à présenter davantage de troubles internalisés, tels que l'anxiété ou la dépression, et auraient fréquemment recours à des stratégies de camouflage social, consistant à imiter les comportements attendus des personnes neurotypiques (Hull et al., 2020).

Bien qu'ils fassent encore l'objet de débats, ces éléments constituent aujourd'hui les principales caractéristiques regroupées sous le terme de « phénotype féminin de l'autisme ». Ce concept permet de mieux comprendre une forme d'expression plus discrète, intériorisée, et souvent difficile à repérer avec des outils diagnostics classiques. Historiquement, Kopp et Gillberg (1992) introduisent cette notion dans la littérature, et figurent parmi les premiers à souligner l'existence d'un profil clinique spécifique chez les filles et les femmes porteuses

d'un TSA, le distinguant de celui classiquement observé chez les hommes. En 2011, les mêmes auteur.es approfondissent cette hypothèse en proposant une version révisée de l'ASSQ-REV (Autism Spectrum Screening Questionnaire), intégrant des items plus sensibles aux manifestations féminines du TSA (Kopp et Gillberg, 2011). Cependant, bien que cet outil ait permis d'éclairer les spécificités du phénotype féminin, il reste peu utilisé en clinique, en raison d'un manque de validation à large échelle, d'intégration dans les protocoles standards et de sensibilisation des professionnel.les.

### Les critères diagnostiques actuels

Les critères diagnostiques actuels utilisés, tels qu'ils sont définis dans les outils standards comme l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule ; Lord et al., 2012) et l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised ; Rutter et al., 2003), ont été construits à partir d'échantillons principalement masculins (Mandy et al., 2012 ; Lai et al., 2015). L'ADOS-2 repose sur une série de mises en situation sociales standardisées permettant d'observer certains comportements clés (expressions émotionnelles, interactions, comportements répétitifs), tandis que l'ADI-R consiste en un entretien structuré, généralement mené auprès des parents, afin de retracer l'histoire développementale. Bien qu'ils constituent des références incontournables dans le processus diagnostique, ces outils présentent des limites importantes lorsqu'il s'agit d'identifier les formes plus discrètes ou compensées du TSA.

Ce biais contribue au fait que de nombreuses femmes passent inaperçues lors des évaluations diagnostiques. Deux mécanismes distincts sont généralement évoqués pour l'expliquer. D'une part, les manifestations cliniques des femmes ayant un TSA ne sont pas toujours similaires à celles observées chez les hommes. Elles peuvent être plus subtiles, davantage intériorisées ou socialement masquées, ce qui les rend moins détectables par des outils centrés sur des expressions plus typiques du TSA. D'autre part, même lorsque les femmes présentent des traits autistiques comparables à ceux des hommes, ces traits doivent souvent se manifester de manière plus marquée ou plus sévère pour être considérés comme cliniquement significatifs et aboutir à un diagnostic

(Dworzynski et al., 2021 ; Russel et al., 2011). Un niveau équivalent de traits autistiques est donc moins souvent validé comme indicatif d'un TSA chez les femmes que chez les hommes.

Perçu comme plus fonctionnel ou « moins autistique », ce profil féminin reflète une forme différente d'expression symptomatique. Cruz et al. (2024) soulignent que ces femmes présentent souvent une cognition sociale plus développée en apparence : elles arrivent à maintenir une conversation, simuler des émotions, ou encore imiter des codes sociaux, contribuant ainsi à retarder, voire empêcher leur identification clinique complète. Bargiela et al. (2016) insistent sur le fait qu'une présentation clinique plus subtile est un facteur clé du sous-diagnostic. En effet, le camouflage, les intérêts perçus comme normaux ou encore le fait de se conformer socialement masquent la réalité du fonctionnement autistique, ce qui rend les critères classiques peu sensibles à ces formes plus internalisées. Cook et al. (2024) ajoutent que cette adaptation a un coût psychique important et qu'elle ne préserve ni la souffrance, ni les conséquences négatives sur la santé mentale.

Le phénotype féminin reste un outil de lecture encore principalement clinico-comportemental, basé sur des observations et des études majoritairement qualitatives. Malgré une utilité clinique non négligeable, il existe encore peu de théories sur le plan biologique et de preuves scientifiques robustes, ce qui fait l'objet de débats dans la littérature scientifique. Ces éléments seront abordés et approfondis par la suite.

## Caractéristiques clés du phénotype féminin

### 1. Camouflage

Parmi les caractéristiques fréquemment rapportées du phénotype féminin de l'autisme, le camouflage des traits autistiques constitue un élément central. Il est généralement défini comme un processus adaptatif, à la fois cognitif, comportemental et émotionnel, qui permet aux personnes ayant un TSA de masquer leurs différences dans les domaines sociaux, communicationnels ou encore comportementaux, afin de se conformer aux normes attendues dans un environnement neurotypique.

