

TSA : existe-t-il des différences liées au genre ? Des pistes pour améliorer le diagnostic des filles et des femmes avec trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Par le Dr Alexandre Yailian,

équipe du CRA Languedoc-Roussillon (Pr Amaria Baghdadli)

« Autisme discret », « ces femmes autistes qui s'ignorent », « la différence invisible »... Autant de titres qui sont présents actuellement dans la presse française et étrangère depuis plusieurs mois, témoignant un intérêt croissant pour ce sujet, contemporain des réflexions pour le prochain plan national Autisme.

Depuis la première description claire de l'autisme par Kanner en 1943, il a d'abord été admis que ce trouble du neurodéveloppement touchait préférentiellement plus les garçons que les filles. Les TSA ne seraient en réalité pas une condition moins fréquente chez la femme : les femmes seraient sous-diagnostiquées. Ainsi, pour les hauts niveaux de quotient intellectuel (QI), le ratio Homme/Femme serait le plus élevé (environ 9 pour 1)¹, contre 4 pour 1, tout niveau de développement confondu². D'autres études rapportent des ratios plus faibles et suggèrent qu'il existerait plutôt environ 2 garçons pour une fille avec ce diagnostic³.

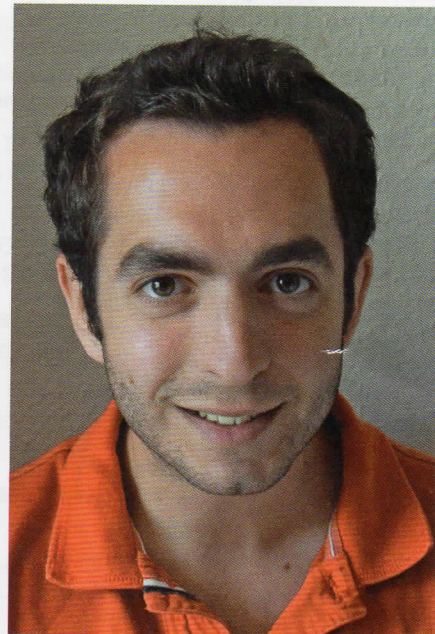
Cette insuffisance diagnostique serait 2 fois plus importante chez les filles, notamment lorsqu'il n'existe pas de trouble du développement intellectuel

De la difficulté du diagnostic de TSA chez les filles et chez les femmes

Il est reconnu qu'il existe un retard de diagnostic chez les personnes avec TSA, quel que soit le sexe et que ce retard entraîne des conséquences négatives (vulnérabilité, difficultés d'intégration scolaire, sociale, troubles du comportement...). Or cette insuffisance diagnostique serait deux fois plus importante chez les filles⁴, notamment lorsqu'il n'existe pas de trouble du développement intellectuel ou que les compétences langagières sont suffisantes. Il existe en outre des diagnostics erronés chez les filles et les femmes avec TSA sans déficience intellectuelle (DI). C'est le cas de la phobie sociale ou du trouble de personnalité borderline à l'âge adulte.

Points communs et divergences entre les deux genres

Avant de décrire les résultats des études dans le cadre du TSA, il est important de décrire brièvement les différences liées au genre rapportées chez les sujets au développement dit typique. Ainsi, les filles avec un développement typique ont de meilleures compétences sociales que les garçons et ces compétences apparaissent plus tôt⁵. Dès 3 mois, il est dit que les filles ont une préférence pour les poupées par rapport aux camions⁶. De même, elles



présenteraient moins de jeux répétitifs et d'intérêts inhabituels ; leur reconnaissance des émotions et leurs capacités verbales seraient meilleures que les garçons⁷. Des auteurs proposent que la timidité serait socialement encouragée pour les filles et moins tolérée chez les garçons, définissant là un stéréotype social lié au genre⁸.

Si on s'intéresse plus spécifiquement au TSA, dans les premières années scolaires, garçons et filles avec ce diagnostic expérimentent les mêmes difficultés, bien que les filles apparaissent plus sociales que les garçons (parce qu'elles le seraient vraiment ou bien parce qu'elles sont perçues ainsi). Mais à mesure qu'elles se rapprochent de l'adolescence, les filles perdraient leur « avantage social », ayant de plus en plus de difficultés à se faire des amis et étant plus fréquemment isolées¹. Les altérations au niveau des interactions sociales seraient moindres chez la fille avec

L'autoperception des difficultés serait de meilleure qualité chez les femmes adultes avec TSA

TSA par rapport au garçon car celle-ci aurait une plus forte attention pour les stimuli sociaux⁹. Les filles avec TSA montraient en outre plus de comportements réciproques que les garçons avec TSA, mais moins que les filles avec développement typique¹⁰.

