

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

Marine Dallemagne

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	3
<b>Conséquences du sous-diagnostic</b> .....	4
1. Détresse psychologique accrue et troubles psychiatriques secondaires.....	4
2. Retard d'accès aux soins, à l'éducation et à l'emploi.....	6
3. Vulnérabilités spécifiques et expositions à la violence.....	6
<b>Discussion</b> .....	8
Un profil clinique encore peu reconnu.....	8
Le paradoxe de l'adaptation invisible .....	9
Des modèles théoriques encore insuffisants.....	9
Implications cliniques : interroger les évidences.....	10
Une lecture genrée et intersectionnelle indispensable.....	11
Une clinique critique pour penser autrement .....	12
Limites de ce mémoire.....	12
<b>Récit de vie</b> .....	14
<b>Recommandations et perspectives</b> .....	18
<b>Conclusion</b> .....	21
<b>Bibliographie</b> .....	22
<b>Annexe</b> .....	26

## **Résumé**

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

Cette seconde partie s'inscrit dans la continuité d'une première revue consacrée aux spécificités du phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle. Elle s'intéresse aux conséquences du sous-diagnostic sur les plans psychique, social et institutionnel, ainsi qu'aux perspectives cliniques et théoriques qui en découlent. Elle vise à compléter l'analyse en abordant les impacts concrets sur les femmes concernées, tout en identifiant les leviers pour une meilleure reconnaissance.

## Conséquences du sous-diagnostic

### 1. Détresse psychologique accrue et troubles psychiatriques secondaires

Si les stratégies de camouflage permettent souvent de passer inaperçu, elles ont un coût psychologique important pour de nombreuses femmes ayant un TSA. Plusieurs études ont mis en évidence une association entre le camouflage prolongé et une détresse émotionnelle accrue, comprenant l'anxiété, la dépression, l'épuisement psychique et les idées suicidaires (Hull et al., 2017 ; Cook et al., 2024 ; Cruz et al., 2024).

Ce phénomène est également désigné par certain.es auteur.es sous le terme de « burn-out autistique », une forme d'épuisement qui résulte d'un effort intense et prolongé pour masquer les caractéristiques autistiques. Il se manifeste par une fatigue cognitive et émotionnelle importante, une perte de motivation sociale ou encore une détérioration de l'image de soi (Hull et al., 2020 ; Raymaker et al., 2020).

McQuaid et al. (2021) approfondissent cette notion en soulignant que cette forme d'épuisement touche de manière disproportionnée les femmes ayant un TSA et les personnes issues de minorités de genre. Selon les auteurs, ces groupes sont exposés à des attentes sociales accrues en ce qui concerne la communication, l'empathie ou la conformité relationnelle, ce qui augmente leur recours au camouflage. Cette adaptation peut temporairement favoriser l'intégration sociale, mais elle s'accompagne aussi d'une charge mentale élevée, pouvant mener à une souffrance psychologique durable. Les auteurs soulignent la nécessité de mieux prendre en compte cette réalité clinique dans l'évaluation et le soutien proposé à ces profils.

Cette pression adaptative chronique a été associée à une augmentation du risque de troubles anxieux et dépressifs, souvent mal interprétés lors de premières évaluations cliniques (Livingston et al., 2020 ; Hull et al., 2020 ; Cruz et al., 2024). Ces troubles sont parfois traités comme des troubles isolés, sans qu'une évaluation du TSA ne soit envisagée, prolongeant l'errance diagnostique.

Au-delà des troubles psychiatriques secondaires, plusieurs femmes ayant un TSA évoquent un rapport aux émotions particulièrement complexe. Il ne s'agit pas seulement de tristesse, d'anxiété ou d'épuisement, mais aussi d'une difficulté à accéder à leurs propres ressentis, à mettre des mots sur ce qu'elles vivent intérieurement. Certaines décrivent une forme d'anesthésie émotionnelle, comme si leurs émotions étaient confuses, floues, voire absentes. Une manière, parfois inconsciente, de se protéger d'un environnement trop exigeant (Bargiela et al., 2016 ; Hull et al., 2020). D'autres, au contraire, parlent d'émotions très intenses, difficiles à canaliser ou à expliquer aux autres, souvent vécues dans l'isolement. Ces vécus, bien réels, sont souvent renforcés par les stratégies de camouflage, qui demandent de contrôler en permanence leurs réactions pour « tenir le coup » (Hull et al., 2017 ; McQuaid et al., 2021). Ce n'est donc pas tant le TSA qui rend les femmes moins émotionnelles, mais bien l'adaptation constante à un environnement social peu tolérant, qui finit par brouiller la perception de soi. L'absence de diagnostic prive ainsi ces femmes d'un cadre de compréhension et prolonge ce malentendu émotionnel, parfois pendant des années.

Sans un repérage adéquat, de nombreuses femmes reçoivent des diagnostics alternatifs tels que des troubles de la personnalité borderline, des troubles anxieux ou des psychoses, contribuant à retarder la reconnaissance du TSA de plusieurs années. Gesi et al. (2021) rapportent un délai moyen de huit ans entre le premier diagnostic partiel et l'identification du trouble autistique chez les femmes.

