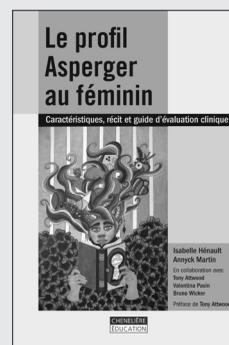


Le guide d'évaluation clinique pour le diagnostic du syndrome d'Asperger : le profil féminin

Par D^{re} Isabelle Hénault, psychologue,
Dott.ssa Valentina Pasin, neuropsychologue,
P^r Tony Attwood, psychologue,
et D^r Bruno Wicker, neuroscientifique

La définition du syndrome d'Asperger	3
L'évaluation diagnostique	3
À propos des auteurs du guide d'évaluation clinique	28
Bibliographie	30

Ce document est un extrait de l'ouvrage *Le profil Asperger au féminin* de Isabelle Hénault et Annyck Martin, en collaboration avec Tony Attwood, Valentina Pasin et Bruno Wicker, paru chez Chenelière Éducation (2020).



Ce guide est destiné aux professionnels qui accompagnent les filles et les femmes en quête d'un diagnostic. Il permet d'explorer en détail les caractéristiques afin d'orienter celles qui s'y reconnaissent vers un dépistage. Par contre, afin d'officialiser le diagnostic, l'évaluation formelle doit être conduite par un médecin, un psychiatre ou un psychologue. En effet, selon les pratiques et les règles établies dans les divers pays, les psychologues reconnus et formés en autisme sont habilités à poser un diagnostic, comme c'est le cas au Canada et en Australie. Les femmes qui pensent avoir un syndrome d'Asperger peuvent également s'inspirer de ce guide afin de collaborer avec les professionnels pour orienter l'évaluation. Finalement, les enseignants, les éducateurs, les travailleurs sociaux, les intervenants en milieu scolaire ou les aides de vie scolaire, etc., peuvent aussi l'utiliser comme source d'information et de guidance.

L'établissement du diagnostic de syndrome d'Asperger (SA) est complexe. Comme il n'existe aucun marqueur biologique établi, le diagnostic «standard» est actuellement un jugement clinique fondé sur la meilleure estimation possible du profil comportemental de la personne. Cependant, la variabilité des caractéristiques du SA et les aspects comportementaux communs avec d'autres conditions développementales font que la pose du diagnostic n'est pas une tâche clinique simple. L'évaluation exhaustive des comportements associés au SA est de plus une tâche intrinsèquement subjective qui repose fortement sur l'expérience et les compétences du clinicien. La tâche se complique en raison de la variabilité significative dans la composition des critères de diagnostic clinique selon qu'on évalue un homme ou une femme.

Le guide clinique proposé ici définit un processus d'évaluation exhaustif, facile à administrer par les cliniciens et efficace pour réaliser un diagnostic précis. Il a été élaboré par une équipe composée de cliniciens spécialistes du SA et un chercheur en neurosciences. Le processus est basé sur l'observation détaillée des pratiques cliniques quotidiennes de la D^{re} Isabelle Hénault, psychologue, et du P^r Tony Attwood, ainsi que sur des entretiens approfondis avec les femmes en évaluation.

Ce guide décrit un processus étape par étape pour effectuer une évaluation du SA depuis le premier contact avec la fille ou la femme jusqu'au partage des résultats dans un rapport écrit. L'objectif n'est pas de réviser ou de remplacer les critères comportementaux associés au SA et décrits dans les manuels de diagnostic *DSM* (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) ou de la *CIM-11* (*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*), mais plutôt de fournir un cadre permettant une évaluation efficace des caractéristiques. La présentation clinique du SA est complexe et variable. Chez certaines femmes, les caractéristiques comportementales du SA sont évidentes, et la confirmation d'un diagnostic est relativement simple. Chez d'autres, le profil peut être plus subtil ou combiné à des difficultés cliniques additionnelles (et des diagnostics concomitants tels que l'anxiété, la dépression, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH], le trouble obsessionnel-compulsif [TOC], etc.). Le processus doit être suffisamment souple pour être adapté à la présentation comportementale de la femme en évaluation, mais également veiller à ce qu'une évaluation complète soit menée dans l'optique du profil féminin afin d'orienter les recommandations.

Ce guide clinique a été rédigé pour répondre à l'important besoin d'un protocole clinique cohérent et complet pour le diagnostic du SA. Pour une utilisation efficace, il est essentiel que les cliniciens se familiarisent avec le contenu inclus dans ce document. Bien qu'il soit nécessaire de décrire un cadre diagnostique global pouvant s'appliquer à l'ensemble des personnes en processus d'évaluation du SA, nous rappelons qu'il est important d'adapter le processus de manière à répondre aux besoins de la personne, notamment en tenant compte des caractéristiques neurodéveloppementales plus générales (TDAH, trouble d'apprentissage, trouble du langage, dyspraxie, etc.) et du contexte environnemental.

La définition du syndrome d'Asperger

Le syndrome d'Asperger est une condition du spectre de l'autisme (CSA). Le terme collectif « CSA » désigne un groupe de conditions neurodéveloppementales caractérisées par des difficultés dans les interactions sociales et la communication verbale et non verbale, ainsi que par des schémas comportementaux répétitifs et des champs d'intérêt particuliers. Des pensées rigides et plusieurs sensibilités sensorielles sont également présentes. La coordination motrice peut être affectée. Les adultes peuvent ressentir un niveau d'anxiété élevé et d'inconfort dans certains environnements et utilisent des routines et rituels afin de diminuer leur anxiété. Ils ont souvent des champs d'intérêt marqués qui se manifestent dans leur intensité et une concentration à la tâche. De plus, certains Aspies ont un talent en mathématiques ou en sciences avec une originalité dans la recherche de solutions. L'expression artistique est également observée chez plusieurs. Les manifestations comportementales qui caractérisent le SA sont souvent présentes avant l'âge de trois ans, mais peuvent aussi apparaître pour la première fois au cours des années scolaires ou plus tard dans la vie. Les caractéristiques liées peuvent varier considérablement en nature et en intensité, mais aussi au fil du temps chez un même individu, et elles s'accompagnent parfois de diagnostics connexes (comorbidités). Les recherches récentes rapportent un ratio homme/femme de 1,8 pour 1 (Rutherford et collab., 2016).

L'évaluation diagnostique

Pour que l'évaluation diagnostique soit à la fois précise et efficace, ce guide clinique intègre un degré de flexibilité permettant d'adapter le processus à la complexité de la présentation clinique de la femme en évaluation. Nous recommandons deux « étapes » séquentielles pour l'évaluation diagnostique. Toutes les personnes qui consultent en raison d'un questionnaire par rapport au SA peuvent entreprendre une évaluation diagnostique « étape 1 ». Cette étape consiste en une collecte d'informations permettant de déterminer si un diagnostic de SA doit être envisagé. Lorsqu'un diagnostic de SA ne peut être ni confirmé ni exclu avec certitude à l'étape 1, l'étape 2 est mise en œuvre. Cette étape consiste en un entretien clinique semi-structuré qui permet une évaluation plus approfondie des éléments diagnostiques qui visent à clarifier et confirmer le diagnostic.

Étape 1: la collecte d'informations

Les sujets à aborder lors de la collecte de données

Pour dresser un tableau clinique complet de la personne évaluée, une première étape consiste à collecter des données auprès de diverses sources d'information offertes sur tous les sujets suivants (sans toutefois s'y limiter) :

- **Les antécédents médicaux :** historique des problèmes auditifs, visuels, physiques, intellectuels ou de santé mentale durant les périodes prénatale, périnatale, néonatale, passée et actuelle.
- **Les antécédents familiaux :** présence de troubles médicaux, psychiatriques et neurodéveloppementaux (y compris les CSA) parmi les membres de la famille nucléaire ou élargie, ainsi que de facteurs sociaux et environnementaux pertinents (par exemple, la violence familiale, la toxicomanie, la négligence).
- **Les antécédents de développement :** évolution qu'a connue la femme au cours de sa vie en ce qui a trait à son développement, à ses compétences de communication, à sa motricité globale, à sa motricité fine et à ses soins personnels, ainsi que présence d'une éventuelle régression de développement.
- **Les caractéristiques spécifiques du SA :** comportements liés à la communication ou aux interactions sociales, et comportements limités et répétitifs décrits dans les critères diagnostiques actuels du *DSM* ou de la *CIM-10* (*Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*).
- **Les autres comportements ou les symptômes pertinents :** les informations réunies à partir de différentes sources d'information peuvent aussi grandement aider à dresser un tableau clinique complet de la femme évaluée. Ceux-ci incluent :
 - le dépistage pour déterminer si des investigations supplémentaires sont nécessaires afin de voir si un diagnostic différentiel doit être envisagé ou si une condition concomitante est présente (par exemple, un TDAH, une dépression, un TOC) ;
 - l'analyse de dossiers : rapports antérieurs d'évaluation, notes d'interventions précoces, dossiers médicaux et psychologiques, dossiers scolaires, enregistrements parentaux sur le développement durant la petite enfance et l'enfance (par des séquences vidéo familiales, par exemple) et preuves de difficultés ou d'événements traumatisants durant l'enfance ;
 - la communication avec un autre professionnel ou une personne de soutien qui connaît bien la femme ;
 - l'évaluation médicale de la femme comprenant les antécédents neurologiques et physiques ainsi qu'un examen pour déterminer s'il existe des causes médicales ou des associations avec la présentation comportementale de la femme en évaluation.

Les questionnaires et les tests utilisés pour aider à la collecte de données

Remplir un certain nombre de tests et de questionnaires de dépistage avec la femme (ou avec les parents, dans le cas d'enfants et de jeunes adolescentes) avant l'entretien clinique constitue une source très utile d'information. Cela s'applique aux

questionnaires de dépistage (prédiagnostic) de la section suivante (*Autism Spectrum Quotient [AQ]*, *Empathy Quotient [EQ]*, etc.). Le test *AQ* doit être rempli par la femme et par un répondant (ami, partenaire, collègue, professionnel, etc.).

Les tests de dépistage et le prédiagnostic

Les tests de dépistage et le prédiagnostic sont suggérés, mais une sélection peut être faite selon le bon jugement du professionnel. Pour les références complètes de tous les tests mentionnés dans cette partie, voir la bibliographie, page 30.

