COLLECTION NEUROD.EU · VOLUME 1

EXTRAIT GRATUIT · ÉDITION 2026.3

Votre cerveau n'est pas cassé

Le livre complet de la neurodivergence : haut potentiel, TDAH, autisme, troubles DYS, haute sensibilité et syndrome de Tourette — comprendre son cerveau, vivre à sa façon.

- Six profils expliqués pour eux-mêmes, et ce qui les relie : cinq mécanismes communs.
- Du soupçon au diagnostic, puis aux droits : le parcours en France, étape par étape — y compris pour les filles et les femmes diagnostiquées tard.
- Un plan d'action en douze semaines et une boîte à outils imprimable.

Extrait : 2 chapitres sur 29. Le sommaire présente le livre entier.

Ce livre est un ouvrage d'information et d'accompagnement. Il ne remplace ni une évaluation, ni un diagnostic, ni un suivi par un professionnel de santé qualifié.

ÉDITION 2026.3

Neurod.eu — L'Intégrale

Extrait gratuit de « Votre cerveau n'est pas cassé », le livre complet de la neurodivergence (210 pages, 30 chapitres). Les chapitres absents de cet extrait sont grisés dans le sommaire.

Avertissement santé. Les informations de ce livre sont fournies à titre informatif et pédagogique. Elles ne constituent pas un avis médical, un diagnostic ou une prescription. Toute décision concernant un diagnostic, une thérapie ou un traitement se prend avec un professionnel de santé. En cas de détresse ou d'idées suicidaires, appelez le 3114 (gratuit, 24 h/24, 7 j/7) ; en cas de danger immédiat, le 15 ou le 112.

Portraits. Les « parcours » présentés dans ce livre sont des compositions fictives, construites à partir de situations fréquemment rapportées. Ils ne décrivent aucune personne réelle et ne constituent pas des cas cliniques.

Sources. Les appels de note renvoient à la liste des références en fin d'ouvrage. Lorsque le niveau de preuve est faible ou discuté, le texte le signale explicitement.

Crédits photographiques. Photographies sous licence Pexels, utilisées conformément à leurs conditions.

© Neurod.eu — Tous droits réservés. Ouvrage réservé à un usage strictement personnel. Toute reproduction, diffusion ou revente, totale ou partielle, est interdite sans autorisation écrite préalable.

→ Aller directement au sommaire

AVANT-PROPOS

Pourquoi un livre, et pas une pile de guides

La première édition de L'Intégrale réunissait neuf guides les uns à la suite des autres. Chacun était solide, mais l'ensemble ressemblait à une bibliothèque rangée dans un seul carton : les mêmes notions revenaient trois fois, les thèmes transversaux étaient éparpillés, et des sujets essentiels manquaient.

Cette édition est un livre, pensé d'un bout à l'autre. Tous les contenus des guides ont été repris, vérifiés, fusionnés et réorganisés autour d'un fil conducteur unique : **comprendre un fonctionnement, puis construire autour de lui une vie qui tient**. Les thèmes qui étaient traités séparément pour chaque profil — le couple, le travail, l'école, le diagnostic, le masking, la surcharge — ont désormais leur propre chapitre, qui croise les profils au lieu de les juxtaposer. Les répétitions ont disparu ; les renvois d'un chapitre à l'autre les ont remplacées.

Surtout, ce livre comble les manques de l'ancienne édition. Vous y trouverez des chapitres entièrement nouveaux sur ce qu'est la neurodivergence et sur les mécanismes cérébraux qu'ont en commun des profils très différents ; sur les troubles DYS, la haute sensibilité et le syndrome de Tourette, jusque-là absents ; sur la façon dont les profils se superposent et se déguisent les uns les autres ; sur ce qui se passe après un diagnostic ; sur les accompagnements qui ont fait leurs preuves ; sur vos droits en France ; sur la santé mentale, les amitiés, l'école et les études, l'épanouissement ; et enfin un plan d'action pour passer de la lecture aux changements concrets.

À qui s'adresse ce livre

Aux adultes qui se posent des questions sur leur propre fonctionnement, qu'ils aient ou non un diagnostic. Aux parents qui cherchent à comprendre leur enfant. Aux partenaires, amis, collègues et proches qui veulent soutenir sans s'épuiser. Et aux professionnels — enseignants, managers, soignants non spécialisés — qui ont besoin d'une vue d'ensemble fiable.

La posture de ce livre

Nous adoptons une approche dite *neurodiversité-affirmative* : un fonctionnement neurologique différent n'est pas traité comme une liste de défauts à corriger, mais comme une manière différente de percevoir, de penser et d'interagir, qui s'accompagne de vraies difficultés dans certains environnements et de vraies forces dans d'autres. Les deux sont vraies en même temps. Ce livre ne cherche à minimiser ni l'une ni l'autre : il ne sera ni misérabiliste, ni enchanteur.

