

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME AU FÉMININ : LES FACTEURS
POUVANT CONTRIBUER AU SOUS-DIAGNOSTIC**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
CAMILIA AUGER**

AVRIL 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Annie Paquet

Prénom et nom

Directeur de recherche

Michel Rousseau

Prénom et nom

Codirecteur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Annie Paquet

Prénom et nom

Directeur ou codirecteur de recherche

Annick St-Amand

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est une condition neurodéveloppementale qui est largement plus diagnostiquée chez les garçons que chez les filles. Les garçons reçoivent généralement leur diagnostic à un plus jeune âge également. Selon certains auteurs, la véritable prévalence féminine serait plus élevée et un sous-diagnostic de TSA chez les filles pourrait expliquer cet écart entre les sexes. Cet essai avait donc pour objectif d'identifier les facteurs pouvant contribuer à ce possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes. Une recension des écrits a été réalisée dans trois banques de données, permettant de retenir 21 articles. Les résultats découlant de l'analyse de ceux-ci ont fait émerger trois catégories de facteurs, soit : 1) les caractéristiques de l'autisme au féminin, 2) le processus d'évaluation ainsi que 3) les attentes et perceptions parentales. Ces résultats ont ensuite été discutés, de même que les impacts de ceux-ci sur la pratique psychoéducative.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements	vi
Problématique.....	7
Recommandations en termes de dépistage et de diagnostic.....	10
Le processus de dépistage du TSA	10
Le processus d'évaluation du TSA	11
Les outils diagnostiques propres au TSA.....	12
Objectif.....	13
Méthode.....	14
Recherche documentaire	14
Sélection des études	15
Extraction des résultats	15
Résultats	17
Description des études retenues	17
Les caractéristiques de l'autisme au féminin	17
Phénotype féminin	17
Camouflage.....	20
Le processus d'évaluation	22
Diagnostic différentiel	22
Conceptualisation masculine du TSA dans les outils	24
Les attentes et perceptions parentales	26
Discussion	27
Les caractéristiques de l'autisme au féminin	27
Le processus d'évaluation	30
Les attentes et perceptions parentales	31
Implications pour la pratique psychoéducative.....	32
Limites	33
Recommandations pour la recherche	34

Conclusion.....	35
Références	36
Appendice A Tableau des caractéristiques des études retenues	42

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs d'essai, Mme Annie Paquet et M. Michel Rousseau, qui ont grandement contribué à la réalisation de cet essai. Merci pour votre accompagnement, votre soutien et votre disponibilité tout au long de ce processus.

J'aimerais également remercier ma famille et mes amies, qui m'ont encouragée tout au long de mon parcours universitaire et qui me soutiennent dans tous mes projets.

Problématique

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)¹ est une condition neurodéveloppementale qui se manifeste par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales, ainsi que par le caractère restreint des comportements, des activités et des intérêts (American Psychiatric Association [APA], 2013a). Le premier critère diagnostique (A) peut se traduire entre autres par des difficultés à initier une interaction sociale ou à y répondre, à partager ses intérêts ou ses émotions, à établir un contact visuel, à maintenir des relations ou à ajuster son comportement à divers contextes sociaux. Le deuxième critère (B) se divise en quatre, soit 1) le caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage, 2) une intolérance aux changements ou une adhésion inflexible à des routines, 3) des intérêts extrêmement restreints, fixes et intenses et 4) une hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles de l'environnement. Deux de ces éléments doivent minimalement être présents pour que le critère B soit rempli. Finalement, les critères A et B doivent être présents de manière précoce dans le développement (C), ils doivent affecter significativement le fonctionnement de la personne (D) et ne peuvent être mieux expliqués par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement (E).

Le TSA est abordé pour la première fois par Leo Kanner, un psychiatre américain. Il a publié en 1943 les observations qu'il a faites sur 11 enfants, soit 8 garçons et 3 filles, qu'il présente comme ayant un « trouble autistique inné du contact affectif ». Kanner met alors de l'avant deux caractéristiques importantes, soit 1) des problèmes d'interactions sociales et de connexion dès le début de la vie et 2) la résistance aux changements ou l'insistance sur la similitude ainsi que les mouvements stéréotypés. Parallèlement, la thèse d'Hans Asperger, un psychiatre autrichien, a été publiée en 1944 et portait sur quatre garçons ayant une « psychopathie autistique » (Lyons et Fitzgerald, 2007). Ces garçons démontraient des difficultés sociales marquées, des intérêts circonscrits inhabituels et une bonne communication verbale (Rosen *et al.*,

¹ Afin d'être en conformité avec la majorité des articles consultés, l'appellation TSA est utilisée dans le présent essai. Cela est fait dans le respect des personnes, malgré la tendance actuelle à privilégier les terminologies autisme ou personne autiste (Fecteau *et al.*, 2024).

2021). Asperger a utilisé le terme « autistique », qui faisait référence à Bleuler, un psychiatre suisse, qui l'utilisait pour décrire les caractéristiques des personnes atteintes de schizophrénie (Lyons et Fitzgerald, 2007). Il n'y a toujours pas de certitude à ce jour à savoir si les observations des deux hommes étaient bien indépendantes, mais tous deux ont contribué à la naissance du diagnostic de l'autisme en proposant des conceptualisations différentes (Rosen *et al.*, 2021).

L'autisme infantile est inclus pour la première fois dans le DSM-III (APA, 1980), dans la catégorie des troubles envahissants du développement (Rosen *et al.*, 2021). Les critères mettent alors l'accent sur le déficit généralisé de réactivité sociale, tout comme Kanner l'avait fait auparavant (Rosen *et al.*, 2021). Le terme « autisme infantile » devient ensuite « trouble autistique » dans l'édition révisée (APA, 1987) afin d'inclure tous les âges et les niveaux de développement (Rosen *et al.*, 2021). Dans le DSM-IV (APA, 1994), la catégorie des troubles envahissants du développement est élargie afin d'inclure le trouble autistique, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett et le trouble envahissant du développement non-spécifié (Rosen *et al.*, 2021). Quatre de ces troubles sont regroupés à nouveau dans le DSM-5 (APA, 2013a) afin de former le trouble du spectre de l'autisme, soit le trouble autistique, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non-spécifié (APA, 2013b). Le DSM-5 TR conserve la terminologie proposée dans la version de 2013 (Bradley *et al.*, 2023).

L'élargissement des critères diagnostiques et une meilleure connaissance du trouble contribuent à expliquer l'augmentation constante de la prévalence du TSA depuis quelques années (Bolduc et Poirier, 2017). En 2014-2015, la prévalence au Québec était de plus de 4 enfants, âgés de 1 à 17 ans, sur 1000 (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Au Canada en 2019, celle-ci était de 1 enfant sur 50 (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Le TSA est largement plus diagnostiqué chez les garçons que chez les filles, avec un ratio de 4 : 1 lorsqu'il n'y a pas de déficience intellectuelle associée (Loomes *et al.*, 2017). De plus, les filles sont généralement diagnostiquées plus tard que les garçons (Green *et al.*, 2019). Toutefois, certains auteurs croient que la véritable prévalence féminine serait plus élevée et que cet écart

entre les sexes pourrait être dû à un sous-diagnostic chez les filles (Tang *et al.*, 2021). En effet, il existe des différences dans les ratios garçon-fille entre la population générale et la population clinique. Le ratio généralement diffusé est de 4 :1, ce qui correspond à la population clinique, soit celle qui reçoit des services. Toutefois, dans la population générale, donc parmi les personnes qui ne sont pas référées à des services, il y aurait entre deux et trois garçons pour une fille ayant un TSA (Zwaigenbaum *et al.*, 2012). Ainsi, selon Bargiela *et al.* (2016), de nombreuses filles pourraient répondre aux critères diagnostiques du TSA si elles étaient bien évaluées.

Les impacts possibles de ce sous-diagnostic chez les filles sont nombreux. En effet, puisque l'identification précoce du diagnostic de TSA permet d'avoir accès à des services plus tôt, celui-ci est lié à de meilleurs pronostics à long terme (Begeer *et al.*, 2013). L'identification précoce permet entre autres d'identifier les besoins et les interventions appropriées, de rendre les autres moins critiques à l'égard des caractéristiques de la personne ayant un TSA et à l'égard de ses parents, de diminuer l'autocritique chez la personne et ainsi de favoriser un sentiment d'identité plus positif (Bargiela *et al.*, 2016). L'intervention précoce entraîne également des bénéfices pour la famille, tels que l'amélioration de la communication, la diminution des comportements problématiques ainsi qu'une forte réduction du stress chez les parents (Begeer *et al.*, 2013). En étant diagnostiquées plus tard, voire jamais, les filles ayant un TSA ne peuvent pas bénéficier de tous les avantages de l'identification précoce de leur condition. Dans une étude réalisée par Bargiela et ses collègues (2016), la majorité des participantes nommaient que leur vie aurait été plus facile si elles avaient reçu leur diagnostic de TSA plus tôt. Elles nomment qu'avant le diagnostic, elles se sentaient incomprises et que leurs traits autistiques étaient souvent qualifiés de manière négative par leurs pairs. La plupart des participantes ont trouvé leur diagnostic aidant, puisque cela leur a permis de développer un sentiment d'appartenance envers la communauté autistique. Dans une autre étude réalisée par Leedham et ses collègues (2020), plusieurs participantes rapportaient que leur diagnostic de TSA leur avait donné l'opportunité de se défaire de leur culpabilité. Le diagnostic leur a permis de reconnaître qu'elles pouvaient être authentiques au lieu de tenter de correspondre à une version d'elles-mêmes répondant davantage aux attentes sociales, ce qui a été libérateur. Plusieurs ont également rapporté un processus de

rétrospection, revivant leur vie avec une nouvelle perspective après leur diagnostic, qui leur permettait de mieux comprendre les expériences qu’elles avaient vécues. Le fait de recevoir un diagnostic de TSA permet donc à la fois d’avoir accès à des services et des interventions appropriées, mais aussi à la personne de mieux se comprendre, d’être davantage elle-même et de développer un sentiment d’appartenance. Ainsi, il s’avère plus que pertinent de tenter de mieux comprendre ce qui peut contribuer à un sous-diagnostic ou un diagnostic plus tardif du TSA chez les personnes de sexe féminin.

Recommandations en termes de dépistage et de diagnostic

Afin de bien comprendre les facteurs liés au sous-diagnostic du trouble du spectre de l’autisme, il est essentiel de présenter d’abord les recommandations actuelles en ce qui concerne le dépistage et l’évaluation.

Le processus de dépistage du TSA

Le dépistage permet d’identifier les enfants à risque de TSA, ce qui permet ensuite de procéder à une évaluation plus approfondie ou une évaluation diagnostique. Il existe deux types de dépistage, le premier étant le dépistage systématique, qui vise tous les enfants, peu importe leur situation. Le dépistage systématique pourrait s’effectuer par exemple en milieu pédiatrique lors d’un examen médical de routine (McKinnon *et al.*, 2023). Le dépistage ciblé s’adresse quant à lui aux enfants présentant des facteurs de risque (Zwaigenbaum *et al.*, 2019). Pour McKinnon et ses collègues (2023), il s’agit des enfants dont les parents ont des préoccupations concernant leur développement, des enfants qui présentent un retard de développement, certains problèmes affectifs et comportementaux ou certains syndromes génétiques, ou encore des enfants dont un membre de la fratrie a un TSA.