Tous les questionnaires en français sont offerts gratuitement sur le site www.autismresearchcentre.com/tests

Pour les enfants et les adolescents (de 5 à 17 ans)

- *Autism Spectrum Quotient (AQ) (Child)* (Auyeung, Baron-Cohen, Wheelwright et Allison, 2008).
- *Autism Spectrum Quotient (AQ) (Adolescent)* (Baron-Cohen, Hoekstra, Knickmeyer et Wheelwright, 2006).
- *Empathy/Systemizing Quotient (EQ-SQ) (Child)* (Auyeung et collab., 2009).
- *Empathy Quotient (EQ) for Adolescents* (Auyeung, Allison, Wheelwright et Baron-Cohen, 2012a).
- *Systemizing Quotient (SQ) for Adolescents* (Auyeung, Allison, Wheelwright et Baron-Cohen, 2012b).
- *Faces Test* (Baron-Cohen, Wheelwright et Jolliffe, 1997).
- *Eyes Test (Child)* (Baron-Cohen, Wheelwright, Spong, Scahill et Lawson, 2001).
- *Faux Pas Test (Child)* (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones et Plaisted, 1999).
- *Theory of Mind Test* (Happé, 1994).
- *Emotions Learning Cards* (ldlearning.com).

Pour les adultes (à partir de 18 ans)

- *Autism Spectrum Quotient (AQ) (Adult)* (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin et Clubley, 2001 ; Woodbury-Smith, Robinson, Wheelwright et Baron-Cohen, 2005).
- *Empathy Quotient (EQ) for Adults* (Baron-Cohen et Wheelwright, 2004).
- *Friendship and Relationship Quotient (FQ)* (Baron-Cohen et Wheelwright, 2003).
- *Systemizing Quotient – Revised (SQ-R) (Adults)* (Wheelwright et collab., 2006).
- *Sensory Perception Quotient (SPQ)* (Tavassoli, Hoekstra et Baron-Cohen, 2014).
- *Faces Test* (Baron-Cohen et collab., 1997).
- *Eyes Test (Adult)* (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste et Plumb, 2001)¹.
- *Faux Pas Test (Adult)* (Stone, Baron-Cohen et Knight, 1998).
- *Social Stories Questionnaire* (www.autismresearchcenter.com; Lawson, Baron-Cohen et Wheelwright, 2004).

1. Concernant l’*Eyes Test (Adult)*, considérer le score brut n’est pas toujours suffisant. Le clinicien doit demander à la personne si elle a choisi sa réponse de manière intuitive (style neurotypique [NT]), par analyse et déduction ou par essais et erreurs, ou en cherchant la réponse la plus probable parmi celles fournies. Le clinicien doit également demander combien de temps a été nécessaire pour terminer le test (de 10 à 18 min = NT; de 20 min à 1 h = SA). Les femmes obtiennent généralement des scores plus élevés que les hommes à cette épreuve.

Les outils diagnostiques

Pour les adultes (à partir de 18 ans)

- Nous émettons des réserves quant à l'utilisation de l'ADOS-2 pour évaluer le SA chez les filles et les femmes. Des recherches remettent en question l'ADOS-2 comme outil d'évaluation chez ces dernières, ainsi qu'auprès d'adultes avec une intelligence supérieure. De plus, les études récentes critiquent le nombre insuffisant de filles et de femmes en ce qui a trait à la standardisation de l'outil. En effet, cet outil diagnostique n'est pas sensible aux caractéristiques plus subtiles des individus qui camouflent leurs caractéristiques (Lai et Baron-Cohen, 2015; Rynkiewicz et collab., 2016).
- *The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale – Revised (RAADS-R)* (Ritvo et collab., 2011).

Des tests supplémentaires pour les filles et les femmes (à partir de 5 ans)

- *Girls' Questionnaire for Autism Syndrome (GQ-ASC)* (Attwood, Garnett et Rynkiewicz, 2011-2017) (5 à 12 ans et 13 ans et plus).
- *The Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Q-ASC)* (Ormond, Brownlow, Garnett, Rynkiewicz et Attwood, 2017).
- *The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) – Revised Extended Version (ASSQ-REV)* (Kopp et Gillberg, 2011).

La rédaction de notes personnelles de la part de la personne qui consulte

La personne en évaluation est invitée à produire un document écrit de trois à quatre pages avec une description de ses champs d'intérêt, de ses routines, de ses comportements, de ses sensibilités sensorielles, de ses habitudes et de toutes les informations pertinentes sur son caractère et sa personnalité.

Il n'est pas rare que la personne envoie de nombreuses pages (bien plus que trois ou quatre!), car elle mentionne qu'il est trop difficile de sélectionner et de résumer toutes ces informations la concernant. C'est en soi un signe important: il est vrai que les personnes Asperger respectent très bien les règles, mais elles ont aussi des difficultés d'organisation et de planification de la pensée, et elles sont également biaisées par leur désir ou plaisir d'être précises lorsqu'il s'agit de décrire leurs champs d'intérêt, leurs routines et leurs expériences de vie. C'est pour ces raisons que les textes peuvent être plus longs. L'expérience clinique démontre qu'il peut être difficile pour certains Aspies de traduire et de verbaliser leurs idées et émotions (alexithymie). Par contre, l'écriture favorise une plus grande éloquence et introspection (Kinnaird, Stewart et Tchanturia, 2018).

La rédaction de notes de la part d'une personne de référence

Le processus d'évaluation du SA doit suivre une approche centrée sur la personne et la famille. L'objectif est de collaborer avec les femmes et leur famille pour connaître les besoins uniques, les forces et les défis de la personne évaluée, ainsi que son contexte familial.

La personne de référence (une personne qui connaît bien la femme en évaluation, à savoir un membre de la famille, un ami proche, un partenaire, un collègue, etc.) est priée d'écrire une description des caractéristiques saillantes de la cliente en évaluation, ainsi que des souvenirs de son enfance ou quelques anecdotes marquantes de sa vie passée et présente.

Le point de vue d'une personne de référence est particulièrement important dans la démarche diagnostique en raison des préoccupations d'un membre de la famille (peut-être un parent, un partenaire ou un professionnel). Il est possible que la personne en évaluation ne soit pas entièrement consciente des défis qu'elle expérimente dans la vie quotidienne ou de ses particularités. Si tel est le cas, le professionnel doit envisager la possibilité de demander à la personne de référence de remplir les tests diagnostiques afin d'effectuer une comparaison entre les perceptions et les descriptions. Le répondant peut être un ami, un membre de la famille, un collègue de travail, un professionnel, etc.

L'analyse des dossiers médicaux

Si possible, il est important d'accéder aux documents suivants :

- diagnostics médicaux et psychologiques antérieurs ;
- traitements médicamenteux passés et présents.

La présence d'un ou de plusieurs diagnostics médicaux et psychologiques antérieurs est courante chez les femmes Asperger. Plusieurs d'entre elles ont reçu un ou des diagnostics dans le passé.

Les diagnostics fréquents chez les femmes Asperger

- Dépression
- Trouble de la personnalité (limite, évitante, antisociale, etc.)
- Trouble de l'humeur ou bipolarité
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Anorexie ou trouble du comportement alimentaire
- Anxiété
- Phobie sociale
- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Épuisement professionnel
- ...

Malheureusement, il est très fréquent que ces femmes aient un passé de luttes et de difficultés peu reconnues et validées par les professionnels. Cela est dû aux stéréotypes et aux préjugés liés au trouble du spectre de l'autisme, en plus du manque de connaissances au sujet des caractéristiques et du profil de la femme Asperger (stratégies de camouflage, surcompensation, adaptation aux normes sociales, etc.).

La conclusion de l'étape 1

En prenant en compte toutes les informations recueillies, la première étape mènera à l'un des résultats suivants :

- Il y a suffisamment d'éléments indiquant que la femme remplit les critères de SA et doit ensuite être évaluée à l'aide d'un entretien clinique pour rendre un diagnostic final.
- La femme ne remplit pas les critères de SA: la majorité des résultats des tests de dépistage ne répondent pas aux scores moyens de SA. De plus, la description de soi et celle de la personne de référence ne suggèrent pas le profil clinique du SA. Dans ce cas, il peut être recommandé de procéder à un diagnostic différentiel (haut potentiel intellectuel, profil de personnalité, TOC, etc.).

Étape 2: l'entrevue clinique

Après l'analyse des résultats des tests, des questionnaires, des pages de notes personnelles et des informations médicales, un entretien clinique approfondi avec la femme en évaluation pour un SA est requis pour terminer l'évaluation diagnostique. Au cours de cet entretien, les informations sont obtenues en posant des questions ouvertes et semi-structurées. L'objectif est d'approfondir les aspects typiques du profil féminin.

Dans les sections qui suivent, nous décrivons des réponses types aux 65 items du questionnaire pour l'évaluation diagnostique chez les femmes (QEF) (*voir la page 24*), lesquelles sont réparties en 8 thèmes spécifiques :

- a) la reconnaissance de soi dans le profil Asperger ;
- b) l'enfance et la scolarité ;
- c) les interactions sociales ;
- d) les relations sociales et interpersonnelles ;
- e) une manière personnelle de percevoir le monde ;
- f) les animaux ;
- g) les aspects sensoriels et perceptifs ;
- h) le profil cognitif.

Les réponses attendues reflètent un profil commun (appelé dans le cas présent «typique» pour le SA) et ont été recueillies lors des nombreuses entrevues d'évaluation qui ont permis de concevoir ce guide.

Le questionnaire d'évaluation diagnostique chez les femmes (QEF) avec les réponses types attendues

Voici les questions se référant aux critères du *DSM-5*:

- *DSM-5 A* = communication et interactions sociales ;
- *DSM-5 B* = comportements, champs d'intérêt ou activités restreints, ou répétitifs, et hypersensibilités ou hyposensibilités.

a) La reconnaissance de soi dans le profil Asperger

1. *Quand avez-vous entendu parler du syndrome d'Asperger pour la première fois?*

De toute évidence, les réponses à cette question peuvent être très différentes d'une femme à l'autre. Certaines femmes ont lu un article ou regardé une émission télévisée sur l'autisme et y ont remarqué certains points communs avec elles-mêmes. Dans d'autres cas, à la suite du diagnostic de CSA d'un membre de la famille, elles ont observé des similitudes; d'autres encore ont discuté du SA avec un collègue masculin qui a reçu un diagnostic. En fouillant sur le sujet, elles ont aussi découvert le profil féminin. En règle générale, les femmes cherchent à comprendre leur différence. Cela peut se produire après des mois, voire des années de questionnements et de recherches. Les documents décrivant avec précision le profil féminin du SA étant moins nombreux, le processus peut être plus long, ce qui entraîne également des délais dans la prise de décision avant de consulter un spécialiste. Cependant, des tests de dépistage sur Internet (par exemple, le site www.autismresearchcenter.com) peuvent aider à déterminer certains traits.