Cette errance diagnostique expose les femmes ayant un TSA à une souffrance psychologique prolongée, en l'absence de prise en charge adaptée. Chez certaines, cette détresse non reconnue comme liée au TSA peut se traduire par un besoin de contrôle accru, souvent exercé sur le corps, et par des comportements de restriction alimentaire, comme dans le cas de l'anorexie mentale. Cook et al. (2024) suggèrent que ces troubles sont susceptibles d'être aggravés par des facteurs spécifiques chez les femmes qui ont un TSA, comme l'hypersensibilité sensorielle, un besoin marqué de prévisibilité, ainsi que l'internalisation de normes genrées.

Enfin, l'un des constats les plus préoccupants concerne le risque suicidaire. L'accumulation de stress chronique, d'incompréhension sociale et d'un isolement prolongé augmente significativement le risque de pensées suicidaires, voire de passages à l'acte, en particulier chez les femmes non diagnostiquées (Cook et al., 2024 ; Cruz et al., 2024). Gesi et al. (2021) rapportent que ces femmes sont aussi plus fréquemment hospitalisées ou traitées de manière inadaptée sur le plan médicamenteux.

Green et al. (2019) et Cook et al. (2024) rappellent que les femmes ayant un TSA non diagnostiqué présentent un risque suicidaire supérieur à celui des hommes autistes, inversant la tendance habituelle observée dans la population générale. Ce constat renforce la nécessité d'un repérage plus fin des profils camouflés, notamment chez les femmes.

## 2. Retard d'accès aux soins, à l'éducation et à l'emploi

Le sous-diagnostic entraîne également des conséquences concrètes en matière d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement. En l'absence de reconnaissance formelle du trouble, de nombreuses femmes n'ont pas accès aux aménagements adaptés, que ce soit dans un cadre scolaire, professionnel ou médical.

Ce manque de reconnaissance précoce compromet également le parcours éducatif et professionnel. Cook et al. (2021) indiquent que les filles non diagnostiquées reçoivent moins souvent les aménagements nécessaires, ce qui réduit leurs chances de réussite ou les oriente vers des filières inadaptées à leurs besoins sensoriels ou relationnels. Hamdani et al. (2023) ajoutent que l'absence de diagnostic peut freiner la compréhension fine de leurs forces et leurs difficultés, impactant négativement leurs choix de carrière.

## 3. Vulnérabilités spécifiques et expositions à la violence

Finalement, certaines études suggèrent que le sous-diagnostic expose les femmes ayant un TSA à des vulnérabilités spécifiques, notamment face aux violences sexuelles et psychologiques. Bargiela et al. (2016) montrent que le camouflage

social, associé à une certaine naïveté relationnelle et à des difficultés à décoder les intentions d'autrui, rend ces femmes particulièrement susceptibles de se retrouver dans des situations abusives. Beaucoup auraient ainsi du mal à poser des limites, par crainte du rejet ou pour éviter les conflits, les amenant parfois à tolérer des comportements inappropriés.

Selon Ochoa-Lubinoff et al. (2023), la présentation plus discrète des traits autistiques chez les femmes, souvent camouflés, complique la reconnaissance des situations de danger. Ce besoin d'intégration sociale, combiné à une lecture altérée des signaux relationnels, peut favoriser des dynamiques de manipulation ou de domination, notamment dans les sphères amoureuses ou professionnelles.

Rogé (2020) rappelle que les femmes ayant un TSA sont souvent perçues comme « trop sensibles » ou « trop anxieuses ». Ces traits sont facilement invisibilisés dans une société valorisant la performance féminine silencieuse. Cette invisibilisation contribue à la fois au retard diagnostique, à l'exposition accrue aux violences, et à une souffrance psychologique prolongée.

## **Discussion**

Cette revue de littérature visait à explorer les spécificités du phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle et à mieux comprendre les raisons du retard ou de la lecture diagnostique partielle qui affectent encore de nombreuses femmes. Si les données empiriques mettent en évidence des éléments cliniques récurrents et des biais structurels dans la détection du trouble, elles ne suffisent pas à elles seules à modifier les pratiques. Cette discussion propose donc d'en analyser les implications, de repérer les zones d'ombre ou les points de tension, et de réfléchir aux enjeux cliniques, théoriques et sociaux que ces constats soulèvent.

### **Un profil clinique encore peu reconnu**

L'analyse croisée des études fait apparaître un ensemble de caractéristiques cliniques récurrentes chez les femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle qui restent encore largement sous-reconnues dans les pratiques diagnostiques. Ces femmes présentent souvent une communication verbale fluide, une forte volonté d'intégration sociale, des intérêts spécifiques moins « atypiques », ainsi que des stratégies de camouflage actives. Ces dernières, bien que socialement valorisées, masquent les difficultés sous-jacentes, notamment sur le plan sensoriel, émotionnel ou relationnel. Ce qui est souvent perçu comme une bonne adaptation est en réalité le fruit d'un effort permanent pour répondre aux attentes sociales.

Le camouflage peut entraîner un effacement de soi, un sentiment d'inadéquation chronique, et un coût psychologique important. Ce sont souvent des manifestations telles que la fatigue chronique, la confusion identitaire, des troubles anxieux, dépressifs, ou alimentaires, voire une idéation suicidaire, qui amènent ces femmes à consulter. Ces manifestations sont fréquemment interprétées comme des troubles isolés, masquant ainsi le fonctionnement autiste sous-jacent. Ces femmes ayant un TSA ne sont pas « moins autistes », elles sont simplement moins visibles aux yeux des outils diagnostics traditionnels et des représentations cliniques dominantes.

