



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

## **Mémoire**

pour l'obtention du

### **Certificat de Capacité en Orthophonie**

#### **Etat des lieux de la demande et de la plainte vocale lors d'une transition M-to-F**

*Etude auprès d'une population de femmes transgenres*

**présenté par *Adèle ARCOURT***  
**Née le 02/02/1994**

Présidente du Jury : Madame Suzanne Calvarin – Orthophoniste, chargée de cours  
Directrice du Mémoire : Madame Valérie Martinage – Orthophoniste, chargée de cours et directrice pédagogique au CFUO de Nantes  
Co-directrice du Mémoire : Madame Lucie Bourgoïn – Orthophoniste, chargée de cours  
Membre du jury : Madame Marie-Béatrice David – Orthophoniste, chargée de cours



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie  
Directeur : Dr Florent ESPITALIER  
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE  
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

## ANNEXE 9 ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

### Engagement de non-plagiat

Je, soussigné(e) ..... déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : ..... Le .....

Signature :

## Sommaire

Introduction.....	1
Partie 1 : Partie théorique .....	2
1. La transidentité et la transition .....	2
1.1 Généralités.....	2
1.1.1 Evolution des terminologies et définitions .....	2
1.1.2 La notion de genre et d'identité sexuelle .....	4
1.2 Diagnostic différentiel et prévalence .....	5
1.2.1 Diagnostic différentiel.....	5
1.2.2 Prévalence.....	5
1.3 La transition et le parcours médical .....	5
1.4 Transidentité et société .....	6
2. La voix et le genre.....	7
2.1 Les différents mécanismes et registres .....	7
2.2.1 Mécanismes laryngés et registres selon Amy de la Bretèque (2004).....	7
2.2.2 Description de la vibration des plis vocaux.....	8
2.1.3 Les différences entre les hommes et les femmes : une voix différente.....	9
3. L'accompagnement vocal.....	13
3.1 L'accompagnement orthophonique .....	13
3.1.1 Objectifs de prise en charge .....	13
3.1.2 Le bilan .....	14
3.1.3 Les principes généraux de la thérapie .....	14
3.1.4 Protocole de rééducation de Guillot et Péron (2003) .....	17
3.1.5 Le style langagier.....	18
3.2 Suivi phoniatrique.....	18
3.2.1 Le suivi médical .....	18

3.2.2 Les chirurgies laryngées d'élévation de la hauteur .....	18
3.2.3 L'opération laryngée de rabotage de la pomme d'Adam.....	20
Partie 2 Etude .....	20
Objectifs généraux de l'étude.....	21
1. Les entretiens.....	21
1.1 Le choix du mode de recueil de données .....	21
1.2 Les objectifs .....	21
1.3 Population.....	22
1.4 Méthodologie .....	22
1.4.1 La construction de la trame d'entretien .....	22
1.4.2 Déroulement des entretiens .....	23
1.4.3 Transcription des entretiens .....	23
1.5. Outil d'analyse .....	24
2. Les questionnaires .....	24
2.1 Le choix du mode de recueil des données .....	24
2.2 Objectifs du questionnaire .....	24
2.3 Population.....	25
2.4 Méthodologie de la construction du questionnaire.....	25
2.4.1 La définition des objectifs .....	25
2.4.2 La constitution d'une banque de questions .....	25
2.2.5 Diffusion du questionnaire et mode d'administration .....	27
Résultats .....	28
1. Les entretiens.....	28
1.1 La demande et les attentes vocales .....	28
1.1.1 La demande.....	28
1.1.2 Attentes par rapport à l'orthophoniste .....	28

1.1.3 Les attentes par rapport au cadre .....	29
1.2 Voix, identité et ressentis .....	29
1.2.1 Voix et identité.....	29
1.2.3 Voix et ressentis .....	31
1.3 L'accompagnement orthophonique .....	32
1.3.1 La connaissance de l'orthophonie .....	32
1.3.2 Premier contact.....	32
1.3.3 Le travail de rééducation proposé .....	33
1.3.4 Moment déterminant dans la prise en charge .....	34
1.3.5 Les résultats du suivi .....	35
2. Les questionnaires .....	35
2.1 La connaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des femmes transgenres .....	35
2.2 Le travail vocal et le contrôle vocal effectués seul ou via un moyen autre que l'orthophonie .....	35
2.2.1 Le contrôle vocal .....	35
2.2.2 Le travail de féminisation.....	36
2.3 Les ressentis personnels par rapport à la voix .....	36
2.3.1 Le cas particulier du téléphone.....	36
2.3.2 Le besoin d'être rassurée .....	37
2.3.3 L'idéal vocal.....	37
2.4 Le lien avec la chirurgie laryngée.....	37
2.5 Les raisons de leur absence de prise en charge orthophonique.....	38
Discussion .....	38
1. Interprétation des résultats .....	38
1.1 La demande, les ressentis et les besoins vocaux.....	39
1.2 Les femmes transgenres et l'orthophonie .....	43

1.3 Le cas particulier des chirurgies laryngées .....	46
2. Limites et biais de l'étude .....	47
2.1 Limite inhérente à l'étude .....	47
2.2 Limites inhérentes au questionnaire .....	47
2.3 Les limites et les biais d'échantillonnage .....	47
2.4 Biais de l'enquêteur .....	48
2.5 Limites liées au temps .....	48
3. Intérêt de l'étude et perspectives.....	48
4. Conclusion.....	49

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Mme Valérie Martinage, pour ses précieux conseils, son implication et son soutien pour la réalisation de ce mémoire. Je remercie également ma co-directrice Mme Lucie Bourgoïn, pour ses idées et ses réflexions constructives. Je souhaite aussi remercier Yolande Guillet et Juliette Riff pour leurs partages d'expérience.

Je voudrais aussi remercier le Professeur Remacle pour sa disponibilité, ses remarques et ses réponses qui m'ont été précieuses pour la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier toutes les participantes à l'étude. Sans elles, ce travail n'aurait pas vu le jour. J'espère avoir retranscrit au sein de ce mémoire leurs vécus aux plus près de leurs ressentis. Je suis également reconnaissante de l'accueil des associations de personnes transgenres. Je vous remercie pour ces riches échanges et votre investissement.

Merci à tous les orthophonistes, maîtres de stage, dont j'ai croisé la route. Merci pour leur accueil et leurs précieux conseils.

Merci à mes parents, mes grands-parents, Lucile, Maëckeul et François pour leur présence et leur soutien au quotidien. Enfin merci à ces études qui nous ont appris tant de choses et grâce auxquelles de belles amitiés se sont créées.

## **Liste des abréviations**

ALD : Affection de Longue Durée

Cnrtl : Centre national des ressources textuelles et lexicales

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne (Suisse)

CIM : Classification Internationale des maladies

Comité Idaho : Comité « International Day Against Homophobia », soit de la journée internationale contre l'homophobie

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux issu de l'anglais « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »

F0 : Fréquence fondamentale

F-to-M ou FTM : Female-to-Male, qui désigne un homme transgenre. Ce terme indique le sens de la transition.

M-to-F ou MTF : Male-to-Female, qui désigne une femme transgenre.

SOFACT : Société Française d'Etude et de prise En Charge du Transsexualisme

TVQ : Transsexual Voice Questionnaire (Dacakis et al, 2012)

« La voix est l'interprète du cœur et de l'âme, expression de la vérité et des plus tendres sentiments. »

*Georges Sand, Lettres d'un voyageur (1834)*

## Introduction

La grande majorité des individus ne se posent pas la question de savoir s'ils sont hommes ou femmes. Leur sexe psychologique est en accord avec leur sexe anatomique. Cette population est dite cisgenre : à l'inverse des individus transgenres, leur identité de genre est en adéquation avec leur image corporelle aux yeux de la société. Cela fait partie de leur identité et constitue un repère stable. Pour les personnes transgenres, leur identité de genre ne correspond pas à leur sexe assigné à la naissance. Cette discordance est alors à l'origine d'une grande souffrance engendrée par cette dichotomie.

Ainsi, de plus en plus de personnes transgenres débutent une transition pour changer de sexe. Cette transition est un chemin long et souvent difficile. Lors de cette dernière, des modifications corporelles sont observées. Cependant, pour la population de femmes transgenres M-to-F, la configuration anatomique laryngée reste similaire à l'appareil phonatoire masculin. Ainsi, des études montrent la souffrance de ces femmes par rapport à leur voix. Cette gêne vocale s'expliquerait par la discordance existant entre leur aspect féminin et leur voix masculine. Afin de pallier cette souffrance vocale, les orthophonistes accompagnent ces femmes pour féminiser leur voix. Ces actes rentrent dans la nomenclature sous le terme de « troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle » et sont remboursés en totalité dans le cadre du protocole d'Affection de Longue Durée (ALD).

Aujourd'hui, la plupart des écrits orthophoniques concernant la population transgenre M-to-F étudient les méthodes de rééducation puis testent leur efficacité. Cependant, la demande et la plainte vocales sont moins explorées. Devant le nombre grandissant de prises en charge, il nous a donc semblé intéressant d'approfondir la notion de plainte vocale, de gêne vocale et de demande vocale. Nous nous sommes ainsi interrogées autour des points suivants : comment qualifier la gêne, la plainte et la demande vocale de la population des femmes transgenres ? Comment s'illustre l'éventuel malaise vocal au quotidien ? Comment est vécu le suivi orthophonique, et ce dernier répond-il à leurs attentes ? Comment est perçue l'orthophonie au sein de la population de femmes transgenres ?

Toutes ces questions nous ont amenées à formuler la problématique générale suivante : *Dans quelle mesure la voix constitue une souffrance pour la population des femmes transgenres et comment l'orthophoniste peut adapter son exercice afin de répondre à cette plainte vocale spécifique ?*

Ce travail a ainsi pour but de mieux qualifier la demande vocale de ces femmes afin que les orthophonistes puissent avoir davantage de ressources pour répondre à cette dernière. Nous souhaitons donc, par ce travail, établir un état des lieux de la demande vocale des femmes transgenres. Pour cela, nous avons rencontré des femmes suivies en orthophonie lors d'entretiens et nous avons diffusé un questionnaire aux femmes transgenres non-suivies en orthophonie.

Nous nous intéresserons donc dans un premier temps à la partie théorique qui investigate les domaines de la transidentité, le lien entre la voix et le genre puis le suivi vocal. La méthodologie de l'étude, les résultats et les conclusions de notre travail seront ensuite présentés et discutés.

## **Partie 1 : Partie théorique**

### **1. La transidentité et la transition**

#### **1.1 Généralités**

Il semble important dans un premier temps de définir la transidentité puis la notion de genre et d'identité sexuelle afin de mieux comprendre le parcours de vie de ces femmes. Malgré toutes ces généralités, on retient l'hétérogénéité des profils et des personnalités.

##### **1.1.1 Evolution des terminologies et définitions**

Au fil des décennies et des années, les termes et les définitions ont beaucoup évolué. Ainsi, diverses dénominations peuvent qualifier la transidentité. On peut parler de syndrome de Benjamin, dysphorie de genre, transsexualité ou transsexualisme. Cependant même si toutes ces terminologies désignent le même état aux yeux de la société, elles n'ont pas exactement les mêmes significations (cf annexe A).

Tout d'abord, la transidentité fut longtemps considérée comme une perversion sexuelle. En 1953, le docteur Harry Benjamin isole la transsexualité comme entité distincte de la psychose et de la perversion. A ce titre, le "syndrome de Benjamin" peut ainsi être utilisé pour évoquer la transidentité.

Les termes de transsexualité et de transsexualisme deviennent les années suivantes les termes de référence pour évoquer ce sujet. La communauté médicale s'en approprie la terminologie.

Ainsi, le terme « transsexualisme » apparaît dans le DSM III en 1980. Il est alors classé dans une nouvelle catégorie nommée « troubles psychosexuels ». On y trouve alors la notion de « trouble de l'identité sexuelle ». De même, la CIM 10 (1994) définit la transidentité sous le terme de « transsexualisme » ainsi: « il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal, afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré».

Encore aujourd'hui, les dictionnaires de la langue française évoquent le terme de transsexualité. D'après le Centre national de ressources textuelles et lexicales (Cnrtl), la transsexualité est « une situation, un état de transsexuel qui cherche à conformer son mode de vie, sa morphologie et sa physiologie au sexe qu'il a le sentiment d'être le sien ». On observe alors un passage d'un sexe à l'autre. Les "transsexuelles" correspondent aux hommes de sexe psychologique féminin. Le terme de "transsexuels" rassemble les femmes de sexe psychologique masculin.

Par la suite, l'enrichissement des connaissances sur le sujet fit évoluer la terminologie. En effet, tandis que le mot « transsexualisme » ou « transsexualité » faisait référence au sexe de la personne, des termes renvoyant à la notion de sexe psychologique, ou au genre apparurent pour qualifier cette particularité. Ainsi, en mai 2010, le DSM IV choisit le terme de « dysphorie de genre » pour faire référence à cette spécificité. Pour Alessandrin (2013), ce nouveau terme note un réel changement de point de vue. En effet, la notion de genre y est mise en avant (p.49-59). Ce terme de « dysphorie de genre » est conservé dans la nouvelle édition du DSM V en 2013.

De même, les définitions diffèrent selon les courants. Ainsi, selon les auteurs, la transidentité est considérée comme un trouble, ou non. Barlow et Durand (2011) définissent la transidentité sous le terme de « trouble de l'identité sexuelle » correspondant au désir de vivre en tant que personne de l'autre sexe. Pour Bourgeois (2011) c'est un trouble identitaire dans le sens où la transidentité concerne des difficultés psychiques et sociales. Elle rappelle alors que le terme de « trouble mental » est défini très largement. Il n'est pas synonyme de maladie ni d'aliénation. Il représente un état de souffrance psychique et sociale pouvant engendrer des difficultés diverses et pouvant être amélioré s'il est pris en charge (p. 25-26).

Reucher (2013) conteste cette notion de « trouble ». En effet, pour lui la transidentité correspond à un développement atypique ou à une variation de l'identité de genre, et pas à un trouble. Pour lui, si seule une minorité de personnes présente cette variation du développement identitaire, cela n'en constitue pas pour autant une pathologie.

En France, le Ministère de la santé annonce le 16 mai 2009 que la transsexualité ne sera plus considérée comme une affection psychiatrique en France. Le décret d'application est publié le 10 février 2010.

### 1.1.2 La notion de genre et d'identité sexuelle

#### 1.1.2.a Le genre

Le concept de genre est introduit en 1956 par le psychanalyste Robert Stoller. Ce terme distingue le sexe biologique du sexe social. Ainsi, il conduit à analyser en quoi la société a amené une différence entre l'homme et la femme.

Le genre prend en compte le sexe psychologique de l'individu. Le terme « sexe » désigne quant à lui l'appareil génital de la personne. Dans nos sociétés, nous distinguons peu ces différences et les deux termes peuvent être confondus. Or, c'est la différence entre le genre et le sexe qui crée le mal-être de la personne transgenre. Cet individu, né dans un corps différent de celui espéré, souffre. Son apparence corporelle le fait passer aux yeux de la société pour un être qu'il n'est pas, c'est à dire un individu d'un autre genre. Dès l'enfance, la personne peut être en questionnement concernant son identité. Elle se sent différente et elle n'a pas le même regard sur son corps que les autres enfants cisgenres (Perreault, 2017).

L'apparition des caractères sexuels secondaires à l'adolescence est vécue comme une grande souffrance. Pour la femme transgenre, la pilosité et la mue accentue des traits masculins qu'elle cherche à cacher (Perreault, 2017).

#### 1.1.2.b L'identité sexuelle

L'identité sexuelle correspond à un « sentiment profondément ancré » d'appartenir à un sexe (Barlow & Durand, 2011). D'après Money et Ehrhardt (1972), l'identité de genre s'affirme entre 18 mois à 3 ans (cité par Barlow & Durand, 2011, p.608).

## **1.2 Diagnostic différentiel et prévalence**

### **1.2.1 Diagnostic différentiel**

Le rôle du psychiatre est d'évaluer la présence d'autre syndrome pouvant expliquer ces manifestations psychologiques. En effet certains troubles mentaux comme les psychoses paranoïaques, ou les schizophrénies peuvent amener les individus à se poser des questions sur leur genre ou leur identité.

### **1.2.2 Prévalence**

Selon De Cuypere et al. (2007) la population transsexuelle belge présente une prévalence d'une personne sur 12 900 pour les femmes transgenres (M-to-F) et d'une personne sur 30 800 pour un homme transgenres (F-to-M). Cependant ces données se fondent sur l'ensemble des personnes transgenres qui ont subi une opération de réassignation sexuelle. Elles reflètent donc essentiellement les individus transidentitaires opérés et il est difficile de quantifier la prévalence exacte.

Ces résultats ne semblant pas représenter la réalité, De Cuypere et Olyslager (2009) modifient au cours d'une seconde étude ces taux de prévalence. Ils avancent alors les taux de prévalence suivants : 1 individu pour 1000 à 2000 pour une transition d'homme vers femme et 1 personne pour 2000 à 4000 pour une transition de femme vers homme.

## **1.3 La transition et le parcours médical**

Il est important de signaler l'existence de deux parcours pour la transition : les parcours privé et institutionnalisé. Au sein du parcours officiel le sujet s'adresse à une équipe spécialisée qui établit un diagnostic de transidentité au sein de la SOFECT (Société Française d'Etude et de prise En Charge du Transsexualisme). Cette équipe est constituée de soignants qui suivront le sujet tout le long de sa transition. En parallèle, le parcours privé laisse la liberté à la personne de choisir ses intervenants médicaux et paramédicaux (en libéral souvent). Ce sont ces derniers qui guident le patient dans sa transition. Cependant cette réalité reste complexe à mettre en place, notamment à cause de la difficulté d'obtention d'un numéro de Sécurité Sociale adapté au genre psychologique. Après la transition cet aspect multiplie les problèmes au quotidien.

Selon la SOFECT, le schéma global de la prise en charge médical se décompose en plusieurs phases. En premier lieu, l'aval du médecin psychiatre est nécessaire pour pouvoir débiter une transition médicale. Ce dernier doit distinguer s'il s'agit d'une transidentité ou d'un trouble

psychologique ou psychiatrique. Une fois le diagnostic posé, un endocrinologue peut prescrire des hormones féminisantes. La mise en place du traitement hormonal marque alors le début de la transformation physique grâce à la prise d'oestrogènes.

Des interventions chirurgicales peuvent être pratiquées par la suite. Quand la personne suit un traitement hormonal, et qu'elle vit au quotidien dans la peau du sexe opposé, elle peut poursuivre sa transformation en bénéficiant de chirurgies génitales dites de « réassignation sexuelle ». Pour la femme, il s'agit d'une vaginoplastie. D'autres chirurgies, notamment de féminisation du visage peuvent également être pratiquées. Parmi elles, nous pouvons évoquer la génoplastie (chirurgie de féminisation de la mâchoire), la gonioplastie (résection des angles mandibulaires), la mentoplastie ou génioplastie (opération de féminisation du menton). Ces dernières opérations modifient la configuration faciale et touchent aux organes de la parole. Dans ce contexte, il peut être intéressant de connaître les antécédents chirurgicaux de la patiente.

#### **1.4 Transidentité et société**

La transidentité est un sujet d'actualité, la multiplication des émissions et de films sur ce thème en témoigne. Alors que des films internationaux comme *Laurence Anyways* (2012), *The Danish Girl* (2015), traitent ce sujet depuis plusieurs années, la transidentité était, jusqu'à récemment, peu abordée au sein des médias français. Cependant, depuis quelques années, des émissions françaises de témoignages et d'information permettent de sensibiliser l'opinion à ce phénomène (*Mille et une vie*, *Zone Interdite*), tout comme des séries télévisées comme *Plus Belle la Vie* (France 3) en 2018 et des téléfilms français comme *L'Épreuve d'amour* (22/11/2017, France 2). On observe donc une volonté des médias de présenter la transidentité et d'expliquer cette différence.

Cependant, malgré l'information diffusée par des médias, les personnes transgenres sont encore aujourd'hui régulièrement confrontées à la transphobie, ou aversion pour les personnes transgenres (Larousse, 2018). En effet, le Comité Idaho (2014) a mis en évidence que 85% de cette population avait déjà été confrontée à la transphobie dont les manifestations sont diverses : insultes, menaces, agressions physiques, discrimination à l'embauche ou pour trouver un logement. Malgré les nombreux témoignages, cette réalité reste souvent méconnue de la population. Ce rejet d'une partie de la société participe au sentiment de mal-être des personnes transgenres. Elles communiquent beaucoup entre elles grâce à des réseaux sociaux

ou à des associations qui sont d'une grande aide. Ces dernières guident les individus tout au long de leur transition et elles fournissent des informations à la population générale. Ces associations défendent également les droits des personnes transidentitaires aux échelles régionales et nationales.

## **2. La voix et le genre**

Pour notre sujet d'étude, il semble intéressant de présenter les différences vocales et langagières entre les hommes et les femmes. L'anatomie de la sphère oto-rhino-laryngologique est décrite en annexe B. De même, un tableau récapitulatif est présenté en annexe C. Cette partie s'axe autour des dissemblances auxquelles la femme transgenre va devoir s'adapter lors de sa transition. Ces paramètres permettront d'adapter notre suivi afin de rendre la communication de notre patiente plus féminine. L'appareil phonateur se présente sous la même forme chez les deux sexes, même si nous rappelons que l'appareil phonateur de l'homme est plus grand que celui de la femme. Cela est aussi vrai pour les cavités aériennes qui font office de résonateurs.

### **2.1 Les différents mécanismes et registres**

La vibration des plis vocaux met en relation plusieurs paramètres physiques impliquant la pression subglottique et supraglottique, le débit aérien, la tension des cordes vocales, diverses forces de rappel élastique, la résistance et la souplesse des tissus laryngés. (Lechien et al., 2014)

La vibration laryngée se caractérise par une alternance de mouvements d'ouverture et de fermeture des plis vocaux. Les trois paramètres du son laryngé sont la fréquence (rythme des impulsions), l'intensité (amplitude de l'impulsion) et le timbre (forme de l'impulsion). Ces paramètres sont liés à la souplesse et à la résistance de la surface des cordes vocales (soit la *Lamina Propria*).

#### **2.2.1 Mécanismes laryngés et registres selon Amy de la Bretèque (2004)**

Pour Amy de la Bretèque (2004), le larynx est « un organe d'accommodation ». C'est-à-dire qu'il s'adapte en fonction du son à produire (p.23).

Les registres font référence aux phénomènes que l'on ressent lorsqu'on émet un son. En effet, à l'émission d'un son grave, le sujet a l'impression que les vibrations se propagent au niveau du buste. On parle alors de registre de poitrine. Lors de l'émission d'un son aigu, le vocaliste

ressent les vibrations davantage au niveau des organes de la face, des résonateurs et du crâne. Il s'agit du registre de tête.

Alors que les registres renvoient à une sensation, les mécanismes correspondent aux paramètres physiologiques mis en jeu lors de la phonation. Ainsi, d'après Roubeau (cité par Amy de la Bretèque en 2004), lorsque le muscle vocal est en activité, les cordes vocales sont courtes et épaisses. On emploie le terme de mécanisme 1 (ou registre lourd). Le son est plutôt grave et situé entre les octaves 1 et 2 (figures 1 et 2).

Lorsque le muscle vocal n'est pas en activité, les cordes vocales sont allongées et plus fines. Ceci fait alors référence au mécanisme 2 (ou registre léger). L'émission vocale se caractérise par un son aigu situé dans les octaves 3 et 4 (figures 1 et 2). Le muscle crico-thyroïdien est le principal muscle tenseur des cordes vocales. Sa contraction provoque la bascule du cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde et permet l'augmentation de la fréquence fondamentale parlée (Le Huche & Allali, 2010).

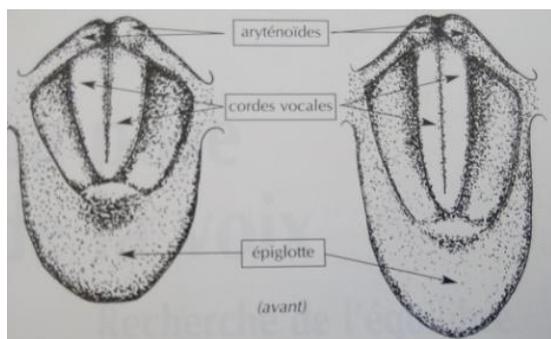


Figure 1 : (à gauche) mécanisme 1, (à droite) mécanisme 2  
Vue du dessus

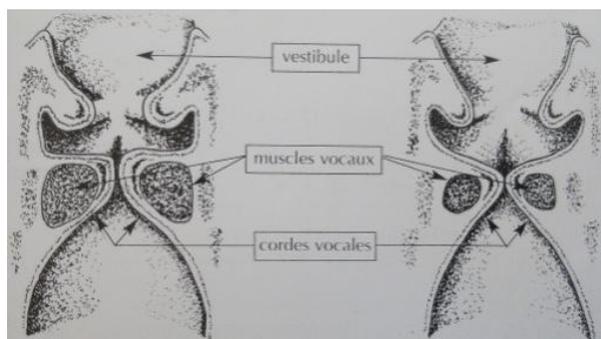


Figure 2 : (à gauche) mécanisme 1, (à droite) mécanisme 2  
Vue en coupe sagittale

Illustrations de Benoît Amy de la Bretèque (2004, p.15)

## 2.2.2 Description de la vibration des plis vocaux

### 2.1.2.a Sur les sons graves (Cornut, 2008)

Pour la production de sons graves, les plis vocaux semblent courts et détendus (figure 3). On observe une faible tension du muscle vocal et de ceux qui fixent les aryténoïdes. Une large amplitude vibratoire de 3 à 5 mm est constatée.