Il existe des outils de dépistage du développement qui sont habituellement proposés avant de procéder au dépistage ciblé du TSA (McKinnon *et al.*, 2023). Par exemple, le *Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3)* (Squires et Bricker, 2009), le *Child Development Inventory (CDI)* (Doig *et al.*, 1999), le *Brief Early Childhood Screening Assessment (ECSQ)* (Fallucco *et al.*, 2017), le

Nipissing District Developmental Screen (Cairney *et al.*, 2016) et le *Parents Evaluation of Developmental Status (PEDS)* (Glascoe, 1998). Ceux-ci évaluent différentes sphères du développement et permettent de dépister des retards développementaux. Les outils de dépistage du TSA peuvent quant à eux prendre deux formes, soit celle d'un questionnaire rempli par les parents ou d'une évaluation interactive réalisée par un intervenant (McKinnon *et al.*, 2023). Une fois l'outil administré, l'intervenant doit également utiliser son jugement, ses observations et les inquiétudes rapportées par les parents afin de décider s'il dirige l'enfant vers une évaluation plus approfondie (Zwaigenbaum *et al.*, 2019).

Le processus d'évaluation du TSA

L'évaluation diagnostique passe quant à elle par un long processus. Celui-ci comporte trois objectifs principaux selon la Société canadienne de pédiatrie (Brian *et al.*, 2019), le premier étant de poser un diagnostic définitif de TSA. Un diagnostic provisoire peut être posé dans certains cas ambigus ou lorsque l'enfant a moins de 2 ans, mais dans plusieurs régions ce diagnostic ne permet pas de recevoir des services spécialisés. Le deuxième objectif est d'explorer les troubles comorbides au TSA et de reconnaître les diagnostics différentiels. Le troisième objectif est de déterminer les forces, les difficultés et les intérêts de l'enfant afin de statuer sur son degré global de fonctionnement adaptatif pour favoriser la planification de l'intervention. Ce processus d'évaluation repose sur plusieurs étapes (Brian *et al.*, 2019). La première est d'analyser les dossiers de l'enfant, soit les dossiers médicaux, les évaluations antérieures faites par tous types de professionnels et les relevés scolaires si applicable. La deuxième étape consiste à faire des entrevues avec les parents et les membres de la famille. Ceux-ci sont questionnés sur les raisons de la demande de consultation, puis sur l'histoire de vie de l'enfant. Il est possible d'utiliser un outil diagnostique à cette étape, pour faciliter l'entrevue. À la troisième étape, le clinicien évalue les principales caractéristiques du TSA. Pour ce faire, il observe l'enfant et interagit avec lui afin d'évaluer ses interactions sociales et sa communication. Une observation dans plusieurs milieux est à privilégier. Il est possible d'utiliser un outil diagnostique à cette étape pour faciliter l'observation. Un examen physique complet est fait à la quatrième étape. Cet examen permet de déterminer si une cause médicale pourrait expliquer les comportements de

l'enfant. La cinquième étape est d'explorer les diagnostics différentiels et les affections coexistantes. En effet, certains troubles ont des manifestations qui recoupent celles du TSA, il est donc important de les identifier afin de pouvoir départager les symptômes appartenant à chacun des troubles. L'étape 6 correspond à l'établissement du diagnostic de TSA par le clinicien, qui utilise les critères du DSM-5 (APA, 2013a) et son jugement clinique. À l'étape 7, le clinicien annonce les résultats de l'évaluation diagnostique aux parents et à l'enfant. Finalement, à l'étape 8 une évaluation complète des besoins est faite en vue de la planification des interventions (Brian *et al.*, 2019). À ce moment, c'est la fin du processus d'évaluation, mais le premier pas de l'intervention.

Les outils diagnostiques propres au TSA

Il existe deux grandes catégories d'outils diagnostiques du TSA (Brian *et al.*, 2019). D'abord, il y a ceux qui s'appuient sur les entrevues avec les parents ou les questionnaires que ceux-ci remplissent (Brian *et al.*, 2019). Le *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)* (Rutter *et al.*, 2003) en est un exemple. L'outil consiste en une entrevue semi-structurée avec les parents d'une durée de 2 à 3 heures, permettant de vérifier la présence des caractéristiques du TSA (Bolduc et Poirier, 2017). Il s'adresse aux parents d'enfants de 2 ans et plus et a été élaboré pour être utilisé conjointement avec l'*Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)* (Lord *et al.*, 2012), qui fait partie de la deuxième catégorie d'outils (McKinnon *et al.*, 2023). Les outils de cette catégorie reposent sur des scores établis en fonction des observations faites par le clinicien et de ses interactions directes avec l'enfant (Brian *et al.*, 2019). L'ADOS-2 est une procédure d'observation structurée pouvant être utilisée dès 12 mois (Bolduc et Poirier, 2017). Pendant l'observation, plusieurs activités ludiques sont réalisées dans le but de faire émerger des comportements en lien avec la communication, les interactions sociales, la créativité, l'imagination et les comportements restreints et répétitifs (Bolduc et Poirier, 2017). Diverses questions peuvent également être posées à l'enfant pendant le jeu (Bolduc et Poirier, 2017). Lorsque la personne présente les caractéristiques du TSA, l'ADOS-2 permet de déterminer le niveau de sévérité du trouble, soit léger, modéré ou sévère (Bolduc et Poirier, 2017). Le *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* (Schopler *et al.*, 2002) est un autre outil fréquemment

utilisé qui permet d'identifier le TSA et le niveau de sévérité (McKinnon *et al.*, 2023). Cet outil combine à la fois une entrevue structurée et une période d'observation par le clinicien et peut être utilisé dès l'âge de deux ans (McKinnon *et al.*, 2023). La version plus récente, le CARS-2 (Schopler *et al.*, 2010) n'est pas disponible en français à ce jour (McKinnon *et al.*, 2023).

Par ailleurs, la question de l'autisme au féminin est abordée dans le document de principe de la Société canadienne de pédiatrie portant sur les normes de l'évaluation diagnostique du trouble du spectre de l'autisme (Brian *et al.*, 2019). Il y est précisé que les garçons sont plus susceptibles d'être diagnostiqués que les filles, et ce, pour un même niveau de sévérité des caractéristiques, et que le TSA est probablement sous-diagnostiqué chez les filles.

Objectif

Considérant qu'il y a une augmentation des avis relatifs à la possibilité d'un sous-diagnostic chez les filles et vu l'ampleur des conséquences pouvant y être associées, cette étude vise à identifier les facteurs pouvant contribuer à un possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes autistes.

Méthode

La section suivante présente la démarche de recherche documentaire empruntée, le processus de sélection des études ainsi que la méthode d'extraction des résultats.

Recherche documentaire

Une recherche documentaire a été réalisée aux mois d'octobre et novembre 2023 afin de trouver des articles scientifiques permettant de répondre à l'objectif de recherche. Les bases de données MEDLINE, Érudit et PsycINFO ont été consultées. Celles-ci ont été sélectionnées, car l'évaluation diagnostique peut être abordée d'un point de vue autant médical que psychosocial. Le choix des bases de données a été validé par la bibliothécaire de l'université. Pour chacune des bases de données, une recherche a été faite à partir de mots-clés représentant les trois principaux concepts de l'objectif de recherche, soit 1) le trouble du spectre de l'autisme, 2) le diagnostic et 3) les personnes de sexe féminin (illustrés dans le tableau 1). En français, les mots-clés TSA, "trouble envahissant du développement", dépist*, éval*, fille et femme sont ajoutés.

Tableau 1

Concepts et mots-clés

Concepts	Mots-clés
Trouble du spectre de l'autisme	Autis* OR ASD OR asperger* OR "pervasive development* disorder*"
Diagnostic	Detect* OR Screen* OR Test* OR *diagnos* OR assessment*
Personne de sexe féminin	Women OR woman OR girl* OR female*

Afin de réduire le nombre d'articles à consulter, une recherche a été faite en demandant que les trois concepts se retrouvent dans le titre des articles puisqu'il y avait autrement trop de résultats. Des critères d'inclusion ont ensuite été pris en compte lors de la lecture des titres et des résumés des articles. Ceux-ci devaient aborder le diagnostic de TSA chez les personnes de sexe féminin, ainsi que les facteurs qui pourraient contribuer à la sous-représentation des personnes de sexe féminin parmi la population de personnes ayant un TSA. Aucune restriction n'a été mise

quant à l'année de publication des articles puisque le sous-diagnostic de TSA chez les femmes est étudié depuis peu. Les articles qui étaient dans une autre langue que le français et l'anglais ont été exclus. Seuls les articles empiriques ont été retenus, les mémoires, les thèses et les recensions des écrits ont donc été exclus considérant le temps imparti. Les références des recensions des écrits ont été consultées dans le but d'ajouter de potentiels articles à la recension. Cette démarche a permis de trouver quelques autres articles intéressants répondants à l'objectif de recherche, mais qui n'étaient toutefois pas ressortis dans les banques de données. Cela était dû aux mots-clés utilisés pour représenter le troisième concept, soit les personnes de sexe féminin, puisque ceux-ci excluaient tous les articles faisant référence à des différences de sexe ou de genre. Une deuxième recherche documentaire a donc été réalisée au mois de janvier 2024 dans les mêmes banques de données, en ajoutant les mots-clés *sex* et *gender*.

Sélection des études

Le processus de sélection des études s'est fait en deux temps, étant donné que deux recherches documentaires ont été réalisées. Tout d'abord, 108 articles ont été trouvés sur MEDLINE et PsycINFO au total. Aucun article n'a été trouvé sur Érudit. Une fois les doublons retirés, les titres et les résumés de 82 articles ont été consultés, permettant d'éliminer 52 articles. Les 30 articles restants ont été consultés en entier et 12 d'entre eux ont été retenus pour la recension. Le même processus a été emprunté pour la deuxième recherche documentaire, qui incluait tous les articles de la première recherche. L'ajout des deux mots-clés a généré 238 articles au total, il en restait 136 une fois les doublons et les articles de la première recherche éliminés. De cette deuxième recherche, 9 articles ont été retenus, pour un total de 21 articles.

Extraction des résultats

Les 21 articles retenus ont été lus à plus d'une reprise afin d'extraire les caractéristiques des études et les résultats pertinents à l'objectif de recherche. Une grille d'extraction a été conçue afin de classer ces informations pour chacun des articles retenus. Le devis de l'étude, le pays et les objectifs y étaient inscrits, de même que les caractéristiques de l'échantillon (répondants,

nombre, âge, sexe, diagnostics). Les résultats généraux ainsi que ceux liés à des facteurs pouvant contribuer au sous-diagnostic de TSA étaient également inclus dans la grille d'extraction.

Résultats

Cette recension aborde les facteurs pouvant contribuer à un possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes autistes. Une description des études retenues sera d'abord présentée, puis les résultats de ces études qui permettent de répondre à l'objectif de recherche seront relevés en trois catégories, soit 1) les caractéristiques de l'autisme au féminin, 2) le processus d'évaluation ainsi que 3) les attentes et perceptions parentales.

Description des études retenues

Au total, 21 études recensées ont été retenues. Celles-ci ont été réalisées entre 2010 et 2023, la plupart en Europe ou en Australie. Parmi ces études, 5 étaient qualitatives, 15 étaient quantitatives et 1 avait un devis mixte. Dans le cas des études qualitatives, les participants étaient des professionnels ayant de l'expérience dans l'évaluation des TSA, des parents d'enfants ayant un TSA ou des personnes de sexe féminin qui le sont elles-mêmes. Pour les études quantitatives, les participants étaient majoritairement des enfants ou des adultes ayant un TSA ou dont les scores étaient à la limite du seuil clinique, sans toutefois l'atteindre. Un tableau présentant les caractéristiques de ces études de manière plus approfondie est présenté à l'appendice A.