2. *Vous reconnaissez-vous dans certains aspects de ce que vous avez entendu ou lu sur le syndrome d'Asperger? Si oui, décrivez en quoi et pourquoi.*

Il est intéressant de savoir sous quels aspects du SA la femme se reconnaît le plus. En règle générale, les femmes reconnaissent et décrivent leurs caractéristiques avec plus de détails et d'ouverture que les hommes.

3. *Quel est le premier souvenir que vous avez en tant qu'enfant? Racontez-moi les détails même s'il s'agit d'une impression ou d'une image qui peut sembler floue.*

Beaucoup de femmes vont décrire une impression ou un épisode qui s'est déroulé dans les deux à quatre premières années de leur vie. L'objectif est de commencer l'histoire développementale en lien avec des éléments précis et personnels. Par exemple, une femme rapporte qu'elle se souvient des promenades en forêt en décrivant les couleurs ainsi que les textures des feuilles et des fleurs, les odeurs, la lumière, etc. Une autre raconte qu'elle est dans sa chambre devant sa collection de petits pots remplis de trésors, tous bien rangés et ordonnés. Un souvenir émerge d'une journée au préscolaire durant laquelle elle se voit en train de dessiner ou de peindre, mais à l'écart des autres enfants. Une autre se souvient de la tapisserie sur les murs, des odeurs de la maison, des meubles, du jardin extérieur, etc. Ces descriptions sont plus souvent axées sur les objets et l'environnement que sur les gens.

4. *Avez-vous déjà eu la sensation d'être différente des enfants de votre âge? Si oui, quand avez-vous commencé à avoir ce sentiment?*

La réponse typique est «oui». Ces femmes commencent généralement à se sentir différentes des autres lorsque les interactions sociales et l'établissement de relations sociales deviennent un élément central de leur vie quotidienne (vers l'âge de 6 à 10 ans). C'est à ce stade que leurs difficultés et leurs incapacités à se faire des amis deviennent plus évidentes. Il n'est pas rare de recevoir la réponse: «J'ai toujours été différente des autres enfants de mon âge.»

b) L'enfance et la scolarité

1. *Quel genre de souvenirs avez-vous du préscolaire? De l'école primaire? Du secondaire?*

Il est important de recueillir des informations personnelles dès le préscolaire ou au primaire, car c'est au cours de cette période qu'apparaissent souvent les difficultés et les différences de comportement. En général, les femmes Asperger réussissent bien à l'école, notamment en mathématiques, en sciences et en biologie (car elles sont plus logiques et structurées), mais aussi en langue et orthographe (anglais, français, etc.), ainsi qu'en arts (si elles avaient l'habitude de créer des personnages ou des mondes imaginaires). En règle générale, au cours de l'enseignement secondaire, les différences entre les autres filles et elles deviennent de plus en plus évidentes, et les épisodes d'intimidation et de moqueries sont malheureusement communs.

2. *Quels souvenirs avez-vous de votre vie scolaire durant l'adolescence? Durant le cégep ou l'université?*

Les expériences ici peuvent être très différentes. Certaines femmes continueront de vivre des épisodes de taquineries et d'intimidation tout comme elles les ont subis au primaire. Elles peuvent alors éprouver des difficultés à exprimer leurs talents et à trouver leur propre voie. D'autres femmes consacreront toute leur énergie et tout leur temps à leurs champs d'intérêt, et elles trouveront le moyen de se réaliser même si elles rencontrent des difficultés.

3. *Était-ce difficile de vous faire des ami(e)s? Et qu'en est-il maintenant? (DSM-5 A)*

La réponse typique est «oui». C'était et c'est toujours un défi de rencontrer de nouveaux amis ou d'entretenir des relations étroites. Cependant, l'aspect spécifique du profil féminin est la présence d'un ou deux amis proches qui accompagnent généralement la vie de la femme depuis son enfance ou son adolescence. Les relations d'amitié, lorsqu'elles sont présentes, sont généralement sélectives, mais aussi très stables au fil des ans.

4. *Combien d'ami(e)s aviez-vous enfant ou à l'adolescence? Et combien en avez-vous maintenant? (DSM-5 A)*

Les relations d'amitié pour les femmes Asperger sont généralement limitées à une ou deux personnes, même s'il n'est pas inhabituel de trouver des femmes pour qui la seule personne de référence est un parent ou un partenaire.

5. *Plus jeune, aviez-vous un(e) ami(e) imaginaire? Et qu'en est-il maintenant?*

Il est possible de rencontrer des femmes qui ont eu ou ont encore un(e) ami(e) imaginaire. Le rôle et la fonction de ce personnage imaginaire étaient ou sont de guider leurs actions, d'être un double d'elles-mêmes à qui elles peuvent se référer en cas de doute sur la façon de se comporter dans certaines situations. Ce n'est pas une expression psychotique, même si l'ami(e) imaginaire est toujours présent(e) à l'âge adulte. Ce type d'imagination sert également à «faire le plein d'énergie» et à échapper aux difficultés quotidiennes. C'est aussi une stratégie pour compenser le manque d'amis dans la vie réelle.

6. Avez-vous déjà été victime d'intimidation ou de moqueries?

Comme décrit précédemment, les femmes Asperger ont souvent connu des épisodes d'intimidation et de moqueries au cours de leur enfance ou de leur adolescence. Ces épisodes ont généralement des répercussions profondes sur le développement ultérieur de leurs capacités sociales. Cela affecte également leur estime de soi et leur confiance.

7. Vous souvenez-vous, lorsque vous étiez enfant, d'avoir préféré observer les autres enfants plutôt que de parler et d'interagir avec eux? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Le sentiment d'isolement ressenti durant l'enfance constitue un trait spécifique du profil féminin, ce qui est qualitativement différent de l'évitement des comportements sociaux généralement associés aux traits des enfants autistes masculins ou de la personnalité antisociale. Comme les femmes aspées sont plus curieuses et prennent davantage plaisir à observer et à imiter d'autres personnes qu'elles utilisent comme des modèles de comportements adaptés, elles passent généralement leur enfance à observer leurs pairs plutôt que d'interagir avec eux. C'est une période de leur vie au cours de laquelle elles apprennent à agir, à se comporter, à réagir et à faire partie du monde social complexe qui les entoure.

8. Aimez-vous voir des films, des feuilletons ou des séries télévisées pour observer et étudier les comportements et les interactions entre les personnages? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Les femmes Asperger découvrent les comportements sociaux non seulement en observant les amis et les gens qui les entourent, mais aussi en regardant des séries télévisées ou des films, par exemple, et en étudiant les interactions entre les personnages.

9. Utilisez-vous une ou plusieurs personnes ou personnages comme modèles de comportements adaptés? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Il n'est pas rare que la femme Asperger imite quelqu'un de son entourage (sa mère, sa sœur aînée, son enseignante, une camarade de classe, etc.) ou un personnage (tiré d'un film, d'un livre ou d'une série télévisée) qu'elle considère comme un modèle de comportements adaptés. Cela agit comme une source d'inspiration pour mieux comprendre l'environnement social.

10. Étiez-vous une enfant qui préférerait rester seule ou dans son propre monde imaginaire? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». La plupart des femmes Asperger passent plusieurs heures à imaginer des interactions sociales sur la base de ce qu'elles ont vu ou appris. S'il est si difficile de comprendre les règles sociales du monde réel et de se sentir appréciée et valorisée, alors pourquoi ne pas s'échapper dans son propre monde imaginaire? Il est fréquent, lorsqu'elles sont jeunes, de passer des heures seules à penser et à imaginer des situations plutôt qu'à interagir avec leurs pairs. Cette caractéristique peut perdurer et se développer avec le temps, puis devenir un élément central de leur vie: beaucoup de femmes Asperger deviennent écrivaines, artistes ou même actrices.

11. *Avez-vous essayé d'interagir avec les filles de votre âge et tenté d'être amies, mais avec des difficultés ou sans succès? (DSM-5 A)*

La réponse typique est «oui». Certaines femmes Asperger se souviennent d'avoir souvent tenté d'interagir avec les autres filles et de se faire des amies, mais toujours avec peu ou aucun succès. Elles étaient perçues comme excentriques, marginales ou «différentes». Pour certaines d'entre elles, les seules relations d'intérêt étaient celles avec des adultes ou encore avec des animaux avec lesquels elles entretiennent un lien privilégié.

12. *Avez-vous vécu des épisodes de mutisme lorsque vous étiez enfant ou adolescente? Et maintenant?*

Il n'est pas rare que des femmes Asperger aient connu une période de mutisme durant leur enfance et même dans leur vie adulte. Ce mutisme involontaire peut être un symptôme d'anxiété lorsque la fille ou la femme adopte ce comportement pour se protéger du monde extérieur. Certaines d'entre elles peuvent encore subir des épisodes de mutisme à certaines occasions, en particulier lors d'événements sociaux au cours desquels elles sont mal à l'aise, hyperstimulées, en présence de personnes étrangères, ou lorsqu'elles sont embarrassées et gênées par des demandes ou des règles confuses.

13. *Avez-vous déjà été intéressée par les garçons? Si oui, à quel âge?*

Toutes les femmes Asperger ne manifestent pas d'intérêt pour les relations amoureuses avant la vingtaine ou la trentaine, mais, quand cela se produit, il s'agit généralement d'un intérêt tardif (autour de la vingtaine, et parfois dans la trentaine). Dans certains cas, elles ont vécu des expériences négatives précoces à cause d'une immaturité sociale et de l'incapacité à poser des limites, ou en raison de la rencontre de gens mal intentionnés, voire de prédateurs sexuels.

