

# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Léna QUATTRONE**

soutenu publiquement en juin 2021

**Transfert de la voix féminisée de personnes  
transféminines en dehors des séances  
d'orthophonie  
Résistances, obstacles et solutions envisageables**

MEMOIRE dirigé par

**Juliette DEFEVER**, orthophoniste, Maison Médicale Moulins, 167 rue d'Arras, Lille

**Emmanuel DELANNOY**, psychiatre et psychothérapeute, 7 bis rue du Président Paul Doumer,  
Villeneuve-d'Ascq

---

## Remerciements

Je remercie mes directeurs de mémoire, Juliette Defever et Emmanuel Delannoy, de m'avoir offert l'opportunité de travailler sur un sujet aussi passionnant et de m'avoir accompagnée et conseillée tout au long de ce travail. Merci Juliette Defever de m'avoir fait découvrir une prise en charge fascinante lors de mon stage.

Je remercie mes maîtres de stage de m'avoir transmis leurs connaissances et leur expertise clinique et de m'avoir permis de m'affirmer davantage en me conseillant avec bienveillance.

Je remercie les femmes qui ont pris part à cette étude, pour leur participation aux questionnaires et pour tout ce qu'elles m'ont appris lors de mon stage.

Merci à ma famille, et tout particulièrement mes parents, pour leur soutien tout au long de mes études, leur intérêt sincère, leur admiration et leurs conseils avisés.

Merci à mes amies, d'orthophonie et d'ailleurs, d'avoir été présentes et d'avoir égayé ces cinq années.

Merci à Théo de m'avoir écoutée, encouragée et fait rêver de nos beaux projets futurs.

---

## **Résumé :**

Le rôle de la prise en charge orthophonique des personnes transféminines et son efficacité ont été abordés dans la littérature. Cependant, il existe très peu d'études concernant le transfert de la voix féminisée hors du cabinet d'orthophonie. Afin de déterminer les résistances et obstacles à ce transfert, nous avons proposé des questionnaires à des personnes transféminines lors de leur bilan initial, pour explorer leurs projections à ce sujet ; puis après trente séances d'orthophonie, pour constater les réels freins au transfert de leur voix féminisée. Nous avons obtenu la participation de douze patientes. Leurs réponses révélaient que les freins au transfert de la voix féminisée différaient fortement d'une patiente à une autre et étaient essentiellement d'ordre social, attentionnel et psychologique. En effet, l'utilisation de la voix féminisée dépendait fortement des contextes sociaux et de la transphobie. Elle nécessitait une attention constante des locutrices du fait de sa non-automatisation. En outre, elle pouvait être freinée par les résistances psychiques des patientes. Nous avons également interrogé les participantes sur les solutions qu'elles envisageaient et les stratégies qu'elles avaient employées afin de faciliter le transfert de leur voix féminisée hors des séances d'orthophonie. Nous avons obtenu diverses pistes de solutions, que les orthophonistes pourront tenter de mettre en œuvre et que des recherches futures pourraient approfondir.

## **Mots-clés :**

Transfert – féminisation vocale – personne transféminine – obstacles – solutions

## **Abstract :**

The role of speech therapy for transgender women and its effectiveness has been discussed in literature. However, there are very few studies about the transfer of the feminized voice from speech therapy sessions to daily life. In order to determine the resistances and obstacles to this transfer, we proposed questionnaires to transgender women during their initial assessment, in order to explore their projections on this subject; then after thirty speech therapy sessions, to identify the real obstacles to the use of their feminized voice outside of speech therapy sessions. We obtained the participation of twelve patients. Their answers revealed that the obstacles to the use of their feminized voice differed strongly from one patient to another and were essentially social, attentional and psychological. Indeed, the use of the feminized voice depended strongly on social contexts and transphobia. It required constant attention from the speakers because of its non-automatization. Moreover, it could be restrained by the patients' psychological resistance. We also asked participants about the solutions they envisioned and the strategies they employed to facilitate the use of their feminized voice outside of speech therapy sessions. We obtained a variety of possible solutions that speech-language pathologists may attempt to implement and that future research may explore further.