Les caractéristiques de l'autisme au féminin

Tout d'abord, les caractéristiques de l'autisme au féminin représentent la première catégorie de facteurs susceptibles de contribuer au sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes. En effet, le TSA se manifeste différemment chez les filles par rapport aux garçons, ce qui peut engendrer certains obstacles dans l'identification et la référence de celles-ci vers des professionnels.

Phénotype féminin

Plusieurs études abordent le phénotype féminin comme facteur pouvant contribuer au sous-diagnostic de l'autisme (Gesi *et al.*, 2021; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Rutherford *et al.*, 2016; Tsirgiotis *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2017). Cela fait référence aux nombreuses distinctions dans la présentation du TSA

chez les filles, par rapport aux garçons (Tsirgiotis *et al.*, 2022). Le TSA se présenterait chez les filles de manière plus subtile et fonctionnelle, ce qui fait en sorte que celui-ci peut passer inaperçu auprès de l'entourage et même des professionnels (McLinden et Sedgewick, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Les stéréotypes liés aux TSA reflètent des traits davantage masculins, ce qui fait que la présentation de l'autisme chez les filles s'en éloigne. Cela constitue un obstacle au diagnostic selon quelques auteurs (Gesi *et al.*, 2021; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023). Selon les cliniciens de l'étude de Tsirgiotis *et al.* (2022), les filles sont moins susceptibles d'être dirigées vers un professionnel pour une évaluation en raison du manque de connaissances dans la société sur la présentation du TSA chez celles-ci. Pour les parents, le phénotype féminin fait en sorte qu'il est plus difficile d'identifier des traits ou de remarquer un développement anormal de manière précoce (Rabbitte *et al.*, 2017; Wang *et al.*, 2017). Dans une étude de Hiller et ses collègues (2016), aucun enseignant n'avait manifesté d'inquiétudes concernant le développement ou le comportement de 25 % des filles de l'échantillon, bien que celles-ci aient reçu un diagnostic de TSA par la suite. Cela pourrait donc contribuer à expliquer pourquoi les filles sont référées et diagnostiquées de manière plus tardive, comparées aux garçons (Gesi *et al.*, 2021; Rutherford *et al.*, 2016).

Les différences dans la présentation du TSA chez les filles et les garçons sont observables de plusieurs façons. Certains auteurs des articles recensés s'y sont penchés afin de mieux comprendre comment la présentation féminine peut expliquer le sous-diagnostic. Premièrement, les filles ayant un TSA ont tendance à adopter moins de comportements extériorisés que les garçons, ce qui attire moins l'attention de l'adulte (McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). En revanche, lorsque les parents déclarent des niveaux élevés de problèmes émotionnels et comportementaux, cela augmente la probabilité d'un diagnostic de TSA chez les filles, alors que ce n'est pas le cas chez les garçons (Duvekot *et al.*, 2017). Deuxièmement, les filles ayant un TSA ont un plus grand intérêt à créer des amitiés et à s'intégrer parmi leurs pairs, ce qui peut venir occulter les difficultés sur le plan social (Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Troisièmement, il y a des distinctions dans les intérêts restreints et répétitifs entre les filles et les garçons. Selon certains auteurs, les filles ayant un TSA

présentent des intérêts restreints qui sont socialement plus acceptables que ceux des garçons, c'est donc la nature de ceux-ci qui est différente (Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). En effet, dans l'étude de Hiller et ses collègues (2016), les préoccupations des parents pour leurs garçons étaient liées à une utilisation non fonctionnelle des jouets à roues, alors que pour les filles il s'agissait davantage d'intérêts restreints pour des jouets ou des objets aléatoires. Les auteurs émettent quelques hypothèses quant aux raisons qui expliquent pourquoi ces intérêts restreints rendent le TSA plus difficile à identifier chez les filles. Si les intérêts des filles sont moins intenses et qu'ils perturbent moins l'unité familiale, ceux-ci seront moins rapportés comme étant problématiques. De plus, si les intérêts des jeunes filles se rapprochent davantage des intérêts typiques des autres filles de leur âge, ils deviennent plus difficiles à détecter (Hiller *et al.*, 2016). Par exemple, les parents peuvent relever que leur fille aime jouer avec des poupées, ce qui pourrait être interprété comme un jeu imaginatif. Pourtant, s'ils étaient questionnés sur la manière dont leur fille joue, il pourrait s'avérer que celle-ci brosse les cheveux des poupées de manière répétée, sans flexibilité ou imagination. Cela pourrait donc être interprété à tort comme un jeu imaginatif alors qu'il s'agit d'un comportement restreint et répétitif (Wang *et al.*, 2017). Cela pourrait encore une fois nuire à la détection et à l'évaluation diagnostique des filles ayant un TSA. Dans cette même étude, les comportements restreints et répétitifs variaient également en nombre selon le sexe, les filles en présentant moins que les garçons. Les filles de l'échantillon présentaient davantage de mouvements corporels stéréotypés et de maniérismes des doigts et des mains, alors que les garçons présentaient davantage de préoccupations inhabituelles, de rituels verbaux, une utilisation répétitive d'objets et d'intérêts pour des parties d'objets, comme les roues (Wang *et al.*, 2017).

Certains auteurs se sont également penchés sur les différences entre les garçons et les filles en ce qui a trait à la présentation des caractéristiques et à l'atteinte des critères diagnostiques du TSA selon le DSM-5 (Duvekot *et al.*, 2017; Tang *et al.*, 2021; Tsirgiotis *et al.*, 2023). Tang *et al.* (2021) ont démontré que les garçons de leur échantillon étaient 3,64 fois plus susceptibles de présenter des déficits en matière de jeu imaginatif que les filles, ce qui renvoie au critère A du TSA. Selon une autre étude, les filles seraient moins susceptibles de satisfaire aux

critères B1 et B3 (Tsirgiotis *et al.*, 2023), qui font respectivement référence au caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage ainsi qu'aux intérêts restreints et fixes (APA, 2013a). Cela concorde avec le fait que la présence de phrases répétées ou apprises a été observée plus souvent chez les garçons que chez les filles dans deux études (Tang *et al.*, 2021; Tsirgiotis *et al.*, 2023). Dans l'étude de Duvekot *et al.* (2017), le critère B en général était moins fortement associé au TSA pour les filles que les garçons. Toutefois, les filles seraient un peu plus susceptibles que les garçons d'atteindre le critère B4 (Tsirgiotis *et al.*, 2023), qui fait référence à l'hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ainsi qu'aux intérêts inhabituels pour les aspects sensoriels de l'environnement (APA, 2013a). Cela va dans le même sens que le résultat de Tang *et al.* (2021) selon lequel les garçons de l'échantillon étaient moins susceptibles de présenter des problèmes proprioceptifs et vestibulaires ainsi que des peurs reflétant l'évitement sensoriel. Duvekot et ses collègues (2017) apportent quant à eux une nuance en démontrant que des particularités sensorielles étaient associées au diagnostic de TSA autant chez les filles que les garçons. Somme toute, il serait plus difficile pour les filles d'atteindre certains critères diagnostiques, selon ces trois études. En effet, il est possible que les filles aient des caractéristiques qui ne sont pas incluses dans les traits qui définissent actuellement le TSA, ce qui fait qu'elles ne peuvent être détectées par aucun outil (Wilson *et al.*, 2016). Les profils de comportements spécifiques au sexe pourraient ainsi contribuer au sous-diagnostic de TSA (Tsirgiotis *et al.*, 2023).

Camouflage

Selon McLinden et Sedgewik (2023), une autre caractéristique clé de la présentation féminine est le camouflage, qui influence également le diagnostic de TSA. Selon Bitsika et Sharpley (2019), le camouflage consiste à dissimuler les traits autistiques en apprenant un comportement socialement approprié. Il s'agit d'un facteur pouvant complexifier l'évaluation diagnostique puisque les filles peuvent sembler plus neurotypiques lorsque le camouflage est très développé (Cumin *et al.*, 2022; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cela peut également entraîner un risque de sous-diagnostic ou de se voir attribuer le mauvais diagnostic (Rynkiewicz *et al.*, 2016). En effet, le camouflage peut influencer la détection ainsi que l'évaluation diagnostique. Le fait que

les filles aient la capacité d'imiter des interactions sociales peut compliquer la détection des difficultés dans leur compréhension sociale sous-jacente (Hiller *et al.*, 2016). Ces filles vont ainsi passer inaperçues à l'école puisqu'elles vont adopter des comportements semblables à ceux de leurs pairs (Rabbitte *et al.*, 2017). Pour ce qui est de l'évaluation diagnostique, plusieurs femmes de l'étude de Murphy *et al.* (2023) ont rapporté que le camouflage est un obstacle durant l'évaluation, alors que celles qui se sont efforcées de ne pas camoufler leurs traits ont mentionné que c'était facilitant pour les cliniciens. Dans l'étude de Bitsika et Sharpley (2019), les filles ont montré une plus grande sévérité de traits autistiques lors de l'évaluation avec le *Social Responsiveness Scale – Second Edition* (SRS-2, Constantino et Gruber, 2012) qu'avec l'*Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition* (ADOS-2, Lord *et al.*, 2012). Ce sont deux des outils d'évaluation diagnostique du TSA, mais l'ADOS-2 est basé sur les observations de cliniciens alors que le SRS-2 est un questionnaire complété par les parents. Il est donc possible que les filles aient camouflé leurs traits lors de l'observation par les cliniciens, alors qu'elles n'ont pas pu les camoufler à leurs parents au quotidien, ce qui expliquerait cette différence entre les scores des deux outils (Bitsika et Sharpley, 2019).

Dans un même ordre d'idées, les femmes dites « à camouflage élevé » de l'échantillon de Milner *et al.* (2023) ont été diagnostiquées plus tard que celles ayant un faible score au questionnaire du camouflage des traits autistiques (CAT-Q) (Hull *et al.*, 2019), alors que cet effet n'a pas été observé chez les hommes. Cependant, des analyses complémentaires ont révélé que le camouflage ne prédisait pas de manière significative l'âge au moment du diagnostic, après le contrôle de l'âge, du QI et des traits autistiques. Cependant, les auteurs notent que cette absence de signification statistique peut être due à la petite taille de l'échantillon. Ils soulignent tout de même la direction de la relation, qui était positive pour les femmes et négative pour les hommes. Selon une autre étude, les femmes rapportent davantage de camouflage que les hommes dans les trois échelles du CAT-Q (McQuaid *et al.*, 2022). L'échelle de la compensation fait référence à la modélisation du comportement social des autres, que ce soit en temps réel ou par pratique. Cela inclut également la motivation à se conformer aux normes sociales. L'échelle de l'assimilation fait davantage référence à la performance sociale, au fait d'essayer d'être « normal ». Les

personnes qui ont reçu leur diagnostic à l'âge adulte rapportent des niveaux de compensation et d'assimilation supérieurs à celles l'ayant reçu à l'enfance ou à l'adolescence. Ce constat vient soutenir l'hypothèse selon laquelle le camouflage peut nuire à la détection de ces personnes et interférer avec l'orientation de celles-ci vers une évaluation diagnostique du TSA (McQuaid *et al.*, 2022). Bitsika et Sharpley (2019) émettent l'hypothèse que le camouflage pourrait débiter avant l'entrée à l'école pour les jeunes filles, puisque celles de l'échantillon (âgées de six à 17 ans) avaient un score plus élevé, donc plus problématique, au SRS-2 que les garçons, et ce, invariablement selon l'âge. Cela suggère également que pour recevoir un diagnostic de TSA, les filles devraient présenter davantage de traits autistiques et de manière plus sévère que les garçons (Bitsika et Sharpley, 2019).