De plus, certaines adolescentes aspies ont eu des relations avec des groupes d'amis (principalement des garçons), car elles décrivent ces derniers comme étant plus directs. L'interaction et la résolution de conflit étant plus faciles à gérer.

Certaines ont également une attitude de «garçon manqué» dans leur style vestimentaire ou leur allure générale, plus neutre ou androgyne, ce qui a pu conduire à une mauvaise interprétation de leurs intentions et de leurs désirs. Pour elles, il est difficile de faire la distinction entre amitié et relations intimes. La possibilité que certaines femmes Asperger utilisent leur sexualité pour attirer l'attention ou établir des relations constitue un autre aspect important à considérer. Comme les règles sociales et les limites physiques ne sont pas toujours claires ni comprises chez les filles ou les femmes aspies, elles peuvent utiliser naïvement leur sexualité comme moyen d'établir un lien lorsque les autres stratégies n'ont pas fonctionné. L'hypersexualité peut également se produire lorsqu'une fille ou une femme a des difficultés à établir des limites, ou lorsqu'elle explore la sexualité par simple curiosité.

14. *Quels genres de loisirs aviez-vous quand vous étiez enfant? Et qu'en est-il maintenant? (DSM-5 B)*

C'est une question intéressante pour connaître les champs d'intérêt, les talents et la façon dont la femme Asperger a réussi à faire face à des situations stressantes (les loisirs et les champs d'intérêt particuliers constituent souvent un moyen de diminuer l'anxiété).

15. *Lorsque vous étiez enfant ou dans votre vie actuelle, avez-vous bien développé vos habiletés motrices fines (utiliser des ciseaux, attacher des lacets, écrire avec un crayon, etc.), ou avez-vous des problèmes de motricité globale ou de coordination motrice (faire du vélo, jouer au ping-pong, courir, etc.)?*

La réponse typique est «oui». Par ailleurs, il arrive qu'une adolescente ou une adulte Asperger manifeste un talent particulier pour le sport ou une discipline précise (patinage artistique, danse, etc.).

c) Les interactions sociales

1. *Vous est-il difficile de participer à des activités avec de nombreuses personnes (activités de groupe, réunions, événements, sorties avec des ami[e]s, etc.)? (DSM-5 A)*

La réponse typique est «oui». Il s'agit d'une caractéristique spécifique de nombreuses personnes Asperger. Cette difficulté ne signifie pas que les femmes Asperger sont isolées et n'ont pas de vie sociale; cela signifie plutôt que, même si elles sont capables de participer à des réunions de famille ou de travail, elles se sentent ensuite épuisées et physiquement éprouvées. Cette réaction est provoquée par la surcharge de stimulus sensoriels et d'interactions sociales, qui demande aux femmes Asperger (mais également aux hommes) au moins le double d'énergie et d'efforts, comparativement aux personnes neurotypiques. Le Pr Tony Attwood l'explique comme une capacité à socialiser plus limitée.

2. *Vous sentez-vous épuisée physiquement et mentalement fatiguée après une journée de travail ou une sortie, ou après quelques heures entourée de nombreuses personnes? (DSM-5 A+B)*

La réponse typique est «oui». Cette question vise à obtenir de la personne une description des symptômes physiques et psychologiques ressentis. Nous avons observé que certaines Aspies ont une réaction d'aversion aux grands groupes et qu'elles préfèrent éviter les rassemblements.

3. *Après une journée ou plusieurs heures durant lesquelles vous êtes entourée de nombreuses personnes, ressentez-vous le besoin de rester seule ou de vous adonner à votre activité préférée? (DSM-5 A)*

Selon plusieurs femmes aspies, rester seules pendant un moment est un bon moyen de refaire leur plein d'énergie (comme on recharge une pile).

4. *Avez-vous des difficultés à suivre une conversation avec deux personnes ou plus? (DSM-5 A)*

La réponse typique est «oui». Il s'agit d'une caractéristique spécifique de nombreuses personnes Asperger, et ce n'est pas inhabituel même chez les femmes Asperger. Elles ont souvent de la difficulté à suivre une conversation avec plus d'un interlocuteur.

5. Vous est-il difficile de comprendre les émotions et les réactions des autres? Vous arrive-t-il parfois de ne pas comprendre correctement une situation sociale ou un contexte relationnel? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Les émotions subtiles exprimées de façon non verbale sont souvent difficiles à décoder pour les Aspies. Une corrélation devrait être observée entre cette réponse et le résultat au *Eyes Test* (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste et Plumb, 2001). Il peut y avoir une difficulté à décoder les expressions du visage, le ton de voix et les gestes. Dans certains cas, il s'agit d'une forme de «sixième sens» dans la perception intense des émotions négatives de l'entourage. Certaines femmes décrivent cette réaction comme si elles étaient perméables aux émotions négatives des autres.

6. Des personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.) vous disent-elles parfois que vous avez une réaction trop faible ou trop forte par rapport à une situation particulière? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Cela est dû à une difficulté, pour les femmes aspies, à moduler l'intensité et la qualité de leur expression faciale ou à choisir la réaction affective la mieux adaptée au contexte. Cela ne veut pas dire qu'elles ne sont pas capables de ressentir la bonne émotion dans une situation donnée, mais qu'elles ont une façon différente de l'exprimer.

7. Est-il difficile ou inconfortable pour vous d'avoir une conversation superficielle ou de parler de sujets généraux (météo, politique, sport, potins, etc.)? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Pour beaucoup de personnes Asperger, de telles conversations sont considérées comme ennuyeuses ou inutiles. Il est donc difficile pour plusieurs d'entre elles de parler de sujets superficiels ou généraux. Comme il s'agit souvent du point de départ d'une conversation avec une personne inconnue ou d'une convention sociale, elles préfèrent éviter le *social chit chat*, c'est-à-dire les conversations sociales de politesse.

8. Avez-vous le sentiment d'agir dans les contextes sociaux en jouant un rôle, c'est-à-dire comme si vous suiviez les séquences d'un scénario appris? (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Les femmes Asperger ont souvent l'impression de respecter les règles et les conventions sociales d'une manière non naturelle et non spontanée.

9. Est-il problématique pour vous de comprendre quand ou comment arrêter une conversation? (DSM-5 A)

Pour beaucoup de personnes Asperger, il est difficile de respecter les règles sociales qui régissent une conversation. Les femmes Asperger, même si elles sont généralement plus sociables et qu'elles ont plus de compétences que les hommes dans ce domaine, peuvent néanmoins présenter certaines difficultés et entretenir des monologues, surtout lorsqu'elles abordent un sujet d'intérêt.

10. *Trouvez-vous difficile de parler au téléphone lorsque vous ne pouvez pas voir l'autre personne et ses réactions? (DSM-5 A)*

Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses personnes Asperger, et ce n'est pas inhabituel chez les femmes Asperger. Une conversation téléphonique est souvent ressentie comme étant très exigeante en raison de son manque de clarté et de la présence d'ambiguïtés. Les personnes Asperger préfèrent souvent les conversations écrites, car le mode visuel est plus facile à formuler et permet de réfléchir avant de répondre. Cette difficulté est aggravée par le manque d'indicateurs normalement communiqués par les expressions faciales et corporelles.

Aussi bien à l'écrit qu'à l'oral, la communication est sujette à une interprétation erronée pour les personnes Asperger. Cet aspect doit être pris en compte lors de l'évaluation, car les questions posées peuvent être mal interprétées ou nécessiter une explication précise de la part du professionnel.

11. *Est-il difficile pour vous de prendre des notes pendant une conversation au téléphone?*

La réponse typique est « oui », car la double tâche d'écoute et d'écriture s'ajoute aux difficultés décrites dans la question précédente.

d) Les relations sociales et interpersonnelles

1. *Utilisez-vous différents masques ou personnages dans certaines situations de la vie quotidienne? Par exemple, adoptez-vous différents rôles selon les différentes situations de la vie quotidienne?*

La réponse typique est « oui ». Les Aspies développent souvent un champ d'intérêt particulier pour l'observation d'autres femmes (ou des personnes en général) depuis l'enfance, qu'elles utilisent comme des modèles de comportements adaptés. Avec le temps, elles peuvent développer différents rôles ou masques utilisés dans des situations ou des contextes variés. Ainsi, une femme peut se comporter comme une « conjointe et mère » à la maison, comme une « professionnelle » en milieu de travail, comme une « personne amicale et amusante » avec le groupe d'amis ou de parents. Ce comportement caméléon est utilisé comme une stratégie pour s'adapter à des situations sociales dans lesquelles les règles sont apprises, et non spontanées, afin de réduire les doutes quant aux comportements corrects et appropriés à adopter, et donc de diminuer l'anxiété. Cette attitude peut être appelée « camouflé » ou « masquage ». Cette stratégie naturelle d'adaptation permet de naviguer dans la vie quotidienne. Cependant, elle peut aussi mener au questionnement ou semer la confusion quant à l'identité authentique des femmes aspies. Certaines diront : « Mais qui suis-je vraiment ? »

2. *Est-il difficile pour vous de lire et de décoder les émotions des personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.)? (DSM-5 A)*

La réponse typique est « oui ». Néanmoins, avec le temps et la confiance, les femmes aspies développent la capacité à comprendre les membres de leur famille, leur partenaire ou leurs enfants, en particulier lorsqu'un d'eux partage aussi des caractéristiques Asperger. Cela est aussi lié à la théorie de l'esprit et à la capacité à se mettre à la place de l'autre.

3. Est-ce qu'il arrive que les personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.) disent que vous êtes trop directe, sans filtre, alors qu'au contraire, selon votre perspective, vous dites simplement la vérité? (DSM-5 A)

La réponse typique est « oui ». Cette caractéristique est liée à la théorie de l'esprit. Même si une Aspie détient plusieurs compétences cognitives, elle éprouvera généralement des difficultés dans la compréhension subtile des règles implicites de la conversation, finissant par être perçue comme trop brutale, voire impolie et grossière, alors que cela n'était pas son intention.

4. Êtes-vous attirée par des personnes ayant une forte personnalité?

La réponse typique est « oui ». Les personnes à forte personnalité sont considérées par les Aspies comme de bons guides pour naviguer dans le monde social.