A chaque vibration les cordes vocales forment le mouvement caractéristique du son grave. L'ouverture débute par la partie inférieure du bord de la corde. Le mouvement se poursuit en haut et en dehors de la corde vocale. La fermeture s'engage également au niveau de la partie inférieure des cordes vocales. Cependant, au contraire du mouvement d'ouverture, la

fermeture se poursuit sur le plan vertical en intégrant toute la corde en même temps. Pendant cette fermeture, la *Lamina Propria* ondule avec une grande amplitude.

### 2.1.2.b Sur les sons aigus (Cornut, 2008)

On observe un mécanisme différent lors de la production d'un son aigu (figure 4). D'abord, les cordes vocales paraissent plus tendues et plus longues. Ce mécanisme 2, appelé « de tête » ou « voix de fausset » se caractérise par un bord des cordes vocales plus mince. On observe une faible amplitude vibratoire de 0.5 à 1 mm.

L'ouverture et la fermeture englobent toute la corde en même temps et on n'observe pas de différence verticale de phase comme à l'émission du mécanisme 1.

On peut observer un phénomène de *Damping* lors de l'émission d'un son aigu (fig. 4), c'est-à-dire que seuls les deux tiers antérieurs des cordes vocales vibrent alors que les apophyses vocales ne bougent pas et restent jointes.

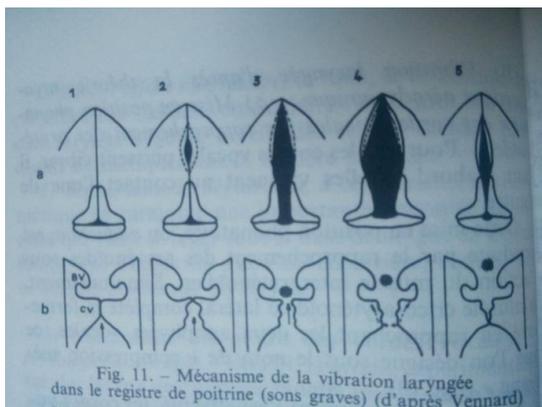


Fig. 3 – Mécanisme laryngé lors de l'émission d'un son grave

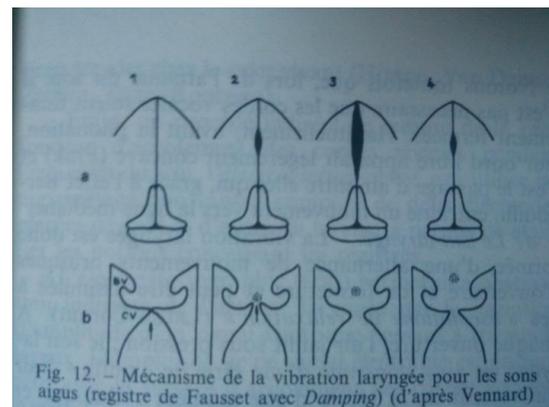


Fig. 4 – Mécanisme laryngé lors de l'émission d'un son aigu

Illustrations d'après Cornut G. (2008, p.21)

## 2.1.3 Les différences entre les hommes et les femmes : une voix différente

### 2.2.3.a L'émission d'une parole et d'un son différents

Selon Oates et Dacakis (1983), pour la plupart des études, le paramètre vocal le plus important pour distinguer un homme d'une femme est la hauteur de la fréquence fondamentale parlée.

La hauteur du son périodique complexe de base est caractérisée par la fréquence fondamentale (F0). Les femmes présentent une fréquence fondamentale parlée plus élevée (180-224 Hz) que celle des hommes (80-120 Hz). Ainsi, en situation d'écoute, la voix féminine est plus aiguë que celle de l'homme (Hancock & Garabedian, 2013). La fréquence moyenne lors de l'émission de voyelles est approximativement 20% plus basse chez les hommes que chez les

femmes (Coleman, 1971). Pour ce même auteur, la moindre grandeur des cavités féminines de la tête et du cou pourraient expliquer ce phénomène. Gunzburger (1995), quant à lui, suggère que les locuteurs contrôlent leur voix afin de se conformer aux stéréotypes vocaux féminins ou masculins.

De plus, Dacakis (2002) a observé une fente longitudinale sur le plan glottique en phonation plus fréquemment chez les femmes par rapport aux hommes. D'un point de vue clinique, cette observation serait à mettre en lien avec une voix feutrée, suave et douce (Descloux, 2012). De même, Dacakis rappelle en 2012 que les hommes parlent avec une intensité plus élevée et sont vocalement plus monotones que les femmes. Ainsi les femmes moduleraient davantage leur parole notamment grâce à des intonations plus marquées.

Cependant, la communication ne dépend pas de la seule information auditive et d'autres paramètres sont à prendre à compte.

### 2.2.3.b Une parole et des codes de communications différents

Plusieurs auteurs évoquent des différences langagières et communicationnelles selon les genres. Oates et Dacakis les recensent en 1983. Ainsi, le sexe influencerait les compétences syntaxiques et pragmatiques. De même les femmes articuleraient de manière plus précise et utiliserait un vocabulaire plus poli. L'usage des adjectifs différencierait également tout comme les sujets de conversation.

Pour Descloux (2012), le vocabulaire, les temps utilisés et les sujets de conversation sont également représentatifs du genre. De même, les expressions faciales, le contact visuel, la distance à l'interlocuteur et la posture diffèrent. En cela, la communication différencierait également sur le plan non verbal en fonction des genres.

De son côté, Slembeck (1990) évoque que le style féminin comporterait davantage de tournures limitatives en y intégrant des formules telles que « peut-être » ou « relativement ». Ces caractéristiques féminines favoriseraient ainsi l'échange d'idées avec l'interlocuteur. De plus, pour le même auteur, les demandes de confirmation de la part des femmes sont plus courantes et l'usage du conditionnel plus répandu chez la gent féminine.

En conclusion, la parole et le son émis seraient différents en fonction du sexe de l'individu.

Ce dernier influencerait donc la hauteur de la voix parlée, l'intensité et la prosodie. De même, selon certaines études, le sexe peut influencer le mode de communication, le vocabulaire, la syntaxe, la communication non-verbale, le langage verbal et les sujets de conversation.

Cependant, ces différences ne constituent pas une norme. En effet, malgré des tendances relevées en fonction des genres, les plus grandes différences demeurent interindividuelles. Bailly (2006) défend notamment cette idée. Elle reproche aux travaux réalisés sur la question des rapports entre le genre et la langue maternelle, d'avoir pour point de départ des idées reçues et de conclure à des généralités voire à des stéréotypes. Ces études, souvent anglophones, risquent donc de faire oublier la spécificité individuelle de chacun. De même ces études ne permettent pas de distinguer les différences langagières résultant des stéréotypes sociétaux.

Malgré cet aspect, ces études restent intéressantes pour notre sujet, notamment pour aider nos patientes dans la prise de conscience de codes de communications socioculturels.

Becklung Freidenberg (2002) propose ainsi aux orthophonistes de mener une réflexion autour des stéréotypes de communication selon les genres avec nos patients. Il en est de même pour un travail autour des différences culturelles entre les hommes et les femmes.

### 2.2.3.c La perception du genre

#### **Les modalités de reconnaissance d'une voix**

L'être humain construit des prototypes cérébraux à partir de sensations auditives (Révis, 2013). En effet, des expositions répétées à une même voix permettent la construction d'une représentation mentale de cette voix. Ce référent interne sonore comprend les caractéristiques vocales comme la hauteur, l'intensité, le timbre et l'accent. Au fil de notre vie, nous fabriquons une bibliothèque de voix stockée en mémoire à long terme. Ainsi, lorsque nous écoutons une voix, nous comparons ses caractéristiques à notre bibliothèque de représentations vocales internes (Révis, 2013). Ce processus permet l'identification des voix des personnes du quotidien.

#### **L'identification des voix féminines et masculines**

Selon Gelfer et Bennett (2013), il semble que les fréquences des formants vocaliques sont des indices importants pour la perception du genre. En effet, pour les unités de parole courtes telles que les voyelles isolées et les syllabes, la fréquence fondamentale semble être l'indice le plus fort pour identifier le genre de la personne.

De plus, selon Gelfer et Schofield (2000), les femmes transgenres identifiées comme étant des femmes par le seul critère vocal ont une fréquence fondamentale moyenne plus aiguë que les femmes transgenres identifiées comme étant des hommes. Il en est de même pour la limite de note aiguë qui est plus élevée chez les patientes identifiées comme étant des femmes. A partir d'un jury d'écoute sur la production de /a/ et de /i/, les auteurs ont observé une corrélation positive entre une fréquence fondamentale parlée élevée et le fait d'être identifiée comme féminine.

Cependant, Guittot et Péron (2003) montrent qu'un fondamental bas est toujours associé à une voix d'homme, contrairement à un fondamental élevé qui n'est pas toujours synonyme d'une voix féminine. Ainsi, la hauteur ne suffit pas, à elle seule à identifier le sexe du sujet parlant.

En effet, parmi les différents facteurs contribuant à la reconnaissance du genre d'un individu, la parole et les caractéristiques qui l'accompagnent semblent également occuper un rôle important (Le Chien et al, 2014).

Selon Gelfer et Bennett (2013), la fréquence fondamentale n'est pas le seul indicateur de genre. En effet, la hauteur semble être l'indice principal de genre pour des unités de paroles courtes. Cependant cela l'est moins en situation de parole et selon les types d'énoncés. Les auteurs concluent alors que l'interlocuteur est sûrement influencé par la prosodie et la connaissance du sexe de l'interlocuteur.

De plus, Guittot et Péron (2003) ont conclu dans leur étude que le nombre d'harmoniques ne permet pas de définir la masculinité ou la féminité d'une voix. Elles en ont déduit que le caractère féminin d'une voix dépend également de critères subjectifs qui seraient la modulation, l'intonation, la douceur et le phrasé.

En conclusion le genre influence les paramètres vocaux et langagiers.

En tenant compte de ces particularités liées aux genres, quelles améliorations peuvent être attendues d'un accompagnement vocal ?

### **3. L'accompagnement vocal**

Alors que nous observons un phénomène de mue consécutive à la prise d'hormone chez les hommes transgenres, le traitement hormonal ne modifie pas la configuration laryngée pour les individus M-to-F (Wagner I. et al, 2003). Or, la voix fait partie des différents facteurs contribuant à la souffrance des femmes transgenres. La différence entre leur voix et leur nouvelle apparence est très souvent une plainte. Le handicap communicationnel engendré peut alors provoquer un isolement et une souffrance psychologique (Wagner I. et al., 2003) . L'intervention orthophonique s'inscrit ainsi dans ce contexte.

La rééducation de la communication doit être individualisée (Davies & Goldberg, 2006). La prise en compte des paramètres sociaux, professionnels et des besoins personnels est primordiale pour l'efficacité de la prise en soin (Davies & Goldberg, 2006 ; Freidenberg, 2002).

#### **3.1 L'accompagnement orthophonique**

Guittot et Péron (2003) ont souligné dans leur mémoire qu'il existait une demande de rééducation. Cependant, les femmes transgenres ne s'orientaient pas immédiatement vers l'orthophonie par manque d'informations.

##### **3.1.1 Objectifs de prise en charge**

Pour De Bruin (2000), l'objectif général de l'intervention orthophonique est d'adapter le comportement vocal au genre féminin. De la même manière, Freidenberg (2002) pense qu'il s'agit d'adapter la voix afin qu'elle ne diverge plus de l'apparence féminine de l'individu.

D'après Dacakis (2000), le but de la rééducation vocale MTF est d'élever suffisamment la fréquence fondamentale laryngée (F0) pour entrer dans une zone fréquentielle entre 145 et 165 Hz ou plus si cela est possible. On inclut également dans la prise en charge des facteurs caractérisant la voix. En effet, comme lu précédemment, bien que la fréquence fondamentale soit le caractère prédominant pour qualifier le genre de la voix, différents éléments peuvent également le caractériser. L'unité de Phoniatrie et de Logopédie du CHUV de Lausanne (Suisse) détermine ainsi quatre axes de traitement orthophoniques : vocal, verbal, non-verbal et psychologique. (Descloux, 2012)

On note que la rééducation vocale commence souvent après le début du traitement hormonal car le travail vocal de féminisation de la voix est facilité par la féminisation du corps (Guillot et Péron, 2003). Ainsi la voix est en adéquation avec l'apparence physique. Descloux (2012) indique que la prise en charge est d'environ 12 séances en Suisse.

### 3.1.2 Le bilan

Selon Guittot et Péron (2003), le bilan initial s'apparente à un bilan vocal classique : l'évaluation de la hauteur, du timbre, de l'intensité, des paramètres temporels, de l'étendue vocale, de la coordination pneumo-phonique, des paramètres de la parole comme l'articulation et le débit. L'anamnèse est particulièrement importante pour cerner les attentes de la patiente et comprendre son parcours.

Pour Thornton (2008), le bilan doit vérifier l'absence d'un éventuel trouble vocal avant de commencer le travail vocal spécifique à un genre. De même, après l'évaluation vocale, une discussion portant sur les attentes de la patiente doit être engagée, notamment dans les différentes situations de la vie quotidienne.

Le temps du bilan et de l'anamnèse peuvent également être le moment pour choisir un modèle vocal avec l'orthophoniste afin d'assurer une cohérence entre la voix initiale et les besoins quotidiens de la patiente (Descloux, 2012).

Enfin, il est important que l'orthophoniste explique dès le bilan ce que la patiente peut attendre de cette prise en charge avec les buts et les limites du suivi.

### 3.1.3 Les principes généraux de la thérapie

Les domaines à travailler selon De Bruin, Coerts et Greven (2000), Dacakis (2002 et 2012) ou Descloux (2012) permettent d'avoir une vue générale de la prise en charge pouvant être proposée à nos patientes transgenres.

#### Les connaissances théoriques et appropriation du schéma corporel

De Bruin et al. (2000) conseillent dans un premier temps d'identifier et de discriminer les composantes d'une voix féminine et masculine. Ensuite, la patiente est invitée à analyser sa propre voix. Ces connaissances constituent les pré-requis de la rééducation : connaissances théoriques et appropriation de son schéma corporel.

#### La réduction de l'usage du mécanisme 1 au profit du mécanisme 2

La discrimination des différents types de résonance et l'écoute attentive des différences entre

le registre de poitrine et le registre de tête constituent le préambule de ce travail (De Bruin et al., 2000). Des *glissando scales* peuvent également être proposés si nécessaire. Ces derniers consistent en la production de sons graves et aigus en positionnant ses doigts au niveau du larynx. Cet exercice permet la prise de conscience des différences de vibrations en fonction des mécanismes laryngés. Une fois que la juste vibration a été identifiée par la patiente, l'orthophoniste l'invite à prolonger les sons et à faire des vocalises afin de se rapprocher des situations de phonation dites « féminines ».

#### Le travail autour des paramètres para-verbaux et non-verbaux

Un travail autour de l'intonation est proposé par De Bruin et al (2000). D'abord l'orthophoniste identifie avec sa patiente les différences d'intonation entre l'homme et la femme. Ensuite des activités d'imitation des intonations féminines sont proposées. Le praticien peut aussi proposer des activités autour de la gestuelle féminine, des aspects verbaux et non-verbaux, du rire et de la toux. Les adaptations de l'intensité et du débit peuvent aussi être importantes à travailler en cas de besoin.

En exemple, Dacakis (2002) a montré que les intonations montantes plus fréquentes sont caractéristiques d'une voix féminine. Descloux (2012) propose de travailler cet aspect par le biais de la lecture en y supprimant les intonations descendantes puis en exagérant l'intonation. Enfin, la généralisation peut être travaillée en voix conversationnelle.

#### Le travail de l'articulation et de la résonance

De Bruin conseille également de travailler une articulation dite « délicate » et proposant des exercices moteurs bucco-faciaux. On peut également travailler avec notre patiente sur l'articulation en l'incitant à surarticuler légèrement et en insistant pour qu'elle prononce toutes les syllabes (Descloux, 2012).

#### Le travail du timbre voilé

Palmer, Dietch et Searl (2010) ont montré que les femmes transgenres dont le passing vocal se rapprochait d'une voix féminine avaient une configuration glottique plus proche de la configuration laryngée féminine que masculine. Grâce à des examens stroboscopiques, ils ont observé une fermeture glottique incomplète. Les auteurs font l'hypothèse d'une production vocale plus soufflée ou plus douce par rapport au comportement vocal masculin. Descloux (2012) propose ainsi de travailler l'apport d'un léger souffle sur la voix.

### Le travail des attaques vocales

Un travail autour des attaques douces, en évitant les coups de glotte fait également partie des principes rééducationnels pour Descloux (2012).

### Le travail de l'intensité

Une intensité forte est davantage attribuée à la gent masculine (Dacakis, 2002). Travailler cet aspect semble donc primordial afin de féminiser les voix de nos patientes. En plus d'exercices spécifiques autour de la réduction de l'intensité, on peut fournir un feedback en enregistrant la conversation entre l'orthophoniste et la patiente.

### La prévention d'une dysphonie

D'après Dacakis (2000), le travail de modification vocale peut entraîner un forçage vocal. D'après Descloux (2012), l'orthophoniste doit donc être vigilant à tout signe de forçage. On peut proposer des exercices similaires à ceux proposés en cas de dysphonie hyperfonctionnelle. Les exercices de détente et de respiration sont, dans ce cas, préconisés.

### La thérapie de la résonance

Selon De Bruin (2000), les rétractations labiales provoquent une modification de la résonance qui serait bénéfique lors de prise en charge des personnes transgenres. Il en est de même pour la mise en place d'une position de langue plus antérieure. D'après cette observation, Carew et al (2007), ont réalisé une étude selon les principes d'une thérapie de la résonance (*Oral resonance therapy*). Le but était de modifier la résonance orale grâce à deux paramètres : l'étirement des lèvres lors de la phonation et une position linguale plus antérieure. Après réalisation du protocole, la fréquence des formants vocaliques et la fréquence fondamentale avaient significativement augmenté. De plus, les participantes évaluaient leur voix comme plus féminine à la fin du protocole. Ainsi, il peut être intéressant de travailler l'étirement labial et une position linguale antérieure auprès des patientes transgenres.

### Le travail du feedback

Selon Van Borsel et al.(2001), les évaluations auditives à elles seules offrent de moins bon résultats que les évaluations audio-visuelles. Il est important que les paramètres autres que la voix soient travaillés et évoqués lors des rééducations orthophoniques.

Révis (2013), orthophoniste au centre hospitalier et universitaire de la Timone à Marseille, travaille essentiellement le feedback audiovisuel avec ses patientes transgenres. Elle propose de filmer le sujet en situation de phonation, puis de regarder la vidéo pour la commenter ensemble par la suite. Cela permet de souligner les comportements vocaux à conserver et ceux à remettre en question (p.16).

Descloux (2012) travaille également autour du feedback visuel. En effet des outils informatiques permettant la visualisation de la hauteur tonale comme Sona Speech ou Praat par exemple, permettent une évaluation objective de la hauteur. La hauteur du son est ainsi observable grâce au feedback visuel. Le patient peut ainsi moduler sa voix et s'approprier les nouveaux schèmes moteurs en s'ajustant.

#### 3.1.4 Protocole de rééducation de Guillot et Péron (2003)

En fonction des profils des patientes, des exercices préparatoires pourront être proposés si nécessaire. Ainsi, en cas de tension générale ou localisée, un travail de relaxation peut être intéressant. De plus, alors qu'une posture droite permet une voix claire, une respiration adaptée et une augmentation de la pression aident à atteindre les aigus. Ainsi la posture, la respiration et le souffle peuvent être des axes de prise en charge. Ces derniers favorisent une émission sonore de qualité et privilégient l'émission de sons aigus.

Dans leur protocole, Guillot et Péron (2003) proposent également des exercices spécifiques comme le travail de la hauteur en travaillant les gammes, les vocalises, le passage en voix de tête et le chant. Ces exercices favorisent par ailleurs la souplesse et la mélodie. La technique vocale peut également être améliorée en travaillant le contrôle de l'intensité (en entraînant les variations fort/faible), le timbre et la résonance en proposant des activités de prise de conscience des cavités de résonances. A l'instar des travaux sur la thérapie de la résonance, elles proposent également un travail d'antériorisation de l'articulation.

Un travail des paramètres paraverbaux comme la modulation, l'intonation, le débit de la parole sont également préconisées pour nos patientes transgenres. En effet, comme lu précédemment, ces caractéristiques permettent l'identification du genre. Il demeure donc important de les travailler afin d'améliorer leur expression de genre féminine. De plus, afin de préserver le caractère naturel de la parole, un travail autour de l'expressivité, notamment en proposant des jeux de rôle, peut également être adapté à ces prises en charge.

Guillot et Péron (2003) proposent également un travail d'attaques plus souples et feutrées en installant un léger souffle sur le timbre de la voix. Ces exercices permettent de rendre la voix plus douce, plus féminine. Un travail autour des composantes de la communication peut également être intéressant, en échangeant avec notre patiente sur la posture ou les gestes interprétés aux yeux de la société comme étant féminins ou masculins.

### 3.1.5 Le style langagier

Comme vu précédemment, le langage comprend des stéréotypes de genres. Ainsi, il peut être intéressant de travailler ces aspects avec nos patientes transidentitaires.

## 3.2 Suivi phoniatrique

### 3.2.1 Le suivi médical

En parallèle du suivi orthophonique, un suivi phoniatrique est important. Il permet d'exclure les pathologies vocales et d'observer les modifications. Ainsi le phoniatre vérifie par laryngoscopie l'aspect des cordes vocales et par stroboscopie le mécanisme laryngé privilégié en phonation (De Bruin, 2000).

### 3.2.2 Les chirurgies laryngées d'élévation de la hauteur

Il existe des interventions chirurgicales du larynx visant à modifier la voix. Toutes ces chirurgies ont comme objectif d'élever la fréquence fondamentale jusqu'à un niveau minimal de 145 Hz à 165 Hz (Dacakis, 2000).

Il n'existe aujourd'hui pas de consensus concernant l'élaboration de critères de réussite de la chirurgie. Les recommandations chirurgicales diffèrent d'une école à une autre et elles reposent majoritairement sur des avis d'experts dans la littérature (Lechien et al, 2014). Nous pouvons également évoquer la grande hétérogénéité géographique. En effet, alors que ces chirurgies sont régulièrement pratiquées en Asie, les chirurgiens opérant en Europe sont plus rares. Le suivi orthophonique reste conseillé avant et après la chirurgie afin d'apprendre à moduler sa voix et à respecter des mesures d'hygiène (Dacakis, 2002).

#### 3.2.2.a Trois principes de chirurgies

Selon Gross (1999) ces interventions rassemblent trois principes qui sont d'accroître la tension des cordes vocales, d'altérer la consistance des plis vocaux et d'en réduire la masse.

Ces techniques ont été développées pour les patientes MTF pour lesquelles la rééducation orthophonique n'a pas été concluante. Lechien et al. (2014) décrivent trois techniques communément proposées : la cricothyropexie, l'avancement de la commissure antérieure et la scarification au laser.

#### 3.2.2.b La cricothyropexie

Cette technique est la plus utilisée et est considérée comme « première ligne chirurgicale » dans le monde occidental. Elle fut décrite la première fois par Isshiki en 1974. Elle correspond à la suture antérieure des cartilages thyroïde et cricoïde (Lechien et al., 2014). Les chirurgiens réduisent la distance crico-thyroïdienne en suturant les cartilages thyroïde et cricoïde. Le cartilage cricoïde est poussé vers l'arrière et le haut tandis que le thyroïde bascule vers l'avant et le bas. Cette opération permet de tendre les cordes vocales et, dans la plupart des études, d'augmenter la fréquence fondamentale parlée du patient après 6 à 18 mois (Spiegel, 2006, cité par Lechien et al. en 2014). La majorité des études rapportent une satisfaction élevée.

#### 3.2.2.c Avancement de la commissure antérieure

Cette technique, réalisée par voix externe, a été décrite en 1983 (Guice et al.) puis a été modifiée. Cette opération chirurgicale correspond à la suture du tiers antérieur des plis vocaux. Cet avancement permettra de tendre les cordes vocales et d'augmenter la tension au sein de celles-ci (Lechien et al., 2014). L'augmentation de tension dans les cordes vocales engendre une augmentation de la fréquence fondamentale. Malgré son efficacité, cette technique est difficile à réaliser, ce qui la place en deuxième ligne pour le traitement chirurgical.

#### 3.2.2.d Scarification au laser

Cette technique consiste à altérer la consistance cordale (Le Chien et al., 2014). Le laser brûle la muqueuse à 1-3mm du bord libre des cordes vocales. La cicatrice engendrée par la fibrose post-opératoire augmenterait la fréquence opératoire par le biais d'une réduction de la masse des plis vocaux. Ceci permettrait une ondulation plus rapide du bord libre des cordes vocales. D'après Orloff et al (2006), cette technique semble préserver la fermeture glottique, la symétrie et l'amplitude de l'ondulation des plis vocaux. Cependant, elle est peu recommandée aujourd'hui du fait de l'enrouement engendré.

### 3.2.2.e La méthode du Professeur Remacle

Contacté personnellement pour la conduite de ce mémoire, le Professeur Remacle nous a renseignées sur sa façon d'opérer ses patientes transgenres. En effet, ce dernier a créé une technique chirurgicale inspirée des travaux de Wendler. La glottosplatie selon Wendler permet habituellement, selon lui, un gain de 75 à 100 Hz (Remacle, communication personnelle, mars 2018). Cette chirurgie est transorale et offre des résultats permanents. Le but est de créer une synéchie pour réduire la longueur des cordes vocales. Ainsi on réduit la masse vibrante (Remacle, 2011). Aujourd'hui, cette technique obtient de bons résultats. Cependant, nous n'avons pas encore de recul pour observer les conséquences de cette chirurgie à très long terme (Révis, 2013).