Cette notion apparaît sous plusieurs termes dans la littérature, tels que *masking*, *compensation*, ou *assimilation sociale*. Le terme *camouflage* reste toutefois aujourd'hui le plus utilisé, car il englobe un ensemble de stratégies, conscientes ou inconscientes, mobilisées pour dissimuler les manifestations du TSA. McQuaid et al. (2021) insistent sur l'importance d'une distinction entre le *camouflage* et le *masking*. Le *masking* renvoie principalement à des réactions passives, parfois automatiques ou défensives, telles que l'inhibition de certains comportements (par exemple : ne pas établir de contact visuel, retenir des stéréotypies). Le *camouflage*, au contraire, suppose une démarche active et intentionnelle, visant à modifier son comportement ou son apparence sociale pour se conformer aux normes perçues. Cette distinction permet de mieux comprendre le coût subjectif de ce processus, notamment chez les femmes.

Hull et al. (2017) ont proposé un modèle théorique, selon lequel le camouflage s'organiserait autour de trois dimensions interdépendantes. La première est celle de la motivation au camouflage, résultant principalement du désir d'acceptation sociale, du besoin d'appartenance à un groupe et de la peur du rejet ou de la stigmatisation. La deuxième dimension concerne les stratégies utilisées, comme la compensation des difficultés sociales à travers l'apprentissage de scripts conversationnels, l'imitation des comportements neurotypiques ou la suppression volontaire de comportements perçus comme atypiques (par exemple : éviter les stéréotypies motrices). Enfin, la troisième dimension renvoie aux conséquences subjectives de ces efforts d'adaptation, qui peuvent s'avérer particulièrement coûteuses sur les plans émotionnel et identitaire. Ce modèle a

ensuite été opérationnalisé à travers un outil d'évaluation, le *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire* (CAT-Q) (Hull et al., 2019), qui a permis de confirmer empiriquement la fréquence et l'intensité du camouflage chez les femmes. Le CAT-Q évalue ces stratégies selon trois dimensions principales : *l'assimilation* (la tentative d'apparaître aussi neurotypique que possible), *la compensation* (la mise en place de moyens pour compenser des difficultés sociales) et *le masking* (l'inhibition des comportements perçus comme atypiques).

Plusieurs recherches ont montré que le camouflage, bien qu'observé également chez les hommes, était plus fréquent et mobilisé de manière plus intense chez les femmes ayant un TSA, d'autant plus chez celles sans déficience intellectuelle. Certains travaux suggèrent qu'il pourrait être plus efficace, dans le sens où il rendrait les traits autistiques moins détectables par les professionnel.les de santé mentale (Cook et al., 2024 ; Cruz et al., 2024). Cruz et al. (2024) démontrent, dans leur méta-analyse, que les femmes obtiennent des scores significativement plus élevés que les hommes sur les trois dimensions du CAT-Q (*Camouflaging Autistic Traits Questionnaire*) (Hull et al., 2019).

Ces stratégies d'adaptation ont été illustrées dans l'étude de Bargiela et al. (2016), à travers des témoignages de femmes ayant un TSA diagnostiqué tardivement à l'âge adulte. Elles rapportent avoir appris à interagir en observant attentivement leur entourage, à travers des conversations, des films ou encore des livres. Certaines expliquent avoir mémorisé des scripts sociaux, ajusté leur posture corporelle, ou encore adopté des expressions faciales jugées « appropriées » pour donner l'impression d'une communication spontanée. Ces stratégies visent à donner l'illusion d'une interaction fluide et naturelle, alors qu'elles nécessitent en réalité une certaine vigilance constante et un effort cognitif soutenu (Hull et al., 2020).

D'autres travaux récents ont apporté une lecture neurobiologique du camouflage. Rippon (2024) avance le fait que cette capacité à s'adapter socialement serait liée à une hyperactivation de certaines zones cérébrales impliquées dans le contrôle social, comme le cortex préfrontal ventromédian ou le gyrus temporal supérieur. Ces régions sont reliées à la lecture des intentions d'autrui et à l'ajustement comportemental dans des contextes relationnels. Une suractivation

de celles-ci pourrait expliquer pourquoi certaines femmes parviennent à masquer efficacement leurs traits autistiques, au prix d'un effort cognitif et d'un épuisement progressif. À l'inverse, chez les hommes autistes, ces régions cérébrales semblent moins sollicitées, ce qui pourrait justifier cette tendance à moins recourir au camouflage et à avoir une expression symptomatique plus visible.

Le camouflage s'inscrit également dans un cadre social et genré. Dès l'enfance, les filles sont socialement encouragées à faire preuve d'empathie, à maîtriser l'expression de leurs émotions ou encore à adopter une attitude discrète (Rogé, 2020), favorisant un apprentissage précoce de ces stratégies. Brickhill et al. (2023) mettent notamment en avant le fait que ces attentes genrées peuvent amener les clinicien.nes à interpréter les comportements des femmes ayant un TSA de manière erronée, contribuant ainsi à des sous-diagnostic ou des diagnostics partiels. En effet, la capacité à simuler une « adaptation sociale » est parfois confondue avec une compétence sociale réelle, ce qui tend à masquer des difficultés profondes et persistantes, rendant ces profils difficilement détectables par des outils diagnostiques classiques, comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012), peu sensibles à ce genre de présentation (Cook et al., 2024).