UNE EXIGENCE : L'HONNÊTETÉ SUR LES PREUVES

Les affirmations chiffrées sont appuyées sur des travaux scientifiques, numérotés dans le texte et listés en fin d'ouvrage. Certains sujets reposent sur une recherche solide (le sommeil dans le TDAH, le burnout autistique) ; d'autres beaucoup moins (le haut potentiel et l'addiction, l'attirance intellectuelle). Chaque fois que c'est le cas, un encadré « précision d'honnêteté » le signale, plutôt que de présenter une observation comme un fait établi.

Quelques mots sur les mots

Beaucoup de personnes concernées préfèrent dire « je suis autiste » plutôt que « j'ai un autisme » : l'autisme fait partie de leur identité. D'autres préfèrent l'inverse. Ce livre emploie les deux formulations, sans en imposer aucune. Le mot « trouble » est utilisé lorsqu'il désigne une catégorie médicale précise (trouble du spectre de l'autisme, trouble déficit de l'attention), jamais comme un jugement. L'écriture inclusive est utilisée avec sobriété, pour que chacun et chacune puisse s'y reconnaître sans que la lecture en pâtisse.

Les « parcours » qui ponctuent les chapitres sont des portraits composites, fictifs, construits à partir de situations fréquemment rapportées. Ils ne décrivent personne en particulier, et ne promettent aucun résultat : ils montrent seulement à quel point un même mot recouvre des vies différentes.

CE LIVRE N'EST PAS UN OUTIL DE DIAGNOSTIC

Aucune liste de signes, aussi précise soit-elle, ne remplace une évaluation par des professionnels formés. Si vous vous reconnaissez dans ces pages, prenez-le comme une piste à explorer avec eux, pas comme une conclusion. Et si vous traversez une période de détresse, n'attendez pas la fin de votre lecture : le 3114 répond gratuitement, jour et nuit.

L'équipe Neurod.eu

MODE D'EMPLOI

Comment lire ce livre

Ce livre peut se lire dans l'ordre, du premier au dernier chapitre : il a été construit pour cela. Mais personne n'est obligé de tout lire, ni de commencer par le début. Choisissez l'entrée qui correspond à votre situation d'aujourd'hui.

VOTRE SITUATION	PAR OÙ COMMENCER
Je me pose des questions sur mon fonctionnement	Chapitre 1 et chapitre 3, puis le chapitre du profil qui vous parle (partie II), puis chapitre 13.
Je viens de recevoir un diagnostic	Chapitre 15, chapitre 16, chapitre 17, puis le plan d'action du chapitre 30.
Je suis à bout, maintenant	Les signaux d'alerte et le budget énergie du chapitre 20, puis chapitre 22 et les numéros de l'annexe D.
Je dors mal depuis toujours	Chapitre 18, complété par chapitre 11.
Je suis parent	Le profil de votre enfant (partie II), puis chapitre 25, chapitre 26 et chapitre 17.
Je suis partenaire ou proche	Chapitre 28, chapitre 23, et le chapitre du profil concerné.
La difficulté principale est au travail	Chapitre 27, chapitre 12, chapitre 17.
Je suis enseignant, manager ou soignant	La partie I en entier, puis chapitre 26 ou chapitre 27 selon votre métier.

Si lire longtemps vous coûte

Chaque chapitre s'ouvre sur un encadré **« L'essentiel »** : trois ou quatre idées qui résument tout ce qui suit. Vous pouvez ne lire que ces encadrés dans un premier temps, et revenir au détail plus tard. Les chapitres sont conçus pour tenir seuls ; lorsqu'une notion est expliquée ailleurs, un renvoi cliquable vous y conduit.

Les encadrés, en un coup d'œil

Note

Une précision, un exemple, un point à retenir.

À essayer

Un outil concret, applicable dès aujourd'hui.

Vigilance

Un risque, une erreur fréquente, un signal à ne pas négliger.

Précision d'honnêteté

Un sujet où les preuves sont limitées ou discutées.

Pour les proches

Ce qui aide quand on accompagne la personne concernée.

Parcours composite

Un portrait fictif qui rend un mécanisme concret.

Naviguer dans la version numérique

- Le sommaire, les renvois « voir chapitre » et les numéros de page de l'index sont **cliquables**.
- Les **signets** de votre lecteur PDF donnent accès direct à chaque partie, chapitre et annexe.
- Les fiches de l'**annexe A** sont prévues pour être imprimées et remplies à la main.