## **Keywords :**

Transfer – vocal feminization – transgender women – obstacles – solutions

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>2</b>
1.Contexte théorique.....	2
1.1.Transidentité et voix.....	2
1.1.1.Définition de la transidentité.....	2
1.1.2.Importance de la voix chez les personnes trans.....	3
1.2.Transidentité et orthophonie.....	3
1.2.1.Rôle de l'intervention orthophonique chez les personnes trans.....	3
1.2.2.Éléments de prise en charge orthophonique de la voix des personnes transféminines.....	3
1.2.3.Efficacité de la prise en charge orthophonique de la voix des personnes transféminines.....	4
1.3.Résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée.....	4
2.Buts de ce mémoire.....	5
2.1.Identification des résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée.....	5
2.2.Recherche de solutions au transfert de la voix féminisée.....	5
3.Hypothèses de freins et solutions.....	5
3.1.Freins au transfert de la voix envisagés.....	5
3.1.1.Freins psychologiques.....	5
3.1.2.Freins sociaux.....	6
3.1.3.Freins physiques et attentionnels.....	6
3.2.Solutions envisagées.....	7
3.2.1.Une amorce de réflexion.....	7
3.2.2.Ressources propres aux patientes et aides extérieures.....	7
<b>Méthode.....</b>	<b>8</b>
1.Participantes.....	8
1.1.Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	8
1.2.Modalités de recrutement.....	8
1.3.Caractéristiques des participantes.....	9
2.Matériel.....	9
2.1.Élaboration des questionnaires.....	9
2.2.Description des questionnaires.....	10
3.Procédure.....	11
<b>Résultats.....</b>	<b>11</b>
1.Profil des participantes.....	11
2.Prise en charge vocale.....	12
3.Transfert de la voix féminisée.....	13
4.Contextes d'utilisation de la voix féminisée.....	14
5.Craintes, peurs, appréhensions, obstacles et freins au transfert de la voix féminisée.....	17
5.1.Freins psychologiques.....	17
5.2.Freins sociaux.....	18
5.3.Freins physiques et attentionnels.....	19
6.Solutions envisagées pour permettre ou faciliter le transfert de la voix féminisée.....	20
<b>Discussion.....</b>	<b>21</b>
1.Discussion des résultats obtenus.....	21
1.1.Résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée hors des séances d'orthophonie.....	22
1.2.Solutions au transfert de la voix féminisée.....	24
2.Implications pratiques.....	25
3.Limites de l'étude.....	26

---

4.Pistes de futures recherches.....	26
<b>Conclusion.....</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>28</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>30</b>
Annexe n°1 : Questionnaire A – Questionnaire proposé aux personnes transféminines lors du bilan orthophonique initial.....	30
Annexe n°2 : Questionnaire B1 – Questionnaire proposé après 30 séances d’orthophonie aux personnes transféminines n’utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances...	30
Annexe n°3 : Questionnaire B2 – Questionnaire proposé après 30 séances d’orthophonie aux personnes transféminines utilisant leur voix féminisée en dehors des séances.....	30

# Introduction

Les personnes trans, c'est-à-dire les personnes vivant ou souhaitant vivre dans un genre différent de celui leur ayant été assigné à la naissance, peuvent se tourner vers l'orthophonie afin de modifier leur voix pour que celle-ci corresponde davantage à leur identité de genre. Les personnes transféminines notamment, peuvent bénéficier d'une éducation vocale pour féminiser leur voix. Comme en témoignent diverses études et méta-analyses, il existe aujourd'hui des techniques de féminisation vocale efficaces pour ces personnes et ayant un impact positif sur leur santé mentale et leur qualité de vie. Toutefois, l'acquisition d'une voix féminisée en séance ne garantit pas son utilisation en dehors du cabinet orthophonique.

La question du transfert de cette voix à la vie quotidienne se pose alors : quels sont les résistances et obstacles que rencontrent les personnes transféminines à ce transfert et quelles solutions pourraient être envisageables pour y remédier ?

Ce mémoire vise à cibler les différents obstacles et résistances à l'utilisation de la voix féminisée des personnes transféminines en dehors des séances d'orthophonie afin de pouvoir, par la suite, envisager des stratégies pour que cette voix soit utilisée dans tous les milieux de vie. Pour cela, nous avons choisi de proposer des questionnaires à des personnes transféminines, à deux temps clés de leur prise en charge : lors du bilan initial, afin d'explorer les croyances et craintes initiales des patientes concernant le futur transfert de leur voix féminisée ; et après 30 séances de prise en charge, afin d'objectiver les réels résistances et obstacles auxquels elles se confrontaient.

Dans ce mémoire sont exposées trois catégories de freins potentiellement rencontrés par les personnes transféminines : les freins psychologiques, les freins sociaux et les freins physiques et attentionnels, que nous avons analysés afin de définir ceux qui étaient les plus prégnants. Ce mémoire évoque également des pistes de solutions envisagées par les participantes afin de permettre ou faciliter le transfert de la voix féminisée au quotidien, et décrit les stratégies qu'elles ont mises en œuvre afin d'y parvenir.