### 3.2.3 L'opération laryngée de rabotage de la pomme d'Adam

Le chondroplastie ou laryngoplastie est l'opération de rabotage de la pomme d'Adam. L'objectif est purement esthétique et non vocal. Cependant, nous pensons que cette opération peut être bénéfique à une meilleure production vocale. On pourrait en effet penser que cette opération favorise une posture adéquate du port de tête. En effet, la femme transgenre s'autoriserait à davantage relever la tête, contrairement à quand elle essayait de cacher sa pomme d'Adam. Ainsi, la production vocale pourrait se voir améliorée, grâce à l'acquisition d'une posture adaptée à la projection vocale.

En conclusion le soin vocal des femmes transgenres offre des suivis orthophonique et phoniatrique complets selon les besoins, la plainte et la demande de la patiente transgenre. La rééducation orthophonique permet une rééducation vocale et un travail non-verbal axé autour des différences langagières selon les sexes. Des chirurgies laryngées peuvent également être réalisées.

## **Partie 2 Etude**

Pour rappel, ce mémoire a pour objectif de mieux cerner la plainte vocale des femmes transgenres pour répondre à la problématique suivante : *Dans quelle mesure la voix constitue une souffrance pour la population des femmes transgenres et comment l'orthophoniste peut adapter son exercice afin de répondre à cette plainte vocale spécifique?*

Pour analyser cette demande vocale, il a été décidé de mener des entretiens avec des femmes concernées par la rééducation orthophonique afin de mieux cerner leurs attentes et d'évaluer

leur satisfaction par rapport à la prise en soin. Dans un second temps, un questionnaire a été créé dans le but de recueillir des données sur les ressentis vocaux des femmes transgenres non suivies en orthophonie. Ces deux modes de recueil de données différents permettent une analyse plus riche grâce à leur complémentarité. Les questionnaires renseignent ainsi les entretiens. Cette étude fut réalisée dans le cadre d'un engagement éthique (annexe 8).

### **Objectifs généraux de l'étude**

Les buts généraux des entretiens et des questionnaires sont les suivants :

- ❖ Analyser la plainte vocale des femmes transgenres
- ❖ Recueillir des données concernant le ressenti des femmes transgenres par rapport à leur voix
- ❖ Analyser les besoins en orthophonie de la population des femmes transidentitaires.

## **1. Les entretiens**

### **1.1 Le choix du mode de recueil de données**

Le recueil de données a été effectué par le biais d'entretiens pour diverses raisons. L'entretien est un lieu privilégié où il y a une rencontre. Cette rencontre permet un partage et un échange que ne permet pas le questionnaire. C'est cet aspect qui nous a menées à préférer les entretiens aux questionnaires dans un premier temps.

De plus, il a semblé important de rencontrer des femmes afin de mieux comprendre la problématique identitaire dans sa globalité, la voix faisant partie de l'identité parmi tant d'autres paramètres. En instaurant un climat de confiance, les entrevues permettent le partage d'émotions. Le thème de ce mémoire traitant de sujets personnels, la rencontre semblait primordiale pour aborder des sujets comme les ressentis, les attentes, la question de l'identité vocale, la gêne et la souffrance vocale.

### **1.2 Les objectifs**

Afin de répondre à la problématique, les objectifs de la passation de ces entretiens sont les suivants :

- Identifier, préciser et caractériser la demande vocale, les attentes et les besoins en orthophonie de cette population.
- Analyser si la prise en charge est adaptée et si le suivi orthophonique répond aux demandes initiales.

- Investiguer les domaines pour lesquels l'orthophoniste a aidé ces patientes et a impacté leur quotidien.
- Obtenir des données concernant la satisfaction des patientes.

### **1.3 Population**

Pour pouvoir participer aux entretiens, les critères d'inclusion étaient les suivants : les participantes doivent être transgenres (Male-to-Female) et avoir commencé leur transition ou l'avoir finie. Ces femmes transidentitaires doivent être suivies en orthophonie ou l'avoir été.

### **Le recrutement**

L'enquêteur a contacté des orthophonistes qui lui ont adressé les patientes acceptant de participer à l'étude. Sur accord des participantes, leurs coordonnées ont été adressées par l'orthophoniste à l'interviewer. Ce dernier les a alors contactées par téléphone dans un premier temps. Après présentation de l'étude et de ses objectifs, il a été fixé un rendez-vous avec les volontaires entre décembre 2017 et mars 2018.

### **1.4 Méthodologie**

#### **1.4.1 La construction de la trame d'entretien**

Alors qu'un entretien non-directif aurait rendu l'orientation difficile pour l'investigateur, l'entretien directif, quant à lui, semblait restreindre l'échange. Ces entretiens avaient pour but initial de recueillir les différents ressentis et leurs éventuelles propositions ou interprétations par rapport à la problématique vocale. L'entretien semi-dirigé a donc été sélectionné pour cette étude. Ce format a permis alors un échange constructif.

Une trame d'entretien a ensuite été rédigée à partir de diverses lectures et des remarques recueillies lors du premier entretien avec une femme transgenre. Ce guide d'entretien a été pré-testé lors de rencontres avec deux femmes transgenres en décembre 2017. Cette trame, disponible en annexe D, investigate plusieurs domaines:

- *La chirurgie ORL*

Il semble en effet primordial de questionner la patiente sur ses éventuels antécédents ORL (pathologie, maladie, chirurgie de féminisation vocale). Les éléments apportés lors de l'entretien seront analysés différemment en fonction de ces antécédents.

- *Le lien entre l'identité et la voix*

Afin de mieux comprendre le mal-être vocal que peuvent ressentir ces femmes, il est important de questionner ce lien entre identité et voix. Notre hypothèse est la suivante : la voix fait partie de l'identité et du passing. Autrement dit, elle contribue au fait d'être identifiée comme étant une femme et cela est ressenti comme tel par la population de femmes transgenres.

- *La demande d'un travail vocal et les attentes vis-à-vis de ce travail*

Des questions précises ont été formulées afin de répondre à notre problématique initiale.

- *Le rôle de l'orthophoniste auprès de cette population et les exercices pratiqués en séance*

Ce mémoire s'adresse à un public d'orthophonistes et de personnes transidentitaires. Il semble alors important de questionner notre panel de participantes sur le rôle de l'orthophoniste auprès de la population transgenre. Des informations concernant les exercices proposés permettront également d'avoir une vision globale de ce qui est travaillé aujourd'hui. Les réponses apportées pourraient rendre possible l'adaptation des prises en charge si cela est nécessaire.

#### 1.4.2 Déroulement des entretiens

Les six entretiens ont eu lieu dans des lieux publics choisis par les participantes. Ces derniers duraient entre une heure et cinq heures trente. L'entretien débutait systématiquement par la présentation de l'étude et des conditions de passation. A la fin de cette présentation la feuille de consentement libre et éclairée était signée par les interviewées (annexe 7). Par la suite et selon ses souhaits, la participante présentait son parcours de vie et son vécu vocal si elle le souhaitait. Le guide d'entretien composé de questions a ensuite été suivi par l'interviewer. A la fin de l'entretien, toutes les participantes ont partagé le souhait d'être informées des résultats de l'étude.

#### 1.4.3 Transcription des entretiens

Les thèmes abordés étant très personnels, l'enregistrement des entretiens n'a pas été souhaité par l'enquêteur. De plus, la durée relativement élevée de ces entrevues (entre une heure et cinq heures trente) ne permettait pas un enregistrement continu pour les plus longues

rencontres. Afin d'uniformiser le mode de recueil de données, il a été décidé que la prise de notes serait donc concomitante à l'échange. Pour retranscrire le plus fidèlement la parole de l'interviewée, des pauses étaient cependant nécessaires pour permettre à l'enquêteur d'écrire.

### **1.5. Outil d'analyse**

Une grille d'analyse des entretiens a été élaborée (annexe E). Cette dernière fut rédigée à partir de la trame d'entretien et des thèmes abordés. Chaque réponse était ajoutée à cette grille d'analyse à la fin de l'entretien. Ensuite les réponses similaires ont été regroupées afin de pouvoir les comptabiliser et les analyser dans un second temps.

## **2. Les questionnaires**

Lors des divers entretiens, une problématique a été relevée : une quantité non négligeable de femmes transgenres travailleraient leur voix seules, donc sans suivi orthophonique. Nous nous sommes donc inspirées de cette information pour créer un questionnaire à l'intention de ces femmes. Le but de ce dernier est de comprendre la raison de cette absence de prise en charge et d'investiguer la gêne vocale des femmes transgenres à plus grande échelle.

### **2.1 Le choix du mode de recueil des données**

Le mode de recueil de données du questionnaire a été choisi pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le questionnaire permet de recueillir davantage de réponses et de recruter davantage de participants par rapport aux entretiens. De ce fait, il a semblé intéressant de l'informatiser afin de le diffuser plus facilement. Le questionnaire présente par ailleurs l'avantage de requérir peu de temps pour le répondant, ce qui peut augmenter sa motivation à participer à l'étude.

### **2.2 Objectifs du questionnaire**

Les objectifs du questionnaire sont les suivants :

- Analyser si cette population présente une plainte et une gêne vocale malgré l'absence de prise en charge vocale.
- En cas de plainte ou de gêne vocale, extraire différents profils par rapport aux données recueillies si cela est possible.
- Expliquer cette absence de prise en charge.

### 2.3 Population

Pour la participation au questionnaire, les critères d'inclusion étaient les suivants: les participantes doivent être des femmes transidentitaires et avoir commencé leur transition ou l'avoir finie. Ces femmes ne doivent pas être suivies en orthophonie ou avoir été suivies en orthophonie.

### 2.4 Méthodologie de la construction du questionnaire

#### 2.4.1 La définition des objectifs

Les objectifs ont été définis en premier lieu. Pour répondre à la problématique, ce questionnaire a pour but de recenser la demande et la gêne vocale des femmes transidentitaires non suivies en orthophonie. Selon les résultats, différents profils de femmes pourront être extraits. Ce questionnaire aspire également à observer le manque d'informations par rapport au métier d'orthophoniste et les éventuelles causes du manque de suivi.

#### 2.4.2 La constitution d'une banque de questions

Après un travail de documentation sur les questionnaires existants, nous avons extrait deux questions du TVQ (Transsexual Voice Questionnaire) édité en 2012 par Dacakis et ses collaborateurs. Les deux questions sélectionnées interrogent le participant sur leur voix actuelle et puis sur leur voix rêvée. Une a été retranscrite telle quelle, une autre fut modifiée. Les droits d'auteurs ont été respectés. Toutes les autres questions ont été rédigées par l'investigateur à partir de données théoriques et de réflexions qui ont émergé lors des entretiens.

##### 2.4.2.a Le contenu du questionnaire

Le questionnaire (annexe G) interroge les participantes sur les sujets suivants :

- *La connaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des femmes transgenres et les raisons de leur absence de prise en charge orthophonique*

En effet, il semble important de quantifier la proportion de personnes non-informées. Dans le cas où une mésinformation serait mise en évidence dans les résultats, un travail d'information auprès de cette population, notamment à l'aide des associations pourra être envisagé.

- *Le travail vocal et le contrôle vocal effectués seul ou via un moyen autre que l'orthophonie*

Aborder la notion de contrôle vocal nous semble essentiel. En effet, à notre sens, malgré l'absence de plainte vocale, le contrôle de la voix mettrait en évidence une problématique vocale sous-jacente. En effet, ce contrôle pourrait être l'expression d'une gêne vocale, d'une pression sociétale ou d'une peur plus ou moins consciente. Ainsi, une femme n'exprimant pas de plainte vocale mais affirmant contrôler sa voix serait potentiellement sujette à une problématique vocale.

- *Les ressentis personnels par rapport à la voix*

Les entretiens individuels ont mis en évidence une souffrance importante de cette population. La voix, entre autres, alimente cette souffrance. Il semblait alors important d'interroger également les femmes non-suivies en orthophonie par rapport à leurs ressentis et à leur vécu vocal. Ainsi, nous pourrions analyser si cette souffrance vocale est généralisée à l'ensemble de la population de femmes transgenres ou non.

- *Le lien avec la chirurgie laryngée*

Afin de mieux analyser les résultats et les interpréter, il semble essentiel de connaître les antécédents chirurgicaux laryngés de la patiente. En effet, nous ne pouvons interpréter les résultats de la même façon selon la réalisation d'une opération chirurgicale ou non.

Ces sujets ont été regroupés sous différents titres de parties afin de renseigner le participant sur l'évolution du questionnaire: les généralités, le contrôle vocal et le travail vocal, les ressentis personnels par rapport à la voix, le lien avec la chirurgie vocale et les questions concernant le rapport à l'orthophonie.

#### 2.4.2.b La formulation des questions

Le vocabulaire et la syntaxe ont été choisis afin qu'ils soient facilement compréhensibles. Dans le même but, les termes techniques ont été évités. Les questions ont été formulées afin qu'elles soient claires, concises et n'expriment qu'une seule idée. Les termes choisis ne font pas appel à l'interprétation personnelle.

#### 2.4.2.c Le format des questions

Des questions fermées ont été choisies en majorité afin de faciliter l'analyse des données. Sur 21 questions, on compte 10 questions dichotomiques (choix oui/non), 4 questions à choix

multiples, 4 questions à choix multiples dans lesquelles le participant pouvait rajouter une réponse en cochant « autre », et 3 questions ouvertes. Nous avons limité le nombre de questions ouvertes afin de faciliter le traitement des données, cependant elles ont été essentielles pour la connaissance de la date de la transition, les arguments qui les motiveraient à débiter une prise en charge orthophoniques et des remarques complémentaires.

#### 2.4.2.d Révision et pré-test du questionnaire

Le questionnaire a été relu et corrigé par deux orthophonistes experts du domaine avant sa diffusion. De plus, le questionnaire a été pré-testé auprès de trois participants rencontrés lors des entretiens. Les sept premiers questionnaires ont également été remplis en la présence de l'enquêteur. Ces participantes ont ainsi pu partager leurs remarques sur le questionnaire.

#### 2.2.5 Diffusion du questionnaire et mode d'administration

Ce questionnaire a été diffusé grâce à deux canaux différents à partir de février 2018. Tout d'abord, nous avons pu présenter ce travail lors d'une invitation à une Conviviale Trans de l'association Nosig LGBTi à Nantes en février 2018. Cet événement a été très enrichissant pour différentes raisons notamment grâce à l'échange avec des femmes concernées par la problématique vocale. Il a aussi permis à ces femmes de partager leurs différents ressentis sur la question vocale. Puis les premières réponses au questionnaire ont été récoltées.

Suite à cet événement, et dans le but de recueillir davantage de réponses, le questionnaire a été informatisé grâce au site « Google Form », plateforme permettant la saisie informatique des réponses grâce à un lien internet. Ensuite, le questionnaire a été adressé à des associations de personnes transgenres par courriel et via les réseaux sociaux afin qu'elles diffusent ce questionnaire. Les associations Nosig LGBTi et Trans Inter Action ont ainsi accepté de transmettre ce questionnaire à plus grande échelle.

Aucune saisie de données administratives concernant l'identité n'a été réalisée dans le but de respecter l'anonymat des participants. Une lettre explicative en début de questionnaire informatisé explique les modalités de l'étude et le respect de l'anonymat (annexe F). La participation est volontaire et les personnes répondant au questionnaire informatisé s'engagent à avoir pris connaissance des informations rédigées dans cette lettre introductive. Les coordonnées de l'investigateur figurent dans cette introduction. Ainsi les participants peuvent

le contacter pour obtenir les résultats de l'étude ou lui adresser des questions complémentaires ou des remarques.

## Résultats

### 1. Les entretiens

Nous avons pu rencontrer six femmes. Lors de l'analyse des résultats, aucune distinction entre la population opérée et non-opérée n'a été effectuée. En effet, une seule femme opérée a participé à l'étude et ses réponses ne diffèrent pas de la population non-opérée.

#### 1.1 La demande et les attentes vocales

##### 1.1.1 La demande

Dans le passé, elles ont toutes été en demande d'orthophonie (6/6). La totalité avait pour attentes une voix plus féminine (6/6). Ces femmes souhaitaient acquérir de la technique vocale (4/6), être rassurées sur leur voix (4/6) et faire un travail d'acceptation vocale (3/6). Une femme évoquait alors le souhait de travailler le phrasé féminin et une autre l'articulation.

Ainsi dans l'ensemble la demande est double. D'une part ces femmes attendaient un travail de technique vocale dans le but d'acquérir une voix plus féminine qu'elles qualifient de « aiguë, douce, variée, flexible, posée, suave et tendre ». D'une autre part, elles souhaitaient un travail de réassurance, d'acceptation de la voix qui est à mettre en lien avec la souffrance ressentie au quotidien.

Aujourd'hui, la majorité n'est plus en demande (4/6). Cela serait à mettre en lien avec la satisfaction de la prise en charge orthophonique. On note cependant que 2 femmes sur 6 sont toujours en demande malgré leur satisfaction par rapport à la prise en charge.

##### 1.1.2 Attentes par rapport à l'orthophoniste

La majorité attend de la part de l'orthophoniste : un savoir vis-à-vis de la technique vocale (5/6) et des qualités d'écoute (5/6). Cinq participantes évoquent le besoin d'être rassurées et quatre estiment que l'instauration d'une confiance réciproque est nécessaire.

Nous remarquons que l'attente est double également :

- La majorité des femmes rencontrées sont en demande d'un apport de technique vocale.
- Pour elles, la prise en soin doit se réaliser dans un climat de confiance et d'écoute.

### 1.1.3 Les attentes par rapport au cadre

#### 1.1.3.a Cadre des objectifs de rééducation

Il est important de poser les limites de la rééducation dès le début. En effet, une femme rencontrée nous a évoqué qu'elle avait mis beaucoup d'espoir dans la rééducation orthophonique. Or, cette dernière ne semblait pas avertie des limites, notamment anatomiques et physiologiques, à la mise en place d'une voix féminine. Ainsi, il semble important de fixer les objectifs raisonnables dès les premiers rendez-vous et de ne pas donner de certitudes non envisageables.

#### 1.1.3.b Cadre temporel

La fréquence des séances d'orthophonie sont souvent d'une fois par semaine au début puis elles peuvent être espacées avec le temps. Il est important d'informer la patiente de la nécessaire régularité des séances. En effet, l'accompagnement orthophonique réclame un travail personnel à l'extérieur des séances : l'adhésion de la patiente à ce système est essentielle pour que l'on puisse observer des progrès.

Alors que certaines personnes rencontrées s'attendaient à un travail plus intense (2/6), une autre pensait le contraire. Il est donc important de poser le cadre dès le début afin que la patiente puisse se projeter dans l'avenir. De plus, la patiente doit être prévenue de ces modalités afin qu'elle puisse organiser son emploi du temps en conséquence.

#### 1.1.3.c Cadre spatial

Compte tenu du contenu de la prise en charge, un bureau sécurisant et confortable serait plus adapté. En effet, des sujets personnels abordés et des confidences qui peuvent avoir lieu sont fréquents dans ces suivis. Il est donc préférable d'offrir à la patiente un bureau, éloigné de la salle d'attente, si possible, afin de la rassurer sur la confidentialité (propos de 2 personnes sur 6).

## 1.2 Voix, identité et ressentis

### 1.2.1 Voix et identité

#### 1.2.1.a Le passing

Pour la totalité des femmes interrogées (6/6), la voix fait partie intégrante du passing. Ainsi, la voix appartient aux paramètres qui les font être identifiées comme étant une femme.

Cependant, pour toutes les femmes entrevues (6/6), la question de la voix arrive dans un second temps. En effet, ces femmes cherchent avant tout à soigner leur apparence féminine grâce à leur féminité (vêtements, maquillage, coiffure...) et à des interventions chirurgicales de féminisation du visage.

#### 1.2.1.b Le moment d'apparition de la problématique vocale

La question de la voix se pose dans un second temps, quand elles paraissent féminines aux yeux de la société. On observe alors une discordance entre l'apparence féminine et une voix masculine. En effet, pour cinq femmes rencontrées sur six, elles ressentaient une inadéquation entre leur apparence et leur voix ce qui a engendré un mal-être pour quatre d'entre elles. Seule la voix pouvait alors révéler leur transidentité. Ainsi certaines pouvaient être identifiées comme étant un homme. Une femme interviewée nous évoque son questionnement permanent qui consistait à se demander si sa voix la trahissait. Certaines femmes peuvent alors ressentir le besoin de consulter un orthophoniste, spécialiste de la voix, afin d'obtenir un retour sur la qualité de leur voix.

Par ailleurs, plusieurs femmes nous ont informées qu'on parle peu de la voix au sein de la communauté transgenre. Pour l'une des enquêtées, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a aujourd'hui pas de solution connue pour modifier cette voix hormis l'orthophonie à cause des avis négatifs qui sont véhiculés par rapport à la chirurgie laryngée. Pour la majorité des femmes rencontrées, la chirurgie n'offre pas de résultat satisfaisant et elle peut provoquer une « voix stridente, éraillée voire désagréable ».

#### 1.2.1.c Le décalage entre la voix et l'apparence physique

Au début de la transition, ce décalage entre voix parlée et apparence physique semble fréquent (5/6). Cependant les femmes conscientes de cette discordance vivent la situation différemment. Alors que cela a été vécu sans difficulté par certaines (2/6), d'autres ont été en situation de « grande souffrance » (deux personnes sur les six interrogées). Pour deux femmes rencontrées, cela les empêchait même de parler.

La majorité des femmes rencontrées affirme cependant, qu'avec le temps et la rééducation orthophonique, leur voix est moins discriminante (4/6). La totalité des participantes vivent également mieux avec leur voix (6/6).

#### 1.2.2.d L'accueil de la nouvelle voix

Selon la totalité des femmes interrogées, l'entourage acceptant la transidentité accueille également positivement le changement de voix. Ainsi, si la nouvelle voix peut être remarquée et verbalisée par l'entourage, cette dernière semble bien accueillie. Cependant, une participante nous indique qu'un refus de la transidentité entraîne en conséquence un refus de la nouvelle voix.

#### 1.2.3 Voix et ressentis

##### 1.2.3.a L'acceptation de la voix

Cinq participantes estiment avoir accepté leur voix aujourd'hui. Pour ces participantes, l'orthophoniste les a aidées dans cette acceptation. La femme n'acceptant pas sa voix n'a pas encore aujourd'hui effectué le deuil d'une voix dite « très féminine » malgré le travail avec l'orthophoniste d'acceptation de cette voix.

##### 1.2.3.b Les situations de communication difficiles

Le téléphone reste une situation difficile pour quatre femmes rencontrées sur six. Le seul canal auditif ne leur permet pas toujours d'être identifiée comme étant une femme. L'erreur d'attribution du genre reste pour la majorité de ces femmes, une blessure. Quatre participantes évoquent également les changements de voix dus aux changements d'émotions. En effet, en présence d'une forte émotion, beaucoup se sentent trahies par leur voix. Le sentiment de colère est notamment souvent cité pour illustrer ces situations où une voix masculine est émise naturellement. Deux femmes rencontrées nous évoquent également la difficulté de s'exprimer en milieu bruyant. Alors qu'une perte d'intensité a été provoquée par une opération laryngée chez une de ces femmes, l'autre participante dit devoir contrôler son intensité dans un environnement bruyant afin que la voix reste féminine.

La plupart des femmes interrogées ne se disent plus gênées aujourd'hui selon les interlocuteurs. Cependant, une femme indique la difficulté de s'exprimer en situation intime. En effet, le « parler en douceur » et le « parler de la séduction » restent encore difficiles pour cette dernière et cela la gêne dans ses relations.

### 1.2.3.c L'écho de l'ancienne voix

Trois personnes rencontrées sur six conservent le souvenir sonore de leur ancienne voix. Même si l'orthophonie a permis une acceptation de cette voix, elle n'en a pas défait le souvenir pour les femmes concernées par cet écho.

## **1.3 L'accompagnement orthophonique**

### 1.3.1 La connaissance de l'orthophonie

La plupart des femmes rencontrées ont appris le rôle des orthophonistes grâce à des associations de personnes transgenres (4/6) ou par l'intermédiaire d'un professionnel de santé (psychologue, kinésithérapeute). Elles choisissent souvent leur orthophoniste par le biais d'une liste mise à disposition par les associations pour les personnes transgenres (3/6), par le biais de connaissances personnelles (2/6) ou par hasard, en cherchant un orthophoniste dans l'annuaire (1/6).

Ayant connaissance de cette information, aucune des femmes interrogées n'a hésité à débiter une prise en charge. Cinq femmes sur les six interrogées n'ont pas subi d'opération laryngée à cause des mauvais retours au sein des associations ou sur les réseaux sociaux. L'orthophonie était alors, à leur avis, la seule solution pour améliorer leur voix. Elles ont donc majoritairement mis beaucoup d'espoir dans cette prise en charge vocale.

### **L'avis de la population transgenre sur l'orthophonie**

Trois femmes interrogées estiment que les orthophonistes devraient davantage se faire connaître auprès de la population transgenre. En effet, selon elles, cette communauté parle peu de l'orthophonie. Ainsi, selon leurs dires, l'orthophonie serait connue pour son rôle vocal mais son efficacité serait sous-estimée.

Cependant, selon une autre femme, le rôle de l'orthophonie est connu et, pour elle, cette information est relayée efficacement par les associations.

### 1.3.2 Premier contact

#### 1.3.2.a Qualité de l'accueil

Toutes les femmes interviewées se sont senties en confiance et bien accueillies par leur orthophoniste.

### 1.3.2.b Questions lors du bilan

Tous les orthophonistes rééduquant les personnes rencontrées ont posé des questions sur la transition. Toutes ces interrogations ont été jugées comme pertinentes pour la totalité des participantes. Aucune question n'a été vécue comme intrusive ou gênante compte tenu du contexte de soin. Aucune maladresse de la part de l'orthophoniste n'a marqué les participantes.