> **LE MEILLEUR USAGE DE CE LIVRE**
>
> Ne cherchez pas à tout appliquer. Lisez, notez ce qui résonne, puis choisissez **un seul** changement à tester pendant deux semaines. Le chapitre 30 vous propose une méthode pour le faire sans vous disperser.

SOMMAIRE

Le livre en un coup d'œil

	Avant-propos	3
	Comment lire ce livre	5
PARTIE I — COMPRENDRE		**10**
1	Neurodiversité, neurodivergence : de quoi parle-t-on ?	11
2	Ce qui se joue dans le cerveau : cinq mécanismes communs	à venir
3	Des profils qui se croisent	à venir
PARTIE II — LES PROFILS		
4	Le haut potentiel intellectuel (HPI et THPI)	à venir
5	Le TDA/TDAH	à venir
6	L'autisme (TSA et « Asperger »)	à venir
7	Les troubles DYS	à venir
8	Haute sensibilité et syndrome de Tourette	à venir
PARTIE III — LES EXPÉRIENCES PARTAGÉES		**16**
9	Le masking, ou le coût invisible de l'adaptation	17
10	Sens en alerte : surcharge, meltdown et shutdown	à venir
11	Des émotions à pleine intensité	à venir
12	Temps, organisation, motivation : les fonctions exécutives au quotidien	à venir

PARTIE IV — LE PARCOURS

13 Obtenir un diagnostic — à venir

14 Filles et femmes : le diagnostic qui arrive tard — à venir

15 Après le diagnostic : relire son histoire — à venir

16 Accompagnements et traitements : ce qui aide vraiment — à venir

17 Droits et démarches en France — à venir

PARTIE V — PRENDRE SOIN DE SOI

18 Le sommeil — à venir

19 Manger, gérer son argent, conduire : la vie pratique — à venir

20 Le burnout neurodivergent — à venir

21 Addictions et compulsions — à venir

22 Santé mentale : anxiété, dépression, idées noires — à venir

PARTIE VI — VIVRE AVEC LES AUTRES

23 Couple, désir et intimité — à venir

24 Amitiés et vie sociale — à venir

25 Élever un enfant neurodivergent — à venir

26 L'école et les études — à venir

27 Le travail : trouver sa place et la garder — à venir

28 Pour les proches : ce qui aide vraiment — à venir

PARTIE VII — CONSTRUIRE SA VIE

29 Forces, identité et épanouissement — à venir

30 Votre plan d'action en douze semaines — à venir

ANNEXES — 21

A Boîte à outils à imprimer — à venir

B Modèles de courriers et scripts — à venir

C Glossaire — à venir

D Numéros et ressources utiles — à venir

E Sources et références scientifiques — 22

F Index thématique — à venir

PARTIE I

Comprendre

Avant les profils, les mots et les mécanismes. Ce qui rassemble des fonctionnements très différents, et pourquoi ils se superposent si souvent.

1 Neurodiversité, neurodivergence : de quoi parle-t-on ?

2 Ce qui se joue dans le cerveau : cinq mécanismes communs

3 Des profils qui se croisent

01

CHAPITRE 1 · PARTIE I — COMPRENDRE

Neurodiversité, neurodivergence : de quoi parle-t-on ?

Un vocabulaire récent, souvent mal employé, qui change pourtant la façon de regarder les difficultés — et les forces.

L'ESSENTIEL

- La **neurodiversité** désigne la variété des fonctionnements neurologiques humains ; une personne **neurodivergente** est une personne dont le fonctionnement s'écarte de la norme dominante. Ce ne sont pas des diagnostics.
- Sous ce mot se rangent des réalités de statuts très différents : des troubles du neurodéveloppement (autisme, TDAH, DYS, Tourette), une particularité cognitive (haut potentiel) et un trait de tempérament (haute sensibilité).
- Une grande partie de la difficulté vécue dépend de l'environnement : c'est l'idée du **modèle social du handicap**, qui n'efface pas pour autant les difficultés réelles.
- Se reconnaître dans des descriptions en ligne est fréquent et ne prouve rien : c'est un point de départ pour une évaluation, pas une conclusion.

Un mot né d'un mouvement

Le terme de « neurodiversité » a été forgé à la fin des années 1990 par la sociologue australienne Judy Singer, elle-même autiste, au sein d'un mouvement porté par des personnes autistes qui refusaient d'être définies uniquement par leurs déficits[1]. L'idée est simple et forte : de la même façon qu'il existe une biodiversité, il existe une diversité naturelle des manières dont les cerveaux humains perçoivent, traitent l'information, apprennent, communiquent et régulent leur attention.

Depuis, le vocabulaire s'est enrichi et, parfois, brouillé. Trois mots méritent d'être distingués avec soin.