Leurs trajectoires sont souvent marquées par des ruptures scolaires ou professionnelles, une errance diagnostique et un sentiment persistant d'être « à côté », sans toujours trouver des mots pour comprendre ou nommer ce décalage. Sans chercher à figer une nouvelle norme, ces éléments permettent néanmoins de dégager un portrait clinique indicatif du TSA féminin. Ce profil n'a pas vocation à devenir un critère rigide, mais vise plutôt à ouvrir la vigilance clinique à des formes d'expressions moins typiques, mais tout autant légitimes.

### Le paradoxe de l'adaptation invisible

Ce qui est souvent perçu comme une compétence sociale, soit une capacité à jouer un rôle social attendu, est en réalité une stratégie de survie. Le camouflage ne traduit pas une absence de trouble, mais une tentative de correspondre aux attentes normatives. Le paradoxe est que cette adaptation, valorisée socialement, devient un obstacle au diagnostic. Les femmes concernées passent sous les radars parce que leur fonctionnement autistique est masqué par des conduites d'ajustement intensives et épuisantes. Ce décalage entre apparence et vécu intérieur constitue l'un des principaux « pièges » cliniques. Il interroge la tendance persistante à n'évaluer l'autisme que sous l'angle de comportements visibles, au détriment de vécus subjectifs et des efforts cognitifs fournis pour s'adapter.

### Des modèles théoriques encore insuffisants

Plusieurs modèles ont été proposés pour tenter de comprendre cette spécificité féminine, comme celui de la compensation cognitive (Livingston et Happé, 2017), l'effet protecteur féminin (Robinson et al., 2013 ; Hull et al., 2020 ; Cruz et al., 2024), ou encore les approches critiques issues des études de genre. Chacun apporte un éclairage partiel : certains insistent sur les capacités d'adaptation, d'autres sur des facteurs biologique ou hormonaux, ou encore sur les biais sociaux et culturels. Si ces modèles sont utiles pour penser la diversité des trajectoires, aucun ne parvient à rendre compte pleinement de la complexité des profils féminins dans les catégories diagnostiques actuelles.

Dans cette perspective, les travaux de Bargiela et al. (2016) sont particulièrement éclairants. À partir de témoignages de femmes ayant un TSA diagnostiqué tardivement, les autrices montrent que ces profils sont souvent rendus invisibles, car ils ne correspondent ni aux critères classiques du TSA, ni aux attentes sociales associées à la féminité. Cette double inadéquation génère une forme d'« incohérence perçue » entre genre et autisme : les femmes concernées sont perçues comme trop « normales » pour être avoir un TSA, et trop « atypiques » pour répondre aux attentes genrées. Ce décalage, façonné par des normes implicites, alimente une illisibilité clinique persistante.

Il s'agit donc moins d'identifier les signes isolés, mais de reconnaître leur agencement contextuel. Une meilleure connaissance du tableau clinique spécifique du TSA au féminin, par exemple l'association entre troubles du comportement alimentaire, anxiété chronique et phase de décompensation, permettrait de relier ce qui est souvent perçu comme une accumulation de comorbidité à un fonctionnement autistique sous-jacent.

### Implications cliniques : interroger les évidences

Ces constats suggèrent qu'il serait réducteur de chercher à adapter uniquement les outils existants. Le repérage du TSA au féminin appelle aussi à une remise en question plus large des critères de validité clinique. Cela suppose de déplacer le regard, en ne se concentrant plus uniquement sur ce qui se voit, mais aussi sur ce qui est raconté, tu, dissimulé ou minimisé. La prise en compte du récit subjectif, des ruptures biographiques (comme une déscolarisation, un burn-out, ou une exclusion sociale) ou des comorbidités atypiques (comme les TCA ou les troubles de l'humeur), devient essentielle pour éviter les diagnostics partiels ou erronés. Il ne s'agit pas de produire une nouvelle grille standardisée du TSA féminin, mais de cultiver une posture clinique capable d'identifier l'autisme au-delà de ses formes communément attendues.

Corriger un biais historique ne signifie pas construire un nouveau standard genré. Si rendre visible un profil longtemps ignoré est un enjeu fondamental, cette reconnaissance peut rapidement se transformer en prescription implicite. En cherchant à mieux repérer l'autiste chez les femmes, on risque d'associer le TSA

féminin à certaines caractéristiques attendues, comme les TCA, le camouflage, un langage fluide ou une suradaptation scolaire. Ce glissement vers un « contre modèle » risque d'exclure à nouveau celles dont le parcours ne correspond pas à ce schéma.

Comme le souligne Rogé (2020), remplacer un modèle dominant par un autre revient à déplacer l'exclusion sans la résoudre. L'enjeu n'est donc pas de figer un nouveau « phénotype féminin », mais d'interroger les présupposés sur lesquels repose la reconnaissance d'un fonctionnement autistique.

Cela implique de sortir d'une conception normative centrée sur des critères fixes, pour adopter une approche plus ouverte et contextuelle. Une vigilance clinique accrue doit porter non seulement sur les manifestations visibles, mais aussi sur les configurations subjectives, les parcours biographiques discontinus, et les formes d'expression moins typiques. Plutôt que de substituer une norme à une autre, une clinique inclusive suppose d'accueillir la diversité des vécus sans tenter de les conformer à un modèle unique.