Les filles sont généralement décrites comme ayant une meilleure capacité que les garçons à « camoufler » les symptômes du TSA et utilisent des comportements de compensation qui limitent leurs problèmes sociaux¹¹, en particulier l'imitation.

Malgré ces résultats, une méta-analyse récente fait état de l'absence de différence au niveau des interactions sociales entre les garçons et les filles ayant un TSA⁴, sauf si l'on considère que les filles sont moins bien détectées dans les études ; dans ce cas, les filles auraient de meilleures compétences sociales que celles retrouvées.

Il n'y aurait pas non plus de différences entre les garçons et les filles avec TSA concernant la communication comme l'indique également la méta-analyse sus-citée⁴, sauf si l'on fait la même remarque que pour les interactions sociales.

Les filles avec TSA montreraient des intérêts plus compatibles avec les enfants ayant un développement dit typique tandis que les garçons ont plus de comportements répétitifs¹². Les filles avec TSA passeraient globalement moins de temps dans les jeux, et plus favorablement dans les activités solitaires¹³ ou bien essaieraient d'imiter leurs pairs en train de jouer.

De façon générale, les garçons avec TSA présentent plus de troubles du comportement en général dont le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité¹² tandis que les filles avec TSA ont plus fréquemment des états dépressifs et anxieux¹.

Enfin, il existerait plutôt un consensus d'une forte similitude entre les garçons et les filles à l'autre extrémité du spectre (niveau intellectuel bas et comportements répétitifs).

Perception de la symptomatologie par la personne elle-même ou par les tiers

Les filles auraient des comportements souvent mieux tolérés par les enseignants¹¹. Néanmoins, au niveau des relations avec les pairs, les filles avec TSA, à la différence des garçons, ne sont pas rejetées mais souvent « négligées », c'est-à-dire « ni acceptées ni rejetées »¹³.

Une étude a étudié la perception des différences entre les deux sexes, chez les cliniciens. La majorité d'entre eux rapporte des différences dans les symptômes principaux et dans les symptômes associés (sensoriels, comorbidités médicales, difficultés émotionnelles) mais pour eux la sévérité était identique pour les symptômes principaux des TSA. Des forces chez les filles ont été identifiées : elles avaient plus d'attention conjointe, prenaient en compte le point de vue de l'autre plus fréquemment et s'impliquaient davantage dans les intérêts de l'autre. Leurs jeux imitatifs et imaginatifs étaient de meilleure qualité d'après les examinateurs¹⁴.

L'auto-perception des difficultés serait de meilleure qualité chez les femmes adultes avec TSA¹⁵.

Il est également rapporté un taux d'embauche identique entre les femmes et les hommes mais les femmes ont plus de difficultés à garder leur emploi, suggérant une moindre tolérance des employeurs par rapport aux faux pas sociaux chez les femmes, par rapport aux hommes¹⁶.

Anatomie cérébrale structurelle et fonctionnelle

De nombreuses études ont montré que les régions cérébrales impliquées dans la cognition sociale étaient moins activées chez les personnes avec TSA. Pelphrey et ses collaborateurs ont montré que les filles au développement typique avaient les zones cérébrales les plus activées tandis que les garçons avec TSA avaient les zones

cérébrales les moins activées (renforçant la théorie du cerveau hyper-masculin dans le TSA de Baron-Cohen¹⁷). Les filles avec TSA et les garçons au développement typique avaient des résultats intermédiaires en termes d'activation cérébrale des zones impliquées dans la cognition sociale. Chez les filles avec TSA, la partie du cerveau social semblerait communiquer avec le cortex préfrontal (raisonnement et planification) ; cela pourrait expliquer que les sujets féminins avec TSA feraient plus intervenir leur cortex préfrontal dans la cognition sociale, et dans un sens, « intellectualiseraient » leurs interactions sociales (qui seraient plus intuitives pour d'autres sujets féminins au développement typique). Cela rejoindrait le témoignage de nombreuses femmes avec diagnostic de TSA, ainsi que les résultats d'études mentionnant une « compensation » faite par les sujets féminins et l'épuisement qu'elles peuvent ressentir en fin de journée¹³.