Neurodiversité

Une réalité de **population** : l'ensemble des fonctionnements neurologiques humains. Dans ce sens, tout le monde fait partie de la neurodiversité, exactement comme chaque espèce fait partie de la biodiversité.

Neurodivergent·e

Une caractéristique **individuelle** : une personne dont le fonctionnement s'écarte de la norme socialement dominante, dite *neurotypique*. On dit aussi « neuroatypique ».

Aucun de ces mots n'est un terme médical. « Neurodivergent » ne figure dans aucune classification diagnostique : c'est un mot sociologique et militant, utile pour se situer et se relier à d'autres, mais qui ne dit rien de précis sur un fonctionnement particulier. Pour cela, il faut revenir aux profils eux-mêmes, qui possèdent chacun leurs critères, leurs outils d'évaluation et leurs professionnels de référence.

Trouble, particularité, trait : trois statuts différents

La neurodivergence réunit sous un même toit des réalités qui n'ont pas le même statut. Les confondre produit des malentendus fréquents — par exemple, croire que le haut potentiel est un trouble à soigner, ou que la haute sensibilité se diagnostique.

- **Les troubles du neurodéveloppement (TND)** sont des catégories médicales définies par les classifications internationales[2] : trouble du spectre de l'autisme, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles spécifiques des apprentissages (les « DYS »), troubles des tics dont le syndrome de Gilles de la Tourette. Ils apparaissent dès le développement, persistent généralement à l'âge adulte et peuvent ouvrir des droits. La France leur consacre une stratégie nationale dédiée pour 2023-2027[3].
- **Le haut potentiel intellectuel** est une particularité du fonctionnement cognitif, définie statistiquement par un résultat élevé à un bilan psychométrique. Ce n'est pas un trouble, et il n'ouvre pas de droits en tant que tel.
- **La haute sensibilité** est un trait de tempérament étudié par la psychologie, qui n'est ni un trouble ni un diagnostic.

PROFIL	STATUT	FRÉQUENCE ESTIMÉE	QUI L'ÉVALUE
Haut potentiel (HPI)	Particularité cognitive	Environ 2,3 % (par définition statistique)	Psychologue (bilan psychométrique)
Très haut potentiel (THPI)	Particularité cognitive	0,1 à 0,5 %	Psychologue
Autisme (TSA)	Trouble du neurodéveloppement	Environ 1 %[4]	Équipe pluridisciplinaire, centres ressources autisme
TDA/TDAH	Trouble du neurodéveloppement	Environ 5 % des enfants[5], 2,8 % des adultes[6]	Psychiatre, pédopsychiatre, neurologue, avec neuropsychologue
Troubles DYS	Troubles du neurodéveloppement	Dyslexie : 3 à 5 % des enfants[7]	Orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue
Syndrome de Tourette	Trouble du neurodéveloppement (tics)	Environ 0,8 % des enfants[8]	Neurologue ou pédopsychiatre
Haute sensibilité	Trait de tempérament	Entre 15 et 30 % selon les études[9]	Pas de diagnostic ; questionnaires de recherche

Tous profils confondus, on estime qu'entre 15 et 20 % de la population présente une forme de neurodivergence[10]. Ces chiffres varient selon les études, les critères et les pays ; ils disent surtout une chose : il ne s'agit pas d'exceptions rarissimes, mais d'une part importante de n'importe quelle classe, équipe ou famille.

> **PRÉCISION D'HONNÊTETÉ**
>
> Toutes les personnes et associations concernées n'acceptent pas le même périmètre. Certaines réservent le mot « neurodivergent » aux troubles du neurodéveloppement ; d'autres y incluent le haut potentiel et la haute sensibilité, comme ce livre le fait. Ce choix est pragmatique : ces profils se croisent très souvent chez une même personne (voir chapitre 3), et ils partagent des expériences communes. Il ne signifie pas qu'ils soient équivalents.

Deux regards : le modèle médical et le modèle social

Le **modèle médical** classique situe la difficulté dans l'individu : un déficit, localisé chez la personne, qu'il faudrait réduire ou compenser pour la rapprocher de la norme. Ce regard a permis de décrire les troubles, de construire des outils d'évaluation et des accompagnements efficaces. Mais pris seul, il laisse de côté une question décisive : *dans quel environnement* cette difficulté apparaît-elle ?

Le **modèle social du handicap**, largement porté par les personnes concernées, propose une autre lecture : une grande partie du handicap naît de l'inadéquation entre un fonctionnement et un environnement conçu pour la majorité. Une personne hypersensible au bruit n'est pas en difficulté dans une pièce calme ; elle le devient dans un open space sans possibilité de s'isoler. Un élève dyslexique n'est pas en échec face à un livre audio ; il l'est face à une lecture chronométrée à voix haute.