### Une lecture genrée et intersectionnelle indispensable

Le sous-diagnostic ne touche pas cependant toutes les femmes de la même manière. Celles issues de milieux sociaux précaires, racisées, LGBTQIA+ ou ayant une expérience de marginalisation cumulative sont encore plus exposées à l'invisibilité clinique (Cruz et al., 2024 ; Bargiela et al., 2016). Cette invisibilisation accrue s'explique par des biais multiples, tels que culturels, genrés, ou encore économiques, qui influencent à la fois l'expression des symptômes et la lecture qu'en font les professionnel.les.

Cette perspective souligne l'importance de ne pas réduire le phénotype féminin à une lecture uniforme. Le genre, loin d'être une variable isolée, entre en interaction avec d'autres dimensions sociales. Ces constats soulignent la nécessité d'une approche clinique qui écoute les parcours de vie, reconnaît le poids des normes sociales intériorisées, et prend en compte les écarts d'accès aux soins selon les contextes.

## Une clinique critique pour penser autrement

En définitive, cette discussion invite à concevoir la reconnaissance du TSA non comme une simple opération de repérage, mais comme une démarche éthique, relationnelle, et attentive aux contextes dans lesquels elle s'inscrit. Reconnaître un fonctionnement atypique, c'est parfois permettre à une personne de mettre des mots sur un vécu fragmenté, de sortir de l'isolement, ou de comprendre ses propres stratégies. Mais c'est aussi prendre le risque de figer ce vécu dans une catégorie qui peut, à son tour, enfermer.

Cela suppose de repenser les outils, les attitudes, mais aussi les savoirs transmis dans les formations. Aujourd'hui encore, l'enseignement des signes du TSA repose largement sur des modèles centrés sur des profils masculins et des manifestations comportementales visibles stéréotypées, comme le flapping, l'absence de contact visuel, ou encore les difficultés de communication manifeste. Ces éléments peuvent correspondre à certaines formes d'autisme, mais ne reflètent pas la diversité des trajectoires ni des expressions cliniques. C'est précisément cette diversité, plus subtile, intériorisée ou contextuellement modulée, qui échappe aujourd'hui à la détection.

Au-delà des outils, c'est notre manière même d'envisager le repérage qu'il faut interroger. Plutôt que de chercher à « voir l'autisme chez les femmes », il s'agit de prêter attention à ce qui, dans nos façons d'évaluer, peut en masquer l'existence. Une approche clinique plus souple, attentive aux récits, aux efforts d'adaptation et aux formes d'expression moins visibles, ouvrirait la voie à un repérage plus nuancé et fidèle à la diversité des trajectoires.

## Limites de ce mémoire

Comme tout travail de recherche, ce mémoire comporte certaines limites. Le choix d'une revue narrative a permis d'explorer un sujet complexe de manière large et nuancée, mais il implique également une certaine subjectivité dans le choix et l'interprétation des sources. Toutes les études pertinentes n'ont peut-être pas été incluses, et certaines thématiques peuvent toujours être plus approfondies. Par ailleurs, les connaissances sur le TSA chez les femmes sont encore récentes et en constante évolution. De nombreuses études mobilisées ici

appartiennent à un champ en cours de structuration, et certains résultats ou interprétations pourraient être amenés à évoluer dans les prochaines années. Ce travail reflète donc un état actuel de la littérature, susceptible d'être enrichi ou nuancé par les recherches à venir.

La majorité des travaux disponibles portent sur des femmes cisgenres issues de contextes occidentaux. Cela limite la diversité des profils abordés, en particulier ceux des femmes issues de minorités culturelles ou sociales, ainsi que des personnes dont le genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. En effet, plusieurs études récentes (George et Stokes, 2018 ; Stang et al., 2018) soulignent une co-occurrence significative entre les traits autistiques et la dysphorie de genre. Toutefois, la plupart des recherches ne distinguent pas clairement le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre et l'expression de genre, alors même que ces dimensions influencent la présentation clinique du TSA (Hamdani et al., 2023). Aborder cette question aurait nécessité un cadre théorique spécifique et un échantillon plus diversifié que celui retenu ici, centré sur les personnes assignées filles à la naissance et s'identifiant comme femmes. Ce choix délimite le périmètre de l'étude, tout en soulignant un besoin de recherches futures dans une perspective véritablement inclusive et intersectionnelle.

Enfin, même si un entretien a été réalisé pour illustrer concrètement les apports théoriques, il ne remplace pas une véritable enquête de terrain. Ce récit ne vise pas à représenter toutes les femmes qui ont un TSA, mais à donner un aperçu subjectif d'un parcours parmi d'autres.

## Récit de vie

Pour ancrer les résultats de cette revue de littérature dans une perspective plus clinique, un entretien semi-directif, sous forme de récit de vie, a été réalisé avec une femme de 29 ans ayant un TSA sans déficience intellectuelle, diagnostiquée le 4 avril 2025. Ce récit subjectif permet d'illustrer les différents concepts abordés précédemment, tels que le camouflage social, la multiplicité des diagnostics posés, ou encore la spécificité des intérêts restreints.

Cet entretien vise surtout à rendre compte de la complexité du vécu féminin dans l'autisme sans déficience intellectuelle et le parcours diagnostique, en soulignant les tensions existantes entre les critères cliniques standardisés et les formes plus subtiles du trouble. Il ne s'agit pas ici d'en faire une analyse qualitative approfondie, mais de proposer une lecture thématique qui illustre de manière marquée les points discutés dans la littérature.