### 1.3.3 Le travail de rééducation proposé

#### 1.3.3.a Les domaines travaillés en orthophonie

Tous les résultats sont répertoriés dans l'annexe I. Les domaines les plus travaillés sont : la hauteur, les modulations, la douceur, le souffle, la posture, le timbre, les cavités de résonances et les attaques vocales.

Les domaines les moins explorés par les participantes à l'étude sont : l'expressivité, le débit, les tournures de phrase, la relaxation ainsi que le travail d'antériorisation.

Aucune femme rencontrée ne dit avoir travaillé autour d'une voix choisie avec l'orthophoniste.

#### 1.3.3.b Informations concernant l'anatomie et la physiologie

Quatre personnes interrogées ont bénéficié d'informations sur l'anatomie et la physiologie vocale. La plupart ont trouvé cela pertinent, ces informations permettent de mettre du sens sur les objectifs de prise en soin. Cependant, une participante évoque la complexité de l'anatomie. Ainsi selon elle, même s'il est pertinent d'évoquer ce sujet, les détails ne sont pas nécessaires. Selon les personnes et ses besoins, les détails peuvent donc être plus ou moins approfondis.

#### 1.3.3.c Informations concernant les paramètres non-vocaux assignés à un genre

Toutes les participantes ont souligné le caractère essentiel de ces informations dans nos rééducations. Plusieurs participantes déclarent qu'elles n'avaient pas conscience de ces paramètres avant leur transition. Cependant des remarques de proches ou de professionnels autres leur ont permis de s'ajuster et de s'adapter.

Ces remarques permettent aux patientes d'ajuster leur comportement et leur communication dans la vie de tous les jours. Selon une participante notamment, ce paramètre est relativement facile à prendre en compte dans la vie quotidienne. En effet, selon elle, alors que la voix dépend de paramètres organiques et anatomiques purs, la façon de communiquer et d'ajuster

sa communication représente un ensemble d'éléments modifiables consciemment. Ainsi, les limites vocales auxquelles se voient contraintes certaines femmes ne s'appliquent pas aux paramètres non-vocaux. De plus, ces paramètres pourraient être en cas d'échec de rééducation vocale, les seules modifications possibles.

#### 1.3.3.d Travail du feedback

Trois participantes ont travaillé autour du feedback audiovisuel. Malgré la difficulté de se voir et de s'entendre, elles ont toutes souligné l'apport positif de ce travail. En effet, ce dernier a, pour elles, permis de prendre conscience de leur comportement vocal. Cela a permis également une comparaison dans le temps, les progrès étant visibles et audibles grâce à ces vidéos. Les personnes auxquelles cette modalité n'a pas été proposée (3/6) ne sont cependant pas particulièrement demandeuses de ce travail. Selon ces dernières, la situation aurait été plus ou moins acceptée.

#### 1.3.4 Moment déterminant dans la prise en charge

Concernant la question sur les moments déterminants dans la prise en charge, le paramètre interindividuel est particulièrement important. En effet, pour 3 femmes il n'y a pas eu de moment décisif. Elles ont eu l'impression d'un continuum tout le long de la prise en charge. Pour elles, elles ont acquis en technique et en assurance progressivement.

Une femme déclare avoir apprécié l'utilisation du spectrogramme par l'orthophoniste. Grâce à ce feedback visuel, elle a ainsi pu constater grâce à des données objectives l'évolution de la voix qui s'est progressivement approchée d'un timbre plus féminin. L'évolution était ainsi visible, ce qui a augmenté sa motivation. C'est cet apport qui constitue pour elle, le moment clé de sa prise en soin.

Une autre femme évoque le moment émouvant où elle émet son premier son aigu. Ce fut pour elle un moment déterminant dans sa rééducation : il laissait entrevoir que l'émission d'un son aigu était possible. Une participante s'est dite, quant à elle, rassurée par le regard de l'orthophoniste qui a qualifié son timbre vocal comme étant féminin.

### 1.3.5 Les résultats du suivi

#### 1.3.5.a Fin d'accompagnement orthophonique

La demande de fin de prise en charge a émergé de la part de toutes les participantes à l'étude. Deux femmes ont le sentiment de ne pas avoir exploré toutes les caractéristiques de leur voix mais cela leur a suffi jusqu'à présent.

#### 1.3.5.b Apport de la rééducation orthophonique

Pour cinq femmes interrogées, l'orthophonie a amélioré leur technique vocale. Quatre participantes ont gagné en confiance et en assurance par rapport à leur voix. Trois estiment que l'orthophonie leur a permis d'accepter leur voix. Une femme évoque une amélioration de son articulation obtenue grâce à l'orthophonie.

#### 1.3.5.c Efficacité de la rééducation orthophonique

Toutes les participantes à l'étude ont jugé leur accompagnement orthophonique efficace sur le plan acoustique et par rapport à l'acceptation de sa voix. De même, cinq personnes interrogées sur six contrôlent moins leur voix depuis l'intervention orthophonique. Pour deux personnes, l'orthophoniste les a aidées sur cet aspect.

## **2. Le questionnaire**

Pour rappel, le questionnaire investiguait la problématique vocale des femmes transgenres non suivies en orthophonie. Nous avons recueilli et exploité 24 réponses.

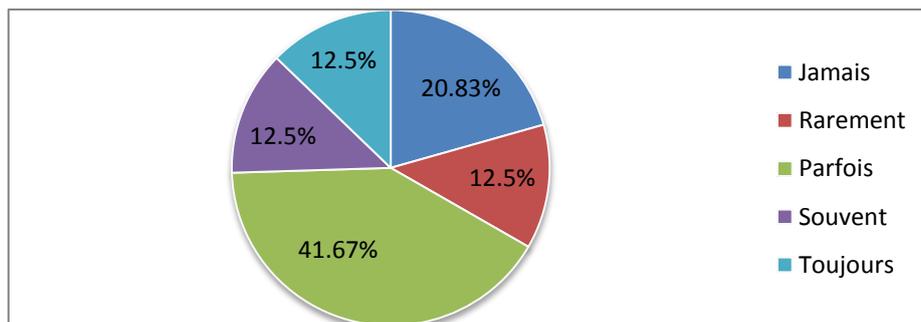
### **2.1 La connaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des femmes transgenres**

91.67% des femmes ont entendu parler du travail orthophonique pour le travail vocal et 8.33% n'en ont pas entendu parler.

### **2.2 Le travail vocal et le contrôle vocal effectués seul ou via un moyen autre que l'orthophonie**

#### 2.2.1 Le contrôle vocal

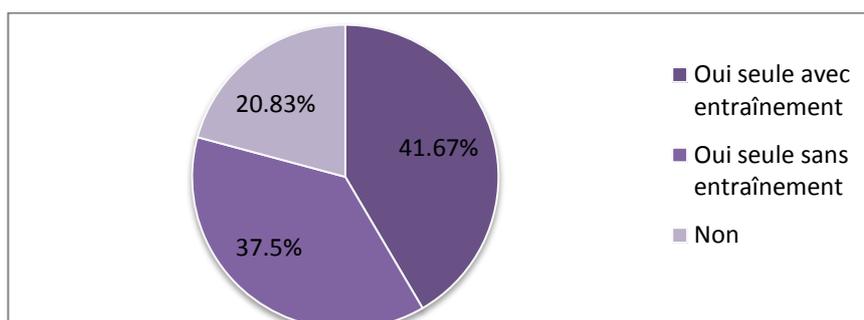
Au quotidien, la majorité des femmes transgenres (66.67%) contrôlent leur voix afin de la rendre plus féminine. 41.67% d'elles la contrôlent parfois, 12.5% la contrôlent souvent et 12.5% la contrôlent toujours. 33.33% de ces femmes ne la contrôlent pas, soit 20.83% ne la contrôlant jamais et 12.5% la contrôlant rarement.



### 2.2.2 Le travail de féminisation

79.17% des femmes ont essayé de féminiser leur voix par leurs propres moyens, dont 42% avec entraînement et 38% sans. 21% de ces dernières n'ont jamais essayé de féminiser leur voix par leurs propres moyens. Ces derniers seront évoqués ultérieurement.

Ainsi, la majorité de ces femmes ont essayé de féminiser leur voix mais la plupart ne sont pas satisfaites (66.67%).



## 2.3 Les ressentis personnels par rapport à la voix

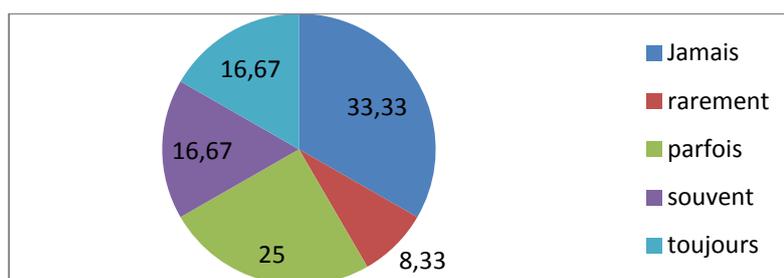
45.83% des femmes transgenres sont complexées par leur voix et 54.17% ne le sont pas.

### 2.3.1 Le cas particulier du téléphone

La majorité de ces femmes, soit 59%, ont déjà été angoissées à l'idée de téléphoner. 25% de ces dernières l'ont été parfois, 17% l'ont souvent été et 17% le sont toujours. 41% des femmes ne sont pas angoissées à l'idée de téléphoner, dont 33% qui ne l'ont jamais été et 8% qui l'ont rarement été.

Malgré cela, 66.67% des femmes transgenres n'évitent pas le téléphone à cause de leur voix, soit 50% qui n'évitent jamais le téléphone et 16.67% qui l'évitent rarement. Cependant, 33% d'entre elles évitent ce mode de communication, soit 17% qui l'évitent parfois, 8% qui

l'évitent souvent et 8% qui l'évitent toujours.



### 2.3.2 Le besoin d'être rassurée

50% de ces femmes auraient besoin d'être rassurée par rapport à leur voix contre 50% qui n'en éprouvent pas le besoin aujourd'hui. Cependant, on observe des chiffres différents au début de leur transition. En effet, 70.83% d'entre elles auraient eu besoin d'être rassurées par rapport à leur voix contre 29% qui n'en éprouvaient pas le besoin.

### 2.3.3 L'idéal vocal

La moitié des femmes transgenres pensent avoir une voix masculine, dont 45.83% la trouvant assez masculine. Alors que 37.5% des participantes la caractérisent comme neutre, 12.5% la définissent comme assez féminine.

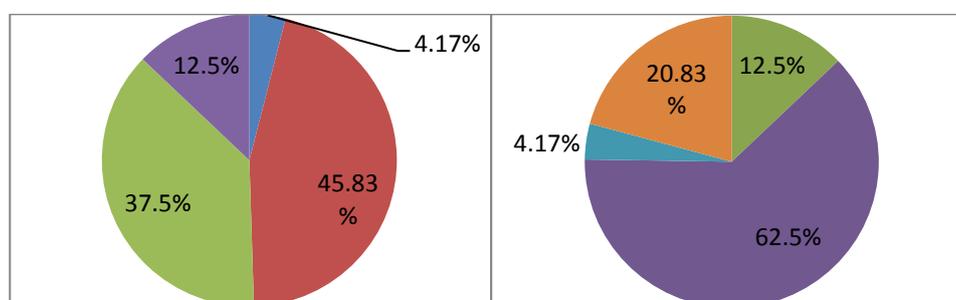
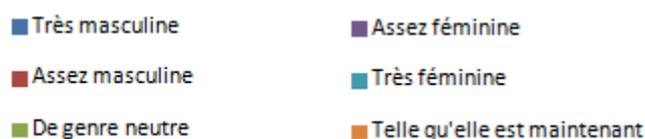


Fig. Estimation de sa voix actuelle

Fig. Voix idéale



12.5% des participantes souhaiteraient une voix neutre. 66.67% d'entre elles l'aimeraient féminine, soit 62.5% qui l'aimerait assez féminine et 4.17% qui l'aimerait très féminine. 20.83% définissent leur voix actuelle comme idéale.

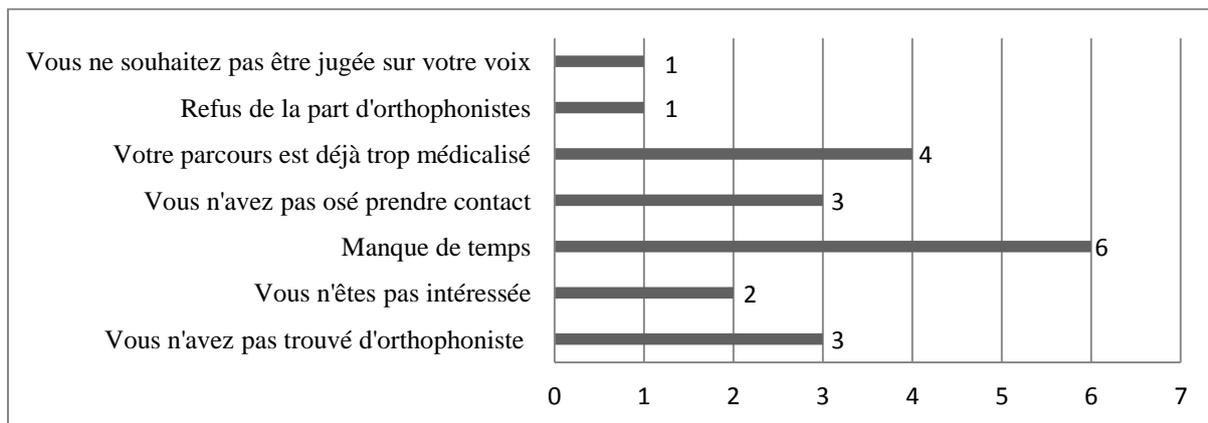
### 2.4 Le lien avec la chirurgie laryngée

Une seule femme a eu recours à une opération laryngée pour améliorer sa voix et 95.83% des

participantes n'ont pas eu recours à cette opération. La seule femme opérée n'a pas été satisfaite du résultat suite à cette opération.

### **2.5 Les raisons de leur absence de prise en charge orthophonique.**

58.33% des femmes transgenres interrogées ont déjà pensé à débiter un suivi orthophonique et 41.67% n'y ont jamais pensé. 29.17% ont d'ailleurs pris ce contact par téléphone. Parmi elles, 40% des femmes transgenres ont eu des difficultés à trouver un orthophoniste pour les prendre en charge.



Le manque de temps et les parcours très médicalisés semblent les facteurs expliquant en majorité l'absence de volonté pour démarrer un suivi orthophonique. Tandis que certaines ne sont pas intéressées par un suivi orthophonique, une femme a été confrontée à un refus de rééducation et trois n'ont pas trouvé de praticien. Certaines n'ont pas osé, ce qui pourrait laisser entendre qu'elles seraient potentiellement en demande de travail vocal.

Les arguments qui pourraient les motiver pour débiter une rééducation seraient les suivants : le temps libre, le résultat, la compétence de l'orthophoniste, l'expérience de l'orthophoniste auprès des femmes transgenres et la bienveillance de la professionnelle de santé. Enfin, si elles étaient convaincues que le suivi orthophonique était efficace, 66.67% des femmes transgenres seraient prêtes à débiter une prise en charge orthophonique et 33.33% ne le seraient pas. Un travail d'information pourrait alors être intéressant.

## **Discussion**

### **1. Interprétation des résultats**

Notre travail a permis une analyse de la demande, des ressentis et des besoins vocaux. Ce travail a également mis en exergue le cas particulier de l'opération laryngée et le rapport entre les femmes transgenres et l'orthophonie.

### 1.1 La demande, les ressentis et les besoins vocaux

L'objectif de notre travail était d'effectuer un état des lieux de la demande vocale des femmes transgenres. La réalisation conjointe d'entretiens et d'un questionnaire semble avoir permis d'investiguer la problématique vocale en profondeur. En effet, nous avons pu recueillir des données à la fois auprès de femmes ayant été suivies en orthophonie et auprès de femmes n'ayant pas été prises en charge. Ainsi, les entretiens ont permis de mieux cerner la demande orthophonique. Cette dernière se caractérise par ces tendances : demande d'apport de technique vocale, souhait d'être rassurée par rapport à la voix et travail autour de l'acceptation de la voix. Ce souhait est à mettre en lien avec la mise en évidence lors des entretiens du lien entre voix et *passing*. En effet la totalité des femmes suivies en orthophonie considéraient que la voix faisait partie du *passing*. Autrement dit, la voix appartient aux paramètres qui leur permettent d'être identifiées comme féminines. On comprend alors pourquoi la majorité des femmes suivies en orthophonie ont souffert de la dissociation entre la production vocale et l'apparence physique. C'est également pourquoi elle peut être source d'un contrôle vocal fatigant et d'une souffrance menant au mutisme pour certaines femmes.

La qualité d'écoute de l'orthophoniste et l'instauration d'un climat de confiance semblent également être des points importants pour le déroulement de la prise en charge. En effet beaucoup de personnes transgenres disent avoir subi des rejets de la part du corps médical. La peur d'être rejetée est à prendre sérieusement en considération dans nos prises en charge. L'alliance thérapeutique fait partie intégrante de ces soins.

Le recueil de données montre également que cette demande émerge dans un second temps, c'est-à-dire une fois que ces femmes paraissent féminines aux yeux de la société. Nous pensons donc que l'orthophoniste est davantage confronté à des femmes ayant débuté une transition médicale et hormonale.

Les questionnaires, quant à eux, nous ont permis de découvrir que les femmes transgenres suivies en orthophonie ne sont pas seules à présenter une gêne vocale. C'est également le cas pour les femmes non suivies.

Nous avons en effet remarqué que près de la moitié d'entre elles se disent complexées par leur voix. De plus, il existe chez cette population un décalage entre la voix réelle et la voix espérée. Alors que la moitié des femmes jugent leur voix masculine, aucune des femmes interrogées ne se satisfait d'une telle voix. De même, si un cinquième des participantes jugent leur voix idéale, environ 80% des participantes présentent un décalage entre voix réelle et

voix rêvée. Ce décalage confirme ainsi une tendance plutôt négative par rapport au ressenti vocal des femmes transgenres.

Nous avons également découvert qu'environ quatre femmes sur cinq ont essayé de féminiser leur voix par leurs propres moyens parmi lesquels sont cités le chant, des vidéos vues sur internet et des applications pour smartphone. Alors que l'absence de travail vocal aurait montré une inexistence de gêne vocale, cette proportion importante de femmes travaillant leur voix seules met en évidence une stratégie pour surmonter cette difficulté vocale. Ce ressenti négatif par rapport à la voix est également confirmé par la proportion importante de femmes contrôlant leur voix quotidiennement (66.67%). Tout comme le travail vocal solitaire, cette stratégie de contrôle vocal démontre une représentation négative de leur voix par ces femmes. Ce contrôle vocal prouve la volonté de cacher et il fait référence au besoin de ne pas être démasquée évoqué lors des entretiens.

Cette gêne vocale se caractérise donc au quotidien par : un complexe vocal, un décalage entre voix rêvée et réelle, un contrôle vocal, un travail de féminisation de la voix et des ressentis négatifs par rapport à cette voix.

De plus, nous avons appris que les femmes s'entraînant seules sont majoritairement insatisfaites du résultat contrairement aux femmes suivies en orthophonie. Nous pouvons en conséquence supposer que les entraînements vocaux réalisés seules présentent des limites. Ces dernières pourraient notamment se caractériser par une absence de feedback et d'évaluation de la voix par un tiers expert du domaine. Ce manque de retour ne permettrait pas l'ajustement de la voix. Nous savons également maintenant que les femmes transgenres souhaitent travailler l'acceptation de la voix. Or nous sommes amenées à penser que la relation entre l'orthophoniste et sa patiente favorise cette acceptation grâce aux retours bienveillants et à la valorisation des productions. De plus, l'orthophoniste peut aider la patiente à prendre du recul par rapport à cette voix.

Nous avons pareillement pu mettre en évidence que cette voix, parfois difficile à assumer, reste le vestige d'un passé douloureux. Cette dernière, en inadéquation avec l'apparence physique, peut laisser entrevoir leur passé en une parole.

Le recueil de données laisse penser que cette crainte serait exacerbée au début de la transition. En effet, la majorité des femmes suivies en orthophonie jugent leur voix moins discriminante aujourd'hui. De plus, les femmes non suivies en orthophonie estiment davantage avoir eu besoin d'être rassurées par rapport à leur voix en début de transition plutôt que maintenant.

Ainsi, notre travail a mis en évidence l'existence de deux populations de femmes distinctes : une population dont la transition est récente et une autre dont la transition est plus ancienne. A partir de nos résultats, nous avons découvert que les femmes dont la transition est récente (datant de moins de 2 ans) contrôlent davantage leur voix, ont davantage besoin d'être rassurées par rapport à leur voix et sont plus angoissées à l'idée de téléphoner (annexe J). Ainsi, même si elles ne se qualifient pas comme étant plus complexées que les femmes dont la transition est plus ancienne, la problématique vocale semble différente au sein de ces deux populations. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour comprendre ce phénomène. D'abord, l'acceptation de la voix demande un travail conscient ou inconscient qui requiert du temps. Nous supposons que cette acceptation est d'autant plus longue si la gêne ou la difficulté est importante en début de transition. Nous pensons également que plus le *passing* vocal se rapproche d'un timbre vocal féminin, plus la personne accepte sa voix. Or, l'acquisition d'une voix féminine peut prendre du temps et la voix est moins féminine en début de transition. De plus, cela pourrait s'expliquer par l'habitué progressive et l'assurance gagnée avec les années d'expérience. En effet, beaucoup de femmes rencontrées lors d'entretiens estiment avoir davantage confiance en elles aujourd'hui par rapport au début de leur transition.

Concernant les ressentis vocaux, deux autres populations proposent également des profils différents : les femmes contrôlant leur voix au quotidien, et celles ne la contrôlant pas ou peu (annexe J). Ainsi, en analysant les réponses des différents groupes, nous avons noté des tendances. Les femmes contrôlant leur voix essaient en grande majorité de féminiser leur voix seule (93.75% dont 62.5% avec entraînement) contre beaucoup moins pour les femmes contrôlant peu leur voix (50% dont 12.5% avec entraînement). De plus les femmes contrôlant leur voix sont davantage complexées par leur voix (63%), elles sont plus angoissées à l'idée de parler au téléphone et elles auraient besoin d'être rassurées par rapport à leur voix. Cette population a majoritairement déjà pensé débiter une rééducation orthophonique (68.75%) contre 25% pour les femmes ne la contrôlant pas ou peu. Ces pourcentages nous montrent donc que la majorité des femmes en demande d'orthophonie contrôlent leur voix au quotidien. Ainsi, nous pensons que l'orthophoniste est davantage confronté à des femmes au profil suivant : contrôle vocal, complexe vocal, entraînement vocal seule, dissociation entre voix réelle et voix espérée, besoin d'être rassurée par rapport à la voix, et angoisse à l'idée de téléphoner. Il semble donc important d'interroger la patiente par rapport à ces différents paramètres, notamment lors de l'anamnèse. La nécessité de questionner ces caractéristiques

d'un malaise vocal est d'autant plus importante qu'ils semblent concerner la plupart des femmes en demande d'orthophonie.

Par ailleurs, afin de mieux cerner la plainte vocale de ces femmes, nous avons souhaité les interroger sur les situations de communication les plus difficiles. Nous avons alors pu identifier des situations de communication plus ardues pour la plupart des femmes transgenres. Effectivement, la majorité des femmes rencontrées lors des entretiens évoquent la situation délicate du téléphone. Il en est de même pour la population de femmes non suivies en orthophonie : 59% d'entre elles ont déjà été angoissées à l'idée de téléphoner et 33% l'évitent de manière régulière. En outre, le téléphone ne permet que l'échange d'informations auditives, ce qui ne facilite pas l'identification de l'interlocuteur. De plus, les informations auditives à elles seules sont moins efficaces pour identifier l'interlocuteur que les informations audio-visuelles (Van Borsel et al., 2001).

Les situations où l'émotion est particulièrement présente et forte sont également des situations plus difficiles. En effet, le contrôle de la voix est rendu difficile voire impossible à cause de l'émotion. Ainsi, les moments, notamment de colère, font resurgir des comportements vocaux plutôt masculins. Ces remarques mettent en exergue l'importance du travail de mises en situation afin d'automatiser les comportements vocaux en situation d'émotion comme le préconisaient Guillot et Péron (2003). Similairement, les difficultés d'expression en milieu bruyant sont à mettre en lien avec un travail d'intensité.

Ces dernières données nous donnent aussi des informations concernant le contrôle vocal de ces femmes. En effet, cela révèle que malgré une certaine automatisation du nouveau geste vocal, ce dernier ne constitue pas leur geste vocal naturel. Même si la totalité des femmes disent moins contrôler leur voix, une voix masculine est émise lorsque ce contrôle vocal n'est plus maîtrisable, notamment au moment d'une forte émotion. Nous pouvons donc supposer que le travail orthophonique apporte la découverte du geste vocal féminin, son appropriation et son automatisation dans une certaine mesure. Cependant cette dernière automatisation n'est pas complète et la rééducation orthophonique ne permet pas d'abandonner le geste vocal masculin si le contrôle est absent.

On comprend donc que la production vocale peut demander beaucoup d'efforts à la patiente. Ainsi nous pouvons rassurer la patiente sur la possibilité de développer deux voix possibles (Riff, communications personnelles, mai 2018). On peut ainsi dissocier la production d'une voix dite « de confort » comportant des imperfections mais demandant moins de contrôle et

une voix « de société » comportant plus de paramètres féminins. La patiente peut ainsi moduler sa voix selon les situations.