Les conséquences de ce camouflage prolongé sont multiples. Hull et al. (2017, 2020) ont mis en évidence qu'il pouvait y avoir notamment des effets sur l'identité. À force de s'adapter aux attentes sociales, certaines femmes finissent par perdre contact avec elles-mêmes, ne sachant plus faire la différence entre leur personnalité authentique et celle qu'elles ont construite pour être acceptées. Cette confusion identitaire peut s'accompagner de détresse psychologique, de fatigue émotionnelle chronique et d'un sentiment de déconnexion à soi. Bargiela et al. (2016) montrent que cette dissonance peut empêcher les femmes de reconnaître ou d'exprimer leurs besoins réels, et contribuer à un isolement relationnel, en entravant la construction de liens fondés sur une expression réelle de soi.

Enfin, plusieurs auteur.es, dont Hamdani et al. (2023), insistent sur la nécessité d'intégrer le camouflage dans l'évaluation clinique. Il est recommandé de ne pas s'appuyer uniquement sur les grilles d'observation comportementale, mais d'interroger également la qualité apparente de l'adaptation sociale, qui peut

masquer un fonctionnement autistique sous-jacent. L'utilisation d'outils spécifiques comme le CAT-Q (Hull et al., 2019) pourrait ainsi faciliter la reconnaissance de ces profils souvent invisibilisés.

## 2. Intérêts spécifiques

En plus de ces stratégies comportementales, un autre aspect du phénotype féminin contribue à la sous-représentation diagnostique : la nature des intérêts spécifiques. Parmi les critères diagnostiques centraux du trouble du spectre de l'autisme, on retrouve la présence d'intérêts restreints et répétitifs (IRRs). Ces derniers sont généralement décrits comme hautement focalisés, intenses et parfois atypiques. Plusieurs études ont toutefois montré que la manière dont ces intérêts se manifestent diffère souvent entre les hommes et les femmes ayant un TSA, et qu'ils sont fréquemment perçus comme socialement plus acceptables chez ces dernières, impactant ainsi leur repérage.

Mandy et al (2012) et Grove et al. (2018) démontrent que les hommes autistes présentent généralement des intérêts centrés sur des domaines plus techniques ou systématiques, comme les trains, les mathématiques ou encore l'informatique. À l'inverse, les femmes développent quant à elles souvent des intérêts de type plus relationnel, artistique ou encore littéraire, comme la psychologie, les animaux, la musique ou les relations humaines (Head et al., 2014 ; Hiller et al., 2014 ; Nowell et al., 2019). Cette différence n'indique pas que leurs intérêts sont moins intenses que ceux fréquemment observés chez les hommes, mais plutôt qu'ils sont perçus sous une forme socialement plus acceptable ou plus « normale ».

Or, cette apparence de normalité masque souvent le caractère restreint de ces intérêts. Si nous prenons l'exemple d'un garçon fasciné par les plaques d'immatriculation ou les calendriers, il sera rapidement identifié comme présentant un comportement atypique. À l'inverse, une fille passionnée par les chevaux, la lecture ou la psychologie sera plus facilement perçue comme « dans la norme », même si l'intensité, la focalisation ou la répétitivité de son intérêt sont comparables. Cook et al. (2024) soulignent que ces intérêts, même s'ils

répondent aux critères diagnostiques, échappent souvent à la détection clinique, car ils ne sont pas perçus comme « inhabituels » par les clinicien.nes.

Certaines femmes porteuses d'un TSA investissent même leurs intérêts dans des domaines qui leur permettent de mieux comprendre les normes sociales, et ainsi développer certaines compétences. Effectivement, un intérêt pour la psychologie et l'analyse des relations humaines peut aider à comprendre comment les normes sociales fonctionnent, mais peut aussi contribuer à affiner les stratégies de camouflage pour s'adapter (Nowell et al., 2019). Cette utilisation des intérêts contribue ainsi à leur invisibilisation, en renforçant l'apparence d'une bonne adaptation sociale.

Les attentes sociales genrées peuvent aussi influencer le développement de ces intérêts. Brickhill et al. (2023) montrent que, dès l'enfance, les filles sont davantage encouragées à s'intéresser aux arts, aux animaux, ou encore aux relations humaines, contrairement aux garçons qui reçoivent plus de stimulations dans les domaines plutôt techniques ou scientifiques. Ces stéréotypes de genre peuvent orienter les objets d'intérêt, mais également la façon dont ces intérêts sont perçus dans l'environnement social. De plus, certaines femmes ayant un TSA modifient consciemment la façon dont elles présentent leurs intérêts, pour les rendre plus acceptables socialement, dans une logique de camouflage. Napolitano et al. (2022) rapportent, par exemple, le cas de femmes qui orientent leur discours autour de leurs passions, en les généralisant ou en évitant les détails trop obsessionnels, pour ne pas paraître en décalage ou « trop intense » aux yeux des personnes neurotypiques.