Le processus d'évaluation

Le processus d'évaluation constitue la seconde catégorie de facteurs, puisqu'il s'agit d'une étape cruciale dans l'obtention d'un diagnostic de TSA. Plusieurs obstacles peuvent donc surgir à travers ce processus, notamment le diagnostic différentiel et le biais dans la conceptualisation des outils.

Diagnostic différentiel

D'abord, plusieurs femmes ayant aujourd'hui un diagnostic de TSA se sont heurtées à un premier obstacle qui a été l'attribution d'un mauvais diagnostic (Cumin *et al.*, 2022; Gesi *et al.*, 2021; Giarelli *et al.*, 2010; Hamdani *et al.*, 2023; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). En effet, un professionnel a demandé un diagnostic autre que le TSA pour 36 % des filles de l'échantillon de Hiller *et al.* (2016), en réponse aux inquiétudes des parents. Dans l'étude de Gesi *et al.* (2021), 45 % des femmes de l'échantillon ont reçu un diagnostic erroné au préalable, alors que c'est le cas pour 18 % des hommes de l'échantillon. Les hommes de cette étude étaient donc plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TSA lors de la première évaluation par les services de santé mentale, alors que les femmes étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic erroné. Étant donné que la présentation du TSA chez les femmes reflète moins les stéréotypes, leurs traits

autistiques sont souvent attribués à tort à d'autres troubles puisque le TSA peut ne pas avoir été considéré (Murphy *et al.*, 2023). C'est donc cette erreur de diagnostic qui peut expliquer en partie la sous-représentation du TSA chez les femmes (Tsirgiotis *et al.*, 2022). Les difficultés des filles peuvent souvent être interprétées comme des symptômes de santé mentale, comme la dépression ou l'anxiété, autant par les parents que les professionnels (Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Il peut être complexe pour les professionnels de départager ces symptômes puisque plusieurs femmes ayant un TSA souffrent réellement d'anxiété ou de dépression en comorbidité, résultant de leurs difficultés sociales (Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cumin *et al.* (2022) soulignent également les similitudes qu'il peut y avoir entre les caractéristiques du trouble de la personnalité limite et celles du TSA, notamment en ce qui a trait aux difficultés dans les relations sociales et à la prise de risque. De plus, les femmes ayant une histoire de vie complexe, c'est-à-dire qui ont fait face à plusieurs événements défavorables, peuvent être plus difficiles à évaluer selon les professionnels (Cumin *et al.*, 2022). En effet, il peut être difficile de départager si les difficultés au niveau des relations sociales sont dues au TSA ou plutôt à une peur de l'abandon qui provient des traumatismes d'enfance (Cumin *et al.*, 2022). Pour certaines femmes de l'étude de Murphy *et al.* (2023), leurs difficultés de communication et leur sensibilité sensorielle ont été attribuées à de la schizophrénie ou de l'anxiété sociale. Quant aux participantes de l'étude de Hamdani *et al.* (2023), plusieurs d'entre elles rapportent des diagnostics initiaux de dépression, d'anxiété, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles bipolaires, de troubles alimentaires et de TDAH. Dans l'échantillon de Giarelli *et al.* (2010), les filles étaient également davantage susceptibles de recevoir un diagnostic de déficience intellectuelle, d'épilepsie ou de retard de développement que les garçons. Les auteurs émettent l'hypothèse que les cliniciens qui évaluent des filles ayant un profil complexe puissent exclure à tort le TSA lorsque celles-ci présentent d'autres conditions intellectuelles, développementales ou médicales. Les professionnels de l'étude de McLinden et Sedgewick (2023) ont d'ailleurs relevé qu'ils ont de la difficulté à faire reconnaître à leurs équipes que les filles peuvent avoir un TSA en comorbidité avec d'autres troubles. De nombreuses filles et femmes reçoivent donc un diagnostic qui ne parvient pas à expliquer toute l'ampleur de ce qu'elles vivent émotionnellement, psychologiquement et dans leur fonctionnement au quotidien (Hamdani *et al.*, 2023).

Conceptualisation masculine du TSA dans les outils

Les outils d'évaluation peuvent également être un obstacle à l'obtention du diagnostic de TSA pour les femmes, puisqu'ils ont été développés à partir d'une conceptualisation masculine du TSA (Cumin *et al.*, 2022; Duvekot *et al.*, 2017; Dworzynski *et al.*, 2012; Hamdani *et al.*, 2023; Kalb *et al.*, 2022; McLinden et Sedgewick, 2023; Milner *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2017; Wilson *et al.*, 2016). En effet, certains cliniciens ont rapporté un manque de confiance envers les outils lorsqu'ils sont utilisés auprès de femmes, en raison du biais dans la conceptualisation (Tsirgiotis *et al.*, 2022). Ce biais fait ainsi en sorte que les outils ne sont pas assez spécifiques pour les femmes et donc qu'il est plus difficile de les diagnostiquer (Hamdani *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023). C'est ce que Duvekot et ses collègues (2017) ont démontré dans leur étude, où les garçons étaient 2,18 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TSA que les filles. En effet, pour une même proportion de garçons et de filles référés, qui avaient eu un résultat positif au dépistage, 55 % des garçons de l'échantillon ont reçu un diagnostic de TSA pour 25 % des filles. Cela veut donc dire qu'il y a un risque que les filles ayant un TSA soient sous-diagnostiquées lorsqu'elles sont évaluées avec les outils actuels (Duvekot *et al.*, 2017). Milner *et al.* (2023) soulèvent également les limites des outils d'évaluation actuels dans la détection du camouflage, ce qui peut compliquer l'obtention d'un diagnostic de TSA comme abordé plus haut.

Selon les cliniciens de l'étude de Cumin *et al.* (2022), les instruments de mesure sont inaptes à détecter le TSA chez les femmes adultes d'intelligence normale. Toujours selon eux, l'ADOS est un outil qui induirait des faux négatifs, plus particulièrement chez les filles et les femmes d'intelligence normale. Les troubles d'anxiété et de l'humeur pourraient à l'inverse induire de faux positifs avec l'ADOS (Cumin *et al.*, 2022). L'étude de Kalb *et al.* (2022) a quant à elle démontré un biais lié au sexe pour huit items de l'ADOS-2. Ces items étaient répartis de manière égale entre les comportements restreints et répétitifs et l'affect social. Ceux liés aux comportements restreints et répétitifs concernaient seulement le maniérisme des mains (à travers les différents modules), qui représente un item sur quatre pour ce critère. Les tailles d'effet pour

ces items étaient modérées. Ces résultats soulèvent toutefois des préoccupations puisque 25 % des items des comportements restreints et répétitifs sous-estiment systématiquement le TSA chez les filles, ce qui nécessite des recherches plus approfondies (Kalb *et al.*, 2022). Wang et ses collègues (2017) ont pour leur part constaté que la proportion de filles, autant verbales que non-verbales, ayant atteint le seuil clinique pour les comportements restreints et répétitifs était plus faible que celle des garçons dans leur échantillon. Comme les enfants ont été évalués à l'aide de l'*Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R, Rutter *et al.*, 2003), les auteurs émettent l'hypothèse que cet outil d'évaluation serait potentiellement moins sensible pour diagnostiquer les filles ayant un TSA. En effet, les filles pourraient être sous-diagnostiquées en raison de leurs comportements restreints et répétitifs qui ne satisfont pas le seuil clinique (Wang *et al.*, 2017). Similairement, l'étude de Wilson *et al.* (2016) relève davantage de différences entre les sexes avec l'ADI-R que l'*Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic* (ADOS-G, Lord *et al.*, 2000). Les résultats soulèvent également l'enjeu des symptômes « étendus » par rapport à la sévérité des symptômes. Présentement, une personne qui présente des caractéristiques modérées réparties dans tous les domaines pourra bénéficier d'un diagnostic, ce qui correspond plus typiquement à un profil masculin. Toutefois, une personne présentant des caractéristiques plus sévères concentrées dans un seul domaine ne pourra pas en bénéficier, ce qui correspond davantage à un profil féminin typique. Certaines de ces personnes risquent donc de ne recevoir aucun diagnostic (Wilson *et al.*, 2016).

Dworzynski et ses collègues (2012) ont comparé des garçons et des filles présentant des niveaux comparables de traits autistiques, qui répondaient ou non aux critères diagnostiques. Une faible capacité cognitive et des problèmes de comportement supplémentaires étaient les deux éléments qui distinguaient ceux qui répondaient aux critères diagnostiques chez les filles, mais pas chez les garçons. Cela reflète donc que les filles ont plus de chance d'être sous-diagnostiquées et qu'elles nécessitent davantage de problèmes pour satisfaire au seuil clinique. Les auteurs émettent l'hypothèse que cela serait dû aux pratiques de diagnostic actuelles qui sont biaisées en faveur d'une conception masculine des déficiences sociales et de communication et des comportements restreints et répétitifs.

Les attentes et perceptions parentales

Cette dernière catégorie concerne les attentes et la perception des parents en lien avec les comportements de leur enfant. En effet, les études retenues suggèrent que les attentes et les perceptions des parents en matière de comportements et de socialisation varient en fonction du sexe de leur enfant (Giarelli *et al.*, 2010; Hiller *et al.*, 2016). Par exemple, dans l'étude de Hiller *et al.* (2016), les préoccupations parentales en lien avec les comportements extériorisés étaient plus importantes pour les filles que pour les garçons. Ces comportements faisaient entre autres référence au désir de l'enfant de maintenir un contrôle strict sur le jeu, ce qui entraînait des crises chez celui-ci lorsque ses règles n'étaient pas respectées. En revanche, les comportements intériorisés, qui faisaient référence à un enfant qui est passif ou qui évite les relations sociales, étaient davantage une préoccupation pour les parents de garçons que de filles. Dans l'étude de Giarelli *et al.* (2010), les garçons étaient plus susceptibles que les filles de recevoir un diagnostic de TSA. Une explication proposée par les auteurs de la différence entre les sexes est le « biais d'interprétation », c'est-à-dire la différence entre les comportements observés et les comportements attendus par les parents. Puisque les parents sont en effet une source d'informations essentielle dans le processus d'évaluation du TSA, les auteurs considèrent important de prendre en compte l'influence de leurs attentes en matière de socialisation chez les filles par rapport aux garçons. Dans un autre ordre d'idées, Wilson *et al.* (2016) ont relevé de plus grandes distinctions entre les sexes lorsque les enfants étaient évalués par l'ADI-R (entrevue) que l'ADOS-G (observation par le clinicien). Selon les auteurs, cela pourrait être dû à un biais parental, puisque la tolérance des parents envers leur enfant et la perception des difficultés de celui-ci peut varier selon le sexe.

Discussion

De plus en plus d'auteurs suggèrent que le trouble du spectre de l'autisme serait sous-diagnostiqué chez la population féminine (p. ex., Hiller *et al.*, 2016; Loomes *et al.*, 2017; Milner *et al.*, 2023). En effet, les filles seraient plus à risque que les garçons de voir leur TSA passer inaperçu, d'être identifiées tardivement ou encore de recevoir un diagnostic erroné (Loomes *et al.*, 2017). En ce sens, cet essai avait pour objectif d'identifier les facteurs pouvant contribuer à un possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes autistes. Les résultats ont mis en évidence trois catégories de facteurs, soit 1) les caractéristiques de l'autisme au féminin, 2) le processus d'évaluation ainsi que 3) les attentes et perceptions parentales. Dans cette section, les principaux résultats pour chacune de ces catégories seront discutés ainsi que les impacts de ceux-ci sur la pratique psychoéducative. Les limites de cet essai ainsi que des recommandations pour de futures recherches seront ensuite exposées.