Dès l'enfance, la participante décrit un sentiment de décalage. Elle raconte s'être toujours sentie un peu différente, sans que cela n'attire forcément une attention particulière. Les interactions sociales semblaient compliquées à comprendre et à maintenir : « je me suis quand même toujours sentie un peu différente. J'ai essayé, j'ai jamais eu énormément d'amis, ça a été toujours difficile. J'ai toujours eu des amis ici et là, je me suis jamais retrouvée complètement seule. Mais je me souviens que je, ... je sais que ça a toujours été difficile. ». Elle rapporte aussi un désintérêt pour certaines normes sociales de son âge, préférant les dessins animés aux émissions populaires : « Ce que mes amis aimaient ? Moi, j'aimais pas toujours, des fois oui, des fois non. Je me souviens que j'ai écouté, quand j'étais ado, j'écoutais pas les, les émissions de télé, de musique tout ça, comme tous les gens de mon âge. Moi j'écoutais encore les cartoons, puis les dessins animés, puis les trucs comme ça. Je préférais de loin ça. ». Elle décrit également plusieurs expériences précoces d'angoisses et de crises de panique, qu'elle n'identifiait pas encore clairement comme telles. Cependant, aucun diagnostic n'a été posé avant l'âge adulte : « Je n'ai pas eu de diagnostic avant l'âge adulte si jamais. Aucun diagnostic de quoi que ce soit. ».

Le diagnostic n'a été posé que bien plus tard, à l'âge adulte, après une succession de questionnements et de pistes incomplètes. Elle évoque des hypothèses autour

d'une anxiété généralisée, d'un TDAH, et même un profil HPI : « [...] Alors voilà, l'anxiété généralisée a été le diagnostic au-dessus », « [...] j'étais limite HP à 127 de QI. Avec un profil aussi un peu TDAH [...] Donc elle a dit, si on mélange un peu les 2, moi j'administrerais quand même HPI, avec des traits TDAH donc voilà, je suis sortie de là en disant bon, mais je suis pas mal dans une zone grise encore. ». Plus tard, un test de dépistage permettant de savoir s'il y avait matière à investiguer la piste du TSA plus en profondeur a éveillé des doutes. Au début, ne pas avoir de diagnostic ne semblait pas poser problème, mais progressivement un besoin de validation externe a pris le dessus : « [...] il y a tellement de choses qui pouvaient s'expliquer finalement avec le TSA. Et puis j'ai l'impression, comment dire, un sentiment un peu d'imposteur de pas pouvoir utiliser le terme ? Mais tu sais, moi je suis sur le spectre ou genre tu sais ça ? Et ça, ça s'applique parce que je suis autiste, mais en fait je pouvais pas vraiment l'utiliser puisque j'avais pas de diagnostic. Je me sentais pas à même de l'utiliser. ». Finalement, c'est en passant les évaluations qu'elle obtient un diagnostic clair, à la fois TSA et TDAH.

Dans son récit, la notion de camouflage revient à plusieurs reprises. Elle explique qu'il n'est pas forcément toujours volontaire, mais assez présent dans les contextes sociaux : « [...] Mais la pause café, c'est mon, c'est l'horreur. Je déteste les pauses café, parce qu'il faut parler de tout et n'importe quoi avec des gens, puis là, là-dedans, je sens que je masque, mais à fond. Je souris, j'ai l'air intéressée, tout ça, ça je le sens avec des amis, avec des collègues. Même si j'ai envie d'être intéressé, au fond de moi, je le suis pas. [...] je vais masquer en disant ouais c'était trop bien, super intéressant chouette, mais j'ai rien retenu ». Elle évoque aussi des stratégies de langage, comme répéter des expressions attendues sans toujours maîtriser le contexte, et une tendance à adapter son discours selon les personnes : « une forme de masking que je fais, je pense au niveau du, du vocabulaire, puis des trucs des, de la parole un peu. Comment engager les conversations, quoi dire ? Je redis souvent les mêmes choses que j'ai entendus. Puis des fois je l'utilise mal. Ou genre, je vais utiliser des mots que j'aurais pas dû utiliser ». Elle met en évidence un contraste entre l'image sociale qu'on lui attribue et la manière dont elle se perçoit : « des difficultés de communication j'en ai pas. Les gens, ils arrêtent pas de dire que je suis ultra

sociale et tout, mais en même temps, moi je me définis pas comme ça. Moi je me définis comme quelqu'un d'introverti, qui a de la difficulté à se faire des amis, puis d'aborder les gens ». Plus jeune, elle dit qu'elle évitait de parler de ses centres d'intérêts, car ils étaient différents de ceux des autres. Aujourd'hui, elle se sent davantage elle-même.

Gérer son énergie semble être un enjeu majeur dans son quotidien. Elle planifie ses journées en tenant compte de sa fatigue, et ajuste ses activités pour éviter la surcharge : « moi, je dois calculer, c'est une activité le matin et une activité l'après-midi, puis une activité le soir. Mais genre, pas avec du monde, c'est genre si je fais le lavage, c'est mon activité du matin, tu vas pas m'ajouter le lavage et un autre truc ». Des aménagements professionnels ont été mis en place pour lui permettre de télétravailler en tous cas à 50%, voir plus si nécessaire, lui donnant une grande marge de manœuvre.