Ces dynamiques ont un impact direct sur le diagnostic. Les outils standardisés les plus utilisés, comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012) ou l'ADI-R (Rutter et al., 2003), construits à partir de profils majoritairement masculins, tendent à repérer les intérêts restreints perçus comme excentriques ou hautement spécialisés. Ils sont ainsi moins sensibles aux formes d'intérêts plus conformes ou perçues comme « normales » chez les femmes ayant un TSA (Cruz et al., 2024 ; Saure et al., 2023). Cook et al. (2024) recommandent d'adapter ces critères diagnostiques de manière à mieux prendre en compte la diversité des IRRs (intérêts restreints et répétitifs), en insistant non seulement sur leur nature, mais également sur leur diversité, leur persistance et leur fonction dans le quotidien.

### 3. Motivation sociale

Ce rapport aux intérêts restreints s'articule également à une dynamique plus large : celle d'un désir profond d'appartenance et d'intégration sociale, fréquemment observé chez les femmes ayant un TSA. Contrairement aux idées reçues selon lesquelles les personnes porteuses d'un TSA seraient peu intéressées par les relations sociales, de nombreuses femmes expriment un fort désir de lien, d'amitié ou encore de sentiment d'appartenance. Cette motivation sociale, encore trop souvent sous-estimée, joue un rôle central dans la façon d'interagir avec autrui et de s'adapter aux attentes sociales. Elle est également associée à un recours fréquent aux stratégies de camouflage, rendant leurs traits autistiques moins visibles et pouvant ainsi retarder, voire empêcher, un diagnostic (Hull et al., 2020).

Dans leur étude, Hull et al. (2020) montrent que les femmes ayant un TSA rapportent en moyenne une motivation sociale plus élevée en comparaison aux hommes ayant un TSA. Elles expriment souvent le désir de s'intégrer, de créer des amitiés et de participer à des échanges sociaux, même si ces interactions peuvent être énormément coûteuses en termes d'énergie cognitive et émotionnelle. Cette dynamique provoque une dissonance entre leur désir d'appartenance et les difficultés qu'elles éprouvent à comprendre les règles implicites de la communication sociale (Hull et al., 2017). Maintenir cette posture d'adaptation constante demande un effort considérable et entraîne souvent des répercussions importantes sur la santé mentale.

D'un point de vue neurologique, cette dynamique relationnelle s'accompagnerait d'une hyperactivation de certaines régions cérébrales impliquées dans la cognition sociale, telles que le cortex préfrontal ventromédian et le gyrus temporal supérieur. Ces zones sont associées à la lecture des intentions d'autrui et à l'ajustement des comportements (Rippon, 2024 ; Cook et al., 2024). Bien que cette activation ait été évoquée dans le cadre du camouflage, elle reflète plus largement les efforts fournis par certaines femmes ayant un TSA pour s'adapter aux attentes sociales implicites. Selon Rippon (2024), ces régions sont davantage sollicitées chez les femmes que chez les hommes autistes, ce qui pourrait expliquer une aisance sociale en apparence plus naturelle. Cette

adaptation soutenue ne traduit donc pas forcément une sociabilité spontanée, mais plutôt une stratégie d'ajustement constante.

Cette aisance sociale, bien que parfois superficielle, peut fausser l'évaluation clinique. Une femme perçue comme souriante, bavarde ou ayant un réseau social, peut ne pas correspondre aux stéréotypes associés au TSA, et ainsi échapper à une évaluation adaptée (Napolitano et al. 2022). Or, comme le rappellent Nowell et al. (2019), cette sociabilité apparente est souvent le résultat d'un apprentissage complexe. Certaines femmes ayant un TSA observent attentivement leur environnement, imitent les comportements neurotypiques, ou mémorisent des scripts de conversations. Ces efforts d'adaptation ne sont pas toujours visibles de l'extérieur, mais demandent une certaine vigilance.

Cette pression constante à s'ajuster peut entraîner des phénomènes de « décompensation », décrits dans la littérature comme des épisodes d'épuisement ou de rupture après une période prolongée d'adaptation sociale intense. Ainsi, certaines femmes ayant un TSA parviennent à camoufler leurs traits pendant des années, jusqu'à ce qu'un changement de contexte, comme un nouvel environnement professionnel plus stimulant ou moins tolérant, dépasse leurs capacités d'ajustement (Tierney et al., 2016 ; Hull et al., 2020). D'autres maintiennent un contrôle constant dans les contextes sociaux, tels qu'à l'école, au travail, avant de lâcher la pression une fois dans un cadre perçu comme sécurisant, comme le foyer familial (Bargiela et al., 2016). Ce basculement, encore rarement reconnu cliniquement, illustre la tension entre les exigences d'adaptation et les limites internes de la personne, souvent invisible pour l'entourage et les professionnels (Cook et al., 2024).

De manière générale, ces dynamiques peuvent donner l'impression d'une intégration sociale réussie. Brickhill et al. (2023) relèvent que certaines femmes entretiennent souvent davantage de relations que les hommes autistes, et Bargiela et al., (2016) notent une communication non verbale parfois plus développée. Néanmoins, cette apparente facilité masque souvent des difficultés importantes. Un grand nombre de femmes rencontrent en réalité des obstacles notables à maintenir des amitiés stables sur la durée. Certaines investissent leurs relations avec intensité, sans forcément percevoir les signaux subtils de malaise ou de retrait, et peuvent vivre des ruptures relationnelles brutales (Brickhill et

al., 2023). D'autres s'efforcent tellement de correspondre aux attentes sociales qu'elles finissent par s'éloigner peu à peu de leur fonctionnement naturel, parfois jusqu'à s'oublier elles-mêmes (Bargiela et al., 2016 ; Napolitano et al., 2022).