> **CE QUE CE LIVRE EN RETIENT**
>
> Les deux regards sont nécessaires. Certaines difficultés existent dans n'importe quel environnement, et les nier serait injuste envers celles et ceux qui en souffrent. Mais chercher d'abord à **ajuster l'environnement** — le bruit, les consignes, les rythmes, les attentes implicites — plutôt que d'exiger un effort supplémentaire est presque toujours le levier le plus efficace. C'est le fil conducteur de tous les chapitres pratiques de ce livre.

Ce que la neurodivergence n'est pas

Quelques idées reçues reviennent si souvent qu'elles méritent d'être écartées d'emblée.

- **Ce n'est pas un manque de volonté ni un défaut d'éducation.** Les profils décrits dans ce livre reposent sur des différences de fonctionnement cérébral documentées, avec une composante génétique importante pour plusieurs d'entre eux (voir chapitre 2).
- **Ce n'est pas une maladie qu'on attrape ni qui se guérit.** On peut en revanche réduire considérablement les difficultés associées, traiter les troubles qui s'y ajoutent et aménager son environnement.

- **Ce n'est pas un effet de mode.** L'augmentation des diagnostics s'explique principalement par l'évolution des critères, le repérage des adultes, des filles et des femmes, et une meilleure connaissance des professionnels — non par une « épidémie ».
- **Ce n'est ni un superpouvoir, ni une tragédie.** Des forces réelles coexistent avec des difficultés réelles, dans des proportions qui varient d'une personne et d'un contexte à l'autre.
- **Ce n'est pas une excuse.** Comprendre un fonctionnement permet de distinguer ce qui relève d'une difficulté de ce qui relève d'un choix, et d'agir sur les bons leviers. Cela n'efface pas la responsabilité de ses actes.
- **Ce n'est pas une identité obligatoire.** Certaines personnes se reconnaissent pleinement dans le mot « neurodivergent » et y trouvent une communauté ; d'autres préfèrent parler de leur profil précis, ou ne pas en parler du tout. Les deux sont légitimes.

Pourquoi on se reconnaît (presque) partout

Beaucoup de lectrices et de lecteurs le disent : « je me reconnais dans le HPI, mais aussi dans le TDAH, et certains points de l'autisme me parlent ». Ce sentiment de superposition a deux causes, qu'il est utile de connaître pour ne pas s'y perdre.

- **L'effet Barnum.** Des descriptions comme « sentiment de décalage », « hypersensibilité » ou « difficulté à se concentrer quand on s'ennuie » sont assez générales pour que beaucoup de gens s'y retrouvent, neurodivergents ou non. Ce n'est pas une faiblesse de votre part : c'est un biais universel, amplifié par les contenus en ligne.
- **Un chevauchement réel.** Des manifestations semblables — agitation, retrait social, intensité émotionnelle — existent dans plusieurs profils, avec des mécanismes différents. Et plusieurs profils coexistent réellement chez une même personne bien plus souvent qu'on ne le croit (voir chapitre 3).

> **LES TESTS EN LIGNE ORIENTENT, ILS NE CONCLUENT PAS**
>
> Un questionnaire en ligne, y compris ceux de Neurod.eu, peut aider à formuler ce que l'on vit et à choisir vers quel professionnel se tourner. Il ne pose aucun diagnostic et ne permet pas d'exclure un profil. Si des difficultés anciennes pèsent sur votre vie, un premier entretien avec un professionnel formé est plus utile qu'une série de tests.

Les mots de ce livre

Nous parlons de **profils** pour désigner les grandes catégories décrites en partie II, en sachant que chaque personne est bien davantage qu'un profil. Nous utilisons le mot **trouble** lorsqu'il correspond à une catégorie médicale, et **particularité** ou **fonctionnement** ailleurs. Nous disons indifféremment « personne autiste » et « personne avec un TSA », « personne TDAH » et « personne ayant un TDAH ». Enfin, lorsque nous écrivons « neurotypique », ce n'est jamais pour opposer deux camps : c'est pour nommer la norme implicite par rapport à laquelle se mesure l'écart.

« Ce n'est pas la différence elle-même qui isole, c'est l'absence d'un espace où elle est comprise. »

PARTIE III

Les expériences partagées

Au-delà des étiquettes, quatre expériences que vivent la plupart des personnes neurodivergentes, quel que soit leur profil.

9 Le masking, ou le coût invisible de l'adaptation

10 Sens en alerte : surcharge, meltdown et shutdown

11 Des émotions à pleine intensité

12 Temps, organisation, motivation : les fonctions exécutives au quotidien

09

CHAPITRE 9 · PARTIE III — LES EXPÉRIENCES PARTAGÉES

Le masking, ou le coût invisible de l'adaptation

Paraître « comme tout le monde » a un prix. Comprendre ce camouflage, c'est comprendre l'épuisement, le diagnostic tardif et l'identité.