Les caractéristiques de l'autisme au féminin

Cet essai a fait émerger plusieurs grands constats quant aux facteurs pouvant contribuer à un possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes autistes. Tout d'abord, la première catégorie de facteurs concerne les caractéristiques de l'autisme au féminin. Selon plusieurs des études retenues dans le cadre de cet essai, le phénotype féminin ferait en sorte que le TSA est plus difficile à repérer chez les filles, ce qui expliquerait pourquoi elles sont référées et ainsi diagnostiquées plus tard que les garçons (Gesi *et al.*, 2021; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Rutherford *et al.*, 2016; Tsirgiotis *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2017). Une première distinction entre les filles et les garçons ayant un TSA, telle que rapportée dans les articles recensés, est que celles-ci adoptent moins de comportements extériorisés que les garçons (McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cependant, davantage d'études sont à réaliser en ce sens puisque d'autres auteurs obtiennent des résultats différents. En effet, bien que cette hypothèse concorde avec ce qui a été rapporté dans l'étude de Mandy *et al.* (2012), selon laquelle les enseignants rapportaient davantage de problèmes extériorisés chez les garçons, deux autres études ont relevé davantage de

problèmes extériorisés chez les filles que les garçons (Cruz *et al.*, 2024; Howe *et al.*, 2015). Une deuxième distinction touche les intérêts restreints et répétitifs, dont la nature serait plus socialement acceptable chez les filles selon plusieurs auteurs (Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Wang *et al.* (2017) ont quant à eux rapporté moins de comportements restreints et répétitifs chez les filles, ce qui avait également été démontré précédemment (Mandy *et al.*, 2012). Les synthèses de Young *et al.* (2018) et Lai *et al.* (2015) rapportent quant à elles des divergences entre les auteurs. Certains indiquent que les filles en auraient moins alors que d'autres rapportent que les intérêts restreints et répétitifs des filles seraient davantage liés à des animaux ou des personnes, contrairement à des objets chez les garçons, ce qui fait en sorte que ces intérêts peuvent passer inaperçus chez les filles (Lai *et al.*, 2015; Young *et al.*, 2018).

Une troisième distinction est que les filles ont un plus grand intérêt pour les relations, elles cherchent davantage à s'intégrer à leurs pairs (Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cela va dans le même sens que plusieurs autres études, qui nomment que les filles ont un grand désir d'entrer en relation et d'être appréciées par les autres (Head *et al.*, 2014; Lai *et al.*, 2015; Young *et al.*, 2018). Cela ne veut toutefois pas dire qu'elles ont de meilleures habiletés sociales que les garçons. La recension de Cruz *et al.* (2024) a soulevé des résultats divergents à ce sujet, tout dépendant de l'outil d'évaluation utilisé. Selon l'ADOS, les garçons démontraient davantage de difficultés que les filles dans le domaine des interactions sociales alors que selon le SRS-2 et le Vineland-II, des questionnaires complétés par les parents ou les enseignants, ce sont les filles qui ont démontré de plus grandes difficultés. Les auteurs expliquent cette divergence par le fait que les parents rapportent de plus grandes difficultés au niveau social que ce qui est observé par les cliniciens. Toutefois, une autre étude a démontré des difficultés équivalentes dans les interactions sociales entre les garçons et les filles ayant un TSA, à la fois selon les propos rapportés par les parents et les observations des cliniciens (Mandy *et al.*, 2012). Les résultats de l'étude de Howe *et al.* (2015) ont quant à eux été divisés en fonction des capacités verbales. Pour les enfants non-verbaux, aucune différence n'a été relevée entre les garçons et les filles quant à leurs habiletés sociales. Pour les enfants verbaux qui utilisent des

phrases composées de quelques mots pour communiquer, les filles avaient un fonctionnement social plus difficile que les garçons. Finalement, pour les personnes ayant un discours fluide, les filles avaient de meilleures habiletés sociales que les garçons. Il semblerait donc que les capacités verbales aient un impact sur les habiletés sociales des personnes ayant un TSA.

Selon les articles analysés dans le cadre de cet essai, un autre aspect du phénotype féminin pouvant complexifier l'évaluation diagnostique chez les filles est le camouflage (Bitsika et Sharpley, 2019; Cumin *et al.*, 2022; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; McQuaid *et al.*, 2022; Milner *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Rynkiewicz *et al.*, 2016; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cette capacité à dissimuler les traits autistiques en apprenant un comportement socialement approprié (Bitsika et Sharpley, 2019) serait davantage présente chez les filles que les garçons, selon l'étude de McQuaid *et al.* (2022). Le camouflage peut donc entraîner chez les filles un risque de sous-diagnostic, de se voir attribuer le mauvais diagnostic ou encore d'être diagnostiqué tardivement (McQuaid *et al.*, 2022; Milner *et al.*, 2023; Rynkiewicz *et al.*, 2016). Cela va dans le même sens que deux recensions antérieures, qui relevaient que les filles sont plus enclines à camoufler leurs difficultés et à développer des stratégies compensatoires (Lai *et al.*, 2015; Young *et al.*, 2018). La revue systématique de Cruz *et al.* (2024) portant sur le camouflage a également démontré que les femmes obtenaient des scores plus élevés que les hommes au CAT-Q, un questionnaire autorapporté sur le camouflage, ce qui soutient l'hypothèse du camouflage chez les femmes. À l'inverse, les résultats de deux études ont démontré qu'un nombre égal d'hommes et de femmes rapportent camoufler leurs traits autistiques, ce qui va à l'encontre de cette hypothèse (Cage *et al.*, 2018; Hull *et al.*, 2017).

Finalement, les différences dans les caractéristiques entre les garçons et les filles ont un impact sur l'atteinte des critères diagnostiques du TSA selon le DSM-5 (Duvekot *et al.*, 2017; Tang *et al.*, 2021; Tsirgiotis *et al.*, 2023). Il serait en effet plus difficile pour les filles d'atteindre certains critères diagnostiques du TSA selon ces trois études. Wilson *et al.* (2016) expliquent cela par la possibilité que les caractéristiques plus typiquement féminines ne soient pas incluses dans les traits qui définissent actuellement le TSA. Cela concorde avec ce qui avait préalablement été

relevé par Rujeeedawa et Zaman (2022) dans leur recension, c'est-à-dire qu'il y a un risque pour les femmes de ne pas atteindre les critères diagnostiques actuels du TSA puisque ceux-ci sont basés sur des conceptions préétablies à partir de populations d'hommes.

Le processus d'évaluation

La deuxième catégorie de facteurs qui a émergé de cet essai concerne le processus d'évaluation. Tout d'abord, plusieurs femmes se voient attribuer un diagnostic erroné avant de recevoir leur diagnostic de TSA (Cumin *et al.*, 2022; Gesi *et al.*, 2021; Giarelli *et al.*, 2010; Hamdani *et al.*, 2023; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). En effet, les traits autistiques féminins sont souvent attribués à tort à d'autres troubles étant donné que ces traits diffèrent des stéréotypes (Murphy *et al.*, 2023). Le TSA peut donc ne pas être considéré, ce qui peut expliquer en partie la sous-représentation du TSA chez les filles (Tsirgiotis *et al.*, 2022). Cela avait également été soulevé précédemment dans une recension, qui nommait que la sous-représentation féminine du TSA peut être expliquée par certains diagnostics qui viennent substituer le TSA et par la présence de davantage de comorbidités et d'erreurs de diagnostic chez les femmes (Lai *et al.*, 2015). Certaines des études recensées ont également abordé le fait qu'il peut être complexe pour les professionnels de départager les traits autistiques des symptômes d'autres troubles, qui sont souvent présents en comorbidités chez les femmes (Cumin *et al.*, 2022; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Toutefois, la présence de davantage de comorbidités chez la population féminine ayant un TSA ne semble pas faire consensus. D'ailleurs à cet effet, Baldwin et Costley (2016) mentionnent que 85 % des femmes de leur échantillon rapportent croire avoir des enjeux de santé mentale en comorbidité avec leur TSA, comparativement à 67 % des hommes. Toutefois, dans l'étude de Margari *et al.* (2019), la seule différence significative dans les comorbidités entre les hommes et les femmes était pour l'anorexie mentale, qui est plus présente chez les femmes. Davantage d'études seraient donc à réaliser en ce sens.

Ensuite, les articles analysés rappellent que les outils d'évaluation couramment utilisés ont été développés à partir d'une conceptualisation masculine du TSA, ce qui nuit à l'obtention du

diagnostic chez les femmes (Cumin *et al.*, 2022; Duvekot *et al.*, 2017; Dworzynski *et al.*, 2012; Hamdani *et al.*, 2023; Kalb *et al.*, 2022; McLinden et Sedgewick, 2023; Milner *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2017; Wilson *et al.*, 2016). Ce biais dans la conceptualisation ferait en sorte que les outils ne sont pas assez sensibles pour diagnostiquer les femmes (Hamdani *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2017). Plusieurs des études recensées ont relevé un biais lié au sexe autant dans l'ADOS-2 (Cumin *et al.*, 2022; Kalb *et al.*, 2022) que dans l'ADI-R (Wang *et al.*, 2017; Wilson *et al.*, 2016). Les recensions de Lai *et al.* (2015) et de Young *et al.* (2018) ont également soulevé que les outils d'évaluation peuvent être biaisés étant donné la prédominance masculine dans l'identification des cas de TSA depuis longtemps. Les résultats de la présente recension concordent avec deux études qui avaient démontré la présence d'un biais lié au sexe pour l'ADOS (Adamou *et al.*, 2018; D'Mello *et al.*, 2022). À l'inverse, une autre étude n'a démontré aucune différence significative entre les sexes pour l'ADOS-2 (Ratto *et al.*, 2018). Pour ce qui est de l'ADI-R, Beggiato et ses collègues (2017) ont relevé une différence de scores entre les hommes et les femmes pour six items, dont quatre qui sont pris en compte dans l'algorithme diagnostique du TSA. En ce sens, une minorité des femmes de l'échantillon de l'étude de Ratto *et al.* (2018) ne répondaient pas aux critères diagnostiques du TSA selon l'ADI-R, mais elles répondaient aux critères selon l'ADOS-2 et le jugement d'un professionnel. Les auteurs précisent que les femmes ayant des capacités cognitives plus élevées étaient les plus susceptibles de ne pas répondre aux critères de l'ADI-R. Ils émettent également l'hypothèse que les filles aient besoin de manifester des traits autistiques plus importants pour satisfaire aux seuils cliniques des outils d'évaluation, ce qui a été soulevé dans la présente recension également (Dworzynski *et al.*, 2012).