Ces comportements sont également profondément influencés par les normes sociales genrées, tel que nous l'avons vu avec le camouflage. Comme l'ont montré Brickhill et al. (2023), ces injonctions renforcent chez les femmes ayant un TSA l'idée qu'elles doivent cacher leurs particularités pour être acceptées. Cette pression constante à se conformer, combinée à une peur du rejet, peut les pousser à ignorer leurs ressentis, jusqu'à perdre de vue leur fonctionnement authentique (Bargiela et al., 2016). Ces tensions internes affectent également la qualité des relations. Brickhill et al. (2023) montrent que de nombreuses femmes peinent à trouver un équilibre relationnel. Certaines sont mises à l'écart lorsqu'elles ne répondent plus aux attentes implicites, tandis que d'autres se retrouvent dans des relations toxiques ou abusives, en raison de difficultés à poser des limites claires ou à reconnaître les intentions malveillantes (Napolitano et al., 2022).

Enfin, ces expériences relationnelles sont souvent vécues dans un climat d'isolement. Faute de diagnostic, de nombreuses femmes ayant un TSA se sentent incomprises, inadéquates ou en décalage dans leurs interactions (Napolitano et al., 2022). Ce mal-être est renforcé par un entourage qui, ne reconnaissant pas leurs difficultés, ne leur apporte pas le soutien nécessaire. Ochoa-Lubinoff et al. (2023) notent que l'absence de repérage clinique adapté favorise un sentiment d'exclusion et une détresse sociale implicite. Cette tendance à l'isolement peut s'aggraver avec le temps, notamment lorsque les femmes n'ont pas développé les ressources nécessaires à la construction de liens stables (Cruz et al., 2024).

Selon la méta-analyse de Saure et al. (2023), une partie de ces difficultés pourrait s'expliquer par une socialisation fondée sur l'imitation. Si cette stratégie permet de s'intégrer à court terme, elle peut à long terme engendrer une confusion identitaire et une détresse émotionnelle durable, en particulier lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une reconnaissance diagnostique. Ce décalage entre ce que ces femmes montrent extérieurement et ce qu'elles ressentent intérieurement,

c'est-à-dire leur vécu émotionnel souvent invisibles, renforce les risques de mal-être, d'épuisement et d'isolement.

#### 4. Profil verbal

Cette volonté d'adaptation sociale se manifeste également à travers des compétences verbales parfois très développées, qui peuvent, à leur tour, brouiller le repérage clinique. Plusieurs études ont en effet souligné que les femmes ayant un TSA présentent fréquemment un vocabulaire riche, un langage émotionnel élaboré et une expression verbale fluide (Hull et al., 2020 ; Ochoa-Lubinoff et al., 2023). Cette aisance peut donner l'illusion qu'elles ne rencontrent pas de difficultés de communication, masquant ainsi des fragilités sous-jacentes de la compréhension des interactions sociales complexes.

En réalité, malgré une expression orale travaillée, de nombreuses femmes témoignent de difficultés pragmatiques, telles que la compréhension des sous-entendus, la gestion des tours de parole, l'interprétation des signaux non verbaux ou encore l'adaptation aux registres conversationnels implicites (Hull et al., 2020). Cette distinction entre une forme de langage maîtrisée et une compréhension sociale plus fragile constitue un piège fréquent dans le repérage de l'autisme chez les femmes. À l'inverse, ces études semblent mettre en avant que chez les hommes ayant un TSA, les difficultés verbales sont souvent plus visibles ou plus précocement identifiées, facilitant parfois un diagnostic plus rapide.

Certaines femmes mobilisent même leur aisance linguistique comme stratégie de camouflage (Cook et al., 2021). En apprenant à reproduire les styles de langage attendus dans leur environnement, elles parviennent à se fondre dans les échanges sociaux, sans pour autant en maîtriser intuitivement les règles implicites. McQuaid et al. (2021) précisent que cette compétence s'acquiert au fil du temps, grâce à une observation et des efforts conscients, plutôt que de manière innée. Les auteur.es parlent alors de camouflage linguistique pour désigner cette capacité à donner l'illusion d'une communication fluide, tout en compensant les difficultés sociales sous-jacentes.

Cette apparente fluidité verbale peut également entraîner des malentendus. Bargiela et al. (2016) rapportent que certaines femmes porteuses d'un TSA dotées d'un bon langage verbal sont parfois perçues comme simplement « bizarres » ou « excentriques », plutôt que comme présentant un TSA. Leur manière de s'exprimer, de manière intense, précise, ou trop littérale, peut surprendre, sans nécessairement éveiller de soupçons cliniques. Brickhill et al. (2023) ajoutent que cette aisance verbale ne facilite pas toujours la création de liens authentiques. Au contraire, certaines femmes sont perçues comme trop bavardes ou trop envahissantes, car elles ne parviennent pas toujours à suivre les codes implicites de la communication sociale.