5. Dans vos relations affectives, êtes-vous attirée par la personnalité plutôt que par le genre?

La réponse typique à cette question est très importante pour comprendre le profil relationnel de nombreuses femmes aspies et concerne un domaine de recherche récent dans lequel une nouvelle conception de l'identité de genre et des préférences sexuelles des personnes Asperger est apparue. Certains hommes et certaines femmes aspies se décrivent comme « neutres en matière de genre » ou sont attirés par une personnalité, et non par l'appartenance à un genre prédéterminé. Il est également possible qu'une Aspie soit incertaine quant à son orientation sexuelle jusqu'à ce qu'elle vive des expériences réelles. Une jeune femme a dit en entrevue : « Je ne sais pas quelle est ma préférence, car je n'ai encore jamais été en relation. Comment puis-je savoir ce que je préfère? » Comme cela a été discuté dans le chapitre 5 de l'ouvrage *Le profil Asperger au féminin* (Hénault et Martin, 2020), environ 30 à 40 % des Aspies réfèrent à cette neutralité ou à cette flexibilité de genre ou d'orientation sans que cela soit problématique, et encore moins pathologique.

e) Une manière personnelle de percevoir le monde

1. Ressentez-vous les émotions de manière intense et extrême?

La réponse typique est « oui ». La femme aspie est généralement capable de raconter plusieurs souvenirs à ce sujet. La manière dont la personne Asperger perçoit le monde et réagit aux événements émotionnels est très intense et parfois extrême. Les femmes Asperger sont très sensibles, mais leur façon d'exprimer leurs sentiments est différente de celle des neurotypiques. Il n'est pas inhabituel d'entendre dire par les membres de la famille que la personne Asperger n'a pas pleuré lors des funérailles d'un proche, alors qu'elle a beaucoup pleuré et s'est sentie déprimée plusieurs mois après le décès de son chien, de son chat ou d'un autre animal de compagnie. Cette manière différente d'exprimer des émotions n'est pas liée à un manque d'empathie ou de compassion ni à une absence de proximité émotionnelle avec les événements dramatiques qui concernent les autres. C'est plutôt une façon différente d'exprimer leurs sentiments. Notez que cette façon d'exprimer des émotions est l'une des causes d'un diagnostic erroné très fréquent de trouble bipolaire ou de trouble de la personnalité limite ou asociale chez les femmes Asperger. Cela confirme la grande sensibilité de ces femmes et leur manière différente d'exprimer de l'empathie.

2. *Pour vous, tout est-il « tout noir ou tout blanc » ?*

La réponse typique est « oui ». C'est une conséquence logique de la réponse à la question précédente. Ici, l'accent est mis sur la manière intense de vivre et de percevoir des événements, émotionnels ou non. Les femmes aspiques ont tendance à exprimer ce « tout ou rien » dans différents domaines : les émotions (émotions prononcées), les relations (meilleur ami ou aucune relation), les opinions et les idées (pas de zone grise).

3. *Êtes-vous perfectionniste? Êtes-vous capable de trouver des erreurs là où d'autres personnes n'en ont pas détecté?*

La réponse typique est « oui ». Le souci de la perfection est très souvent observé chez les personnes Asperger. Alors qu'il s'agit d'une qualité en règle générale, il peut arriver que cela mène à une difficulté à terminer une tâche pour en commencer une autre, la personne n'étant jamais contente de son travail et voulant sans cesse l'améliorer. Certaines sont reconnues pour leur habitude à relever les erreurs des autres, pour leur sens critique et le manque de compliments à l'égard des gens de leur entourage.

4. *Ressentez-vous le besoin de vivre et de travailler dans un environnement organisé et structuré? Êtes-vous inquiète si une de vos décisions est remise en cause par quelqu'un? (DSM-5 B)*

La réponse typique est « oui ». Les consignes peu claires ou ambiguës, les descriptions de tâches imprécises et les événements non prévus posent de gros soucis aux femmes Asperger.

5. *Êtes-vous une personne honnête, mais aussi naïve ou candide? (DSM-5 A)*

La réponse typique est « oui ». Ce trait de personnalité est une particularité de beaucoup d'Aspies. Cette caractéristique mène de nombreuses femmes à être victimes de prédateurs, qui utilisent le côté naïf et authentique de leur personnalité pour abuser de leur confiance, ou pour les maltraiter psychologiquement ou physiquement. De plus, si elles ne peuvent vérifier la situation auprès d'une personne fiable (ami[e], parent, etc.), elles peuvent être plus vulnérables aux personnes qui tentent de tirer profit d'elles. Toutefois, cette caractéristique présente également un aspect positif : elles sont généralement très prévenantes, attentives aux besoins des autres, notamment à ceux des enfants (avec qui elles partagent l'honnêteté et la naïveté), et elles sont très compatissantes. Cela se reflète aussi dans le choix des professions : beaucoup d'Aspies sont des infirmières, des enseignantes ou des professionnelles de la santé.

6. *Vous sentez-vous comme si votre esprit travaillait tout le temps, même la nuit?*

La réponse typique est « oui ». Il s'agit d'une caractéristique typique des Aspies. La structure de pensée des personnes Asperger est en mode 24 heures. Ce fonctionnement peut donc entraîner des problèmes de sommeil et peut aussi amener des niveaux élevés d'anxiété ou de fatigue. Comme plusieurs femmes aspiques le mentionnent : « Mon cerveau n'est jamais au repos. »

7. *Est-ce difficile pour vous de lire « entre les lignes » (par exemple, décoder les non-dits) d'une conversation? (DSM-5 A)*

La réponse typique est « oui ». Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses Aspies. Les sous-entendus et les messages « cachés » sont difficiles à décoder.

8. *Comprenez-vous ce que les gens disent de manière très littérale, en étant confuse par les sarcasmes et certaines expressions?* (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses Aspies. L'information est comprise au premier degré.

9. *Est-ce très difficile pour vous de dire des mensonges, même s'il s'agit de «mensonges pieux»? (DSM-5 A)*

La réponse typique est «oui». Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses Aspies qui ne peuvent détourner la vérité et qui sont très directes. De façon générale, les Aspies détestent le mensonge et ressentent le besoin de dire la vérité.

10. *Pensez-vous en images?*

La réponse habituelle est «oui». Les femmes aspies indiquent souvent qu'elles peuvent voir des images ou des scénarios de manière explicite, par opposition à un mode de pensée abstrait.

11. *Avez-vous l'impression d'avoir toujours l'esprit plein de pensées ou d'images? Est-ce difficile pour vous de les traduire en mots? Ou, au contraire, ressentez-vous le besoin de les écrire pour «vider votre tête»? (DSM-5 A)*

La réponse typique à la première question est «oui». Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses Aspies. Un réel flot de pensées déferle, et plusieurs idées se bousculent. Il ne s'agit pas nécessairement de pensées négatives; il peut s'agir d'idées innovantes ou liées au quotidien, ou encore de préoccupations.

12. *Avez-vous une bonne mémoire à long terme, en particulier pour les informations qui vous intéressent?*

La réponse typique est «oui». Il s'agit d'une caractéristique typique de nombreuses Aspies. Cette mémoire des détails est infaillible et surprend les autres par sa justesse et sa précision. Une fois emmagasinée, l'information est stockée comme sur un disque dur, dans un classeur ou selon un système de classement, et l'Aspie peut s'y référer.

13. *Est-il difficile pour vous de vous rappeler de consignes verbales ou d'instructions orales?* (DSM-5 A)

La réponse typique est «oui». Il est très important de prendre en compte cette caractéristique, car elle peut entraîner des difficultés sur le lieu de travail ou à l'école. Il est plus facile de suivre et de comprendre l'information présentée par écrit, car elle s'imprègne mieux dans l'empan de mémoire.

14. *Vous arrive-t-il parfois de percevoir ou de remarquer des petits détails que les autres ne voient pas ou ne remarquent pas?* (DSM-5 B)

La réponse typique est «oui». Les Aspies ont tendance à voir les motifs, les séquences, les couleurs, les textures et tout autre détail captant leur attention dans l'environnement, ainsi qu'à percevoir plus intensément les odeurs. De façon générale, les Aspies observent davantage l'environnement que les neurotypiques.

15. *Avez-vous une routine? Que se passe-t-il si quelque chose ou quelqu'un modifie votre routine? (DSM-5 B)*

La réponse typique à la première question est «oui». Si la routine change, la femme aspie peut ressentir une anxiété accrue et le besoin de rétablir l'ordre. Les répercussions sur la vie quotidienne peuvent être très profondes et créer des perturbations qui peuvent interférer avec sa vie personnelle et professionnelle.

16. *Aimez-vous comprendre en profondeur différents sujets, connaître précisément le fonctionnement des choses et les explorer jusqu'au moment où vous sentez que vous les avez totalement acquises? (DSM-5 B)*

La réponse typique est «oui». Lorsque les femmes aspies trouvent un sujet ou une activité qui suscite leur intérêt, elles peuvent passer des heures, des jours, voire des années à l'étudier et à l'approfondir pour en devenir expertes. Elles peuvent même en oublier de manger, car elles deviennent totalement absorbées. Lorsqu'elles ont épuisé un sujet ou une activité, elles peuvent passer à un autre centre d'intérêt ou, dans certains cas, poursuivre le même champ d'intérêt. Elles peuvent également avoir de nombreux champs d'intérêt particuliers et des compétences dans différents domaines, mais ne pas être en mesure de se concentrer ou d'accomplir un projet lié à ces champs d'intérêt. Il existe souvent, à la base de cette problématique, des difficultés liées aux fonctions exécutives (planification, organisation, résolution de problèmes, etc.).

f) Les animaux

1. *Aimez-vous les animaux? Lequel ou lesquels préférez-vous?*

La réponse typique à la première question est «oui». Les femmes aspies qui parlent des animaux le font d'une façon très émotive et touchante. Elles peuvent raconter la relation authentique qu'elles ont avec un ou plusieurs animaux (domestiques, reptiles, insectes, etc.). Certaines Aspies décrivent une fascination et un respect pour les animaux, ainsi qu'une complicité absolue.

2. *Estimez-vous avoir un lien particulier avec les animaux? Avez-vous l'impression d'être comprise par eux?*

La réponse typique est «oui». La relation entre une Aspie et son animal favori est souvent unique et profonde. La connexion est décrite sur le plan spirituel; elles se sentent mieux comprises par les animaux que par les humains. Certaines femmes vont décrire cela comme une forme de «sixième sens», car l'animal semble ressentir cette complicité de façon réciproque.