Quelles réflexions pour la pratique

De nombreux diagnostics semblent donc ne pas être faits ou alors tardivement chez les filles ou les femmes qui n'ont pas des profils sévères (trouble du développement intellectuel, trouble du langage, épilepsie associés). Il a souvent été employé le terme « camouflage » ou « caméléon social », signifiant que les bonnes compétences apparentes au niveau social pouvaient à tort écarter le diagnostic de TSA sans trouble du développement intellectuel. Force est de constater également que la majorité des connaissances sur les TSA est liée aux observations chez le sujet masculin.

Ensuite, il pourrait sans doute être intéressant de s'intéresser dans le futur à des comportements sociaux plus complexes comme la capacité à maintenir des relations amicales. L'adolescence pourrait être une période clé pour étudier plus précisément ces comportements car des résultats indiquent que les filles auraient de plus grandes difficultés lorsqu'elles entrent dans l'adolescence¹⁴.

En effet, à l'adolescence, les garçons tendent en général à se regrouper en petits groupes, autour d'intérêts communs (sport, jeux vidéo), tandis que les filles donnent une importance plus forte à la communication en vue de se socialiser (discussions sur l'amitié, sur les relations intimes, sur les émotions). Cette période est d'ores et déjà difficile pour les filles avec un développement typique, mais le serait de façon encore plus marquée pour les filles avec TSA. « Essayer de se faire des amis et ne pas comprendre pourquoi les relations amicales ne perdurent pas est incroyablement difficile et peut provoquer de l'isolement », pouvait dire Baron-Cohen.

Enfin, il pourrait être pertinent d'évaluer plus précisément la capacité de « camouflage » et l'épuisement qu'elle pourrait entraîner chez la personne. Identifier toutes les stratégies de compensation quotidiennes dans les situations sociales serait utile pour appréhender quels seraient les symptômes s'il n'y avait pas les mécanismes d'imitation, de fuite ou de « camouflage ».

Nous voulons insister sur le fait que le diagnostic de TSA devrait réellement être fait lorsqu'il existe des particularités fortement évocatrices dans le neurodéveloppement en faveur d'un TSA, car malgré un bon fonctionnement global apparent, les personnes de sexe

Malgré un bon fonctionnement global apparent, les personnes de sexe féminin expriment très fréquemment des difficultés adaptatives importantes

féminin expriment très fréquemment des difficultés adaptatives importantes. Ainsi, le diagnostic même tardif aurait du sens, pour proposer des informations et soins personnalisés.

Bibliographie

1. Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(7), 1304–1313.
2. Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet*, 368(9531), 210–215.
3. Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y.-J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.-C., others. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *The American journal of psychiatry*, 168(9), 904–912.
4. Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 627–635.
5. Barbu, S., Cabanes, G., & Le Maner-Idrissi, G. (2011). Boys and girls on the playground: sex differences in social development are not stable across early childhood. *Plos one*, 6(1).
6. Alexander, G. M., Wilcox, T., & Woods, R. (2009). Sex differences in infants' visual interest in toys. *Archives of sexual behavior*, 38(3), 427–433.
7. Leekam, S., Tandos, J., McConachie, H., Meins, E., Parkinson, K., Wright, C., Couteur, A. L. (2007). Repetitive behaviours in typically developing 2-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1131–1138.
8. Doey, L., Coplan, R. J., & Kingsbury, M. (2014). Bashful boys and coy girls: A review of gender differences in childhood shyness. *Sex Roles*, 70(7-8), 255–266.
9. Chawarska, K., Macari, S., Powell, K., DiNicola, L., & Shic, F. (2016). Enhanced social attention in female infant siblings at risk for autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 188–195.
10. Backer van Ommeren, T., Koot, H. M., Scheeren, A. M., & Begeer, S. (2016). Sex differences in the reciprocal behaviour of children with autism. *Autism*, 1362361316669622.
11. Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & 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.
12. Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of abnormal child psychology*, 42(8), 1381–1393.
13. Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2016). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, 1362361316671845.
14. Jamison, R., Bishop, S. L., Huerta, M., & Halladay, A. K. (2017). The clinician perspective on sex differences in autism spectrum disorders. *Autism*, 1362361316681481.
15. Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2016). Exploring sex differences in autistic traits: A factor analytic study of adults with autism. *Autism*, 1362361316667283.
16. Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during the transition to adulthood. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(5), 566–574.
17. Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in cognitive sciences*, 6(6), 248–254.