Les attentes et perceptions parentales

Le troisième grand constat concerne les attentes et les perceptions qu'ont les parents de leur enfant. Les parents étant une source d'informations importante dans le processus d'évaluation du TSA, leur perception peut avoir un impact et entraîner un biais d'interprétation (Giarelli *et al.*, 2010). Ce qui émerge de cet essai est que les attentes et les perceptions des parents en matière de comportements et de socialisation varient en fonction du sexe de leur enfant (Giarelli *et al.*, 2010;

Hiller *et al.*, 2016). Selon une des études recensées dans cet essai, un biais parental peut également exister, en ce sens que la perception des difficultés de leur enfant ainsi que la tolérance des parents serait très subjective (Wilson *et al.*, 2016). D'ailleurs, dans l'étude de Ratto *et al.* (2018), portant sur la perception parentale des caractéristiques autistiques, les parents ont jugé que les filles présentaient des traits autistiques plus marqués que leurs homologues masculins, malgré des résultats similaires selon les outils de mesure. Les auteurs expliquent qu'il est possible que les parents répondent différemment en fonction de ce qui est attendu socialement de leur enfant, ils pourraient donc avoir plus d'attentes envers leur fille et l'évaluer plus sévèrement. Toutefois, les auteurs soulignent que les outils de mesure utilisés, soit le Vineland-II et le SRS, ont des normes selon le genre, donc les différences sociétales quant aux attentes parentales devraient déjà être prises en compte (Ratto *et al.*, 2018). L'étude de Head *et al.* (2014) suggère également la possibilité que les parents considèrent les difficultés sociales de leur fille comme étant pires que celles des garçons, ce qui peut ainsi créer un écart entre ce qu'ils rapportent et ce qui est observé. Or, les résultats d'une autre étude suggèrent qu'il n'y aurait pas de différence entre les sexes en ce qui concerne la gravité perçue des caractéristiques pour les garçons et les filles de cinq ans (Geelhand *et al.*, 2019). D'un autre côté, ces mêmes auteurs expliquent que la passivité et la gêne sont des traits plus typiquement attribués aux filles en général, et donc que les comportements de retrait et d'intériorisation seraient plus susceptibles de ne pas être une source d'inquiétude chez les filles (Geelhand *et al.*, 2019). Cette attente en matière de socialisation qui diffère selon le sexe pourrait ainsi faire en sorte que les filles ayant des caractéristiques de TSA soient moins détectées. En somme, les résultats des études sur le sujet ne sont pas consensuels, il ne semble pas y avoir de tendance qui émerge. Davantage d'études seraient donc à réaliser afin de comprendre plus amplement l'impact des attentes en matière de socialisation et de la perception des parents quant aux comportements de leur enfant sur l'obtention d'un diagnostic de TSA chez les filles.

Implications pour la pratique psychoéducative

L'évaluation est fondamentale dans le processus clinique des psychoéducateurs, qui se doivent de poser un jugement clinique sur la situation d'une personne en difficulté d'adaptation

(Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2024). Il est donc primordial pour les psychoéducateurs de détenir toutes les connaissances leur permettant d’obtenir un portrait éclairé de la situation. Cet essai met ainsi en lumière des informations cruciales à prendre en compte dans l’évaluation du TSA chez les filles. En effet, en ayant en tête toutes les particularités des manifestations du TSA chez les filles, mais également les sources de biais possibles lors de l’évaluation, un psychoéducateur serait assurément plus susceptible de porter un jugement clinique éclairé. C’est notamment le cas lorsque le psychoéducateur contribue à l’évaluation en vue d’un avis diagnostique. En effet, l’évaluation des troubles du spectre de l’autisme s’inscrit dans l’évaluation normative, qui consiste à administrer un instrument de mesure standardisé dans le but de comparer la personne à une norme (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2024). L’Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ, 2024) recommande de prendre en considération les caractéristiques des outils lors de l’évaluation normative. Les résultats de cet essai relèvent certaines limites des outils actuellement utilisés dans l’évaluation du TSA, ce qui permet aux psychoéducateurs de les considérer dans l’importance qu’ils vont accorder aux conclusions de ces outils. Le guide d’évaluation clinique pour le diagnostic du syndrome d’Asperger suggère d’ailleurs quelques outils diagnostiques qui ont été conçus afin d’identifier les comportements propres au phénotype féminin (Hénault *et al.*, 2021). On y retrouve le *Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition (GQ-ASC)* (Brown *et al.*, 2020), *The Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Q-ASC)* (Ormond *et al.*, 2018) ainsi que *The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) – Revised Extended Version (ASSQ-REV)* (Kopp et Gillberg, 2011). Un autre outil diagnostique qui peut être intéressant à utiliser avec les femmes est le questionnaire du camoufrage des traits autistiques (CAT-Q) (Hull *et al.*, 2019). Ce questionnaire permet au psychoéducateur de prendre conscience de l’intensité du camoufrage de la personne afin de mieux être en mesure de le détecter lors des périodes d’observation.

Limites

Il est important de souligner que cet essai présente quelques limites. En effet, cette recension des écrits n’est pas exhaustive puisqu’elle est basée uniquement sur des articles

scientifiques, mettant ainsi de côté les ouvrages et la littérature grise. Cette recension a été réalisée aux mois d'octobre et novembre 2023, ce qui exclut également les articles parus en 2024. De plus, moins du quart des études sélectionnées ont été réalisées en Amérique du Nord, ce qui pourrait avoir un impact sur la généralisation des résultats. Finalement, le processus de sélection et d'extraction des informations a été réalisé par une seule personne, soit l'auteure de cet essai.

Recommandations pour la recherche

Bien que cet essai aborde un sujet de plus en plus exploré dans la littérature, certains aspects du TSA féminin demeurent à étudier. Il serait pertinent que de futures recherches continuent à documenter les caractéristiques féminines de l'autisme, afin d'avoir un portrait plus clair ce qui permettrait une meilleure détection. Il serait également intéressant que les chercheurs continuent d'évaluer la validité des outils diagnostiques actuels afin de savoir lesquels sont les plus sensibles aux traits féminins et devraient ainsi être préconisés. Finalement, davantage d'études seraient nécessaires afin de comprendre l'impact des attentes et perceptions parentales en matière de comportements et de socialisation, autant sur la détection du TSA chez les filles que sur le processus d'évaluation diagnostique, puisque peu d'études semblent évaluer ce lien.

Conclusion

Cet essai avait pour objectif d'identifier les facteurs pouvant contribuer à un possible sous-diagnostic de TSA chez les filles et les femmes autistes. Les résultats ont permis d'identifier trois catégories de facteurs, soit 1) les caractéristiques de l'autisme au féminin, 2) le processus d'évaluation ainsi que 3) les attentes et perceptions parentales. Pour ce qui est de la première catégorie, il en ressort que les manifestations du TSA chez les filles seraient différentes de celles des garçons. Elles seraient plus fonctionnelles et subtiles, et surtout, moins connues dans la société. Cela entraîne donc des obstacles au niveau de l'identification et de la référence de celles-ci vers des professionnels (McLinden et Sedgewick, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Le camouflage, qui serait davantage présent chez la population féminine, peut également complexifier l'évaluation diagnostique (Cumin *et al.*, 2022; McLinden et Sedgewick, 2023; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Pour ce qui est du processus d'évaluation, plusieurs femmes se voient attribuer un diagnostic erroné, ce qui peut expliquer en partie la sous-représentation du TSA chez celles-ci (Cumin *et al.*, 2022; Gesi *et al.*, 2021; Giarelli *et al.*, 2010; Hamdani *et al.*, 2023; Hiller *et al.*, 2016; McLinden et Sedgewick, 2023; Murphy *et al.*, 2023; Rabbitte *et al.*, 2017; Tsirgiotis *et al.*, 2022). Ensuite, plusieurs outils d'évaluation ont été développés à partir d'une conceptualisation masculine du TSA, ce qui entraîne un risque que les femmes soient sous-diagnostiquées lorsqu'évaluées avec ceux-ci (Duvekot *et al.*, 2017; Hamdani *et al.*, 2023; Murphy *et al.*, 2023). Finalement, la troisième catégorie soulève que les attentes et les perceptions des parents en matière de comportements et de socialisation varient en fonction du sexe de leur enfant, ce qui peut avoir un impact sur le processus d'évaluation du TSA (Giarelli *et al.*, 2010; Hiller *et al.*, 2016). Cet essai engendre des retombées cliniques pertinentes pour les psychoéducateurs, qui jouent un rôle crucial dans la démarche d'évaluation du TSA. En effet, les résultats présentés leur permettent de considérer tout au long de la démarche les particularités du TSA chez les filles ainsi que les sources de biais possibles lors de l'évaluation.

Références

- Adamou, M., Johnson, M. et Alty, B. (2018). Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) scores in males and females diagnosed with autism: a naturalistic study. *Advances in Autism*, 4(2), 49-55. <https://doi.org/10.1108/AIA-01-2018-0003>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Trouble du spectre de l'autisme: faits saillants de l'enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*. Agence de la santé publique du Canada.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^e éd.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^e éd., texte révisé).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf
- Baldwin, S. et Costley, D. (2016). The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 20(4), 483-495. <https://doi.org/10.1177/1362361315590805>
- Bargiela, S., Steward, R. et 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>
- Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F. et Koot, H. M. (2013). Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1151-1156. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-z>
- Beggiato, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Amsellem, F., Gillberg, C. I., Leboyer, M., Bourgeron, T., Gillberg, C. et Delorme, R. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research*, 10(4), 680-689. <https://doi.org/10.1002/aur.1715>
- Bitsika, V. et Sharpley, C. F. (2019). Effects of diagnostic severity upon sex differences in behavioural profiles of young males and females with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4429-4440. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04159-x>
- Bolduc, M. et Poirier, N. (2017). La démarche et les outils d'évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme à l'ère du DSM-5 = The evaluation process and clinical tools for assessment of Autism Spectrum Disorder in the DSM-5 era. *Revue de Psychoéducation*, 46(1), 73-97. <https://doi.org/10.7202/1039682ar>
- Bradley, L., Noble, N. et Hendricks, B. (2023). DSM-5-TR: Salient Changes. *The Family Journal*, 31(1), 5-10. <https://doi.org/10.1177/10664807221123558>

- Brian, J. A., Zwaigenbaum, L. et Ip, A. (2019). Les normes de l'évaluation diagnostique du trouble du spectre de l'autisme. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 452-460.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxz118>
- Brown, C., Attwood, T., Garnett, M. et Stokes, M. (2020, 06/15). Am I Autistic? Utility of the Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition as an Autism Assessment in Adult Women. *Autism in Adulthood*, 2. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0054>
- Cage, E., Di Monaco, J. et Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 473-484. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3342-7>
- Cairney, J., Clinton, J., Veldhuizen, S., Rodriguez, C., Missiuna, C., Wade, T., Szatmari, P. et Kertoy, M. (2016). Evaluation of the revised Nipissing District Developmental Screening (NDDS) tool for use in general population samples of infants and children. *BMC Pediatr*, 16, 42. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0577-y>
- Cruz, S., Zubizarreta, S. C.-P., Costa, A. D., Araújo, R., Martinho, J., Tubío-Fungueiriño, M., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A. et Fernández-Prieto, M. (2024). Is there a bias towards males in the diagnosis of autism? A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2>
- Cumin, J., Pelaez, S. et Mottron, L. (2022). Positive and differential diagnosis of autism in verbal women of typical intelligence: A Delphi study. *Autism*, 26(5), 1153-1164.
<https://doi.org/10.1177/13623613211042719>
- D'Mello, A. M., Frosch, I. R., Li, C. E., Cardinaux, A. L. et Gabrieli, J. D. E. (2022). Exclusion of females in autism research: Empirical evidence for a “leaky” recruitment-to-research pipeline. *Autism Research*, 15(10), 1929-1940.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aur.2795>
- Doig, K. B., Macias, M. M., Saylor, C. F., Craver, J. R. et Ingram, P. E. (1999). The Child Development Inventory: A developmental outcome measure for follow-up of the high-risk infant. *J Pediatr*, 135(3), 358-362. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(99\)70134-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(99)70134-4)
- Duvekot, J., van der Ende, J., Verhulst, F. C., Slappendel, G., van Daalen, E., Maras, A. et Greaves-Lord, K. (2017). Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism*, 21(6), 646-658.
<https://doi.org/10.1177/1362361316672178>
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P. et Happé, 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>
- Fallucco, E. M., Wysocki, T., James, L., Kozikowski, C., Williams, A. et Gleason, M. M. (2017). The Brief Early Childhood Screening Assessment: Preliminary Validity in Pediatric Primary Care. *J Dev Behav Pediatr*, 38(2), 89-98.
<https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000384>
- Geelhand, P., Bernard, P., Klein, O., Tiel, B. et Kissine, M. (2019) The role of gender in the perception of autism symptom severity and future behavioral development. *Molecular Autism*, 10(1), 1-8, article. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0266-4>
- Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A. C., Cerveri, G. et Mencacci, C. (2021). Gender Differences in Misdiagnosis and Delayed Diagnosis among Adults with