3. *Avez-vous l'impression de mieux comprendre les animaux que les humains?*

La réponse typique est «oui». L'autre aspect de ce lien privilégié avec les animaux est que les Aspies ressentent une émotion particulière en leur présence, habituellement de la joie et un sentiment de calme (paix, sérénité, etc.). Ce lien particulier peut expliquer la profonde réaction de douleur et de chagrin qu'éprouvent les Aspies à la suite de la mort de l'animal. La description qu'en fait Temple Grandin (1997) est un exemple remarquable de ce lien particulier et unique avec les animaux.

g) Les aspects sensoriels et perceptifs

1. Avez-vous de la difficulté à supporter le contact de certains vêtements sur votre peau (tissu rugueux, jeans, étiquettes, coutures sur le t-shirt ou sur les chaussettes, etc.)? Quand cette difficulté a-t-elle commencé? (DSM-5 B)

La réponse typique à la première question est «oui». Cette sensibilité est souvent présente depuis l'enfance. Certaines Aspies ont réussi à développer une plus grande tolérance à certaines stimulations tactiles et cutanées, alors que d'autres en souffrent encore au quotidien.

2. Est-il difficile pour vous d'être caressée ou de recevoir un toucher léger, en particulier de la part de personnes que vous ne connaissez pas? Quand cette difficulté a-t-elle commencé? (DSM-5 B)

La réponse typique à la première question est «oui». Cela est souvent présent depuis l'enfance. Certaines Aspies, avec le temps et la confiance, arrivent à tolérer et même à apprécier certains touchers provenant d'un partenaire ou des enfants. En général, elles préfèrent les touchers profonds, les massages ou des câlins plus francs.

3. Avez-vous des difficultés avec la texture de certains aliments? Lesquels? Quand cette difficulté a-t-elle commencé? (DSM-5 B)

La réponse typique à la première question est «oui». Cette difficulté est souvent présente depuis l'enfance. Certaines Aspies ne peuvent pas manger ou regarder quelqu'un manger certains aliments, ou même penser à un aliment en particulier, comme la tomate ou la viande. Elles sont sélectives à l'égard de la nourriture, mais l'aspect sensoriel de cette sélectivité est parfois sous-estimé. Cet aspect doit être sérieusement pris en compte et exploré plus en détail lorsque la femme a reçu un diagnostic préalable de trouble du comportement alimentaire.

4. Percevez-vous les odeurs de manière intense? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent les percevoir? Quand avez-vous commencé à percevoir les odeurs de cette façon? (DSM-5 B)

La réponse typique aux deux premières questions est «oui». Cette sensibilité aux odeurs est souvent présente depuis l'enfance. Certaines Aspies sont capables de percevoir les odeurs de nourriture depuis une très grande distance, alors que d'autres peuvent reconnaître un ou plusieurs parfums dans une grande parfumerie. Des femmes aspies ont rapporté ceci: «Je suis souvent la première à détecter un arôme, une odeur de fumée, un parfum, etc., alors que personne ne semble y prêter attention.»

5. Vous est-il difficile de rester dans une pièce éclairée par des néons? Percevez-vous la lumière de manière intense? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent la percevoir? Quand avez-vous commencé à percevoir la lumière de cette façon? (DSM-5 B)

La réponse typique aux trois premières questions est «oui». Cette sensibilité à la lumière est souvent présente depuis l'enfance. Certaines Aspies souffrent beaucoup des stimulus visuels, en particulier ceux produits par les néons, les lumières froides, la lumière directe du soleil, etc. Certaines peuvent même voir des points noirs ou des ombres au quotidien. Il s'agit d'un aspect important qui doit être exploré, puisqu'il peut sous-entendre un trouble de la perception visuelle.

6. Percevez-vous les bruits de manière intense? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent les percevoir? Est-ce difficile pour vous de rester dans un environnement bruyant? Quand cette difficulté a-t-elle commencé? (DSM-5 B)

La réponse typique aux trois premières questions est «oui». Cette sensibilité aux bruits est souvent présente depuis l'enfance. Certaines Aspies peuvent percevoir les bruits de haute fréquence des néons ou de la ventilation, ou entendre distinctement toutes les conversations se déroulant à l'école ou au bureau, ou dans des lieux publics. Il est très important d'explorer et de prendre en compte cet aspect perceptuel afin de mettre en place des interventions efficaces (école, lieu de travail, maison, vie sociale). Certaines Aspies ont l'oreille absolue.

7. Aimez-vous écouter de la musique? Aimez-vous l'écouter très fort? Quel aspect préférez-vous dans votre musique préférée? (DSM-5 B)

La réponse typique à la première question est «oui». Contrairement aux bruits environnementaux, l'écoute de musique n'est pas un problème pour les Aspies. Cela est souvent un moyen de se détendre, de se soulager des tensions accumulées durant la journée. Certaines Aspies ont également la capacité de distinguer précisément chaque type de son ou de voix dans une musique symphonique ou une chorale, ou celle de reconnaître une personne à son ton de voix.

8. Avez-vous l'impression de percevoir et de ressentir les sons provenant de l'intérieur de votre corps? (DSM-5 B)

La réponse typique est «oui». De nombreuses Aspies décrivent une hypersensibilité aux informations proprioceptives telles que les battements cardiaques, la circulation sanguine ou leur respiration. Cette hypersensibilité est également présente chez certains hommes Asperger.

h) Le profil cognitif

1. Avez-vous tendance à remarquer des formes ou des motifs dans l'environnement? (DSM-5 B)

De nombreuses femmes aspies rapportent voir des formes ou des motifs définis dans ce qu'elles regardent. Cette caractéristique est liée à leur capacité à se concentrer sur les détails plutôt que sur une vue d'ensemble (voir l'arbre et non la forêt, par exemple). Cela est lié à la faible cohérence centrale qui est typique du SA et qui se caractérise par la difficulté à faire un «tout» avec l'information observée ou intégrée. Les femmes aspies s'intéressent davantage aux détails et peuvent éprouver des difficultés d'intégration des informations qui proviennent de différentes sources pour en faire un tout cohérent.

2. Avez-vous une mémoire à long terme contenant des informations ou des détails liés à l'un de vos champs d'intérêt particuliers? (DSM-5 B)

La réponse typique est «oui». Beaucoup de femmes aspies signaleront leur capacité exceptionnelle à stocker des données dans leur mémoire à long terme (comme un disque dur d'ordinateur). En revanche, les capacités de mémoire à court terme (mémoire de travail) sont plus limitées. C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser des listes et des séquences écrites de tâches pour structurer leur journée.

3. Pensez-vous tout le temps? Croyez-vous que les autres personnes pensent tout le temps?

La réponse est souvent «oui». Beaucoup d'Aspies tiennent pour acquis que tout le monde a un flux constant et intense de pensées comme elles, comme un «train de pensées» qui file à grande vitesse. Pour d'autres, il s'agit d'un flot de pensées qui connecte les pensées les unes aux autres, comme une toile d'araignée.

La conclusion de l'étape 2

L'étape 2 permet de recueillir l'ensemble des informations au sujet des caractéristiques associées au profil féminin. De plus, elle permet de compléter les informations recueillies grâce aux questionnaires et aux tests.

Par ailleurs, des informations complémentaires permettent d'obtenir un portrait clinique plus complet, en plus d'explorer les enjeux associés qui méritent une attention quant aux recommandations possibles à formuler en vue d'un suivi.

Les informations complémentaires

Les informations complémentaires ne sont pas directement liées au profil Asperger, mais elles permettent d'obtenir un profil clinique plus complet. Plusieurs recherches actuelles explorent les liens entre la CSA (syndrome d'Asperger), des facteurs organiques et certaines conditions médicales. Ainsi, cela pourra également orienter les recommandations accompagnant le rapport diagnostique.

Les questions complémentaires

La santé

1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de sommeil?

La réponse typique est «oui». Les problèmes de sommeil sont souvent présents depuis l'enfance. Ils sont fréquemment associés à la CSA et sont une condition commune à beaucoup de femmes aspies.

2. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes gastro-intestinaux?

La réponse typique est «oui». Les problèmes gastro-intestinaux (problèmes de digestion, reflux gastriques, symptômes liés aux ballonnements, douleurs, etc.) sont souvent présents depuis l'enfance.

3. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris de l'alcool et/ou des drogues?

Certaines femmes aspies ont déjà pris des drogues pendant leur adolescence afin d'explorer les sensations qu'elles provoquent. D'autres ont plutôt utilisé les drogues ou l'alcool comme automédication.

4. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de problèmes hormonaux ou de maladies auto-immunes ?

Si la réponse est positive, il est important d'obtenir une description détaillée de tous ces problèmes. Des chercheurs et des cliniciens s'intéressent de plus en plus au lien entre ces conditions souvent présentes chez les femmes aspies. Plusieurs filles et femmes rapportent des symptômes récurrents et intenses liés aux changements hormonaux (puberté, grossesse, ménopause). Aussi, les chercheurs explorent les corrélations entre les maladies auto-immunes, qui semblent plus présentes chez les femmes aspies (Ghaziuddin, 2018).

Les observations en cours d'entrevue : la recherche d'éléments indicatifs généraux

Le clinicien doit porter une attention particulière aux détails de la présentation générale de la personne pouvant révéler une légère différence ou un décalage :

- habillement, qui peut être original et excentrique (certaines Aspies suivent le courant ou la mode afin d'être acceptées par les autres femmes) ou très neutre et confortable ;
- battement des mains (*flapping*) ou tics moteurs durant l'entretien ;
- contact visuel (les femmes ont souvent un contact visuel plus soutenu que les hommes, mais il peut y avoir une intensité ou des fixations inhabituelles) ;
- réactions fortes à des bruits soudains (téléphone, voitures dans la rue, etc.) ;
- difficulté à rester concentrées sur un sujet (les femmes aspies peuvent perdre le fil de la discussion ou ajouter des commentaires qui sont hors du contexte de la conversation en cours).