Ainsi, notre étude montre que la gêne vocale, voire le complexe vocal, semblent être très fréquents au sein de la population des femmes transgenres. Ils entraînent régulièrement un contrôle vocal pouvant entraver la spontanéité de l'échange et demandant beaucoup d'attention et d'efforts au quotidien. Cette gêne vocale diffère en fonction des situations de communication, de l'émotion ressentie et du temps écoulé depuis le début de la transition. L'appel téléphonique et les moments de colère restent les plus redoutés.

Plusieurs femmes rencontrées ont évoqué une « situation de grande souffrance » qui peut mener au mutisme pour certaines d'entre elles.

Alors devant cette difficulté vocale, l'orthophonie répond-elle à la demande ?

### **1.2 Les femmes transgenres et l'orthophonie**

Tous d'abord, nous nous demandions comment l'orthophonie était connue et perçue au sein de cette population. Notre étude a montré que la discipline orthophonique semble connue pour 9 personnes sur 10. Les entretiens ont mis en évidence que cette information était essentiellement relayée par les associations ou par l'intermédiaire de professionnels de santé. Cependant, malgré ces chiffres, la moitié des femmes rencontrées lors des entretiens estiment que le sujet de la voix reste peu abordé au sein de la communauté transgenre. En effet, à leur avis, ce sujet est tabou à cause de l'inexistence d'une solution « miracle » pour y remédier. Le complexe vocal et l'orthophonie seraient donc des sujets beaucoup moins abordés que d'autres problématiques plus souvent évoquées comme les parcours chirurgicaux ou l'hormonothérapie. Cette information laisse supposer que les orthophonistes gagneraient à se faire connaître, notamment auprès des associations de personnes transgenres et des médecins généralistes afin qu'ils continuent de diffuser des informations sur notre rôle.

Nous voulions également recueillir des informations sur la façon dont s'effectuait le choix du professionnel orthophoniste. Il a été mis en évidence que ces femmes choisissent leur orthophoniste par le biais de listes de professionnels mises à jour par les associations dans la plupart des cas. Il semblerait donc intéressant pour les orthophonistes souhaitant accueillir ces patientes de se faire connaître auprès des associations de personnes transgenres afin d'être répertoriés sur ces listes.

Notre travail visait également à recueillir des informations sur l'accompagnement orthophonique par l'intermédiaire des entretiens.

Tous les entretiens ont mis en avant une satisfaction de la part de la totalité des femmes rencontrées. Ces dernières ont toutes trouvé leur accompagnement orthophonique efficace sur les plans acoustique et psychologique, notamment pour l'acceptation de leur voix. L'orthophonie a donc apporté à la majorité des patientes suivies une voix plus féminine, une acceptation vocale et un contrôle vocal moindre. Nous avons découvert que l'accueil de l'orthophoniste était majoritairement perçu comme adapté et rassurant. De même, les questions sur la transition sont jugées pertinentes grâce au contexte de soin. Les questionnaires ont quant à eux mis en évidence que l'absence de suivi orthophonique n'était pas expliqué par des mauvais retours de la part des personnes suivies. Ces données illustrent donc un avis général plutôt positif de l'orthophonie.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur les domaines investigués et travaillés en orthophonie. Les entretiens ont mis en évidence que l'élévation de la fréquence fondamentale est systématiquement travaillée. De plus les travaux autour de la féminisation s'articulent majoritairement autour de la douceur, du souffle phonatoire, de la posture, du timbre, des cavités de résonance et des attaques vocales. Cependant, des domaines relevés comme importants dans la littérature ne semblent pas avoir été travaillés par tous les orthophonistes. L'expressivité, le débit, les tournures de phrase, le travail autour d'une voix choisie ou encore la relaxation ne sont pas régulièrement proposés. Il semblerait donc pertinent d'informer la population orthophonique sur l'intérêt de ce travail pour nos patientes transgenres.

Concernant les paramètres non-vocaux assignés à un genre, toutes les participantes ont souligné le caractère essentiel de ces informations dans nos rééducations. D'abord ces paramètres peuvent être modifiés consciemment et sur la seule volonté du patient. Ainsi, si la patiente souhaite prendre en compte ces paramètres, l'ajustement peut être obtenu relativement facilement et rapidement. Par ailleurs, les limites vocales dues à des facteurs anatomiques n'ont pas d'incidence sur ces paramètres. Le manque de connaissance concernant ces paramètres peut créer des malaises lors de l'échange. L'orthophoniste, rééducateur de la communication, a donc pour rôle d'informer la patiente sur ces aspects communicationnels.

De même, le travail du feedback audiovisuel est évoqué dans la majorité de la littérature (Descloux, 2012 ; Révis, 2013). Or, ce travail n'est proposé que dans la moitié des cas. Il semble important de rappeler l'apport positif du feedback au sein de ces rééducations. En effet, le retour auditif et visuel permet la prise de conscience et l'ajustement des paramètres vocaux et paralinguistiques comme l'intonation, la prosodie, les gestes. Cette absence de travail ne favorise donc ni la prise de conscience, ni l'ajustement vocal pourtant essentiels pour adapter sa voix. De plus ce travail permet d'observer une évolution qualitative. Ainsi, si la patiente ne se sent pas prête à s'observer et s'entendre dans un premier temps, il peut être souhaitable de filmer ou enregistrer la voix à distance, une fois que cette dernière sera plus à l'aise avec celle-ci. Ceci aiderait également à maintenir des objectifs réalistes et à accompagner l'abandon d'une voix rêvée idéale.

Concernant les informations à propos de l'anatomie et la physiologie vocale, la plupart des personnes interrogées ont trouvé ces instructions pertinentes. Pour beaucoup d'entre elles, elles permettent de mettre du sens sur la complexité de cette prise en soin et de mieux comprendre les objectifs de rééducation.

Au sujet des raisons d'absence de prise en charge orthophonique, la majorité des réponses recensent un manque de temps et un parcours déjà beaucoup médicalisé. En effet, les démarches lors d'une transition sont très longues et demandent beaucoup d'investissement personnel. La vie familiale, sociale, professionnelle et médicale laisserait ainsi potentiellement moins de temps à ces femmes pour s'occuper de la problématique vocale. Ces deux informations se regroupent et montrent que ce ne serait pas l'absence de problématique vocale qui expliquerait cette absence de prise en charge. En effet, seules deux personnes interrogées ne se disent pas intéressées. Cette hypothèse est renforcée par l'observation suivante : plus de la moitié des femmes transgenres ont déjà pensé débiter un suivi orthophonique et les deux tiers seraient prêtes à débiter un suivi si elles étaient sûres de son efficacité. L'intérêt d'un premier contact au moment du début de la transition médicale ouvrant sur une prise en charge orthophonique pourrait donc être intéressant à mettre en place. La maison dispersée de santé de Lille, dans le cadre du projet *Collectif Santé Trans Hauts de France*, propose notamment le suivi orthophonique dès le début de la prise en charge médicale. Aucun critère n'est alors nécessaire pour débiter une rééducation orthophonique, seule la demande suffit pour que l'orthophonie soit prescrite. L'hormonothérapie n'est donc

pas obligatoire pour débiter une prise en charge. Pour Juliette Riff, l'orthophoniste y travaillant, cet aspect est très important et il constitue une des clés de la réussite des accompagnements orthophoniques auprès de ces femmes. Pour elle, la voix est un marqueur d'identité comme l'apparence physique. Ainsi, les identités vocale et physique doivent être travaillées en parallèle et simultanément. C'est le fait de travailler la voix une fois la transition physique terminée qui provoque un mal-être plus important à cause de la discordance entre voix et apparence évoquée antérieurement.

Ainsi, notre recueil de données nous permet de conclure sur l'efficacité du suivi orthophonique et sur un avis général plutôt positif par rapport à cette discipline. Cependant, nos données ont mis en évidence un jugement plutôt négatif concernant les chirurgies laryngées.

### **1.3 Le cas particulier des chirurgies laryngées**

Les entretiens comme les questionnaires ont en effet montré que la chirurgie laryngée reste méconnue et inspire de la méfiance à ces femmes. Ainsi, la grande majorité ne bénéficie pas de cette opération. Pourtant, selon Remacle (communications personnelles, mars 2018) le risque est mineur. En effet, pour lui, la patiente se retrouverait, dans le pire des cas, au niveau vocal antérieur en cas d'échec d'opération. Il estime que cette appréhension est due à un manque d'information de la part des ORL, des orthophonistes et des patientes. De plus, selon lui, beaucoup de médecins ORL ne connaissent que l'approximation crico-thyroïdienne (Isshiki de type IV), « dont les résultats ne sont pas stables » contrairement à la technique de Wendler qu'il pratique.

Par ailleurs, d'après les différents témoignages recueillis, la chirurgie laryngée serait difficile d'accès en Europe à cause du manque de chirurgiens qui la pratiquent. Certaines songent donc à se faire opérer en Asie où ces opérations sont plus fréquemment réalisées. Cependant une chirurgie pratiquée en Asie n'est pas remboursée ce qui peut poser problème d'un point de vue financier.

Devant ces mauvais avis, la seule solution pour améliorer la voix est, pour cette population, la rééducation orthophonique. En conséquence, les femmes en demande d'orthophonie mettent majoritairement beaucoup d'espoir dans cette prise en soin. Cette information nous rappelle alors l'importance de poser les limites de l'accompagnement orthophonique dès le début afin d'éviter toute déception. Il semble également important d'approfondir la demande personnelle de la patiente afin de pouvoir y répondre de manière adaptée.

## **2. Limites et biais de l'étude**

Malgré la diversité des données recueillies, notre étude comporte plusieurs limites et biais.

### **2.1 Limite inhérente à l'étude**

Premièrement, les entretiens interrogent la demande de manière rétrospective. Ainsi, le fait de juger la plainte vocale a posteriori une fois cette dernière résolue donc, constitue le premier biais de cette étude.

### **2.2 Limites inhérentes au questionnaire**

Lors de l'analyse des résultats, il a été mis en évidence qu'un nombre important de femmes semblait travailler leur voix seules. Or, les moyens permettant ce travail n'ont pas été questionnés. En effet, même s'il était possible de rajouter cette information au sein de la section « autres », il aurait été intéressant de recueillir cette information pour la totalité des femmes interrogées. Il semble alors pertinent de compléter ce questionnaire, notamment en rajoutant une question autour des moyens mis en place pour féminiser la voix.

### **2.3 Les limites et les biais d'échantillonnage**

Des limites et biais ont été observés par rapport à l'échantillon. Tout d'abord concernant le questionnaire, sa forme informatisée n'a pas permis un recrutement contrôlé par l'expérimentateur. Ainsi, ce dernier a dû se fier à l'honnêteté des participants concernant les critères d'inclusion et d'exclusion. Le recrutement par internet constitue ainsi le premier biais d'échantillonnage. Cependant, nous pensons que l'informatisation du questionnaire a permis un nombre plus important de participants et donc un recueil de données plus représentatif.

De plus, concernant les entretiens, l'échantillon de six personnes n'est pas assez élevé pour pouvoir généraliser les résultats à l'ensemble de la population transgenre en orthophonie. Ce dernier permet cependant de dégager des tendances. De même on note un biais de sélection concernant les entretiens. Effectivement les sujets étaient volontaires et il n'y eut aucun tirage au sort. Nonobstant, cette situation est justifiée par le nombre réduit de représentants de cette population. Aussi, il semblait obligatoire de recruter les participants sur volontariat afin d'obtenir leur consentement pour parler de sujets personnels et identitaires.

### **2.4 Biais de l'enquêteur**

On peut également évoquer le biais de l'enquêteur. En effet, l'entretien constituant une rencontre, la subjectivité de ce dernier peut être mise à l'épreuve. Cependant, la trame d'entretien complète a permis de limiter la subjectivité de l'examineur.

### **2.5 Limites liées au temps**

Des limites liées aux délais restreints peuvent également être évoquées. Effectivement, les entretiens ont pu avoir lieu de décembre 2017 à mars 2018. Le questionnaire a été mis en ligne le 8 février et clôturé le 31 mars 2018. Ces plages horaires réduites ont limité le nombre de participants supplémentaires éventuels.

## **3. Intérêt de l'étude et perspectives**

Cette étude avait pour ambition de réaliser un état des lieux de la demande vocale des femmes transgenres. Pour investiguer ce sujet, des patientes en orthophonie et des femmes non suivies en orthophonie ont été prises en compte afin de mieux cerner la demande dans sa globalité. Les entretiens abordant les sujets d'identité, de demande, d'attentes, de complexe vocal permettent d'avoir une vision assez générale de la demande vocale actuelle des femmes transidentitaires. Les questionnaires, quant à eux, ont mis en exergue une gêne vocale, un contrôle et un complexe vocal au sein de la population de femmes non suivies.

Nous avons pu définir des tendances telles que le complexe vocal, le contrôle de la voix, l'incidence de la date du début de transition sur le ressenti, le lien entre voix et passing et l'identification de situations de communication plus difficiles. Les questionnaires ont permis de dissocier différents groupes ce qui permet à l'orthophoniste d'avoir une vision plus générale de la population transgenre. Les entretiens ont également traduit une satisfaction de la part des patientes en orthophonie. L'accompagnement orthophonique répond à la demande et permet une féminisation vocale et une acceptation de la voix. Nous pouvons donc aujourd'hui considérer que l'accompagnement orthophonique correspond aux attentes des patientes transgenres pour l'échantillon interrogé.

Afin d'aller plus loin, cette étude offre diverses perspectives de recherche.

Premièrement, cette étude s'est exclusivement axée autour des ressentis des femmes

transgenres. Il pourrait donc être intéressant de recueillir l'avis des orthophonistes sur ces accompagnements, particulièrement en ce qui concerne les termes abordés au sein de ce mémoire. De même cette étude n'a traité que le ressenti des femmes transgenres. Il pourrait être intéressant dans un second travail d'analyser les ressentis des hommes transgenres par rapport à leur voix. En effet, malgré la mue engendrée par la prise d'hormones, la question des accompagnements orthophoniques peut être soulevée.

Secondairement, on note que les transitions débutent de plus en plus tôt aujourd'hui. Il est actuellement possible de limiter les conséquences de la puberté sur le corps humain grâce à des bloqueurs d'hormones à l'adolescence. En conséquence, cette prise d'hormones permettrait l'absence de mue pour les femmes transgenres. Avec la conservation d'un larynx en position haute, on observera peut-être moins de demandes dans les années à venir. Il faut cependant réfléchir au cadre éthique pour cette population mineure face au caractère immuable de ce choix.

Par ailleurs, il semble aussi important de rappeler et expliquer notre rôle auprès des associations de personnes transgenres, en insistant sur le bienfait de la rééducation qui ne se limite pas à des améliorations de hauteur tonale, mais qui mène dans la majorité des cas à l'acceptation de la voix. En effet, il a semblé qu'en plus d'une gêne vocale, un complexe vocal est relativement fréquent. Or la voix semble être un sujet peu abordé au sein de cette population. Les orthophonistes doivent ainsi continuer à informer la population, et notamment transgenre, de la spécificité de cet accompagnement

#### **4. Conclusion**

En conclusion, ce travail permet d'approcher de façon approfondie les impacts de la voix sur la vie des femmes transgenres. Ces entretiens ont aussi mis en exergue à quel point la voix faisait partie intégrante de l'identité de la personne, et à quel point cette dernière pouvait être discriminante notamment car elle appartient aux paramètres permettant à la personne d'être identifiée comme féminine. L'orthophoniste ne se veut alors pas exclusivement rééducateur vocal mais aussi accompagnant pour l'acceptation de cette voix.

Nous avons également découvert que les patientes sont satisfaites de leur suivi et qualifient ce dernier d'efficace. Les questionnaires ont aussi permis de mettre en évidence que l'absence de

suivi orthophonique n'est pas synonyme d'absence de plainte vocale.

Nous pouvons aujourd'hui faire un lien entre la souffrance de ces femmes et leur gêne vocale qui s'explique en majeure partie par une dissociation entre leur apparence et leur voix parlée. Cette plainte vocale se caractérise essentiellement par : un contrôle vocal, un complexe vocal, un écart entre voix réelle et voix espérée, un besoin d'être rassurée par rapport à la voix. Nous retenons également que cette difficulté vocale est dépendante de la situation de communication.

Lors de nos rééducations, les informations concernant les paramètres anatomiques et non-vocaux assignés à un genre semblent appréciées. Cependant le travail de feedback audiovisuel, d'expressivité, du débit, et des tournures de phrase paraissent peu travaillés. Il semble important de rappeler l'importance de ce travail afin d'améliorer les résultats de nos accompagnements.

Enfin, cette étude a souhaité qualifier la demande vocale d'un point de vue général. Nous avons ainsi pu décrire des tendances. Cependant, malgré les différents paramètres recensés, chaque individu reste unique. Ainsi, chaque demande et chaque plainte diffèrent en fonction de la personnalité, des besoins de la personne et du moment de sa vie. Il reste donc primordial d'approfondir les attentes lors de l'anamnèse afin d'offrir un soin personnalisé et adapté à la spécificité de chaque individu selon sa demande propre.

## Références bibliographiques

- Alessandrin, A. (2013). CIM 11 et DSM V : déclassifiez les variances de genre. In *Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (Eds.), Transidentités : histoire d'une dépathologisation*, (pp. 49-59). Paris: L'Harmattan.
- Amy de la Bretèque, B. (2004). *L'équilibre et le rayonnement de la voix*. Marseille: Solal.
- Bailly, S. (2007). Sexotypes langagiers et communication. In H. Boyer (Ed.), *Stéréotypages, stéréotypes : fonctionnements ordinaires et mises en scènes, Tome 2, Identités*, (pp. 15-27). Paris: L'Harmattan.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Becklund Freidenberg, C. (2002). Working With Male-to-Female Transgendered Clients: Clinical Considerations. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 29, 43-58.
- Bourgeois, M.-L. (2011). Le spectre des dysphories de genre. In A. Alessandrin (Ed.), *La transidentité: des changements individuels au débat de société*, (p. 23-37). Paris: L'Harmattan.
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The Effectiveness of Oral Resonance Therapy on the Perception of Femininity of Voice in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Coleman, R. O. (1971). Male and Female Voice Quality and Its Relationship to Vowel Formant Frequencies. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 14(3), 565. <https://doi.org/10.1044/jshr.1403.565>
- Cornut, G. (2008). *La voix*. Paris: Presses universitaires de France.

- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(00)80010-7)
- Dacakis, G. (2002). The role of voice therapy in male-to-female transsexuals: *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 10(3), 173-177. <https://doi.org/10.1097/00020840-200206000-00003>
- Dacakis and Davies. (2012). Transsexual Voice Questionnaire(Male-to-Female) © (Traduction française 2016, Thomas, E., Revis, J., Morsomme, D. Université de Liège).
- Dacakis, G., Oates, J., & Douglas, J. (2012). Beyond voice: perceptions of gender in male-to-female transsexuals. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 20(3), 165-170. <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e3283530f85>
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical Aspects of Transgender Speech Feminization and Masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9, 167-196. [https://doi.org/10.1300/j485v09n03\\_08](https://doi.org/10.1300/j485v09n03_08)
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech Therapy in the Management of Male-to-Female Transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 52(5), 220-227. <https://doi.org/10.1159/000021537>
- Decuypere, G., Vanhemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., ... Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.002>
- De Cuypere, G., & Olyslager, F. (2009). Genderidentiteitsstoornissen: nieuwe visies en trends in de behandeling aan het UZGent. In Verslagen van het Centrum voor Genderstudies (UGent 18 ed., pp. 23-37). Gent: Academia Press.

- Descloux, P., Isoard-Nectoux, S., Matoso, B., Matthieu-Bourdeau, L., Schneider, F., & Schweizer, V. (2012). *Transsexualité : accompagnement logopédique sur la « voix » de la transformation* (Vol. 133).
- Dolan, X. (2012). *Laurence Anyways*. MK2 Productions.
- Etre transgenre au quotidien, la transformation d'Olivia Chaumont. (2016, janvier 6). *Mille et une vie*. France 2. Consulté à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=AWd3-aWIotE>
- Gelfer, M. P., & Bennett, Q. E. (2013). Speaking Fundamental Frequency and Vowel Formant Frequencies: Effects on Perception of Gender. *Journal of Voice*, 27(5), 556-566.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.11.008>
- Gelfer, M. P., & Schofield, K. J. (2000). Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male. *Journal of Voice*, 14(1), 22-33. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(00\)80092-2](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(00)80092-2)
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 13(2), 246-250.
- Guice, C. E., LeJeune, F. E., & Samuels, P. M. (1983). Early Experiences with Vocal Ligament Tightening. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 92(5), 475-477.  
<https://doi.org/10.1177/000348948309200513>
- Guittot, L., & Péron, L. (2003). *La rééducation vocale de la personne transsexuelle : intérêts et limites de l'orthophonie* (Mémoire d'orthophonie, Université Lille II).
- Günzburger, D. (1995). Acoustic and perceptual implications of the transsexual voice. *Archives of Sexual Behavior*, 24(3), 339-348.
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: a retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48, 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x>
- Hooper, T. (2015). *The Danish Girl*. Working Title Films.

- Isshiki, N., Morita, H., Okamura, H., & Hiramoto, M. (1974). Thyroplasty as a New Phonosurgical Technique. *Acta Oto-Laryngologica*, 78(1-6), 451-457.  
<https://doi.org/10.3109/00016487409126379>
- Kamina, P., Martinet, C., & Gouazé, A. (2013). *Anatomie clinique. Tome 2, Tome 2*,. Paris: Maloine.
- Le Grand Larousse Illustre 2018*. (2017). Larousse Editions.
- Le Huche, F., & Allali, A. (2010). *Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole* (Vol. 1, « La voix »). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Lechien, J. R., Delvaux, V., Huet, K., Khalife, M., Piccaluga, M., Harmegnies, B., & Saussez, S. (2014). La prise en charge communicationnelle chez les patients transsexuels. *Revue De Laryngologie - Otologie - Rhinologie*, 135(2), 97-103.
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech Pathology Considerations in the Management of Transsexualism—A Review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139-151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-Assisted Voice Adjustment (LAVA) in Transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655-660.  
<https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2012). Endoscopic and Stroboscopic Presentation of the Larynx in Male-to-Female Transsexual Persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117-126.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Perreault, D. (2017). L'identité de genre et la transsexualité. *Perspective Infirmière*, 14(1), 29-34.
- Plus belle la vie. (2018, mars-avril). France 3.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for Male-to-Female Transsexualism: Voice Results. *Journal of Voice*, 25(1), 120-123.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>

- Reucher, T. (2013). Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique. In Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (Eds.), *Transidentités : histoire d'une dépathologisation*, (pp. 41-48). Paris: L'Harmattan.
- Révis, J. (2013). *La voix et soi: Ce que notre voix dit de nous*. Consulté à l'adresse <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88841166>
- Sélinac, A. (2017). *L'Épreuve d'amour*. France 2.
- SOFACT (site officiel). *Schéma global de la prise en charge médicale* consulté le 20/11/2017 au <http://www.sofact.fr/informations/prise-en-charge-medicale.html>.
- Thomas, M.-Y. (2016). *Transidentités: histoire d'une dépathologisation*. Paris: L'Harmattan.
- Thornton, J. (2008). Working with the transgender voice: The role of the speech and language therapist. *Sexologies*, 17(4), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.003>
- Van Borsel, J., De Cuyper, G., & Van den Berghe, H. (2001). Physical Appearance and Voice in Male-To-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 15(4), 570-575. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(01\)00059-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(01)00059-5)
- Van Borsel, J., & De Maesschalck, D. (2009). Speech rate in males, females, and male-to-female transsexuals. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22, 679-685. <https://doi.org/10.1080/02699200801976695>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-Raising Surgery in Fourteen Male-to-Female Transsexuals. *The Laryngoscope*, 113, 1157-1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>

## Annexes

Annexe A : Index

Annexe B : Anatomie et physiologie de la sphère ORL

Annexe C : Tableau des différences hommes/femmes concernant la voix et la parole

Annexe D : Guide et trame d'entretien

Annexe E : Tableau d'analyse des entretiens

Annexe F : Lettre d'introduction du questionnaire

Annexe G : Questionnaire

Annexe H : Résultats généraux

Annexe I : Nombre de réponses positives des participantes par rapport aux exercices proposés en orthophonie

Annexe J : Tableaux des résultats selon différents profils

Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé

Annexe 8 : Engagement éthique

## Annexe A : Index

*Ce qui qualifie le genre d'une personne, ce n'est pas son sexe, mais toute une multitude de choses.*

Genre : Correspond au sexe psychologique de l'individu.

Identité de genre : Correspond à un « sentiment profondément ancré » d'appartenir à un sexe (Barlow & Durand, 2007).

Transidentité : Désigne l'état de la personne dont l'identité de genre est en inadéquation avec le sexe assigné à la naissance.

Cisgenre : Se dit d'une personne qui est en accord avec le genre qui lui a été assigné à la naissance. Contraire du mot « transgenre ».

Transgenre : Se dit d'une personne qui adopte l'apparence et le mode de vie de l'autre genre (Larousse, 2018). La personne transgenre a une identité de genre qui diffère de son genre assigné à la naissance.

Transsexuel : Qualificatif synonyme de « transgenre ». Ce terme fait référence à l'appareil génital et ne rappelle pas la composante d'identité de genre. C'est également un terme médical qui désigne une maladie. On préfère donc le terme « transgenre ». On peut cependant utiliser le terme de transsexuel auprès des personnes qui ont eu une opération de réassignation sexuelle.

MTF et FTM : Fait référence aux termes anglais « Male-to-Female » et « Female-to-Male » pour indiquer le sens de la transition. On peut l'utiliser pour signifier l'état de passage d'une expression de genre masculine à féminine et inversement.

Le passing : le fait d'être identifié aux yeux de la société comme un homme ou une femme cisgenre.