## 5. Sensibilité sensorielle

Enfin, une autre dimension, plus subtile mais tout aussi significative, concerne la sensibilité sensorielle. C'est un élément souvent sous-estimé ou mal interprété dans l'évaluation diagnostique. Les hypersensibilités sensorielles sont communes à de nombreuses personnes ayant un TSA. Certaines évoquent une hypersensibilité à certaines textures de vêtements, à la lumière artificielle, ou aux bruits de fond dans une conversation, qui les empêchent de se concentrer ou déclenchent un inconfort profond. Cependant, plusieurs études soulignent que, chez les femmes, ces manifestations sont plus discrètes, souvent masquées ou intégrées dans le quotidien, ce qui contribue à leur invisibilisation dans le cadre clinique (Cook et al., 2024 ; Hull et al., 2020).

Hull et al. (2020) relèvent que les femmes ayant un TSA décrivent régulièrement une sensibilité sensorielle accrue, mais qu'elles ont tendance à la réprimer en public. Ce « camouflage sensoriel » fait écho au camouflage social, qui consiste à mettre en place un ensemble de stratégies, conscientes ou inconscientes, destinées à dissimuler les réactions de surcharge ou d'inconfort face à certains stimuli. Là où les hommes tendent à exprimer leur hypersensibilité de manière plus ouverte et plus directe - en s'agitant, en se bouchant les oreilles, ou encore en évitant certains environnements trop bruyants - les femmes, elles, adoptent souvent une posture de tolérance silencieuse, dans une logique d'adaptation sociale (Cook et al., 2024 ; Ochoa-Lubinoff et al., 2023).

Ochoa-Lubinoff et al. (2023) avancent que les femmes ayant un TSA rapportent plus fréquemment des hypersensibilités tactiles et auditives, qui peuvent entraîner de véritables réactions de surcharge sensorielle, même si elles ne l'expriment que rarement ouvertement. McQuaid et al. (2021) expliquent, de leur côté, qu'elles mettent souvent en place des ajustements spécifiques, comme modifier leurs routines, éviter certains environnements trop stimulants, ou s'exposer progressivement à des stimuli inconfortables.

Brickhill et al. (2023) soulignent que, dans une logique de conformité sociale, les femmes ayant un TSA s'efforcent fréquemment de « supporter » des situations sensorielles envahissantes sans manifester leur gêne, de manière à ne pas attirer l'attention ou être perçues comme « trop sensibles ». Ces stratégies d'adaptation peuvent leur permettre de mieux se fondre dans un environnement neurotypique, afin de maintenir une certaine intégration sociale, mais elles engendrent une charge émotionnelle importante.

Ces formes d'hypersensibilité plus discrètes ne sont pas toujours prises en compte dans les outils diagnostiques standards comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012), qui s'appuient davantage sur des manifestations visibles. En entretien, les femmes peuvent minimiser leurs expériences ou les exprimer avec des termes émotionnels plutôt que sensoriels, ce qui contribue à leur invisibilisation clinique (Cook et al., 2021).

Certaines études qualitatives apportent également des éclairages précieux sur la manière dont les femmes ayant un TSA aménagent leur environnement pour limiter l'impact sensoriel au quotidien. Hamdani et al. (2023) rapportent que certaines d'entre elles choisissent des vêtements avec des matières spécifiques, évitent les lieux trop stimulants ou organisent leur emploi du temps pour éviter l'exposition prolongée aux déclencheurs sensoriels. Ces ajustements les aident à mieux gérer leur quotidien, tout en rendant leurs difficultés moins perceptibles par leur entourage ou les professionnel.les.

Ainsi, la sensibilité sensorielle constitue une dimension importante du fonctionnement des femmes qui ont un TSA. Loin d'être absente, elle s'exprime de façon plus discrète et intériorisée, souvent masquée par des stratégies

d'adaptation. Elle fait pleinement partie du camouflage et contribue à complexifier leur reconnaissance dans les dispositifs diagnostiques.

## 6. Troubles associés et diagnostics isolés

Pour de nombreuses femmes ayant un TSA, l'accès au diagnostic constitue ainsi un parcours long et tumultueux. Avant que le TSA ne soit envisagé, elles passent souvent par une succession de diagnostics partiels, parfois erronés, censés expliquer leurs difficultés sans en identifier l'origine profonde. Cette erreence diagnostique fréquente est douloureuse, et elle prolonge la souffrance, retarde l'accès à un soutien adapté et renforce l'isolement ou l'auto-stigmatisation. Elle ne résulte pas d'une absence de symptôme, mais d'une présentation clinique subtile, atypique et souvent intériorisée, qui contourne les stéréotypes classiques du trouble.

Parmi les diagnostics les plus fréquemment posés en première intention figurent les troubles anxieux, les épisodes dépressifs récurrents, les troubles du comportement alimentaire, ou encore les troubles de la personnalité, notamment le trouble borderline (Hull et al., 2020 ; Napolitano et al., 2022 ; Cook et al., 2024). Ces diagnostics ne sont pas nécessairement erronés, puisque de nombreuses femmes ayant un TSA présentent effectivement ces comorbidités, mais ils tendent à masquer le tableau clinique global, contribuant ainsi à retarder sa reconnaissance parfois de plusieurs années.