Les sujets liés à la sexualité

Si, au cours de l'entretien, les sujets suivants sont évoqués, il est recommandé de les explorer dans un deuxième temps et, au besoin, de diriger la femme aspie vers un sexologue ou un psychologue possédant une solide connaissance de la sexualité et des CSA :

- retard dans les comportements sexuels et le développement psychosexuel ;
- questionnements sur l'orientation sexuelle ;
- antécédents d'abus sexuels ;
- problèmes liés aux limites et au consentement ;
- promiscuité sexuelle ;
- trouble du comportement sexuel (compulsion, dépendance, etc.) ;
- flexibilité de genre et questionnements au sujet des transitions.

Cela complète les éléments d'entrevue clinique. Selon l'expérience du professionnel, il faut prévoir de deux à trois heures pour une telle évaluation.

Le questionnaire d'évaluation diagnostique chez les femmes (QEF)

Les questions d'évaluation diagnostique

a) La reconnaissance de soi dans le profil Asperger

1. *Quand avez-vous entendu parler du syndrome d'Asperger pour la première fois ?*
2. *Vous reconnaissez-vous dans certains aspects de ce que vous avez entendu ou lu sur le syndrome d'Asperger ? Si oui, décrivez en quoi et pourquoi.*
3. *Quel est le premier souvenir que vous avez en tant qu'enfant ? Racontez-moi les détails même s'il s'agit d'une impression ou d'une image qui peut sembler floue.*
4. *Avez-vous déjà eu la sensation d'être différente des enfants de votre âge ? Si oui, quand avez-vous commencé à avoir ce sentiment ?*

b) L'enfance et la scolarité

1. *Quel genre de souvenirs avez-vous du préscolaire ? De l'école primaire ? Du secondaire ?*
2. *Quels souvenirs avez-vous de votre vie scolaire durant l'adolescence ? Durant le cégep ou l'université ?*
3. *Était-ce difficile de vous faire des ami(e)s ? Et qu'en est-il maintenant ?*
4. *Combien d'ami(e)s aviez-vous enfant ou à l'adolescence ? Et combien en avez-vous maintenant ?*
5. *Plus jeune, aviez-vous un(e) ami(e) imaginaire ? Et qu'en est-il maintenant ?*
6. *Avez-vous déjà été victime d'intimidation ou de moqueries ?*
7. *Vous souvenez-vous, lorsque vous étiez enfant, d'avoir préféré observer les autres enfants plutôt que de parler et d'interagir avec eux ?*
8. *Aimiez-vous voir des films, des feuilletons ou des séries télévisées pour observer et étudier les comportements et les interactions entre les personnages ?*
9. *Utilisiez-vous une ou plusieurs personnes ou personnages comme modèles de comportements adaptés ?*
10. *Étiez-vous une enfant qui préférait rester seule ou dans son propre monde imaginaire ?*
11. *Avez-vous essayé d'interagir avec les filles de votre âge et tenté d'être amies, mais avec des difficultés ou sans succès ?*
12. *Avez-vous vécu des épisodes de mutisme lorsque vous étiez enfant ou adolescente ? Et maintenant ?*
13. *Avez-vous déjà été intéressée par les garçons ? Si oui, à quel âge ?*
14. *Quels genres de loisirs aviez-vous quand vous étiez enfant ? Et qu'en est-il maintenant ?*
15. *Lorsque vous étiez enfant ou dans votre vie actuelle, avez-vous bien développé vos habiletés motrices fines (utiliser des ciseaux, attacher des lacets, écrire avec un crayon, etc.), ou avez-vous des problèmes de motricité globale ou de coordination motrice (faire du vélo, jouer au ping-pong, courir, etc.) ?*

c) Les interactions sociales

1. *Vous est-il difficile de participer à des activités avec de nombreuses personnes (activités de groupe, réunions, événements, sorties avec des ami[e]s, etc.) ?*
2. *Vous sentez-vous épuisée physiquement et mentalement fatiguée après une journée de travail ou une sortie, ou après quelques heures entourée de nombreuses personnes ?*
3. *Après une journée ou plusieurs heures durant lesquelles vous êtes entourée de nombreuses personnes, ressentez-vous le besoin de rester seule ou de vous adonner à votre activité préférée ?*
4. *Avez-vous des difficultés à suivre une conversation avec deux personnes ou plus ?*
5. *Vous est-il difficile de comprendre les émotions et les réactions des autres ? Vous arrive-t-il parfois de ne pas comprendre correctement une situation sociale ou un contexte relationnel ?*
6. *Des personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.) vous disent-elles parfois que vous avez une réaction trop faible ou trop forte par rapport à une situation particulière ?*
7. *Est-il difficile ou inconfortable pour vous d'avoir une conversation superficielle ou de parler de sujets généraux (météo, politique, sport, potins, etc.) ?*
8. *Avez-vous le sentiment d'agir dans les contextes sociaux en jouant un rôle, c'est-à-dire comme si vous suiviez les séquences d'un scénario appris ?*
9. *Est-il problématique pour vous de comprendre quand ou comment arrêter une conversation ?*
10. *Trouvez-vous difficile de parler au téléphone lorsque vous ne pouvez pas voir l'autre personne et ses réactions ?*
11. *Est-il difficile pour vous de prendre des notes pendant une conversation au téléphone ?*

d) Les relations sociales et interpersonnelles

1. *Utilisez-vous différents masques ou personnages dans certaines situations de la vie quotidienne ? Par exemple, adoptez-vous différents rôles selon les différentes situations de la vie quotidienne ?*
2. *Est-il difficile pour vous de lire et de décoder les émotions des personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.) ?*
3. *Est-ce qu'il arrive que les personnes proches de vous (famille, amis, partenaire, etc.) disent que vous êtes trop directe, sans filtre, alors qu'au contraire, selon votre perspective, vous dites simplement la vérité ?*
4. *Êtes-vous attirée par des personnes ayant une forte personnalité ?*
5. *Dans vos relations affectives, êtes-vous attirée par la personnalité plutôt que par le genre ?*

e) Une manière personnelle de percevoir le monde

1. *Ressentez-vous les émotions de manière intense et extrême ?*
2. *Pour vous, tout est-il « tout noir ou tout blanc » ?*
3. *Êtes-vous perfectionniste ? Êtes-vous capable de trouver des erreurs là où d'autres personnes n'en ont pas détecté ?*
4. *Ressentez-vous le besoin de vivre et de travailler dans un environnement organisé et structuré ? Êtes-vous inquiète si une de vos décisions est remise en cause par quelqu'un ?*
5. *Êtes-vous une personne honnête, mais aussi naïve ou candide ?*
6. *Vous sentez-vous comme si votre esprit travaillait tout le temps, même la nuit ?*
7. *Est-ce difficile pour vous de lire « entre les lignes » (par exemple, décoder les non-dits) d'une conversation ?*
8. *Comprenez-vous ce que les gens disent de manière très littérale, en étant confuse par les sarcasmes et certaines expressions ?*
9. *Est-ce très difficile pour vous de dire des mensonges, même s'il s'agit de « mensonges pieux » ?*
10. *Pensez-vous en images ?*
11. *Avez-vous l'impression d'avoir toujours l'esprit plein de pensées ou d'images ? Est-ce difficile pour vous de les traduire en mots ? Ou, au contraire, ressentez-vous le besoin de les écrire pour « vider votre tête » ?*
12. *Avez-vous une bonne mémoire à long terme, en particulier pour les informations qui vous intéressent ?*
13. *Est-il difficile pour vous de vous rappeler de consignes verbales ou d'instructions orales ?*
14. *Vous arrive-t-il parfois de percevoir ou de remarquer des petits détails que les autres ne voient pas ou ne remarquent pas ?*
15. *Avez-vous une routine ? Que se passe-t-il si quelque chose ou quelqu'un modifie votre routine ?*
16. *Aimez-vous comprendre en profondeur différents sujets, connaître précisément le fonctionnement des choses et les explorer jusqu'au moment où vous sentez que vous les avez totalement acquises ?*

f) Les animaux

1. *Aimez-vous les animaux ? Lequel ou lesquels préférez-vous ?*
2. *Estimez-vous avoir un lien particulier avec les animaux ? Avez-vous l'impression d'être comprise par eux ?*
3. *Avez-vous l'impression de mieux comprendre les animaux que les humains ?*

g) Les aspects sensoriels et perceptifs

1. *Avez-vous de la difficulté à supporter le contact de certains vêtements sur votre peau (tissu rugueux, jeans, étiquettes, coutures sur le t-shirt ou sur les chaussettes, etc.) ? Quand cette difficulté a-t-elle commencé ?*
2. *Est-il difficile pour vous d'être caressée ou de recevoir un toucher léger, en particulier de la part de personnes que vous ne connaissez pas ? Quand cette difficulté a-t-elle commencé ?*
3. *Avez-vous des difficultés avec la texture de certains aliments ? Lesquels ? Quand cette difficulté a-t-elle commencé ?*
4. *Percevez-vous les odeurs de manière intense ? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent les percevoir ? Quand avez-vous commencé à percevoir les odeurs de cette façon ?*
5. *Vous est-il difficile de rester dans une pièce éclairée par des néons ? Percevez-vous la lumière de manière intense ? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent la percevoir ? Quand avez-vous commencé à percevoir la lumière de cette façon ?*
6. *Percevez-vous les bruits de manière intense ? Est-ce plus intense que d'autres personnes semblent les percevoir ? Est-ce difficile pour vous de rester dans un environnement bruyant ? Quand cette difficulté a-t-elle commencé ?*
7. *Aimez-vous écouter de la musique ? Aimez-vous l'écouter très fort ? Quel aspect préférez-vous dans votre musique préférée ?*
8. *Avez-vous l'impression de percevoir et de ressentir les sons provenant de l'intérieur de votre corps ?*

h) Le profil cognitif

1. *Avez-vous tendance à remarquer des formes ou des motifs dans l'environnement ?*
2. *Avez-vous une mémoire à long terme contenant des informations ou des détails liés à l'un de vos champs d'intérêt particuliers ?*
3. *Pensez-vous tout le temps ? Croyez-vous que les autres personnes pensent tout le temps ?*

Les questions complémentaires

La santé

1. *Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de sommeil ?*
2. *Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes gastro-intestinaux ?*
3. *Prenez-vous ou avez-vous déjà pris de l'alcool et/ou des drogues ?*
4. *Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de problèmes hormonaux ou de maladies auto-immunes ?*

À propos des auteurs du guide d'évaluation clinique

Ce document est le fruit de la collaboration entre plusieurs professionnels de l'autisme qui ont mis leurs connaissances spécifiques en commun pour produire un guide clinique le plus complet possible.