- Autism Spectrum Disorder with No Language or Intellectual Disability. *Brain sciences*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/brainsci11070912>
- Giarelli, E. E. D., Wiggins, L. D. P. D., Rice, C. E. P. D., Levy, S. E. M. D., Kirby, R. S. P. D., Pinto-Martin, J. P. D. et Mandell, D. S. D. (2010). Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and Health Journal*, 3(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.07.001>
- Glascoe, F. P. (1998). *Collaborating with parents: Using Parents' Evaluation of Developmental Status to detect and address developmental and behavioral problems*. Ellsworth & Vandermeer Press.
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y. et McDougle, C. J. (2019). Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Current psychiatry reports*, 21(4), 22. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
- Hamdani, Y., Kasee, C., Walker, M., Lunsby, Y., Gladstone, B., Sawyer, A., Ameis, S. H., Desarkar, P., Szatmari, P. et Lai, M.-C. (2023). Roadblocks and detours on pathways to a clinical diagnosis of autism for girls and women: A qualitative secondary analysis. *Women's health (London, England)*, 19, 17455057231163761. <https://doi.org/10.1177/17455057231163761>
- Head, A. M., McGillivray, J. A. et Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, 5, 19. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>
- Hénault, I., Martin, A., Attwood, T., Pasin, V. et Wicker, B. (2021). *Le profil Asperger au féminin : caractéristiques, récit et guide d'évaluation clinique*. Chenelière éducation.
- Hiller, R. M., Young, R. L. et Weber, N. (2016). Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(1), 75-84. <https://doi.org/10.1177/1362361314568899>
- Howe, Y. J., O'Rourke, J. A., Yatchmink, Y., Viscidi, E. W., Jones, R. N. et Morrow, E. M. (2015). Female autism phenotypes investigated at different levels of language and developmental abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3537-3549. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2501-y>
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P. et 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., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C. et 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>
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Kalb, L. G., Singh, V., Hong, J. S., Holingue, C., Ludwig, N. N., Pfeiffer, D., Reetzke, R., Gross, A. L. et Landa, R. (2022). Analysis of Race and Sex Bias in the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). *JAMA network open*, 5(4), e229498. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9498>

- Kopp, S. et Gillberg, C. (2011). The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): an instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2875-2888. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.017>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B. et 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>
- Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R. et Freeth, M. (2020). 'I was exhausted trying to figure it out': The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135-146. <https://doi.org/10.1177/1362361319853442>
- Loomes, R., Hull, L. et 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 & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A. et Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. <https://doi.org/10.1023/A:1005592401947>
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. et Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule - Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.
- Lyons, V. et Fitzgerald, M. (2007). Asperger (1906-1980) and Kanner (1894-1981), the two pioneers of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 2022-2023.
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. et 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>
- Margari, L., Palumbi, R., Pescechiera, A., Craig, F., de Giambattista, C., Ventura, P. et Margari, F. (2019, 2019-March-26). Sex-Gender Comparisons in Comorbidities of Children and Adolescents With High-Functioning Autism Spectrum Disorder [Original Research]. *Frontiers in psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00159>
- McKinnon, S., Dionne, C. et Charbonneau-Lefebvre, V. (2023). L'identification des enfants ayant un TSA. Dans C. Dionne, A. Paquet et M. Rousseau (dir.), *Interventions précoces en trouble du spectre de l'autisme* (p. 9-42). Presses de l'Université du Québec.
- McLinden, H. et Sedgewick, F. (2023). 'The girls are out there': Professional perspectives on potential changes in the diagnostic process for, and recognition of, autistic females in the UK. *British Journal of Special Education*, 50(1), 63-82. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12442>
- McQuaid, G. A., Lee, N. R. et Wallace, G. L. (2022). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism*, 26(2), 552-559. <https://doi.org/10.1177/13623613211042131>

- Milner, V., Colvert, E., Hull, L., Cook, J., Ali, D., Mandy, W. et Happé, F. (2023). Does camouflaging predict age at autism diagnosis? A comparison of autistic men and women. *Autism Research*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aur.3059>
- Murphy, S., Flower, R. L. et Jellett, R. (2023). Women seeking an autism diagnosis in Australia: A qualitative exploration of factors that help and hinder. *Autism : the international journal of research and practice*, 27(3), 808-821. <https://doi.org/10.1177/13623613221117911>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices.
- Ormond, S., Brownlow, C., Garnett, M. S., Rynkiewicz, A. et Attwood, T. (2018). Profiling Autism Symptomatology: An Exploration of the Q-ASC Parental Report Scale in Capturing Sex Differences in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 389-403. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3324-9>
- Rabbitte, K., Prendeville, P. et Kinsella, W. (2017). Parents' experiences of the diagnostic process for girls with autism spectrum disorder in Ireland: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Educational and Child Psychology*, 34(2), 54-66. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2017-34959-004&site=ehost-live>
- Ratto, A. B., Kenworthy, L., Yerys, B. E., Bascom, J., Wieckowski, A. T., White, S. W., Wallace, G. L., Pugliese, C., Schultz, R. T., Ollendick, T. H., Scarpa, A., Seese, S., Register-Brown, K., Martin, A. et Anthony, L. G. (2018). What About the Girls? Sex-Based Differences in Autistic Traits and Adaptive Skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1698-1711. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3413-9>
- Rosen, N. E., Lord, C. et Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253-4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
- Rujeedawa, T. et Zaman, S. H. (2022). The Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorder (ASD) in Adult Females in the Presence or Absence of an Intellectual Disability. *International journal of environmental research and public health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031315>
- Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O'Hare, A., McClure, I., Forsyth, K., McCartney, D. et Murray, A. (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(5), 628-634. <https://doi.org/10.1177/1362361315617879>
- Rutter, M., LeCouteur, A. et Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.
- Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A. et Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular Autism*, 7, 10. <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>
- Schopler, E., Reichler, R. J. et Renner, B. R. (2002). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Western Psychological Services.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J. et Love, S. R. (2010). *Childhood Autism Rating Scale (CARS2)* (2^e éd.). Western Psychological Services.

- Squires, J. et Bricker, D. (2009). *Ages and Stages Questionnaire (ASQ): A Parent Completed Child Monitoring System* (3^e éd.). MD: Brooks Publishing Company.
- Tang, J. W., Li, J. W., Baulderstone, D. et Jeyaseelan, D. (2021). Presenting age and features of females diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of paediatrics and child health*, 57(8), 1182-1189. <https://doi.org/10.1111/jpc.15417>
- Tsirgiotis, J. M., Young, R. L. et Weber, N. (2022). A mixed-methods investigation of diagnostician sex/gender-bias and challenges in assessing females for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(10), 4474-4489. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05300-5>
- Tsirgiotis, J. M., Young, R. L. et Weber, N. (2023). A comparison of the presentations of males and females with autism spectrum disorder and those narrowly below the diagnostic threshold. *Autism : the international journal of research and practice*, 13623613231190682. <https://doi.org/10.1177/13623613231190682>
- Wang, S., Deng, H., You, C., Chen, K., Li, J., Tang, C., Ceng, C., Zou, Y. et Zou, X. (2017). Sex Differences in Diagnosis and Clinical Phenotypes of Chinese Children with Autism Spectrum Disorder. *Neuroscience bulletin*, 33(2), 153-160. <https://doi.org/10.1007/s12264-017-0102-9>
- Wilson, C. E., Murphy, C. M., McAlonan, G., Robertson, D. M., Spain, D., Hayward, H., Woodhouse, E., Deeley, P. Q., Gillan, N., Ohlsen, J. C., Zinkstok, J., Stoencheva, V., Faulkner, J., Yildiran, H., Bell, V., Hammond, N., Craig, M. C. et Murphy, D. G. M. (2016). Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism*, 20(7), 808-819. <https://doi.org/10.1177/1362361315611381>
- Young, H., Oreve, M. J. et Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 25(6), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.008>
- Zwaigenbaum, L., Brian, J. A. et Ip, A. (2019). Le dépistage précoce du trouble du spectre de l'autisme chez les jeunes enfants. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 433-443. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz120>
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S. E., Szatmari, P., Brian, J., Smith, I. M., Roberts, W., Vaillancourt, T. et Roncadin, C. (2012). Sex Differences in Children with Autism Spectrum Disorder Identified Within a High-Risk Infant Cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(12), 2585-2596. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1515-y>

Appendice A

Tableau des caractéristiques des études retenues

Études	Pays	Devis	Objectifs	Participants
(Bitsika et Sharpley, 2019)	Australie	Quantitatif	Examiner les profils comportementaux liés aux TSA et rapportés par les parents d'un échantillon de garçons et de filles d'âge scolaire appariés en fonction de l'âge et du QI, puis d'un sous-échantillon apparié en fonction de la gravité du TSA.	51 garçons et 51 filles âgés entre six et 17 ans ayant un TSA et l'un de leurs parents (95 mères).
(Cumin <i>et al.</i> , 2022)	Canada, États-Unis, France, Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Pays-Bas	Qualitatif (entrevues)	Proposer des orientations pour les cliniciens qui évaluent les femmes verbales ayant un TSA et un QI dans la moyenne, en établissant des consensus dans l'évaluation du TSA chez les femmes, sur la base d'expertise de cliniciens ayant une grande expérience.	20 cliniciens ayant entre cinq et 40 ans d'expérience en évaluation du TSA (sept psychiatres, 12 psychologues et un orthophoniste).
(Duvekot <i>et al.</i> , 2017)	Pays-Bas	Quantitatif	Objectif général : Contribuer à une meilleure compréhension des différences entre les sexes dans l'expression des caractéristiques comportementales associées à un TSA. Objectifs spécifiques : 1. Évaluer les différences de proportions entre les garçons et les filles étant positifs au dépistage ou au diagnostic. 2. Évaluer si chaque sphère influence différemment la probabilité d'avoir un diagnostic de TSA chez les garçons et les filles.	167 garçons et 64 filles âgés entre deux et 12 ans ayant un TSA, initialement référés à l'un des six centres de services en santé mentale participants.
(Dworzynski <i>et al.</i> , 2012)	Royaume-Uni	Quantitatif	Questions de recherche : 1. Les filles doivent-elles présenter des niveaux plus élevés de traits de TSA que les garçons pour répondre aux critères diagnostiques ?	189 enfants ayant un TSA (160 garçons et 29 filles) et 174 enfants sous le seuil clinique (119 garçons et 55 filles).