De nombreuses études (Kentrou et al., 2021 ; Lai et al., 2019 ; Rodgaard et al., 2021) montrent que les femmes ayant un TSA présentent un nombre de comorbidités psychiatriques plus élevé que les hommes porteurs d'un TSA. Les troubles les plus fréquents sont similaires à ceux mentionnés plus haut, en particulier l'anxiété et la dépression. Ces diagnostics sont souvent posés en premier, bien avant que soit envisagée l'hypothèse d'un TSA. Selon Bargiela et al. (2016), les femmes ont tendance à internaliser leurs difficultés, par le retrait social, les ruminations, ou encore l'auto-dévalorisation, tandis que les hommes les extériorisent plus souvent par des comportements agités, oppositionnels ou impulsifs. Ces différences d'expression peuvent influencer la perception des professionnel.les de la santé.

Le camouflage joue ici un rôle déterminant. Comme l'ont montré McQuaid et al. (2021), le fait de masquer ses difficultés sociales ou comportementales constitue un facteur de stress chronique, qui augmente le risque de troubles psychiatriques, en particulier chez les femmes diagnostiquées tardivement. Plusieurs d'entre elles rapportent un parcours d'errance diagnostique de plusieurs années, marqué par des consultations et des traitements successifs, sans que le diagnostic d'autisme ne soit envisagé.

Un domaine particulièrement concerné par ce phénomène est celui des troubles du comportement alimentaire (TCA). Plusieurs recherches, notamment celle de Cook et al. (2024), estiment que 20 à 30% des femmes présentant une anorexie restrictive pourraient en réalité avoir un TSA, sans que ce diagnostic n'ait été posé pour autant. Toutefois, il est important de souligner que ces profils ne relèvent pas toujours d'un TCA au sens classique, motivé par une volonté de perte de poids ou une peur de calories. Chez les femmes qui ont un TSA, la restriction alimentaire est fréquemment liée à des hypersensibilités sensorielles, comme la texture, l'odeur ou l'apparence des aliments, ou à un besoin de contrôle et de conformité sociale (Hull et al., 2020). Dans ce contexte, la rigidité alimentaire peut devenir une stratégie d'adaptation, destinée à réduire l'hyperstimulation sensorielle ou la pression sociale (Bargiela et al. 2016).

La rigidité cognitive, souvent présente chez les personnes TSA, vient renforcer cette dynamique. Bjorklund et al. (2020) et Hull et al. (2020) soulignent que les routines très structurées autour de l'alimentation, aussi bien dans le choix que dans la préparation des repas, peuvent être interprétées comme des symptômes typiques des TCA, sans que le fonctionnement autistique sous-jacent ne soit envisagé.

Au-delà des troubles psychiatriques, certaines comorbidités médicales semblent également plus fréquentes chez les femmes ayant un TSA. Ochoa-Lubinoff et al. (2023) relèvent notamment une prévalence accrue de l'épilepsie, des troubles gastro-intestinaux, ou encore de syndromes endocriniens comme celui des ovaires polykystiques. Des troubles du sommeil sont également fréquents, ce qui accentue la fatigue chronique et les symptômes anxieux (Hull et al., 2020).

Ces éléments contribuent à un diagnostic souvent tardif, posé à l'âge adulte, après des années de doute et de souffrance. Kentrou et al. (2021) rapportent qu'après un diagnostic de TSA, 47% des femmes se sont vu retirer un diagnostic antérieur, contre seulement 27% des hommes. Ce phénomène illustre la fréquence des diagnostics partiels ou isolés chez les femmes, liée à une présentation clinique plus discrète, le recours au camouflage, ainsi que par l'utilisation d'outils diagnostiques peu sensibles aux spécificités féminines.

Les instruments standardisés comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012) ou l'ADI-R (Rutter et al., 2003), bien qu'utiles, ont été construits principalement à partir d'échantillons masculins. Hull et al. (2020) relèvent que les femmes doivent souvent présenter des symptômes plus marqués pour remplir les critères diagnostiques. Si elles camouflent efficacement ou adoptent des stratégies d'adaptation sophistiquées, leur profil passe fréquemment inaperçu. Certaines rapportent même avoir entendu qu'elles étaient « trop empathiques », « trop intelligentes », ou « trop sociables » pour être autistes (Bargiela et al., 2016).

Enfin, McQuaid et al. (2021) confirment que le camouflage social est fortement corrélé à un diagnostic tardif. Les femmes qui dissimulent le plus leurs traits sont souvent identifiées tardivement, parfois après un long parcours médical infructueux.

Ces données soulignent la nécessité d'un repérage plus fin des signes du TSA chez les femmes, même lorsqu'ils sont masqués ou confondus avec d'autres troubles. Il est essentiel que les professionnel.les soient formé.es à reconnaître ces présentations atypiques, afin de réduire les risques de confusions diagnostiques et d'offrir un accompagnement mieux adapté à leurs besoins spécifiques.