Elle souligne également une place importante de ses intérêts spécifiques dans son récit, notamment la nourriture : « Moi, c'est beaucoup la nourriture. Je suis vraiment obsédée avec la, la nourriture. J'aime beaucoup tout ce qui est asiatique et puis ben, ça m'arrivait souvent, moins là, mais quand j'étais en appart, toute seule, j'allais manger la même chose tous les soirs pendant 2 semaines sans problème. Puis j'avais vraiment hâte de le manger tous les soirs, la même chose pendant 2 semaines. », mais également pour les récits et les séries fantastiques : « ça pouvait m'arriver de lire pendant 8h d'affilée, j'arrêtais juste pour manger, puis j'avais de la peine, quoi. J'arrivais, je, je pouvais pas avancer ma thèse ou quoi que ce soit. Je faisais que lire, puis je pensais que à lire. », « Même chose pour des séries télé en particulier que j'aime beaucoup. J'écoutais tout le temps parce que en fait oui, avant de reprendre la lecture, je faisais la même chose mais avec des séries. J'avais toujours mon ordinateur avec moi, puis j'écoutais des séries en fond tout en faisant à manger, en faisant la vaisselle, en faisant tout, tout, tout. J'ai écouté des séries, puis j'ai remplacé ça par la lecture. ».

Sur le plan sensoriel, elle évoque une hypersensibilité particulière au bruit et à la foule : « Je suis très sensible aux bruits, aux gens dans les milieux, mettons où il y a beaucoup de monde, beaucoup de bruit. J'aime pas aller dans les concerts, dans les festivals [...] », « mais c'est justement, c'est la surstimulation, j'avais juste hâte d'arriver à la maison. [...] Faire les courses, pour moi, c'était épuisant

tout le temps ». Avec le temps, elle a appris à mettre des choses en place, comme s'équiper de bouchons d'oreilles, limiter ses expositions, pour pouvoir gérer ces aspects de manière plus sereine : « Puis j'ai appris aussi, par exemple, je me suis acheté des bouchons pour quand on va faire les courses. ».

Concernant son parcours émotionnel, elle souligne l'effet positif d'être mise sous antidépresseurs, qui l'ont notamment aidé à mieux réguler et ressentir ses émotions : « le plus gros changement je trouve, c'est au niveau émotionnel. Comme un point on dirait d'émotions qui s'est ouvert, que je ressentais moins avant. Je suis plus joyeuse, j'arrive à ressentir plus les émotions, puis moins intensément, l'anxiété, la tristesse, la colère. J'arrive à être plus posée, plus réfléchie, ce qui me semble être beaucoup plus correspondant vraiment à qui je suis aussi. ».

Enfin, elle décrit le diagnostic comme un soulagement, non pas parce qu'il fait disparaître certaines difficultés, mais parce qu'il lui a permis de comprendre certains fonctionnements : « Puis maintenant, mais je comprends beaucoup mieux. Et puis, c'est tellement de choses, je me sens pas bizarre d'avoir envie de manger la même chose pendant 3 semaines. Je suis juste là, tant que c'est pas genre de truc ultra frit c'est bon. », « Et vraiment, en fait, c'est que je cherche depuis tellement longtemps aussi, à comprendre si tout le monde dit ça ou si je suis bizarre aussi. J'ai une personnalité de merde parce que je m'intéresse pas à ce que les autres font. Même si j'ai envie de m'intéresser à ce que les autres font, t'sais. Mais mais oui, ça a été un soulagement pour ça. Je comprends beaucoup mieux certaines choses, certaines difficultés ». Elle évoque également un sentiment de légitimité à être elle-même dans ses relations avec ses proches, notamment avec son conjoint qu'elle suspecte aussi d'être sur le spectre de l'autiste : « Et puis je me reconnaissais beaucoup en lui, dans beaucoup de choses. Et puis je me suis jamais sentie aussi confortable d'être moi même. »

Ce témoignage permet d'illustrer concrètement les thématiques développées dans cette revue de littérature, notamment les formes subtiles de camouflage, la complexité des parcours diagnostiques féminins et la place des stratégies d'adaptation. Il souligne également l'importance d'intégrer l'expérience vécue pour mieux comprendre les spécificités de l'autisme sans déficience intellectuelle chez la femme.

## **Recommandations et perspectives**

À la lumière des constats développés dans cette revue et du témoignage recueilli, il devient essentiel de repenser en profondeur les modalités de repérage, de diagnostic et d'accompagnement des femmes ayant un TSA sans déficience intellectuelle. Ces recommandations, issues des nombreuses études portant sur le TSA au féminin, visent à favoriser une approche plus inclusive, nuancée et respectueuse de la diversité des profils autistiques.

Une première nécessité consiste à adapter les outils diagnostiques aux spécificités du phénotype féminin de l'autisme. Les instruments les plus utilisés, comme l'ADOS-2 (Lord et al., 2012) ou l'ADI-R (Rutter et al., 2003), ont été conçus à partir de cohortes majoritairement masculines, ce qui limite leur capacité à détecter des profils plus intériorisés ou compensés (Rippon, 2024 ; Ochoa-Lubinoff et al., 2023). Il devient donc urgent de développer ou d'intégrer des outils plus sensibles à ces présentations, tels que le CAT-Q, centré sur le camouflage social (Hull et al., 2020), ou encore des questionnaires construits à partir de l'expérience vécue des femmes concernées.