THS : Traitement hormonal de substitution qui permet une transition médicale.

Dead name : Ce terme correspond au prénom de naissance auquel il est irrespectueux de faire référence.

## **Annexe B : Anatomie et physiologie de la sphère laryngée**

Le larynx, situé à la hauteur des vertèbres cervicales C4, C5 et C6 (Kamina, 2013) est un sphincter pour fermer les voies aériennes lors de la déglutition. L'évolution de l'espèce humaine l'a créé vibreur. Il est ainsi devenu le principal organe de la voix. Le larynx participe ainsi aux fonctions respiratoire, phonatoire et de déglutition (Le Huche & Allali, 2010).

### *Les cartilages laryngés*

Le larynx comprend cinq cartilages principaux. Trois sont impairs et médians : les cartilages thyroïde, cricoïde et épiglottique. Deux sont pairs et latéraux : les cartilages aryénoïdes. Le cartilage thyroïde permet de protéger la structure laryngée des chocs extérieurs. Les lames thyroïdiennes forment un angle de 90° chez l'homme et de 120° chez la femme (Kamina, 2013).

### *Les muscles laryngés*

Les muscles laryngés sont le muscle vocal, les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques. Ces derniers peuvent influencer la production vocale. Les muscles extrinsèques suspendent le larynx en le reliant aux organes voisins.

### *Le muscle vocal, corde vocale ou pli vocal*

En situation de phonation, les cordes vocales s'affrontent alors qu'elles s'écartent lors de la respiration. Les cordes vocales mesurent entre 9 à 13 mm chez la femme et entre 15 à 20 mm chez l'homme (Le Huche & Allali, 2010). Les différences acoustiques dépendent en partie de cette différence anatomique. Si notre patiente n'a pas subi d'opération chirurgicale laryngée, il faudra prendre en compte ce paramètre.

La vibration des cordes vocales correspond à la résolution du conflit entre la pression de l'air sous-glottique (tendant à écarter les plis vocaux) et la force de fermeture des cordes vocales. En condition normale de phonation, la partie antérieure des plis vocaux vibre. L'épaisseur et la tension des cordes vocales sont également modifiées par la contraction du muscle vocal qui diminue la fréquence fondamentale parlée (Le Chien et al., 2014)

### *Les muscles adducteurs des plis vocaux*

Ils permettent le rapprochement des cordes vocales lors de la phonation et de la déglutition. On compte les muscles aryénoïdiens transverse et oblique, le crico-aryénoïdien latéral et le thyro-aryénoïdien moyen. Tous ces derniers sont innervés par le nerf laryngé inférieur (Le Huche & Allali, 2010).

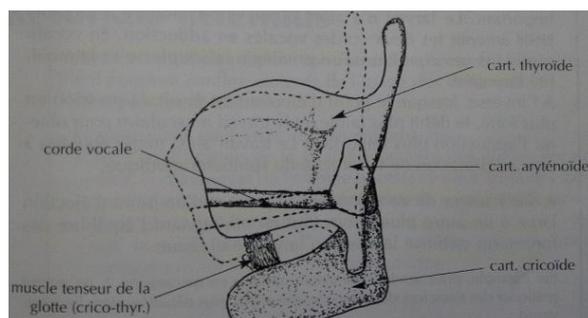
### Les muscles abducteurs des plis vocaux

Le seul muscle provoquant l'écartement des cordes vocales à sa contraction est le muscle crico-aryténoïdien postérieur. Il est innervé par le nerf laryngé inférieur (Le Huche & Allali, 2010).

### Les muscles tenseurs des plis vocaux

Le muscle crico-thyroïdien est tenseur des plis vocaux. Sa contraction provoque la bascule du cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde. Il est innervé par le nerf laryngé supérieur (Le Huche & Allali, 2010). Le muscle cricothyroïdien est un muscle qui permet d'élever la fréquence fondamentale parlée. Ainsi, lors de nos prises en charges des patientes transgenres, nous devons travailler le contrôle de ce muscle crico-aryténoïdien dans le but d'élever la fréquence fondamentale parlée.

Les différences de fréquences dans la production vocale dépendent, entre autres, de l'allongement ou du rétrécissement de la longueur des cordes vocales. La production est plus aiguë lorsque les cordes vocales s'allongent et elle est plus grave lorsqu'elles rétrécissent (Amy de la Bretèque, 2004).



*Profil gauche du larynx montrant l'action du muscle crico-thyroïdien  
D'après B. Amy de la Bretèque (2004, p.23)*

### Le système supra-glottique

Les résonateurs (les cavités oropharyngées, buccales et nasales) permettent la modification du son et son articulation (Le Huche & Allali, 2010). En effet, ce sont les dernières cavités que le son laryngé traverse avant d'arriver à l'air libre. On compte parmi ces résonateurs : le pharynx, la cavité buccale, le naso-pharynx et les fosses nasales. Les articulateurs sont les suivants : la langue, les joues, les lèvres, le voile du palais et les mâchoires.

Les résonateurs, sont des organes dont la forme et la taille varie selon l'action des articulateurs. La fréquence est modifiée en conséquence, ce qui crée, entre autre, les différenciations entre les phonèmes et la voix parlée. Nous travaillerons la motricité de ces organes lorsque nous travaillerons l'articulation chez nos patientes transgenres.

**Annexe C : Tableau des différences hommes/femmes concernant la voix et la parole**

	Hommes	Femmes
Le larynx	<p>Mesure environ 45 mm de longueur, 40 mm de diamètre transversal et 35 mm de diamètre sagittal. (Kamina, 2013)</p> <p><b><u>Angle du cartilage thyroïde :</u></b> 90 degrés</p>	<p>Ses dimensions sont plus réduites chez la femme (Kamina, 2013)</p> <p><b><u>Angle du cartilage thyroïde :</u></b> 120 degrés</p>
Les cordes vocales	<p>Plus longues Plus lourdes À <b>15 ans</b>: mesurent entre 12 et 25 mm (Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016, Université Paris-Descartes</i>, non publié)</p> <p><b><u>La fente glottique :</u></b> Mesure 25 mm</p>	<p>Plus tendues À <b>15 ans</b> : mesurent entre 12 et 18 mm (Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016, Université Paris-Descartes</i>, non publié)</p> <p><b><u>La fente glottique :</u></b> Mesure 20 mm</p>
Le tractus vocal	Plus large et plus long	
La musculature laryngée	Plus puissante	
La voix	<p><b><u>Hauteur :</u></b> (Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016, Université Paris-Descartes</i>, non publié) À 15 ans: entre 100 et 120 Hz0</p>	<p><b><u>Hauteur :</u></b> (Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016, Université Paris-Descartes</i>, non publié) A 15 ans : entre 210 et 230 Hz</p>

	<p>A l'âge adulte : entre 80 et 120 Hz</p> <p><b><u>Intensité :</u></b> Intensité plus élevée</p>	<p>A l'âge adulte : entre 180 et 220 Hz</p> <p><b><u>Intensité :</u></b> Intensité moins élevée</p> <p><b><u>Timbre :</u></b> Plus voilé</p>
La mue	<p><b>Libération de testostérone</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Descente du larynx de C3 à C7</li> <li>➤ Allongement conséquent des cordes vocales</li> <li>➤ Descente d'une octave</li> <li>➤ Changement de mécanisme</li> </ul> <p>(Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016</i>, Université Paris-Descartes, non publié)</p>	<p><b>Libération d'oestrogènes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Descente du larynx de C3 vers C7</li> <li>➤ Allongement moindre des cordes vocales</li> <li>➤ Descente d'une tierce</li> <li>➤ Changement de mécanisme</li> </ul> <p>(Girard-Monneron L., <i>cours DU Transidentité en 2016</i>, Université Paris-Descartes, non publié)</p>
La parole		<p>-moins d'élision dans le discours (Oates et Dacakis, 1983 ; Davies, 2006)</p> <p>-articulation plus précise (Oates et Dacakis, 1983, Davies, 2006)</p> <p>-attaque vocale plus douce (Dacakis, 2002)</p>
La prosodie	- Voix plus monotone (Dacakis, 2002)	-intonation montante (Dacakis, 2002)
Le discours	-tournures plus directes, usage préférentiel de la voie active (Slembeck, 1990)	<p>-Usage du conditionnel puis fréquent (Slembeck)</p> <p>-tournures moins directes, usage de la voix passive, tournures limitatives (Slembeck, 1990)</p> <p>-demandes de confirmations plus fréquentes (Slembeck, 1990)</p>

## **Annexe D : Guide et trame d'entretien**

**Population :** Femmes transgenres suivies ou ayant déjà été suivies en orthophonie

### **La chirurgie laryngée :**

1/ Avez-vous eu une opération laryngée ? OUI / NON

2/ Si oui,

*a/ Quelle chirurgie ? Cricothyropexie / avancement de la commissure antérieure/ scarification au laser*

*b/ Quand ?*

*c/ Résultats post-chirurgie ?*

*d/ Complications ? (saignements / infection / enrrouement / dysphonie / autre)*

*e/ Etait-ce ce à quoi vous vous attendiez ?*

*f/ Avez-vous bénéficié de séances d'orthophonie avant votre chirurgie ?*

*Si oui, pourquoi ?*

*Qui vous l'a conseillé et prescrit ?*

*Pensez-vous que cela ait été bénéfique ?*

*Si non, pourquoi ?*

*Vous en avait-on parlé en amont ?*

*Pensez-vous que cela aurait été bénéfique ? (travail de l'intonation, d'assouplissement des cordes vocales, de souffle...)*

*g/ Cela vous a-t-il permis d'être moins dans le contrôle de la voix par rapport à avant ?*

### **La demande orthophonique :**

3/ Etes-vous en demande aujourd'hui d'un travail vocal? OUI / NON

Si non, l'avez-vous été dans le passé ? OUI / NON

Si oui,

- Quelles sont/ Quelles étaient vos attentes ?

*Par rapport à la voix ? (Des résultats, de la technique vocale, des explications...)*

*Par rapport à l'orthophoniste ? (implication, entente, être rassurée, besoin de se sentir en confiance)*

*Par rapport au cadre ? (temporel et spatial)*

### **Voix et identité**

4/ Pour vous la voix contribue-t-elle au passing ? Si oui, dans quel sens ?

5/ Y-avait-il un décalage entre votre apparence et votre voix selon vous ?

Si oui, comment le viviez-vous ?

Si oui, cela vous empêchait-il de parler ?

Y-a-t-il encore un décalage entre votre apparence et votre voix aujourd'hui ?

### **Voix et ressentis**

6/ Aviez-vous le sentiment que votre voix était discriminante au début de votre transition ? Et maintenant ?

7/ Diriez-vous qu'avec le temps, vous avez accepté votre voix ? L'orthophoniste vous y-a-t-elle aidé ?

8/ Y-a-t-il encore aujourd'hui des situations de communication plus difficiles à cause de votre voix ?

- Selon les situations ?
- Selon les interlocuteurs ?

9/ Est-ce que votre changement de voix a eu une répercussion sur votre relation aux autres ? Comment votre famille / votre entourage a accueilli votre changement de voix ?

10/ Conservez-vous le souvenir sonore de votre ancienne voix, son écho ? La prise en charge orthophonique a-t-elle changé quelque chose ?

### **Le suivi orthophonique**

11/ Avez-vous eu des difficultés à trouver une orthophoniste ?

Environ combien de refus ?

Face au refus, vous ont-elles réorienté vers un autre spécialiste ?

Qualité de l'accueil ?

Pensez-vous qu'il existe un manque d'orthophonistes dans ce domaine ?

12/ Lors du bilan, et pendant la prise en charge des questions vous ont-elles gênées ? Si oui lesquelles ?

Vous a-t-on posé des questions sur la transition ?

Avez-vous trouvé cela pertinent ? Intrusif ? Ou autre ?

L'orthophoniste a-t-elle fait des maladresses par rapport aux termes utilisés ?

13/ Avez-vous bénéficié d'informations concernant l'anatomie et la physiologie vocale ?

Si oui, avez-vous trouvé cela pertinent ?

Si non, cela vous aurait-il intéressé ?

14/ Pensez-vous qu'il est important d'informer la patiente sur les paramètres non-vocaux qui peuvent être assignés comme appartenant à un genre? Concernant :

- Les mots de vocabulaires ?
- L'intonation ?
- Les élisions ?
- Les sujets de conversation ?

15/ Avez-vous travaillé avec la vidéo / magnétophone ? (feedback)

16/ Quel moment fut, pour vous déterminant dans la prise en charge ?

Vous a donné espoir ?

Vous a permis d'assumer votre voix ?

Vous a rassuré ?

17/ Avez-vous déjà réalisé ces exercices ou activités avec votre orthophoniste ?

- Relaxation / détente ? Oui / Non
- Respiration ? Oui / Non
- Posture ? Oui / Non
- Souffle ? Oui / Non

- Travail de la hauteur ? Oui / Non
- Travail de l'intensité ? Oui / Non
- Travail du timbre et des cavités de résonances ? (ex : sons nasaux) Oui / Non
- Travail de l'antériorisation de la voix ? (pour l'enrichir) Oui / Non
- Travail de modulation ? (prosodie) Oui / Non
- Travail de débit ? Oui / Non
- Travail de douceur (insérer souffle discret sur timbre) ? Oui / Non
- Travail de l'expressivité ? Oui / Non
- Travail des tournures de phrases ? Oui / Non
- Travail non vocal ? Oui / Non
- Travail d'écoute, d'auto-écoute et d'autosatisfaction ? Oui / Non
- Travail des attaques vocales ? Oui / Non
- Projet de voix : Choix d'une voix ? Travail autour de cette voix ? Oui / Non

18/ Contrôlez-vous moins votre voix aujourd'hui ?

19/ Que vous a apporté la prise en charge orthophonique ?

20/ Qualifieriez-vous votre suivi orthophonique d'efficace ?

Sur le plan acoustique ?

Sur le plan d'acceptation de soi/ de sa voix ?

Sur plan autre ?

21/ Comment s'est finie la prise en charge ?

Etait-ce votre demande ?

Aviez-vous eu l'impression d'avoir suffisamment exploré votre voix ?

22/ Qu'est-ce que vous auriez souhaité de plus dans votre prise en charge ?

Et de moins ?

### **Rôle de l'orthophoniste auprès de la population trans'**

23/ Pour vous, quel est/ quels sont le(s) rôle(s) de l'orthophoniste auprès de la population trans ?

- Rééducation technique ?
- Travailler une voix choisie ?
- Travail d'acceptation de la voix ?
- *Autre ?*

Pour vous, devrions-nous nous faire connaître davantage de la population trans ?

### **Généralités**

24/ Comment avez-vous eu connaissance du rôle de l'orthophoniste pour le travail vocal ?

Par qui avez-vous eu l'information ?

Avez-vous hésité ?

25/ Pensez-vous qu'une quantité non-négligeables de femmes trans travaillent seules la voix ?

Pourquoi selon-vous ?

26/ Sur les forums, quel message est véhiculé au sujet de l'orthophonie ?

27/ Qu'est-ce qu'une voix féminine pour vous ?

### **En complément**

Date de première prise d'hormone :

Date d'intervention ORL :

Date du premier rendez-vous en orthophonie :

**Annexe E : Tableau d'analyse des entretiens**

1/ Etes-vous en demande aujourd'hui d'un travail vocal?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

Si non, l'avez-vous été dans le passé ?

	Nombre
oui	
non	

Si oui,

- Quelles sont/ Quelles étaient vos attentes ?

*Par rapport à la voix ?*

	Nombre
<i>résultats</i>	
<i>technique</i>	
<i>Acception</i>	
<i>Phrasé féminin</i>	
<i>Voix féminine</i>	
<i>Autre</i>	

**Remarques :**

*Par rapport l'orthophoniste ?*

	nombre
<i>Implication/écoute</i>	
<i>entente</i>	
<i>Etre rassuré</i>	
<i>confiance</i>	
<i>Connaissances théoriques et technique</i>	
<i>Autre</i>	

**Remarques :**

*Par rapport au cadre ? (temporel et spatial)*

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

**Voix et identité**

4/ Pour vous la voix contribue-t-elle au passing ? Si oui, dans quel sens ?

	Nombre

oui	
non	

**Remarques :**

5/ Y'avait-il un décalage entre votre apparence et votre voix selon vous?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

Si oui, comment le viviez-vous ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Si oui, cela vous empêchait-il de parler ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

Y-a-t-il encore un décalage entre votre apparence et votre voix aujourd'hui ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

**Voix et ressentis**

Aviez-vous le sentiment que votre voix était discriminante au début de votre transition ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

Et maintenant ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

7/ Diriez-vous qu'avec le temps, vous avez accepté votre voix ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

L'orthophoniste vous y-a-t-elle aidé ?

	Nombre
oui	
non	

8/ Y-a-t-il encore aujourd'hui des situations de communication plus difficiles à cause de votre voix ?

- Selon les situations ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

- Selon les interlocuteurs ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

9/ Est-ce que votre changement de voix a eu une répercussion sur votre relation aux autres ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Comment votre famille / votre entourage a accueilli votre changement de voix ?

	Nombre
bien	
non	

**Remarques :**

10/ Conservez-vous le souvenir sonore de votre ancienne voix, son écho ?

	Nombre
oui	
non	

La prise en charge orthophonique a-t-elle changé quelque chose ?

	Nombre
oui	
non	

**Le suivi orthophonique**

11/ Avez-vous eu des difficultés à trouver une orthophoniste ?

	Nombre
oui	
non	

Environ combien de refus ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Face au refus, vous ont-elles réorienté vers un autre spécialiste ?

	Nombre
oui	
non	

Qualité de l'accueil ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Pensez-vous qu'il existe un manque d'orthophonistes dans ce domaine ?

	Nombre
oui	
non	

12/ Lors du bilan, et pendant la prise en charge des questions vous ont-elles gênées ? Si oui lesquelles ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Vous a-t-on posé des questions sur la transition ?

	Nombre
oui	
non	

Avez-vous trouvé cela pertinent ? Intrusif ? Ou autre ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

L'orthophoniste a-t-elle fait des maladresses par rapport aux termes utilisés ?

	Nombre
--	--------

oui	
non	

13/ Avez-vous bénéficié d'informations concernant l'anatomie et la physiologie vocale ?

	Nombre
oui	
non	

Si oui, avez-vous trouvé cela pertinent ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Si non, cela vous aurait-il intéressé ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

14/ Pensez-vous qu'il est important d'informer la patiente sur les paramètres non-vocaux qui peuvent être assignés comme appartenant à un genre? Concernant :

- Les mots de vocabulaires ?

- L'intonation ?

- Les élisions ?

- Les sujets de conversation ?

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

15/ Avez-vous travaillé avec la vidéo / magnétophone ? (feedback)

	Nombre
oui	
non	

**Remarques :**

16/ Quel moment fut, pour vous déterminant dans la prise en charge ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

17/ Avez-vous déjà réalisé ces exercices ou activités avec votre orthophoniste ?

- Relaxation / détente ?

	Nombre
oui	
non	

- Respiration ?

	Nombre
oui	
non	

- Posture ?

	Nombre
oui	
non	

- Souffle ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de la hauteur ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de l'intensité ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail du timbre et des cavités de résonances ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de l'antériorisation de la voix ?

	Nombre
oui	

non	
-----	--

- Travail de modulation et de prosodie ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de débit ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de douceur ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail de l'expressivité ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail des tournures de phrases ?

	Nombre
oui	
non	

- Posture ?

	Nombre
oui	
non	

- Gestes ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail d'écoute, d'auto-écoute et d'autosatisfaction ?

	Nombre
oui	
non	

- Travail des attaques vocales ?

	Nombre
oui	
non	

- Projet de voix : Choix d'une voix ? Travail autour de cette voix ?

	Nombre
oui	
non	

19/ Que vous a apporté la prise en charge orthophonique ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

20/ Qualifieriez-vous votre suivi orthophonique d'efficace ?

	Nombre
oui	
non	

Sur le plan acoustique ?

	Nombre
oui	
non	

Sur le plan d'acceptation de soi/ de sa voix ?

	Nombre
oui	
non	

Sur plan autre ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

21/ Comment s'est finie la prise en charge ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Etait-ce votre demande ?

Avez-vous eu l'impression d'avoir suffisamment exploré votre voix ?

	Nombre
oui	
non	

22/ Qu'est-ce que vous auriez souhaité de plus dans votre prise en charge ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Et de moins ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

### Rôle de l'orthophoniste auprès de la population transgenre

23/ Pour vous, quel est/ quels sont le(s) rôle(s) de l'orthophoniste auprès de la population trans ?

- Rééducation technique ?

	Nombre
oui	
non	

Remarques :

- Travail d'acceptation de la voix ?

	Nombre
oui	
non	

- Autre ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Pour vous, devrions-nous nous faire connaître davantage de la population trans ?

	Nombre
oui	
non	

### Généralités

24/ Comment avez-vous eu connaissance du rôle de l'orthophoniste pour le travail vocal ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Par qui avez-vous eu l'information ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

Avez-vous hésité ?

	Nombre
oui	
non	

Remarques :

25/ Pensez-vous qu'une quantité non-négligeables de femmes transgenres travaillent seules la voix ?

	Nombre
oui	
non	

Remarques :

Pourquoi selon-vous ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

26/ Sur les forums, quel message est véhiculé au sujet de l'orthophonie ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

28/ contrôlez-vous moins votre voix ?

	Nombre
oui	
non	

Remarques :

27/ Qu'est-ce qu'une voix féminine pour vous ?

Sujet	A	B	C	D	E	F
Réponse						

## Annexe F: Lettre d'introduction du questionnaire

# Questionnaire à l'intention des femmes transidentitaires n'ayant pas eu recours au suivi orthophonique

Etudiante en Master 2 d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire de Nantes, j'ai choisi de consacrer mon mémoire de fin d'études à la demande vocale des femmes trans.

Ce questionnaire s'adresse aux femmes trans n'ayant pas bénéficié de rééducation orthophonique. Cette enquête s'intéresse aux retentissements de la voix sur le bien-être de la femme transidentitaire.

Dans ce questionnaire, vous serez amenées à donner votre point de vue. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses puisque vos réponses correspondront à votre vécu personnel.

Vous êtes libres de ne pas remplir ce questionnaire ou bien de l'arrêter à tout moment. Vous avez besoin d'environ 5 minutes pour y répondre.

Toutes les informations récoltées dans cette recherche seront conservées dans l'anonymat et dans la plus stricte confidentialité.

Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir les résultats de cette étude en adressant une demande à l'adresse mail suivante : [adele.arcourt@etu.univ-nantes.fr](mailto:adele.arcourt@etu.univ-nantes.fr) . Vous pourrez également me contacter à cette même adresse pour toute question ou suggestion concernant ce questionnaire.

Attention! Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire en ligne, vous vous engagez à avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et à en comprendre le contenu. De ce fait, votre participation est volontaire et vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées pour les fins de cette étude.

En vous remerciant de votre intérêt et du temps consacré à mon étude,

Adèle Arcourt

## Annexe G : Questionnaire

### Généralités

1-De quels mois et années datent votre transition? *Facultatif*

2-Avez-vous déjà entendu parler du rôle des orthophonistes pour le travail vocal?

- Oui
- Non

### Contrôle vocal et travail vocal

3-Au quotidien, contrôlez-vous votre voix afin de la rendre plus féminine?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

4-Avez-vous déjà essayé de féminiser votre voix par vos propres moyens? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui seule sans entraînement

- Oui seule avec entraînement
- Oui grâce à des vidéos vues sur internet
- Non
- Autre : ...

5-Etes-vous satisfaite du résultat?

- Oui
- Non

### Ressentis personnels par rapport à la voix

6-Votre voix vous complexe-elle ? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui
- Non
- Autre : ...

7-Parler au téléphone vous angoisse-t-il ? *Plusieurs réponses possibles*

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Cela dépend des situations : selon les situations et/ou les

interlocuteurs

- Autre : ..

8- Evitez-vous de téléphoner à cause de votre voix?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

9- Aujourd'hui, auriez-vous besoin d'être rassurée par rapport à votre voix? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui
- Non
- Autre : ...

10- Au début de votre transition, auriez-vous eu besoin d'être rassurée par rapport à votre voix? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui
- Non
- Autre : ...

11-Actuellement votre voix est: (Question issue du VTQ édité en 2012)

- Très féminine

- Assez féminine
- De genre neutre
- Assez masculine
- Très masculine

12- Votre voix idéale serait : (Question inspirée du VTQ édité en 2012)

- Très féminine
- Assez féminine
- De genre neutre
- Assez masculine
- Très masculine
- Telle qu'elle est aujourd'hui

### **Lien avec la chirurgie laryngée**

13- Avez-vous eu recours à une opération laryngée pour améliorer votre voix?

- Oui
- Non

14- Si oui, êtes-vous satisfaite du résultat?

- Oui
- Non

## Orthophonie

15-Avez-vous déjà téléphoné à un orthophoniste pour votre voix?

- Oui
- Non

16-Si oui, avez-vous eu des difficultés à trouver un orthophoniste pour vous prendre en charge?

- Oui
- Non

17-Avez-vous déjà pensé à débiter un suivi orthophonique?

- Oui
- Non

18- Qu'est-ce qui vous a démotivée ? *Plusieurs réponses possibles*

- Le manque de temps
- Votre parcours est déjà trop médicalisé
- Vous n'avez pas osé prendre contact avec un orthophoniste
- Vous n'êtes pas intéressé
- Des avis négatifs de personnes ayant déjà été suivis
- Vous avez été confrontée à des refus de la part d'orthophonistes
- Vous n'avez pas trouvé d'orthophoniste pouvant vous prendre en charge

- Vous ne souhaitez pas être jugée sur votre voix par un professionnel de santé
- Autre : ...