L'ESSENTIEL

- Le **masking** (ou camouflage) désigne les efforts, conscients ou devenus automatiques, pour dissimuler son fonctionnement et paraître conforme aux attentes.
- Il ne concerne pas que l'autisme : compensation exécutive dans le TDAH, suradaptation dans le haut potentiel, dissimulation de l'écrit dans les DYS, retenue des tics dans le syndrome de Tourette relèvent du même mécanisme.
- Plus il réussit, moins il se voit — et plus il coûte : épuisement, anxiété, perte d'identité, diagnostic tardif, burnout.
- Réduire le masking se fait progressivement, en commençant par les espaces sûrs. Masquer reste un droit là où c'est nécessaire.

De quoi parle-t-on ?

Le mot vient des recherches sur l'autisme, où l'on parle de *camouflage* : l'ensemble des stratégies déployées pour dissimuler ses particularités et se conformer aux attentes sociales. Forcer un contact visuel inconfortable, préparer mentalement ses phrases avant de parler, mémoriser des scripts pour les situations courantes, imiter les expressions et les intonations des autres, réprimer un balancement apaisant, supporter sans rien laisser paraître un bruit ou une lumière douloureux.

Mais le mécanisme dépasse largement l'autisme. Chaque fois qu'un fonctionnement différent est jugé, puni ou moqué, les personnes concernées apprennent à le cacher. Les formes changent selon les profils ; le principe reste le même : **paraître comme tout le monde, au prix d'un effort que personne ne voit**.

PROFIL	FORME TYPIQUE DU MASKING	CE QUI NE SE VOIT PAS
Autisme	Camouflage social et sensoriel : scripts, imitation, regard forcé, stimulations réprimées	Une surveillance permanente de soi, pendant chaque interaction
TDAH	Compensation exécutive : alarmes multiples, listes redondantes, vérifications, perfectionnisme, arriver très en avance	L'énergie consommée par le système lui-même, et la honte à chaque faille

PROFIL	FORME TYPIQUE DU MASKING	CE QUI NE SE VOIT PAS
Haut potentiel	Suradaptation : simplifier son langage, cacher qu'on a compris avant les autres, modérer son intensité	Un lissage permanent de soi pour ne pas déranger
Troubles DYS	Éviter de lire à voix haute, écrire court, faire relire en cachette, prétexter des lunettes oubliées	Des stratégies d'évitement qui limitent les choix d'études et de métier
Syndrome de Tourette	Retenir ses tics en public, les transformer en gestes « normaux »	La tension croissante, puis le rebond une fois seul
Haute sensibilité	Paraître toujours disponible et de bonne humeur, absorber les tensions du groupe	La saturation émotionnelle accumulée

Pourquoi masque-t-on ?

Presque personne ne décide de masquer. Le camouflage s'installe souvent dans l'enfance, pour de très bonnes raisons : éviter les moqueries et le harcèlement, obtenir l'approbation des adultes, se faire des amis, réussir à l'école, garder son emploi. Il est une stratégie d'adaptation, parfois de survie sociale. C'est d'ailleurs pourquoi il ne suffit pas de dire à quelqu'un « sois toi-même » : dans certains environnements, être soi-même a réellement un coût.

Le coût du masking

Masquer mobilise en permanence les fonctions exécutives : surveiller son comportement, anticiper celui des autres, corriger en temps réel. Là où une personne neurotypique interagit, une personne qui masque interagit *et* se surveille. Cette double tâche dure des heures, tous les jours, souvent depuis des années.

> **LE COÛT INVISIBLE D'UNE RÉUNION**
>
> Une réunion d'une heure peut représenter : maintenir un regard qui n'est pas naturel, décoder des sous-entendus, réprimer un mouvement apaisant, supporter un néon qui grésille, préparer chaque phrase avant de la dire, vérifier ne pas avoir coupé la parole. La réunion dure une heure ; la récupération peut en demander trois.

Les conséquences sont bien décrites :

- **une fatigue chronique**, disproportionnée par rapport aux activités visibles ;
- **de l'anxiété**, liée à la peur constante d'être « démasqué » ;
- **une perte du sentiment d'identité** : « je ne sais plus qui je suis quand je ne joue pas un rôle » ;
- **des diagnostics tardifs ou erronés**, puisque les difficultés ne se voient pas ;
- **le burnout neurodivergent**, dont le camouflage est le facteur causal le plus constamment identifié par la recherche sur l'autisme[11] (voir chapitre 20).