Cela suppose toutefois que les clinicien.nes envisagent la possibilité d'un TSA chez ces femmes, ce qui implique une formation plus fine au repérage initial, notamment lorsque les symptômes se présentent sous la forme de troubles anxieux, de TCA ou de détresse diffuse. Les enseignements actuels en psychologie ou en psychiatrie reposent encore largement sur une représentation classique du TSA, centrée sur des profils masculins et des signes comportementaux visibles, comme les stéréotypies ou le manque de contact visuel. Si ces manifestations existent, elles ne reflètent pas à elles seules la diversité du spectre. C'est précisément cet « au-delà » qu'il s'agit aujourd'hui de développer dans les formations et les pratiques cliniques.

Plusieurs auteurs plaident pour des approches cliniques multidimensionnelles, intégrant des entretiens narratifs, des observations qualitatives et des auto-évaluations (Cruz et al., 2024 ; Hamdani et al., 2023). De plus, il serait également pertinent d'inclure une évaluation développementale approfondie, capable de retracer les trajectoires de socialisation depuis l'enfance, période où les premiers

signes peuvent être interprétés à tort comme de la timidité, de la maturité précoce ou de la sensibilité.

En parallèle, une formation ciblée des professionnel.les de santé mentale est indispensable. Il ne s'agit pas uniquement de reconnaître les formes atypiques du TSA, mais aussi de déconstruire les biais implicites qui conduisent encore trop souvent à ignorer ou minimiser certains signes cliniques chez les femmes (Ochoa-Lubinoff et al., 2023 ; Rippon, 2024). Poser des questions ouvertes, explorer la subjectivité, et ne pas se limiter aux critères traditionnels du DSM-5 (2013) sont des pistes pour éviter les diagnostics erronés ou tardifs. Cette formation devrait aussi inclure une réflexion sur l'influence des normes de genre et des processus de la socialisation différenciée afin de mieux comprendre comment elles façonnent l'expression et la perception des symptômes.

Les recommandations cliniques ne peuvent cependant pas se limiter au diagnostic. Il est tout autant nécessaire de construire des dispositifs de soutien adaptés aux réalités vécues. Plusieurs études soulignent l'intérêt des groupes de parole, de psychoéducation ou d'accompagnements thérapeutiques spécifiquement pensés pour les femmes ayant un TSA, afin de travailler sur la réduction du camouflage, la reconstruction identitaire et la gestion des comorbidités (Bargiela et al., 2016 ; Cruz et al., 2024). Ces espaces permettent aussi de rompre l'isolement et de favoriser une meilleure reconnaissance de soi. Dans cette optique, il est essentiel de co-construire ces dispositifs avec les personnes concernées, afin qu'elles s'ancrent dans leurs réalités, leurs besoins et leurs modes de communication, sans imposer une lecture normative de leur fonctionnement.

Sur un plan plus large, la sensibilisation du monde social et professionnel constitue un enjeu central. Les femmes ayant un TSA sont souvent confrontées à un monde du travail qui valorise des comportements implicites de communication et d'adaptation sociale. Or, ces attentes peuvent générer une surcharge émotionnelle et sensorielle importante. Il est donc recommandé de promouvoir des environnements professionnels plus accessibles, par exemple avec une flexibilité des horaires, du télétravail, ou des aménagements d'espaces sensoriellement apaisants (Cook et al., 2024). Une formation des employeurs aux spécificités du TSA féminin, la mise en place de référents et l'adoption d'une

communication plus explicite et structurée peuvent considérablement améliorer l'inclusion et la qualité de vie au travail. Par ailleurs, les espaces communautaires informels, comme les forums en ligne, les podcasts ou encore les groupes d'entraide auto-organisés jouent un rôle clé dans le processus de reconnaissance et d'identification bien avant le système de soins. Leur légitimité mériterait d'être davantage reconnue.

Enfin, les perspectives de recherche doivent s'élargir pour intégrer les facteurs intersectionnels. Trop peu d'études prennent en compte l'impact croisé du genre, de l'orientation sexuelle, de l'appartenance ethnique ou de la situation socio-économique sur l'expérience de l'autisme (Bargiela et al., 2016 ; Cruz et al., 2024). Une meilleure représentativité des populations concernées, notamment les personnes transgenre, non binaires ou racisées, permettrait d'enrichir les connaissances et de construire des réponses plus justes et inclusives.

Ces pistes ouvrent la voie à une prise en charge plus humaine, plus nuancée, et plus respectueuse de la diversité des expressions autistiques. Repenser les outils, les pratiques et les environnements à partir de l'expérience vécue des femmes ayant un TSA, c'est non seulement améliorer le diagnostic, mais aussi favoriser une reconnaissance qui éclaire, plutôt qu'elle n'invisibilise.

## **Conclusion**

Ce travail de synthèse de littérature a permis de mettre en lumière un ensemble de mécanismes qui participent à l'invisibilisation du phénotype féminin de l'autisme sans déficience intellectuelle. À travers une revue de la littérature, enrichie d'un témoignage illustratif, il apparaît que la présentation clinique de nombreuses femmes ayant un TSA s'écarte des standards sur lesquels reposent encore les outils diagnostics actuels. Le camouflage social, des intérêts spécifiques perçus comme socialement acceptables, une motivation relationnelle élevée ou encore une aisance verbale trompeuse contribuent à brouiller les pistes, et retarder ou empêcher une reconnaissance formelle du trouble.