			<p>2. Le fait de répondre aux critères diagnostiques du TSA est-il davantage lié au niveau intellectuel chez les filles que chez les garçons ?</p> <p>3. Les filles diagnostiquées ont-elles plus de problèmes de comportement additionnel que les garçons diagnostiqués, par rapport à leurs pairs non diagnostiqués mais présentant des traits de TSA élevés ?</p>	Échantillon de jumeaux nés entre 1994 et 1996 en Angleterre.
(Gesi <i>et al.</i> , 2021)	Italie	Quantitatif	<p>1. Évaluer les symptômes de TSA chez les hommes et les femmes référés.</p> <p>2. Évaluer les différences entre les sexes en ce qui concerne le retard de diagnostic et le taux de diagnostics manqués et erronés.</p> <p>3. Vérifier si des domaines spécifiques de la symptomatologie du TSA sont associés à un retard de diagnostic plus important ou à une plus grande probabilité de diagnostics erronés chez les femmes et les hommes atteints de TSA, respectivement.</p>	39 hommes et 22 femmes ayant un TSA, initialement référés au service ambulatoire pour adultes ayant un TSA.
(Giarelli <i>et al.</i> , 2010)	États-Unis	Quantitatif	<p>Questions de recherche :</p> <p>1. Comment (a) l'âge de la première évaluation du développement, (b) la probabilité d'avoir un diagnostic de TSA documenté, et (c) l'âge du diagnostic diffèrent-ils selon le sexe de l'enfant ?</p> <p>2. La déficience intellectuelle affecte-t-elle (a) l'âge moyen de la première évaluation, (b) la probabilité d'un diagnostic documenté et (c) l'âge moyen du diagnostic de manière différente selon le sexe ?</p> <p>3. Existe-t-il une différence entre les sexes dans les caractéristiques comportementales rapportés et les autres diagnostics chez les enfants qui répondaient aux critères de surveillance du TSA mais qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic documenté ?</p>	1497 enfants ayant reçus un diagnostic de TSA et 1071 enfants qui répondent aux critères de surveillance du TSA. Les enfants sont tous nés en 1994 et les garçons représentaient 81% de l'échantillon. Pour répondre aux critères de surveillance, l'enfant devait avoir au moins un dossier d'évaluation provenant d'une école ou de sources cliniques indiquant l'histoire développementale et les

				comportements conformes au DSM-IV révisé pour le trouble autistique, le syndrome d'Asperger ou le trouble envahissant du développement non-spécifié.
(Hamdani <i>et al.</i> , 2023)	Canada	Qualitatif (entrevues et groupes de discussion)	Examiner ce qui a contribué aux occasions manquées de reconnaissance et de diagnostic plus précoces du TSA chez les filles et les femmes.	22 filles et femmes âgées entre 12 et 71 ans ayant un TSA et 15 parents qui ont une fille âgée entre 12 et 22 ans ayant un TSA.
(Hiller <i>et al.</i> , 2016)	Australie	Quantitatif	1. Étudier les différences entre les sexes en ce qui concerne les préoccupations des donneurs de soins avant le diagnostic pour les enfants qui allaient être diagnostiqués avec un TSA. 2. Explorer le point de vue des donneurs de soins sur (a) la réponse reçue des professionnels concernant l'inquiétude des donneurs de soins, (b) la question de savoir si les filles s'engagent effectivement dans des stratégies sociales qui peuvent avoir un impact sur leur présentation sociale apparente et (c) les types d'intérêts obsessionnels manifestés par les filles par rapport aux garçons.	60 parents qui ont une fille ayant un TSA et 92 parents qui ont un garçon ayant un TSA, tous âgés entre six et 17 ans.
(Kalb <i>et al.</i> , 2022)	États-Unis	Quantitatif	Examiner si l'ADOS-2 sous-estime systématiquement la sévérité des TSA au niveau des items, par race (enfants noirs/africains vs blancs) ou par sexe (enfants de sexe féminin vs masculin), dans un large échantillon clinique d'enfants évalués pour des TSA.	4970 garçons et 1293 filles âgés entre 1 et 17 ans évalués pour un TSA dans une clinique ambulatoire spécialisée. De ceux-ci, 2033 n'ont pas été diagnostiqués avec un TSA.
(McLinden et	Royaume-Uni	Qualitatif (entrevues)	Questions de recherche :	Neuf professionnels avec en moyenne 10 ans d'expérience dans le domaine (deux

Sedgewick, 2023)			<p>1. Du point de vue des professionnels, comment le processus de diagnostic du TSA a-t-il changé pour les femmes au Royaume-Uni ?</p> <p>2. Les professionnels ont-ils adapté leur pratique, de manière formelle ou informelle, lorsqu'ils approchent des jeunes filles ou des femmes soupçonnées d'avoir un TSA ?</p>	infirmières spécialisées en santé mentale, deux infirmières spécialisées en neurodéveloppement, un consultant en psychologie, une thérapeute cognitivo-comportementale, une enseignante spécialisée en langage et deux responsables au scolaire).
(McQuaid <i>et al.</i> , 2022)	États-Unis	Quantitatif	<p>Hypothèses de recherche :</p> <p>1. Les femmes autistes montreront un camouflage plus élevé que les hommes autistes.</p> <p>2. Les adultes autistes ayant une diversité de genre rapporteront un camouflage plus élevé que les adultes autistes cisgenres.</p> <p>3. Les individus autistes diagnostiqués à l'âge adulte montreront un camouflage plus élevé que ceux diagnostiqués pendant l'enfance ou l'adolescence.</p> <p>Les effets d'interaction possibles entre le moment du diagnostic de TSA et le sexe désigné à la naissance ou l'identité de genre sur le camouflage ont été évalués.</p>	226 hommes et 276 femmes âgés entre 18 et 49 ans ayant un TSA.
(Milner <i>et al.</i> , 2023)	Royaume-Uni	Quantitatif	<p>Examiner s'il existe des différences dans la relation entre le camouflage et l'âge au moment du diagnostic de TSA chez les hommes et les femmes.</p> <p>Hypothèses de recherche pour les deux études :</p> <p>1. Les femmes autistes seront diagnostiquées plus tard que les hommes autistes.</p> <p>2. Dans tous les groupes, un camouflage plus important sera associé à un âge de diagnostic plus</p>	<p>Échantillon de l'étude 1 : 242 hommes et 570 femmes âgés entre 18 et 75 ans ayant un TSA. L'âge moyen au diagnostic était de 35 ans.</p> <p>Échantillon de l'étude 2 : 24 hommes et 35 femmes ayant un TSA. Échantillon de</p>

			tardif, même en tenant compte de l'âge, des traits autistiques et du QI. 3. L'association positive entre l'âge du diagnostic et le camouflage sera plus forte chez les femmes que chez les hommes.	jumeaux nés entre 1994 et 1996 en Angleterre (même échantillon que Dworzynski <i>et al.</i> , 2012).
(Murphy <i>et al.</i> , 2023)	Australie	Qualitatif (entrevues)	Explorer ce qui a aidé et entravé les femmes australiennes ayant un TSA au cours du processus de diagnostic à l'âge adulte, au niveau de la personne, du professionnel et du système.	10 femmes entre 23 et 64 ans ayant été diagnostiquées avec un TSA à l'âge adulte.
(Rabbitte <i>et al.</i> , 2017)	Irlande	Qualitatif (entrevues)	Explorer les expériences des parents dans l'obtention du diagnostic de TSA chez leurs filles afin d'identifier clairement les défis rencontrés, les avantages apportés par un éventuel diagnostic et l'adéquation de l'aide et des services que leurs filles reçoivent.	Huit parents de sept filles âgées entre neuf et 16 ans ayant un TSA.
(Rutherford <i>et al.</i> , 2016)	Écosse	Quantitatif	Étudier s'il existe des différences entre les sexes en ce qui concerne la proportion d'adultes, de jeunes enfants et d'adolescents diagnostiqués avec un TSA, l'âge lors de la référence et du diagnostic et la durée du processus de diagnostic.	Analyse rétrospective de 150 notes de cas (108 hommes et 41 femmes) provenant de 16 services de diagnostic. Il s'agit d'enfants et d'adultes âgés entre 0 et 55 ans ayant un TSA, diagnostiqués moins de 2 ans auparavant.
(Rynkiewicz <i>et al.</i> , 2016)	Pologne	Quantitatif	Présenter une technique informatisée innovante permettant d'évaluer objectivement la modalité non-verbale de la communication (gestes) au cours de deux tâches de démonstration de l'ADOS-2.	17 garçons et 16 filles âgés entre 5 et 10 ans ayant un TSA.
(Tang <i>et al.</i> , 2021)	Australie	Quantitatif	Identifier les différences entre les sexes en ce qui concerne l'âge du diagnostic du TSA, les caractéristiques cliniques, les comorbidités et le niveau de sévérité.	145 garçons et 50 filles ayant un TSA. L'âge médian au moment du diagnostic était de 8,78 ans pour les femmes et de 6,53 ans pour les hommes.

(Tsirgiotis <i>et al.</i> , 2022)	Australie	Devis mixte	<p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe-t-il un biais lié au sexe dans la probabilité que les cliniciens considèrent les critères du TSA remplis? 2. Y a-t-il une différence dans la présentation du TSA selon le sexe selon les cliniciens? 3. Dans quelle mesure les cliniciens sont confiants dans l'évaluation des femmes ayant un TSA et comment évaluent-ils leurs connaissances? 4. Quels défis perçoivent les cliniciens dans l'évaluation des femmes? 5. Comment les cliniciens modifient leur évaluation pour contourner ces difficultés? 	47 cliniciens ayant de l'expérience dans l'évaluation du TSA (34 psychologues, huit orthophonistes, deux pédiatres, deux ergothérapeutes et un psychiatre).
(Tsirgiotis <i>et al.</i> , 2023)	Australie	Quantitatif	<p>Examiner la présentation du TSA chez des enfants dont le niveau est légèrement inférieur au seuil diagnostic.</p> <p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels sont les critères que les femmes ne remplissent généralement pas dans l'évaluation diagnostique et quelle est la nature de leurs difficultés dans ces domaines (le cas échéant) ? 2. Quelles étaient les différences entre les caractéristiques liées aux TSA chez les femmes ayant un TSA et chez les femmes ne dépassant pas le seuil (sans TSA) ? Ces différences étaient-elles les mêmes pour les hommes ? 3. Quels comportements permettaient de prédire le diagnostic de TSA, et ces comportements étaient-ils les mêmes chez les hommes et chez les femmes ? 	<p>78 garçons et 78 filles ayant un TSA.</p> <p>46 garçons et 20 filles qui étaient sous le seuil clinique lors de leur évaluation diagnostique.</p> <p>Tous les enfants ont entre un et 17 ans.</p>

(Wang <i>et al.</i> , 2017)	Chine	Quantitatif	<p>1. Explorer les différences entre les sexes dans les domaines de la communication sociale et des comportements restreints et répétitifs chez les enfants ayant un TSA dans un large échantillon d'une communauté asiatique.</p> <p>2. Analyser rétrospectivement les différences de développement anormal précoce entre les garçons et les filles ayant un TSA sur la base de l'ADI-R.</p> <p>3. Explorer les différences de seuils diagnostiques pour l'ADI-R et l'ADOS entre les garçons et les filles ayant un TSA.</p>	836 garçons et 228 filles âgés entre 24 et 83 mois ayant un TSA.
(Wilson <i>et al.</i> , 2016)	Royaume-Uni	Quantitatif	<p>1. Comparer les taux de diagnostics positifs de TSA et les caractéristiques des hommes et des femmes orientés vers une évaluation des TSA.</p> <p>2. Examiner les différences entre les sexes en ce qui concerne le type et la sévérité des symptômes du TSA.</p> <p>3. Examiner les effets modérateurs du sous-type de diagnostic, de la présence de troubles psychiatriques supplémentaires et du QI sur toute interaction entre le sexe et les symptômes.</p> <p>4. Comparer les caractéristiques des hommes et des femmes soupçonnés d'avoir un TSA, mais qui n'ont pas reçu de diagnostic de TSA.</p>	935 hommes et 309 femmes âgés entre 18 et 75 ans ayant eu une évaluation diagnostique. Parmi eux, 671 hommes et 203 femmes ont reçu le diagnostic de TSA.