Le piège du masking réussi

Plus le camouflage est efficace, moins l'entourage perçoit la difficulté — et plus les attentes augmentent. Une personne qui « s'en sort très bien » se voit confier davantage, précisément parce que son effort est invisible. C'est ce mécanisme qui explique que l'épuisement frappe souvent des personnes jugées performantes, et que leur effondrement surprenne tant leur entourage.

Masking, genre et diagnostic tardif

Les femmes autistes rapportent en moyenne des stratégies de camouflage plus développées que les hommes autistes[12]. Le même constat vaut pour le TDAH, où les filles développent souvent un perfectionnisme compensatoire qui masque les oublis et la désorganisation[13], et pour le haut potentiel. Une socialisation qui encourage davantage les filles à observer, imiter et se conformer en est une explication fréquemment avancée.

Conséquence directe : des outils diagnostiques construits sur des garçons aux signes visibles, des femmes qui passent sous les radars jusqu'à l'âge adulte, souvent après des diagnostics partiels d'anxiété ou de dépression, parfois au moment d'une maternité, d'un changement de poste ou du diagnostic d'un enfant. Beaucoup décrivent la découverte de leur profil moins comme la découverte d'un trouble que comme **la découverte d'un effort** qu'elles fournissaient sans le savoir.

PARCOURS COMPOSITE · **Camille, 38 ans — « j'étais épuisée de masquer depuis l'âge de six ans »**

« Brillante mais anxieuse » : Camille a construit très tôt des scripts précis pour faire comme les autres — sourire au bon moment, poser les questions attendues, imiter les intonations. Personne n'a jamais pensé à l'autisme : elle avait des amies, un langage fluide, de bons résultats. Adulte, deux diagnostics d'anxiété se succèdent, sans que la fatigue ni l'impression de jouer un rôle ne s'apaisent. C'est en accompagnant le diagnostic de sa fille qu'elle se reconnaît dans les descriptions de l'autisme féminin. Confirmé à 38 ans, le diagnostic est un soulagement : « Je n'étais pas anxieuse de nature. J'étais épuisée de masquer. »

Repérer son propre masking

Parce qu'il est devenu automatique, le masking est souvent invisible à la personne elle-même. Quelques questions aident à le mettre en lumière.

- **Où suis-je le plus fatigué·e, et après quoi ?** Les situations qui coûtent de façon disproportionnée sont souvent celles où l'on masque le plus.
- **Qu'est-ce que je fais différemment quand je suis seul·e ?** Les gestes, les rythmes, les façons de parler qui reviennent dans l'intimité indiquent ce qu'on retient ailleurs.
- **Avec qui puis-je « tomber le masque » ?** Et qu'est-ce qui rend ces relations différentes ?
- **Quelles phrases ai-je le plus entendues enfant ?** « Regarde-moi quand je te parle », « arrête de bouger », « tu en fais trop » : elles dessinent souvent ce qu'on a appris à cacher.

Le journal de charge de l'annexe A propose de noter chaque soir une estimation des « heures de masking » : sur deux semaines, le lien entre ces heures et l'épuisement des jours suivants devient souvent frappant.

Démasquer, progressivement

Réduire le camouflage est l'un des leviers de récupération les plus constamment rapportés par les personnes concernées. Ce n'est pas renoncer à toute politesse, ni annoncer publiquement un diagnostic : c'est **abandonner les efforts coûteux qui ne servent qu'à dissimuler**, et garder ceux qui ont un vrai bénéfice pour la relation ou la tâche.

EFFORT COÛTEUX, SOUVENT INUTILE	ALTERNATIVE MOINS COÛTEUSE
Forcer un contact visuel douloureux	Dire qu'on écoute mieux en regardant ailleurs
Réprimer une stimulation apaisante en privé	La laisser revenir ; choisir une forme discrète en public si on le souhaite
Supporter en silence un environnement douloureux	Demander un aménagement, porter un casque
Simuler un enthousiasme social	Exprimer un intérêt sincère, à sa manière
Multiplier les vérifications pour ne jamais rien oublier	Un seul système fiable, et le droit à l'erreur ponctuelle
Retenir ses tics toute la journée	Informer son entourage proche, prévoir des moments de relâche

La progression réaliste va du plus sûr au plus exposé : seul·e chez soi d'abord, puis avec une personne de confiance, puis dans un petit cercle, et enfin — de façon plus tardive et plus sélective — dans les contextes professionnels.

UN DROIT, PAS UNE INJONCTION

Démasquer a des conséquences sociales possibles, dans un monde qui n'est pas toujours accueillant. Cela se choisit contexte par contexte, en connaissance de cause. Vous avez le droit de continuer à masquer là où c'est nécessaire à votre sécurité, à votre emploi ou à votre tranquillité. L'objectif n'est pas de ne plus jamais s'adapter, mais de ne plus s'adapter *en permanence, partout, à n'importe quel prix*.