19-Si vous étiez convaincue que le suivi orthophonique était efficace, seriez-vous prête à débiter une prise en charge orthophonique? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui
- Non
- Autre : ...

20-Quels arguments pourraient vous motiver pour débiter un suivi orthophonique ? *Facultatif*

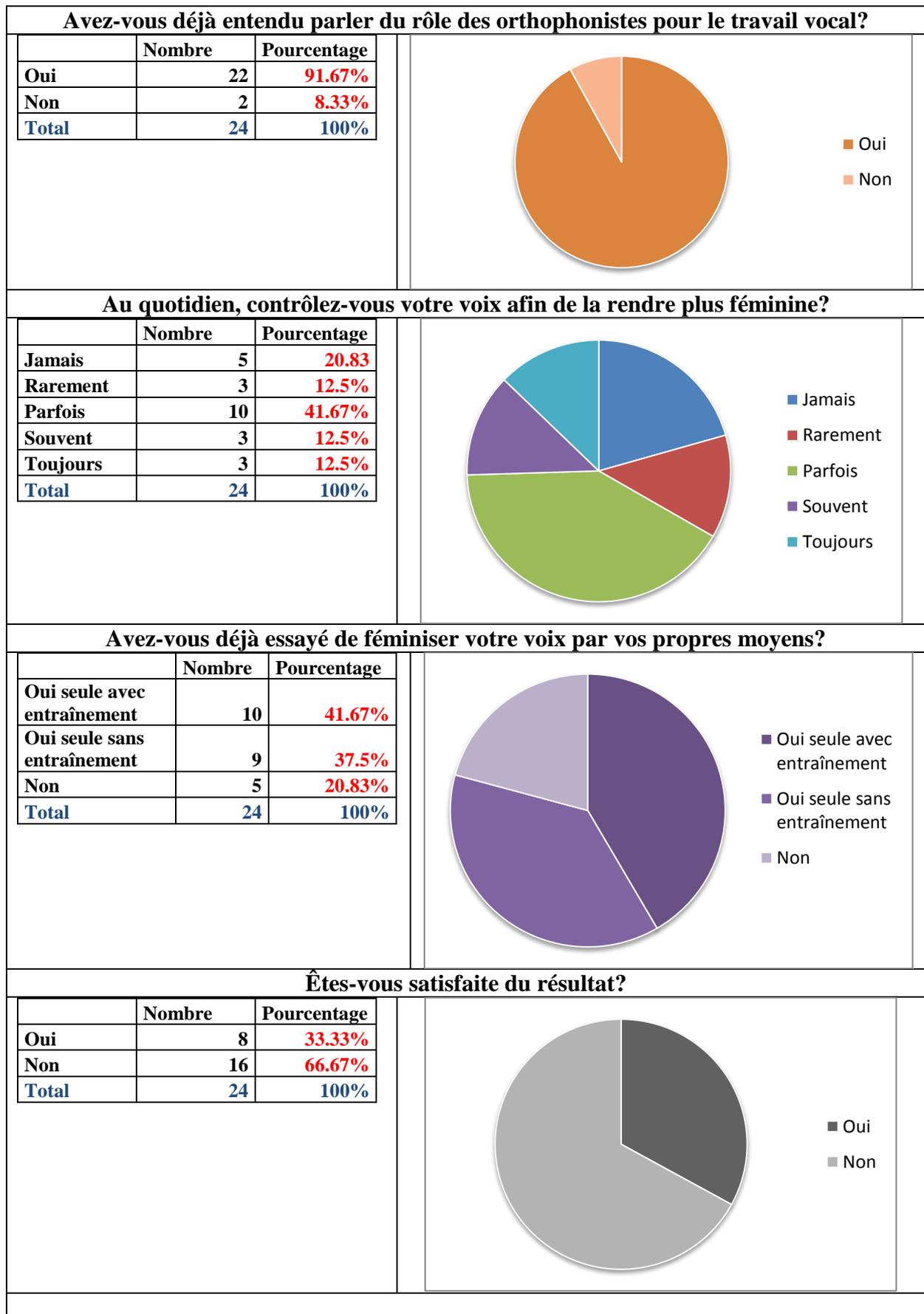
Réponse : ...

## Remarques

21- Auriez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez partager?

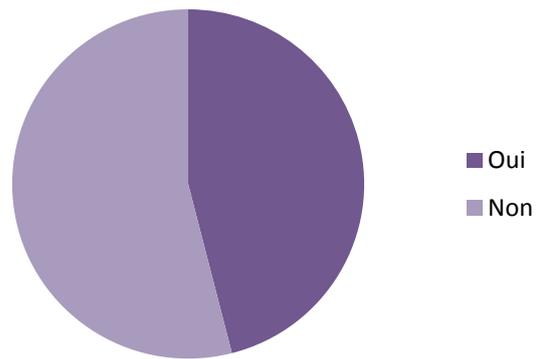
Réponse : ...

## Annexe H : Résultats généraux



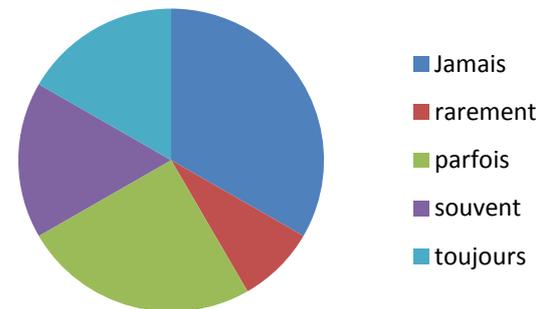
### Votre voix vous complexe-t-elle?

	Nombre	Pourcentage
Oui	11	45.83%
Non	13	54.17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



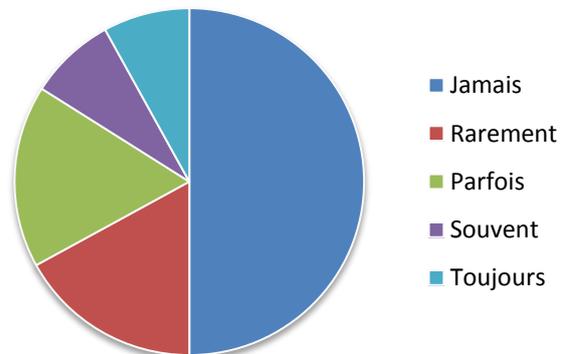
### Parler au téléphone vous angoisse-t-il?

	Nombre	Pourcentage
Jamais	8	33.33%
Rarement	2	8.33%
Parfois	6	25%
Souvent	4	16.67%
Toujours	4	16.67%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



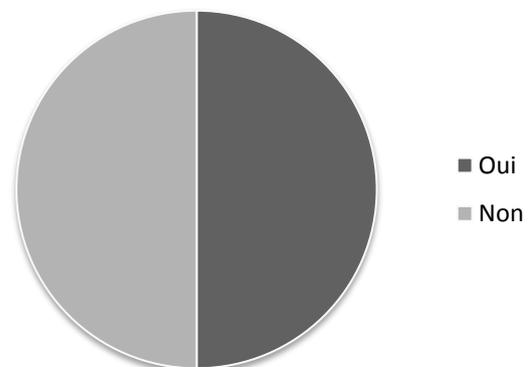
### Evitez-vous de téléphoner à cause de votre voix?

	Nombre	Pourcentage
Jamais	12	50%
Rarement	4	16.67%
Parfois	4	16.67%
Souvent	2	8.33%
Toujours	2	8.33%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



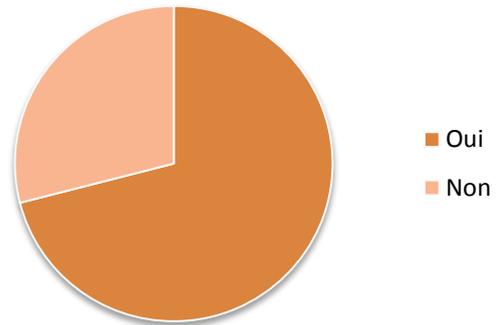
### Aujourd'hui, auriez-vous besoin d'être rassurée par rapport à votre voix?

	Nombre	Pourcentage
Oui	12	50%
Non	12	50%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



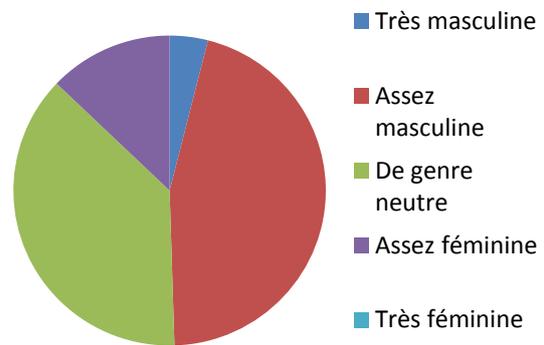
**Au début de votre transition, auriez-vous eu besoin d'être rassurée par rapport à votre voix?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	17	70.83%
Non	7	29.17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



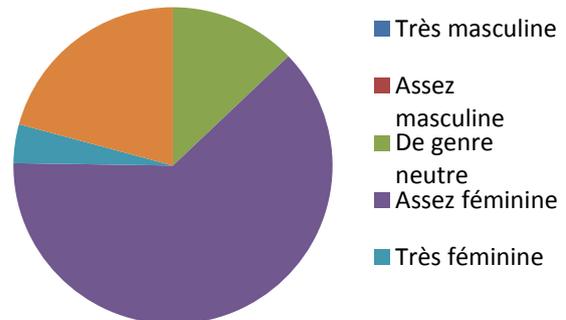
**Actuellement votre voix est: (Question issue du TVQ, Dacakis & Davies, 2012)**

	Nombre	Pourcentage
Très masculine	1	4.17%
Assez masculine	11	45.83%
De genre neutre	9	37.5%
Assez féminine	3	12.5%
Très féminine	0	0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



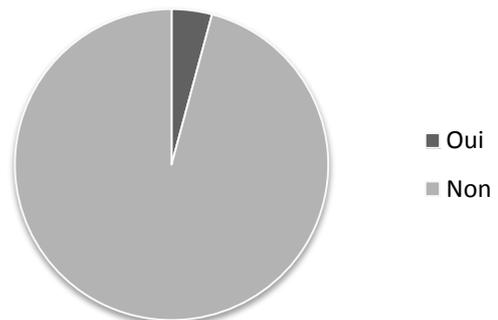
**Votre voix idéale serait: (Question inspirée du TVQ, Dacakis & Davies, 2012)**

	Nombre	Pourcentage
Très masculine	0	0%
Assez masculine	0	0%
De genre neutre	3	12.5%
Assez féminine	15	62.5%
Très féminine	1	4.17%
Telle qu'elle est mtn	5	20.83%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



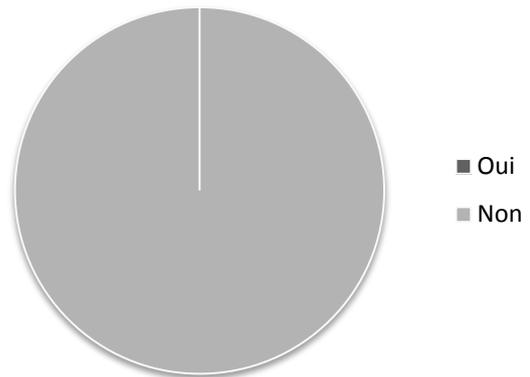
**Avez-vous eu recours à une opération laryngée pour améliorer votre voix?**

	Nombre	Pourcentage
Non	23	95.83%
Oui	1	4.17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



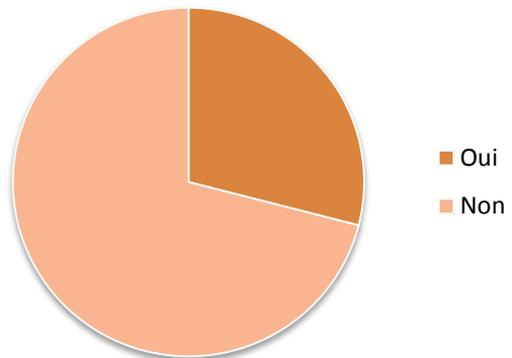
**Si oui, êtes-vous satisfaite du résultat?**

	Nombre	Proportion
<b>Oui</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Non</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



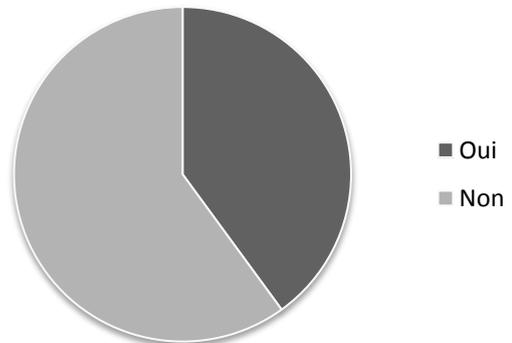
**Avez-vous déjà téléphoné à un orthophoniste pour votre voix?**

	Nombre	Pourcentage
<b>Oui</b>	7	<b>29.17%</b>
<b>Non</b>	17	<b>70.83%</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



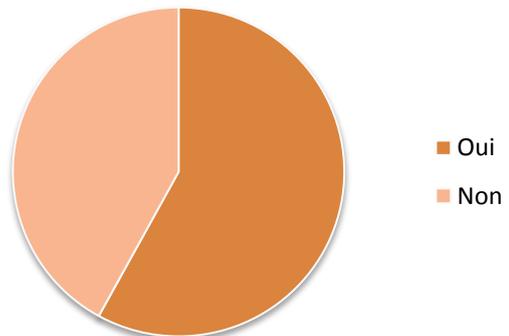
**Si oui, avez-vous eu des difficultés à trouver un orthophoniste pour vous prendre en charge?**

	Nombre	Pourcentage
<b>Oui</b>	2	<b>40%</b>
<b>Non</b>	3	<b>60%</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>



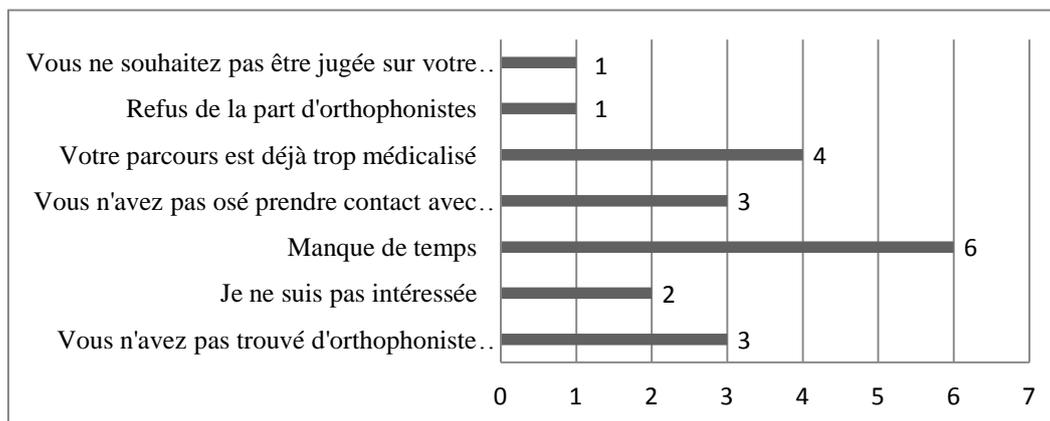
**Avez-vous déjà pensé à débiter un suivi orthophonique?**

	Nombre	Pourcentage
<b>Oui</b>	14	<b>58.33%</b>
<b>Non</b>	10	<b>41.67%</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



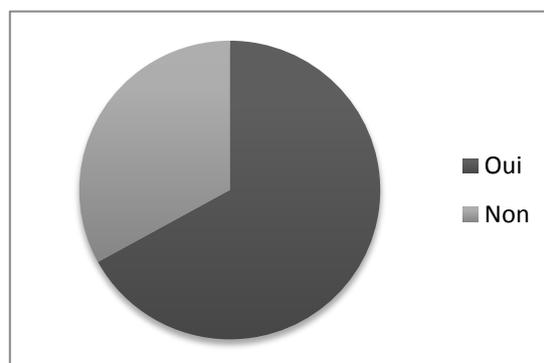
### Qu'est-ce qui vous a démotivée ?

17 réponses recueillies	Nombre
Vous n'avez pas trouvé d'orthophoniste pouvant vous prendre en charge	3
Je ne suis pas intéressée	2
Manque de temps	6
Vous n'avez pas osé prendre contact avec un orthophoniste	3
Votre parcours est déjà trop médicalisé	4
Refus de la part d'orthophonistes	1
Vous ne souhaitez pas être jugée sur votre voix	1



### Si vous étiez convaincue que le suivi orthophonique était efficace, seriez-vous prête à débiter une prise en charge orthophonique?

	Nombre	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>16</b>	<b>66.67%</b>
<b>Non</b>	<b>8</b>	<b>33.33%</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



**Annexe I: Nombre de réponses positives des participantes par rapport aux exercices proposés en orthophonie**

<b>Exercice</b>	<b>Relaxation</b>	<b>Respiration</b>	<b>Posture</b>	<b>Souffle</b>	<b>Douceur</b>
Nombre de réponses positives	2	4	5	5	5

<b>Exercices</b>	<b>Antériorisation</b>	<b>Modulations</b>	<b>Débit</b>	<b>Intensité</b>
Nombre de réponses positives	1	5	3	4

<b>Exercices</b>	<b>Expressivité</b>	<b>Tournures de phrases</b>	<b>Ecoute, Auto-écoute, auto-satisfaction</b>
Nombre de réponses positives	3	2	4

<b>Exercices</b>	<b>Hauteur</b>	<b>Timbre &amp; cavités de résonance</b>	<b>Attaques vocales</b>
Nombre de réponses positives	6	5	5

**Par ordre de grandeur décroissant :**

- Hauteur
- Modulations, douceur, souffle, posture, timbre & cavités de résonances, attaques vocales
- Respiration, intensité, auto-évaluation
- Expressivité, débit
- Tournures de phrases, relaxation
- antériorisation

## Annexe J : Tableaux des résultats selon différents profils

### Tableau des résultats 1 : Les femmes qui contrôlent leur voix

#### Les femmes qui contrôlent leur voix

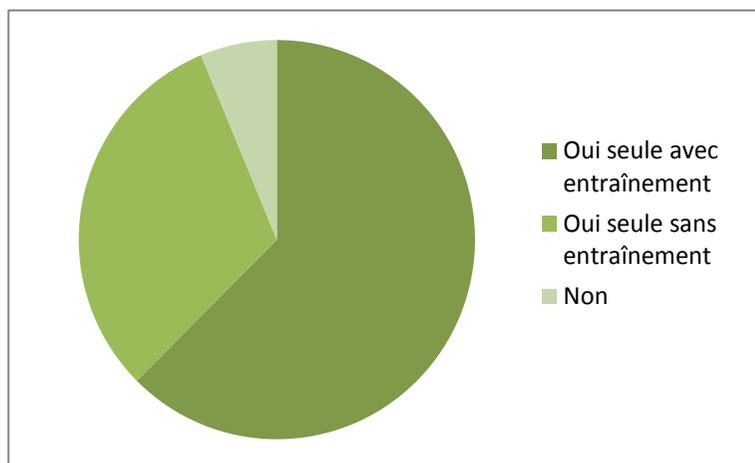
Sont incluses dans cette population les femmes ayant répondu parfois, souvent et toujours à la question concernant le contrôle vocal.

#### Les femmes ne contrôlant pas leur voix ou peu

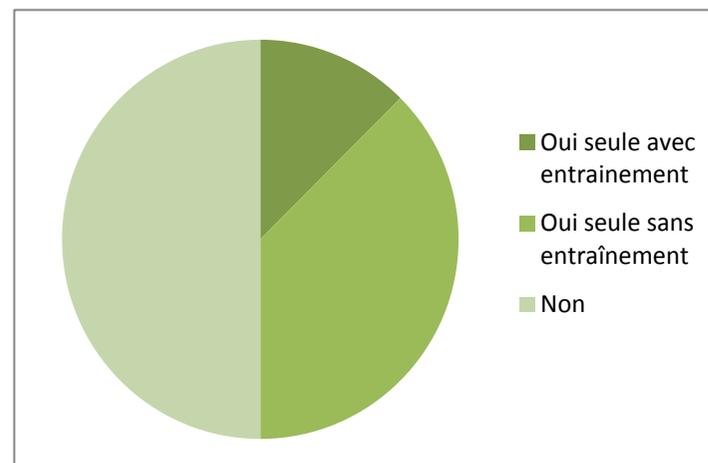
Sont incluses dans cette population les femmes ayant répondu jamais ou rarement à la question concernant le contrôle vocal.

#### Avez-vous déjà essayé de féminiser votre voix par vos propres moyens ?

	Nombre	Pourcentage
Oui seule avec entraînement	10	62,50
Oui seule sans entraînement	5	31,25
Non	1	6,25
Total	16	100

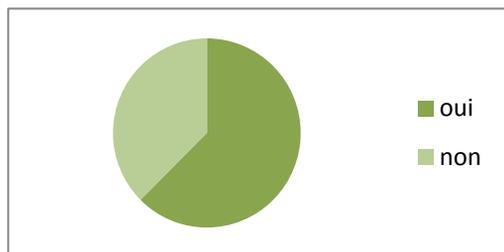


	Nombre	Pourcentage
Oui seule avec entraînement	1	12,5
Oui seule sans entraînement	3	37,5
Non	4	50
Total	8	100

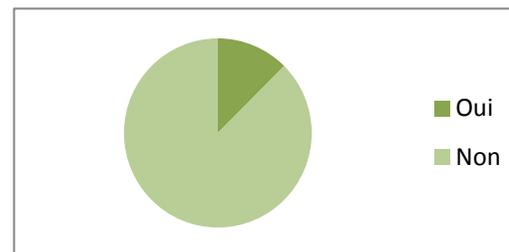


### Votre voix vous complexe-t-elle ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	10	63%
Non	6	38%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

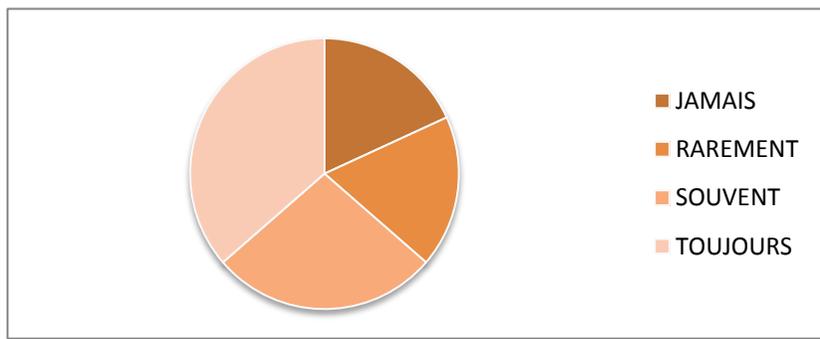


	Nombre	Pourcentage
Oui	1	12,5
Non	7	87,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

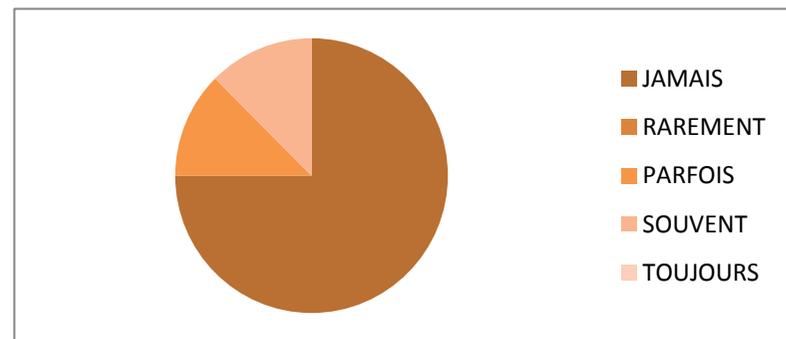


### Parler au téléphone vous angoisse-t-il ?

	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	2	12,5
RAREMENT	2	12,5
PARFOIS	5	31,25
SOUVENT	3	18,75
TOUJOURS	4	25

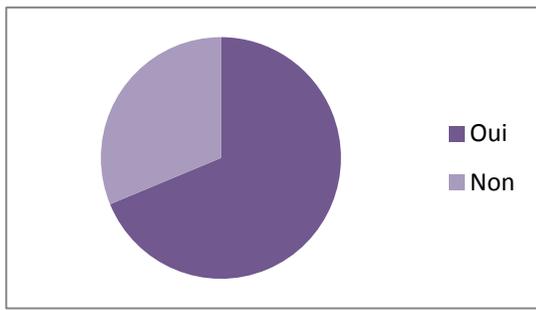


	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	6	75
RAREMENT	0	0
PARFOIS	1	12,5
SOUVENT	1	12,5
TOUJOURS	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

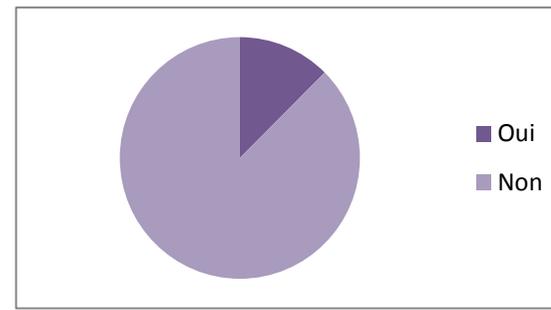


**Aujourd'hui auriez-vous besoin d'être rassurée par rapport à votre voix ?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	11	68,75
Non	5	31,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

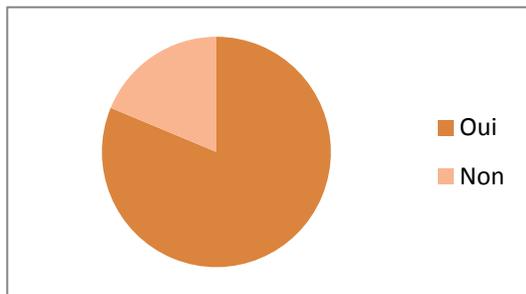


	Nombre	Pourcentage
Oui	1	12,5
Non	7	87,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