Ce décalage entre vécu subjectif et reconnaissance clinique a des conséquences importantes, tant sur le plan psychique que social. Il expose les femmes à des parcours d'errance, des diagnostics partiels, des prises en charge incomplètes, et parfois à des situations de vulnérabilité. Penser l'autisme au féminin ne revient pas à ajouter une nouvelle catégorie au DSM, mais remettre en question ce qui a été construit comme norme diagnostique légitime.

Plus largement, ce travail invite à porter une vigilance critique sur les cadres d'évaluation et d'interprétation mobilisés par les professionnel.les de la santé. Il invite à une approche clinique plus souple, plus sensible aux trajectoires, aux récits et aux contextes. Il souligne également la nécessité de développer ces connaissances et de sensibiliser les professionnel.les à ces profils. Envisager le TSA autrement, c'est reconnaître qu'il ne s'exprime pas toujours dans ce qui est visible, mais aussi dans ce qui est tu, contourné, adapté, parfois au prix d'un effacement de soi.

Enfin, ce mémoire ne prétend pas couvrir toute la complexité du sujet, mais propose un point d'appui pour penser autrement le repérage de l'autisme chez les femmes. Il reste encore de nombreuses zones d'ombre, notamment concernant les profils minorisés ou en dehors des normes binaires de genre. Ce travail n'apporte pas de réponses définitives. Il ouvre des pistes, pose des questions, soulève des doutes et appelle à poursuivre dans la recherche, dans la formation et surtout dans la manière d'accueillir les récits de celles qui, trop longtemps, sont restées en marge du regard clinique.

## Bibliographie :

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- 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>
- Brickhill, H., Pearson, A., & Rose, K. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1108110. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.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>
- George, R., & Stokes, M. A. (2018). Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, *22*(8), 970–982. <https://doi.org/10.1177/1362361317714587>

- Gesi, C., Carmassi, C., Ceresoli, D., Bertelloni, C. A., Dell'Osso, L., & Dell'Osso, L. (2021). Gender differences in misdiagnosis and delayed diagnosis among adults with autism spectrum disorder with no language or intellectual disability. *Brain Sciences*, *11*(7), 888. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070888>
- Green, D., Chandler, S., Charman, T., Simonoff, E., & Baird, G. (2019). Brief report: The social communication questionnaire is a useful screening tool for autism spectrum disorder in young children with developmental problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(1), 221–229. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3680-0>
- 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>
- 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>

- Livingston, L. A., & Happé, F. (2017). Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 729–742. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.06.005>
- Livingston, L. A., Shah, P., & Happé, F. (2020). Compensatory strategies below the surface in autism: A qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 766–777. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30271-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30271-5)
- 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)
- 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>
- 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>

- Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Arnold, S. R. C., & Kapp, S. K. (2020). “Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew”: Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>
- 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>
- Robinson, E. B., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Happé, F., & Ronald, A. (2013). Examining and interpreting the female protective effect against autistic behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(13), 5258–5262. <https://doi.org/10.1073/pnas.1211070110>
- Rogé, B. (2020). Différences liées au sexe et autisme. *Enfance*, 72(4), 551–557. <https://doi.org/10.3917/enf2.204.0551>
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI- R)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Stang, J., Marx, I., & Gross, R. (2018). Gender identity and autism spectrum disorders. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(6), 435–442. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000580>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

## Annexe :



**Déclaration de consentement à une recherche**  
**Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Titre de la recherche :	Diagnostic tardif <i>et</i> différences de genre chez le patient T
Institution et adresse professionnelle :	Université de Lausanne, Institut de psychologie Quartier Fouline, Bâtiment Géopolis, 1015 Lausanne mail
Nom de l'étudiant·e chercheur·euse :	Marine Dallemagne ; marine.dallemagne@unil.ch
Nom du ou de la participant·e (nom et prénom) :	██████████

**Je certifie :**

- avoir lu et compris la notice d'information aux participant·e·s et en avoir reçu une copie.
- Que la recherche à laquelle je participe m'a été expliquée à mon entière satisfaction, ainsi que ses objectifs et son déroulement.
- Accepter d'y participer de manière libre et volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer à la recherche sans donner de raison et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il me suffit de communiquer ma décision au responsable de la recherche, les données qui me concernent seront alors supprimées.
- avoir été informé·e que toutes les données traitées dans le cadre de la recherche seront collectées et stockées de manière sécurisée et pseudonymisée, conformément à la Loi du 11 septembre 2017 sur la protection de données personnelles (LPD ; B 172.65).
- Accepter que l'étudiant·e chercheur·euse ainsi que le responsable de la recherche auront accès aux données récoltées non-pseudonymisées, mais elles seront soumises à une obligation de stricte confidentialité.
- Comprendre que les données ne seront pas réutilisées pour d'autres recherches que celle-ci.
- En cas de doute ou de malaise lié à ma participation à cette recherche, je contacterai la responsable de la recherche sans intermédiaire.
- avoir lu et compris cette déclaration de consentement et reçu une copie.

Lieu : ..... à Unil.....

Date : .....23.04.2025.....

1 nature

Étudiant·e chercheuse

participant·e

1J<.W21,.... >.-

Une copie de ce formulaire complété est pour vous.