POUR LES PROCHES

Ne confondez pas aisance sociale et bien-être : une personne qui « tient » très bien en société peut être épuisée par l'effort que cela lui demande. Demander après coup « comment ça a été pour toi ? » plutôt que présumer que tout allait bien, et offrir chez vous un espace où elle n'a rien à jouer, sont parmi les soutiens les plus précieux.

ANNEXES

Outils, repères et sources

Les fiches à imprimer, les modèles de courriers, le glossaire, les numéros utiles, les références scientifiques et l'index de tout le livre.

A Boîte à outils à imprimer

B Modèles de courriers et scripts

C Glossaire

D Numéros et ressources utiles

E Sources et références scientifiques

F Index thématique

E

ANNEXE E

Sources et références scientifiques

Les numéros correspondent aux appels de note placés dans le texte. Les références sont accessibles en ligne, notamment via PubMed, Légifrance et les sites des institutions citées.

1. Singer J. — Odd People In: The Birth of Community Amongst People on the Autistic Spectrum. Mémoire de recherche, University of Technology Sydney, 1998. Texte à l'origine du terme « neurodiversité ».
2. American Psychiatric Association — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition (DSM-5). 2013. Classification de référence des troubles du neurodéveloppement.
3. Gouvernement français — Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 (autisme, DYS, TDAH, TDI).
4. Zeidan J. et al. — Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Research, 2022. Prévalence médiane mondiale d'environ 1 %.
5. Polanczyk G.V., Willcutt E.G., Salum G.A., Kieling C., Rohde L.A. — ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International Journal of Epidemiology, 2014. Prévalence du TDAH chez l'enfant autour de 5 %.
6. Fayyad J. et al. — The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2017. Prévalence adulte moyenne de 2,8 % (1,4 % à 3,6 % selon les pays).
7. Inserm — Dossier « Troubles spécifiques des apprentissages ». La dyslexie concernerait 3 à 5 % des enfants ; dans près de 40 % des cas, plusieurs troubles des apprentissages sont associés.
8. Knight T., Steeves T., Day L., Lowerison M., Jette N., Pringsheim T. — Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. Pediatric Neurology, 2012. Syndrome de Gilles de la Tourette chez environ 0,77 % des enfants, plus fréquent chez les garçons.
9. Lionetti F., Aron A., Aron E.N., Burns G.L., Jagiellowicz J., Pluess M. — Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. Translational Psychiatry, 2018. Sur 906 adultes : 31 % très sensibles, 40 % moyennement, 29 % peu sensibles.
10. Doyle N. — Neurodiversity at work: a biopsychosocial model and the impact on working adults. British Medical Bulletin, 2020. Estimation de 15 à 20 % de personnes neurodivergentes, tous profils confondus.
11. Raymaker D.M., Teo A.R., Steckler N.A. et al. — « Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left with No Clean-Up Crew »: Defining Autistic Burnout. Autism in Adulthood, 2020.
12. Hull L., Lai M.-C., Baron-Cohen S., Allison C., Smith P., Petrides K.V., Mandy W. — Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults. Autism, 2020.
13. Young S. et al. — Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach. BMC Psychiatry, 2020. Mécanismes du sous-diagnostic féminin, rôle des fluctuations hormonales.

F

ANNEXE F

Index thématique

Les numéros renvoient aux pages de ce livre et sont cliquables. En gras, le chapitre où la notion est traitée en détail ; ensuite, les principaux autres passages.

A

Anxiété 17-19, 23

B

Burnout neurodivergent 17-18, 22-23

C

Contact visuel 17, 20, 23

D

Démasking 17-20 ; 23
Diagnostic tardif 17, 19, 23
Dyslexie 12-13, 22-23

F

Femmes et filles (sous-diagnostic) 17-20 ; 22-23
Fonctions exécutives 17-18, 23

H

Haute sensibilité 11-13, 18, 23

M

Masking (camouflage) 17-20 ; 23
Modèle social du handicap 11-15 ; 23

P

Perfectionnisme 17, 19, 23

T

Tics 12, 17-18, 20, 22-23

Neurod.eu

Merci d'avoir lu ce livre. Nous espérons qu'il vous aura donné des mots justes, des repères fiables et quelques outils à essayer dès demain.

Presque toujours, comprendre un fonctionnement et ajuster l'environnement changent davantage les choses qu'un effort supplémentaire.

Fiches gratuites, tests, articles et ressources mises à jour : neurod.eu

© Neurod.eu — L'Intégrale, édition refondue 2026. Usage personnel uniquement.