La D^{re} Isabelle Hénault et le P^r Tony Attwood sont tous deux des psychologues cliniciens de renommée internationale, spécialisés dans le sujet de l'autisme et du syndrome d'Asperger (SA). C'est leur pratique clinique quotidienne qui leur a fait réaliser à quel point il était devenu nécessaire d'adapter au féminin les bonnes pratiques d'évaluation diagnostique de l'autisme. Valentina Pasin, alors étudiante sous la supervision de la D^{re} Hénault, a pu observer sur le long terme de nombreuses entrevues d'évaluation clinique basées sur les pratiques du P^r Attwood et de la D^{re} Hénault. Ses observations ont été compilées pour mettre en forme ce guide en bénéficiant des conseils et des suggestions des cliniciens. Le D^r Bruno Wicker, neuroscientifique de formation, a apporté une méthodologie et un œil scientifique afin d'assurer structure et précision au guide en tenant compte des références scientifiques actuelles au sujet de l'évaluation diagnostique chez l'adulte.

La **D^{re} Isabelle Hénault** est sexologue, psychologue et directrice de la Clinique Autisme & Asperger de Montréal, au Canada. Elle a obtenu sa maîtrise en sexologie et son doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Elle propose des consultations privées (individuelles, de couple et familiales) et agit à titre de consultante auprès d'organismes et d'écoles. Ses services incluent également l'évaluation diagnostique. La D^{re} Hénault a développé une expertise auprès de la population Asperger, plus particulièrement dans le domaine des relations interpersonnelles et de la sexualité. Autrice d'un programme adapté d'éducation sociosexuelle, elle collabore également à plusieurs recherches internationales au sujet de l'éducation sexuelle et de la psychothérapie auprès des personnes autistes et Asperger. Elle a travaillé plus de deux ans et demi à la clinique du P^r Tony Attwood, en Australie.

La D^{re} Hénault est marraine de deux associations françaises :

- Actions pour l'autisme Asperger (www.actionsautismeasperger.org) ;
- Association francophone de femmes autistes (www.femmesautistesfrancophones.com).

En 2005, elle a publié *Le syndrome d'Asperger et la sexualité: de la puberté à l'âge adulte* chez Chenelière Éducation et elle est coautrice du livre *The autism spectrum, sexuality and the law* (Attwood, Hénault et Dubin, 2014), publié chez Jessica Kingsley Publishers. Elle a également écrit plusieurs chapitres dans de nombreux ouvrages portant sur l'autisme en Europe, aux États-Unis et au Canada, et offre des conférences sur ces sujets, en plus de participer à plusieurs colloques internationaux.

Valentina Pasin est neuropsychologue et chercheuse dans le domaine de l'autisme en Italie. Elle est également bénévole à la Fondazione Brunello ONLUS, basée à Vicence, en Italie. Cette fondation offre un accès aux soins et aux services sociaux, ainsi que des initiatives culturelles et éducatives destinées aux enfants, aux adultes et aux familles avec des besoins particuliers.

M^{me} Pasin collabore en tant que formatrice avec le Gruppo Asperger Veneto, une association de parents et de personnes Asperger qui offre soutien et formation aux familles et aux professionnels de la région de Vénétie.

Elle a fait son baccalauréat (2^e cycle) en psychologie cognitive à l'Université de Padoue, en Italie. Elle a ensuite terminé une maîtrise (3^e cycle) en neurosciences et réadaptation neuropsychologique à l'Université de Bologne, en Italie. Elle a aussi obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en intervention comportementale et effectué son stage clinique sous la supervision de la D^{re} Hénault à la Clinique Autisme & Asperger de Montréal.

Elle travaille actuellement comme psychologue avec le Gruppo Empathie, qui offre des services d'évaluation et de consultation aux personnes autistes et Asperger.

Le **Pr Tony Attwood** est psychologue spécialisé dans le sujet du SA. Il est diplômé en psychologie de l'Université de Londres (Ph. D.), où il était élève d'Uta Frith, ainsi qu'en psychologie clinique de l'Université de Surrey, au Royaume-Uni (M.A.). Il détient également un grade honorifique de l'Université de Hull, au Canada.

Il vit à Brisbane, en Australie, où il dirige un établissement voué aux personnes Asperger. Auteur de nombreuses publications sur le spectre de l'autisme en général et sur le SA en particulier, il s'est surtout fait connaître du grand public par son livre *The complete guide to Asperger's syndrome*, publié en 2008 chez Jessica Kingsley Publishers à Londres (*Le syndrome d'Asperger. Guide complet* [2009] en version française).

Le **D^r Bruno Wicker** est neuroscientifique et chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique. Auteur de plusieurs articles de recherche sur l'autisme, il consacre, depuis 2014, une grande partie de son activité à la mise en œuvre de projets visant à améliorer le quotidien des personnes autistes ou Asperger, notamment sur le plan de leur intégration socioprofessionnelle.

Bibliographie

- ATTWOOD, T. (2009). *Le syndrome d'Asperger. Guide complet*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- ATTWOOD, T., GARNETT, M. S., et RYNKIEWICZ, A. (2011-2017). *Girls' Questionnaire for Autism Syndrome (GQ-ASC) (age 5-12 and age 13 and older)*. Repéré à www.mindsandhearts.net/gq-asc-girls-questionnaire-for-autism-spectrum-conditions
- ATTWOOD, T., HÉNAULT, I., et DUBIN, N. (2014). *The autism spectrum, sexuality and the law*. Londres, Royaume-Uni : Jessica Kingsley Publishers.
- AUYEUNG, B., ALLISON, C., WHEELWRIGHT, S., et BARON-COHEN, S. (2012a). Brief report: Development of the adolescent empathy and systemizing quotients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2225-2235. Repéré à www.disabilitymeasures.org/EQ-Adol
- AUYEUNG, B., ALLISON, C., WHEELWRIGHT, S., et BARON-COHEN, S. (2012b). Brief report: Development of the adolescent empathy and systemizing quotients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2225-2235. Repéré à www.disabilitymeasures.org/SQAdolescent
- AUYEUNG, B., BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., et ALLISON, C. (2008). The Autism Spectrum Quotient: Children's version (AQ-Child). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1230-1240.
- AUYEUNG, B., WHEELWRIGHT, S., ALLISON, C., ATKINSON, M., SAMARAWICKREMA, N., et BARON-COHEN, S. (2009). The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient: Sex differences in typical development and in autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(11), 1509-1521.
- BARON-COHEN, S., HOEKSTRA, R. A., KNICKMEYER, R., et WHEELWRIGHT, S. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) – Adolescent version. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(3), 343-350.
- BARON-COHEN, S., O'RIORDAN, M., STONE, V., JONES, R., et PLAISTED, K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407-418.
- BARON-COHEN, S., et WHEELWRIGHT, S. (2003). The Friendship Questionnaire (FQ): An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(5), 509-517.
- BARON-COHEN, S., et WHEELWRIGHT, S. (2004). The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., HILL, J., RASTE, Y., et PLUMB, I. (2001). The «Reading the mind in the eyes» test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251.

- BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., et JOLLIFFE, T. (1997). Is there a «language of the eyes»? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), 311-331.
- BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., SKINNER, R., MARTIN, J., et CLUBLEY, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17.
- BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., SPONG, A., SCAHILL, V., et LAWSON, J. (2001). Are intuitive physics and intuitive psychology independent? A test with children with Asperger syndrome. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5, 47-78.
- GHAZIUDDIN, M. (2018). *Medical aspects of autism and Asperger syndrome*. Londres, Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.
- GRANDIN, T. (1997). *Penser en images et autres témoignages sur l'autisme*. Paris, France: Odile Jacob.
- HAPPÉ, F. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 129-154.
- HÉNAULT, I. (2005). *Le syndrome d'Asperger et la sexualité: de la puberté à l'âge adulte*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- HÉNAULT, I., et MARTIN, A. (2020). *Le profil Asperger au féminin: Caractéristiques, récit et guide d'évaluation clinique*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- KINNAIRD, E., STEWART, C., et TCHANTURIA, K. (2018). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 8089.
- 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.
- LAI, M.-C., et BARON-COHEN, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013-1027.
- LAWSON, J., BARON-COHEN, S., et WHEELWRIGHT, S. (2004). Empathising and systemising in adults with and without Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 301-310.
- LORD, C., RUTTER, M., GOODE, S., HEEMSBERGEN, J., JORDAN, H., MAWHOOD, L., et SCHOPLER, E. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule™ (ADOS™-2)* (2^e éd.). Torrance, CA: Western Psychological Services.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2018). *CIM-11 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11^e version)*. Genève, Suisse: OMS.
- ORMOND, S., BROWNLOW, C., GARNETT, M. S., RYNKIEWICZ, A., et ATTWOOD, T. (2017). 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.

- RITVO, R. A., RITVO, E. R., GUTHRIE, D., RITVO, M. J., HUFNAGEL, D. H., McMAHON, W., TOGE, B., MATAIX-COLS, D., JASSI, A., ATTWOOD, T., et ELOFF, J. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R) : A scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: An international validation study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1076-1089.
- RUTHERFORD, M., McKENZIE, K., JOHNSON, T., CATCHPOLE, C., O'HARE, A., McCLURE, I., FORSYTH, K., McCARTNEY, D., et MURRAY, A. L. (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.
- RYNKIEWICZ, A., et collab. (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.
- STONE, V., BARON-COHEN, S., et KNIGHT, R. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656.
- TAVASSOLI, T., HOEKSTRA, R., et BARON-COHEN, S. (2014). The Sensory Perception Quotient (SPQ) : Development and validation of a new sensory questionnaire for adults with and without autism, *Molecular Autism*, 5, 29.
- WHEELWRIGHT, S., et collab. (2006). Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). *Brain Research*, 1079(1), 47-56.
- WOODBURY-SMITH, M., ROBINSON, J., WEELWRIGHT, S., et BARON-COHEN, S. (2005). Screening adults for Asperger syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 331-335.