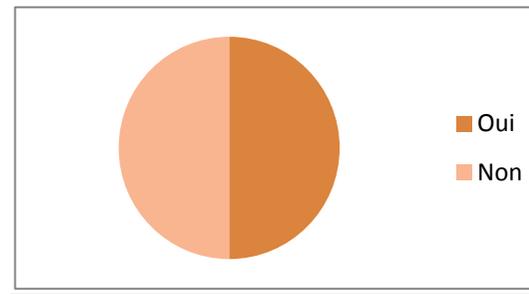


**Au début de votre transition auriez-vous eu besoin d'être rassuré par rapport à votre voix ?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	13	81,25
Non	3	18,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

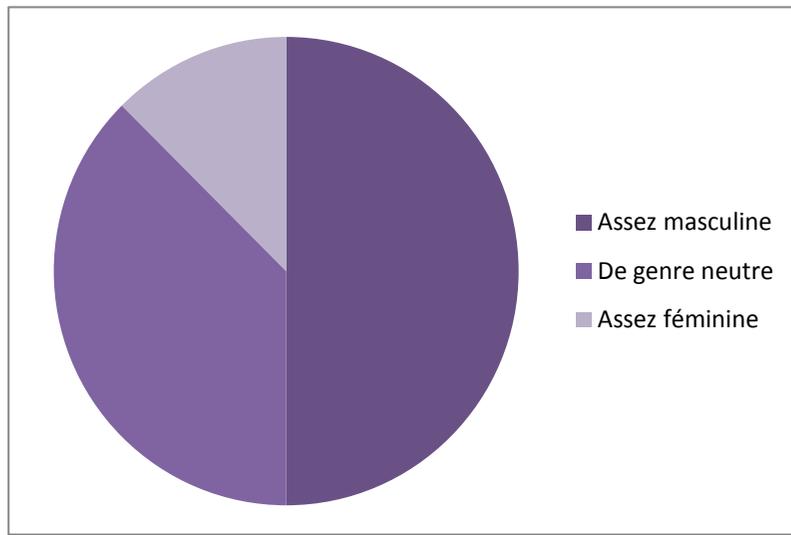


	Nombre	Pourcentage
Oui	4	50
Non	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

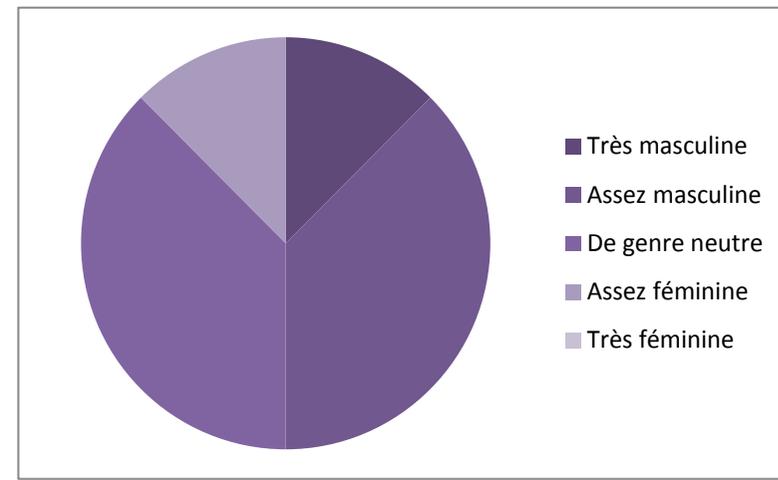


**Actuellement votre voix est: (Question issue du VTQ (2012))**

	Nombre	Pourcentage
Assez masculine	8	50
De genre neutre	6	37,5
Assez féminine	2	12,5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

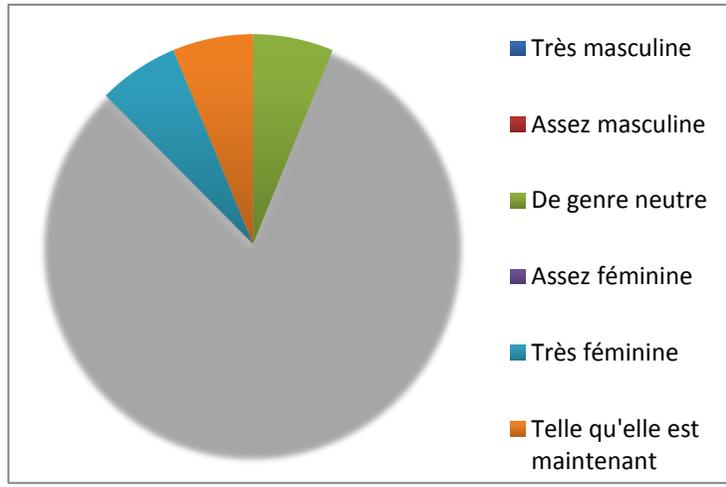


	Nombre	Pourcentage
Très masculine	1	12,5
Assez masculine	3	37,5
De genre neutre	3	37,5
Assez féminine	1	12,5
Très féminine	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

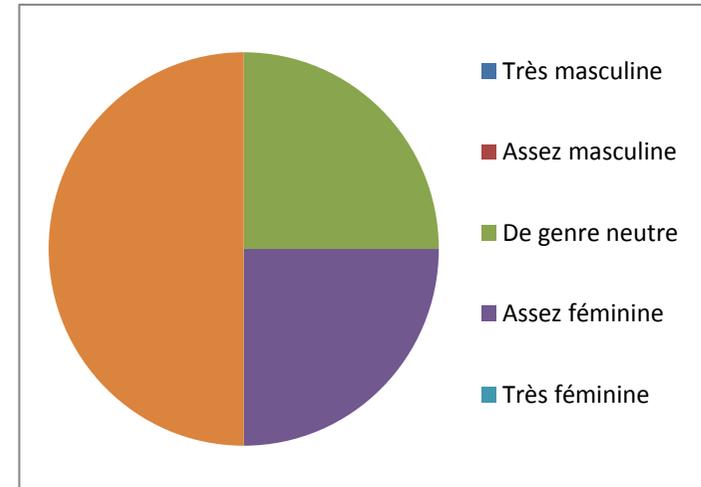


**Votre voix idéale serait:**

	Nombre	Pourcentage
Très masculine	0	0
Assez masculine	0	0
De genre neutre	1	6,25
Assez féminine	13	81,25
Très féminine	1	6,25
Telle qu'elle est mtn	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

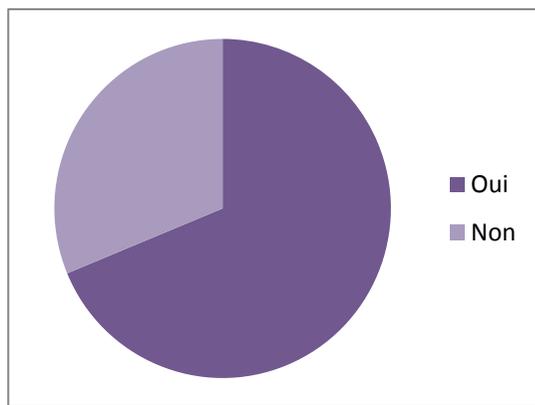


	Nombre	Pourcentage
Très masculine	0	
Assez masculine	0	
De genre neutre	2	25
Assez féminine	2	25
Très féminine	0	
Telle qu'elle est mtn	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

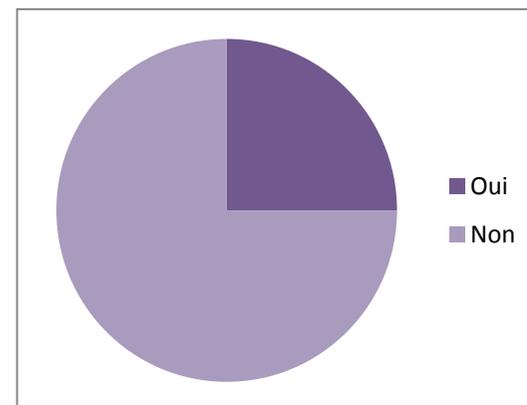


### Avez-vous déjà songé à débiter une rééducation orthophonique ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	11	68,75
Non	5	31,25
Total	16	100



	Nombre	Pourcentage
Oui	2	25
Non	6	75
Total	8	100



**Tableau des résultats 2 : Comparaison entre les transitions récentes (2016/2017) et les plus anciennes (2015 et moins)**

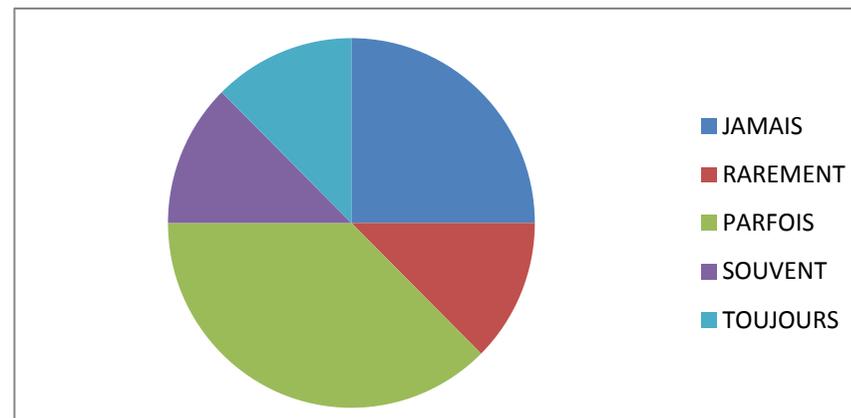
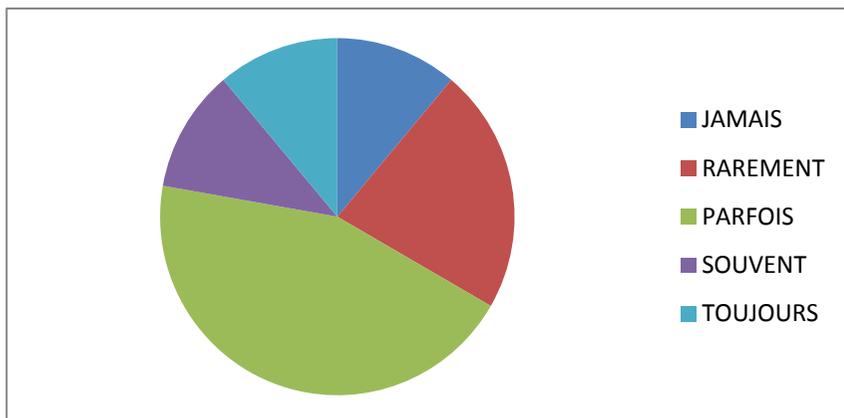
**2016/2017**

**2015 et moins**

**Au quotidien, contrôlez-vous votre voix afin de la rendre plus féminine?**

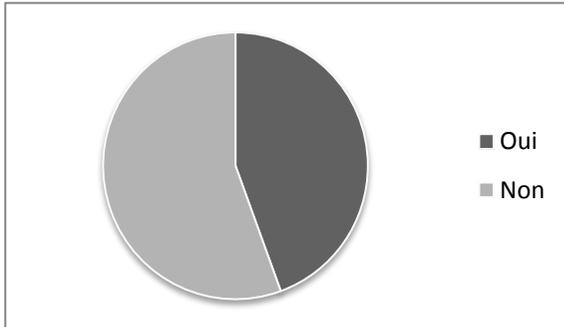
	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	1	11,11
RAREMENT	2	22,22
PARFOIS	4	44,44
SOUVENT	1	11,11
TOUJOURS	1	11,11
Total	9	100

	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	2	25
RAREMENT	1	12,5
PARFOIS	3	37,5
SOUVENT	1	12,5
TOUJOURS	1	12,5
Total	8	100

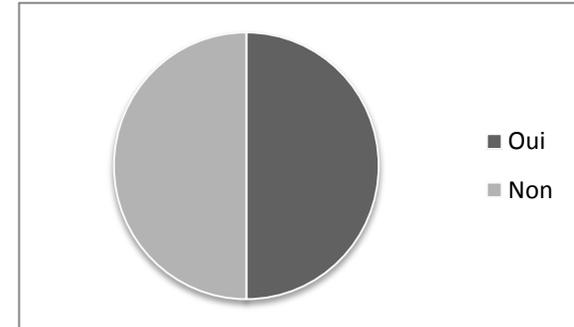


### Êtes-vous satisfaite du résultat?

	Nombre	Pourcentage
Oui	4	44,44
Non	5	55,56
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

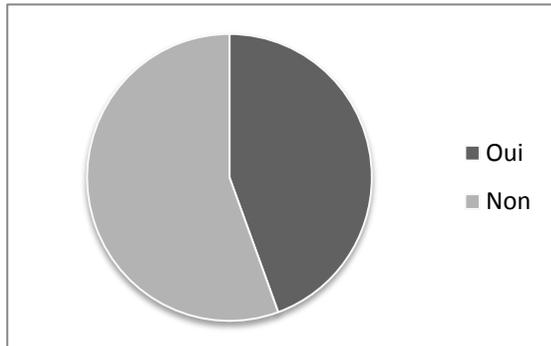


	Nombre	Pourcentage
Oui	4	50
Non	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

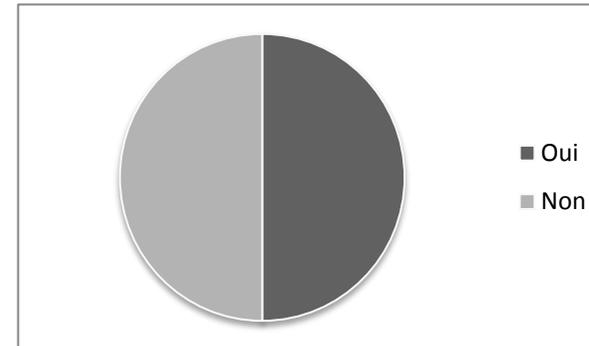


### Votre voix vous complexe-t-elle ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	4	44,44
Non	5	55,56
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

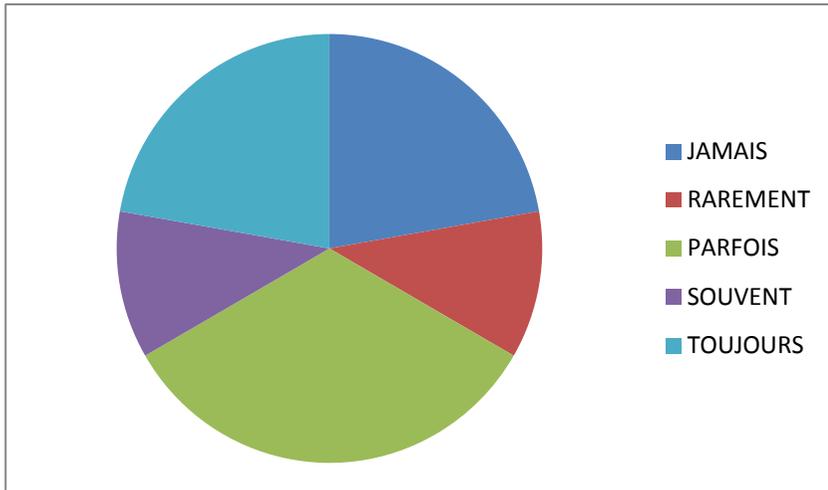


	Nombre	Pourcentage
Oui	4	50
Non	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

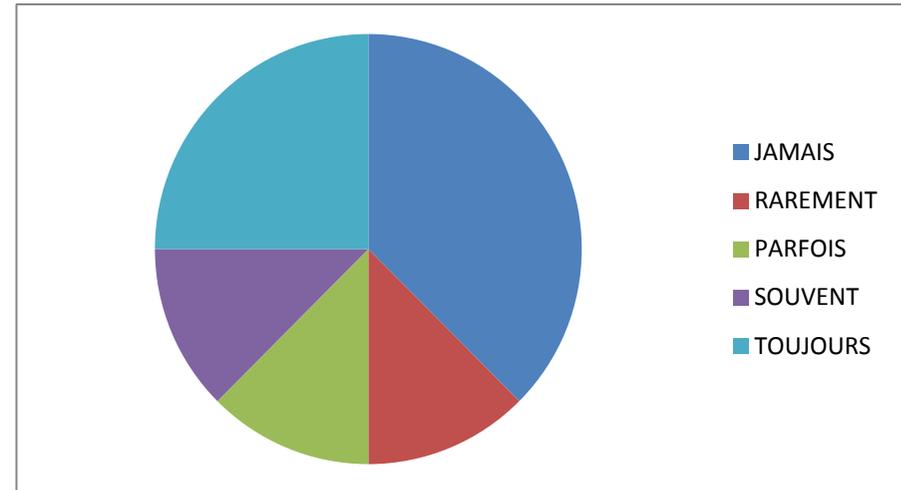


Parler au téléphone vous angoisse-t-il?

	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	2	22,22
RAREMENT	1	11,11
PARFOIS	3	33,33
SOUVENT	1	11,11
TOUJOURS	2	22,22
Total	9	100

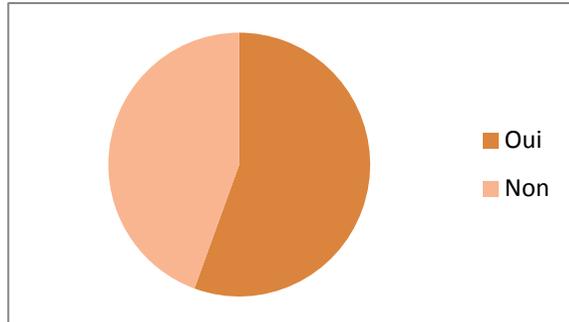


	Nombre	Pourcentage
JAMAIS	3	37,5
RAREMENT	1	12,5
PARFOIS	1	12,5
SOUVENT	1	12,5
TOUJOURS	2	25
Total	8	100

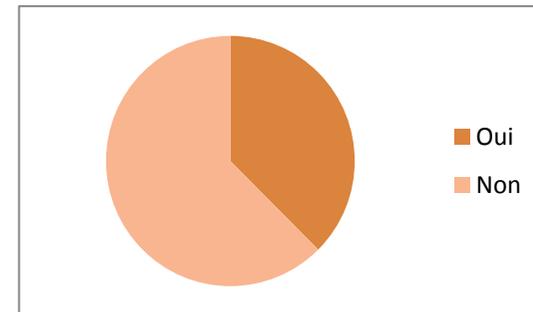


**Aujourd'hui, auriez-vous besoin d'être rassurée par rapport à votre voix?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	5	55,56
Non	4	44,44
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

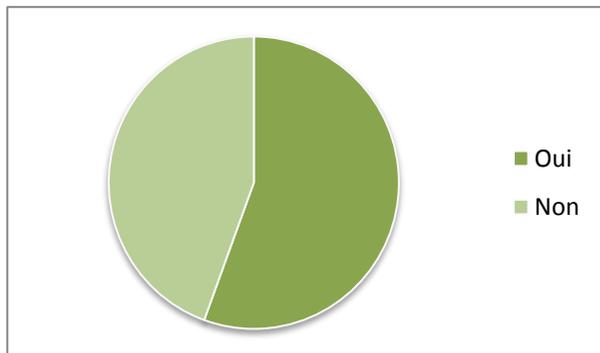


	Nombre	Pourcentage
Oui	3	37,5
Non	5	62,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

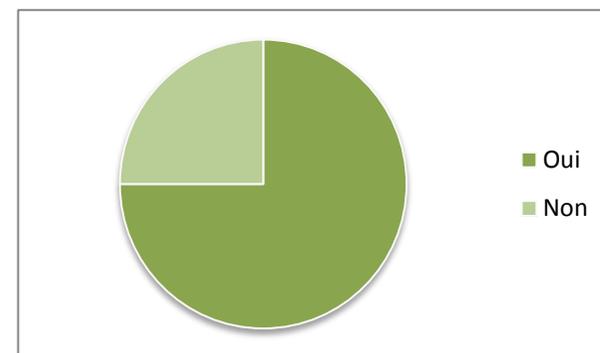


**Au début de votre transition, auriez-vous eu besoin d'être rassurée par rapport à votre voix?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	5	55,56
Non	4	44,44
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

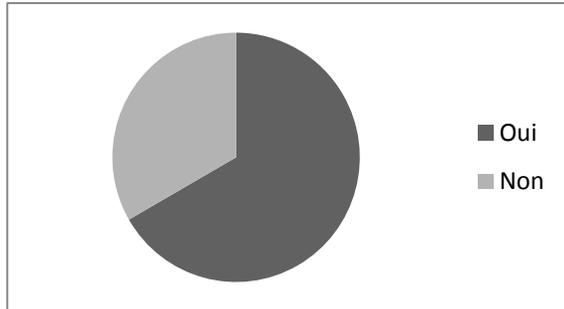


	Nombre	Pourcentage
Oui	6	75
Non	2	25
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

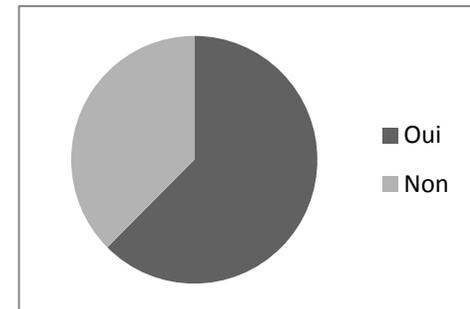


**Avez-vous déjà pensé à débiter un suivi orthophonique?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	6	66,67
Non	3	33,33
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

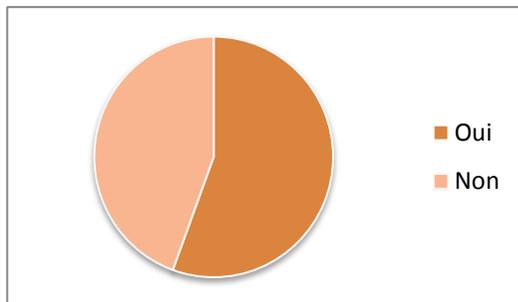


	Nombre	Pourcentage
Oui	5	62,5
Non	3	37,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

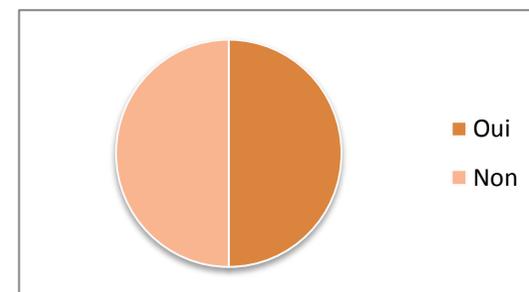


**Si vous étiez convaincue que le suivi orthophonique était efficace, seriez-vous prête à débiter une prise en charge orthophonique?**

	Nombre	Pourcentage
Oui	5	55,56
Non	4	44,44
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>



	Nombre	Pourcentage
Oui	4	50
Non	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>





UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Dr Florent ESPITALIER

Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE

Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

## Annexe 7 : LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre de l'étude : *Etat des lieux des attentes et des besoins en orthophonie de la population transgenre M-to-F*

Consentement de participation de :

Nom : Prénom:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une étude portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme *Adèle Arcourt*, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme/Mr *Adèle Arcourt* m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à celle-ci. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiquée une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir: le but de l'entretien, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule *Adèle Arcourt* y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :

, le .

Signature du participant

Signature de l'étudiant



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Dr Florent ESPITALIER

Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE

Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

## ANNEXE 8 ENGAGEMENT ETHIQUE

Je soussigné(e)....., dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à

.....  
.....  
.....

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à ..... Le : .....

Signature

## **Titre du Mémoire : Etat des lieux de la demande et la plainte vocale lors d'une transition M-to-F : étude auprès d'une population de femmes transgenres**

---

### **RESUME**

Devant le nombre grandissant d'accompagnements orthophoniques auprès des femmes transgenres, il nous a semblé intéressant d'approfondir la gêne vocale de cette population. Pour cela, nous avons rencontré des femmes transgenres suivies en orthophonie et nous avons diffusé un questionnaire à l'intention de femmes non rééduquées afin de répondre à la problématique suivante : *Dans quelles mesures la voix constitue une souffrance pour la population de femmes transgenres et comment l'orthophoniste peut adapter son exercice afin de répondre à cette plainte vocale spécifique ?*

Notre étude a montré que la demande se caractérise par le souhait d'acquérir de la technique vocale et par la volonté d'effectuer un travail d'acceptation vocale. Les résultats permettent également d'avoir des informations concernant les situations de communication plus difficiles, l'efficacité du suivi orthophonique et les ressentis vocaux des femmes transgenres. Nous avons également mis en évidence que beaucoup de femmes présentent des difficultés et gênes vocales malgré l'absence de suivi orthophonique.

---

### **MOTS-CLES**

- TRANSIDENTITE
  - VOIX
  - DEMANDE
  - ORTHOPHONIE
- 

### **ABSTRACT**

Considering the increase in the speech therapies for the transgender women, we decided to study the vocal requests and vocal difficulties of this population. For that purpose, we met transgender women during interviews to speak about their vocal difficulties and the modality of the speech therapy. We also create a questionnaire to investigate the vocal needs of transgender women unaccompanied in speech therapy. We questioned *in what measures voice constitutes a suffering for the population of transgender women and how the speech therapist can adapt his exercise to comply the demand?*

Our study showed that request is characterized by the wish to acquire vocal technique and to accept the new voice. Moreover, results inform his readers about the feeling's women about their voice, the difficult situations of communication and the feelings about the speech therapy. We also discover that even if the voice isn't rehabilitated by a speech therapist, a lot of transgender women suffer because of their voice.

---

### **KEY WORDS**

- TRANSSEXUALISM
- VOICE
- REQUEST
- SPEECH THERAPY