La partie II prolongera cette réflexion en explorant les conséquences concrètes du sous-diagnostic sur la santé mentale, les trajectoires personnelles et professionnelles des femmes ayant un TSA, ainsi que les enjeux institutionnels et cliniques que cela soulève. Elle visera également à identifier les pistes actuelles d'évolution des pratiques, en tenant compte des besoins exprimés par les femmes concernées.

## Bibliographie :

- Alaerts, K., Swinnen, S. P., & Wenderoth, N. (2016). Sex differences in autism: A resting-state fMRI investigation of functional brain connectivity in males and females. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(6), 1002–1016. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw027>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*.
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Björklund, J. M., Nordahl, C. W., & Amaral, D. G. (2020). Sex differences in the brain structure of children with autism spectrum disorder. *NeuroImage: Clinical*, 25, 102130. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.10213>
- Brickhill, H., Pearson, A., & Rose, K. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1108110. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1108110>
- Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 89, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080>
- Cook, J., Hull, L., & Mandy, W. (2024). Improving diagnostic procedures in autism for girls and women: A narrative review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 20, 505–514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S372723>

- Cruz, S., Conde-Pumpido Zubizarreta, S., Costa, A. D., Araújo, R., Martinho, J., Tubío- Fungueiriño, M., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2024). Is there a bias towards males in the diagnosis of autism? A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2>
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happe, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 788–797. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591–598. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Politi, P., & Aguglia, E. (2020). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(2), 187–198. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01189-w>
- Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2018). Special interests and subjective wellbeing in autistic adults. *Autism Research*, 11(5), 766–775. <https://doi.org/10.1002/aur.1931>
- Grove, J., Ripke, S., Als, T. D., Mattheisen, M., Walters, R. K., Won, H., ... & Børglum, A. D. (2019). Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. *Nature Genetics*, 51(3), 431–444. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0344-8>
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., ... & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6, Article 36. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0019-y>

- Hamdani, Y., Walker, M., Kasee, C., & al. (2023). Roadblocks and detours on pathways to a clinical diagnosis of autism for girls and women: A qualitative secondary analysis. *Autism*, 27(7), 17455057231163761. <https://doi.org/10.1177/17455057231163761>
- Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, 5, Article 19. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>
- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: Evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1381–1393. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9881-x>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT- Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>
- Hull, L. et al. (2020). Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non- autistic adults. *Autism*, 24(2), 352–363.
- Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2021). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 306–317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

- Kentrou, V., Oostervink, M., Scheeren, A. M., & Begeer, S. (2021). Stability of co-occurring psychiatric diagnoses in autistic men and women. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 82, 101736. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101736>
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1992). Girls with social deficits and learning problems: Autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(2), 89–99. <https://doi.org/10.1007/BF01955292>
- Kopp, S., & Gillberg, C. (2011). The revised autism spectrum screening questionnaire (ASSQ- REV): A new screening tool for autism in girls. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1697–1705. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.06.016>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2015). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-1)
- Lai, M.-C., Kasee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2). Western Psychological Services.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra- VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), Article 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., ... & Buitelaar, J. K. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: Evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1304–1313. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>
- McQuaid, G. A., Lee, N. R., & Wallace, G. L. (2021). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism*, 26(2), 546–561. <https://doi.org/10.1177/13623613211002056>
- Napolitano, A., Schiavi, S., La Rosa, P., Rossi-Espagnet, M. C., Petrillo, S., Bottino, F., ... & Vicari, S. (2022). Sex differences in autism spectrum disorder: Diagnostic, neurobiological, and behavioral features. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 889636. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.889636>
- Nowell, S. W., Jones, D. R., & Harrop, C. (2019). Circumscribed interests in autism: Are there sex differences? *Advances in Autism*, 5(1), 3–13. <https://doi.org/10.1108/AIA-09-2018-0032>

- Ochoa-Lubinoff, C., Makol, B. A., & Dillon, E. F. (2023). Autism in women. *Neurologic Clinics*, 41(2), 381–397. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.10.006>
- Rippon, G. (2024). Differently different? A commentary on the emerging social cognitive neuroscience of female autism. *Biology of Sex Differences*, 15, Article 49. <https://doi.org/10.1186/s13293-024-00621-3>
- Rivet, T. T., & Matson, J. L. (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 957–976. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.12.003>
- Rodgaard, E. M., Jensen, K., Vergnes, J. N., & Mottron, L. (2021). Sex differences in autism spectrum disorder: A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(2), 472–486. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04593-0>
- Rogé, B. (2020). Différences liées au sexe et autisme. *Enfance*, 72(4), 551–557. <https://doi.org/10.3917/enf2.204.0551>
- Russell, G., Steer, C., & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1283–1293. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0294-z>
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI- R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Saure, E., Castrén, M., Mikkola, K., & Salmi, J. (2023). Intellectual disabilities moderate sex/gender differences in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(1), 1–34. <https://doi.org/10.1111/jir.12989>
- Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>

Volkmar, F. R., & Klin, A. (2005). Issues in the classification of autism and related conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 323–330.

Volkmar, F. R., & McPartland, J. C. (2014). From Kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept. In F. R. Volkmar (Ed.), *Autism and pervasive developmental disorders* (pp. 19–40). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139017820.003>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., et al. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>