Après avoir défini le concept de transidentité et exposé l'importance de la voix et de la prise en charge orthophonique chez les personnes transféminines, nous aborderons les objectifs de ce mémoire et les hypothèses envisagées. Nous présenterons ensuite la méthodologie adoptée pour cette étude et les résultats obtenus. Enfin, nous interpréterons les résultats et les confronterons aux hypothèses initialement formulées, à la lumière des connaissances actuelles de la littérature.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Contexte théorique

### 1.1. Transidentité et voix

#### 1.1.1. Définition de la transidentité

La terminologie dans le domaine de la transidentité est en constante évolution. En France, les termes « transsexualisme » et « transsexualité » ont peu à peu été remplacés par le terme « transidentité ». Ce changement terminologique reflète une évolution vers une pathologisation moindre et une plus grande inclusion (Alessandrin et al., 2019).

Denise Medico (2014) distingue deux manières d'envisager la question transgenre. La première correspond au « paradigme de la dichotomie », selon lequel la transidentité est un trouble de l'identité de genre. Cette conception est dénoncée, notamment par Hirschauer (1997) et Prosser (1998), comme étant un diagnostic plutôt qu'une identité. Elle laisse place à une deuxième manière d'envisager la question transgenre : le « paradigme de diversité », qui défend la notion de variété des expériences du genre. L'identité de genre est alors considérée comme pouvant être multiple et évoluer (Bockting, 2008). Ainsi, le terme « transsexualité » disparaît au profit du terme « transidentité », et le concept de « personnes transgenres » remplace celui de « troubles de l'identité de genre ».

Ce glissement vers une reconnaissance de genre plus fluide est reflété par l'évolution des nomenclatures. Le terme « dysphorie de genre » est aujourd'hui employé dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) pour désigner « une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné (...) ». Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) apparaît le terme « incongruence de genre » qui correspond à « une incongruence marquée entre le genre vécu et exprimé d'une personne et le genre biologique qui conduit souvent lors de l'adolescence ou à l'âge adulte à un désir de transition et une volonté d'être accepté comme un membre de l'autre genre (...) ». Ce diagnostic a été retiré du chapitre sur les troubles mentaux du CIM-11 et a été ajouté au nouveau chapitre consacré à la santé sexuelle, ce qui reflète une « dépsychopathologisation » des personnes transgenres (Baleige et al., 2021).

Dans ce mémoire, le terme « transidentité » sera utilisé car il permet de mettre l'accent sur l'identité sociale plutôt que sur la sexualité. De la même manière, le terme « personne trans » désignera les personnes vivant ou souhaitant vivre dans un genre différent de celui leur ayant été assigné à la naissance, afin de prendre en compte toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou des chirurgies dans cet objectif (OUTrans). Ce mémoire s'intéressera en particulier aux personnes transféminines, aussi appelées « femmes trans » ou « MtF » (Male-to-Female), qui sont des personnes assignées au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie mâle et pour l'état civil au genre masculin et qui transitionnent vers un genre féminin (OUTrans).

### **1.1.2. Importance de la voix chez les personnes trans**

La voix présente un rôle majeur dans l'identité de genre : il s'agit de l'un des éléments constitutifs de l'identité de genre et de l'un des indices principaux dans la perception du genre d'une personne (Arnold, 2015 ; Pépiot, 2013). Ainsi, en plus de son apparence extérieure, de ses gestes et de ses attitudes, une personne est assignée à un genre par son entourage par le biais de sa voix, en fonction des représentations prototypiques de la voix genrée (Arnold, 2015 ; Neumann & Welzell, 2004).

Les différences entre les voix féminines et masculines sont davantage dues à une construction sociale qu'à des différences anatomiques et physiologiques (Arnold, 2015 ; Pépiot, 2013). Ainsi, il semble plus adéquat de parler de genre que de sexe pour qualifier les voix des locuteurs trans.

## **1.2. Transidentité et orthophonie**

### **1.2.1. Rôle de l'intervention orthophonique chez les personnes trans**

Les interventions vocales, réalisées par des orthophonistes, sont souvent indispensables pour les personnes trans car elles permettent de faire correspondre leur voix à leur identité de genre. C'est pourquoi les personnes trans peuvent se tourner vers une prise en charge vocale pour modifier leur voix, afin de la féminiser, la masculiniser ou la rendre neutre. Cette intervention, en contribuant à réduire la dysphorie de genre, impacte positivement leur santé mentale et leur qualité de vie (Mills et al., 2017 ; Oates & Dacakis, 2015).

En effet, l'incongruité de la voix est difficile à vivre pour les personnes trans car elle érode leur perception de soi et a un impact sur leur vie quotidienne, favorisant des situations où elles pourraient être identifiées comme appartenant à un autre genre que le leur (Mills et al., 2017 ; Neumann & Welzell, 2004). Le fait que la voix des femmes trans ne reflète pas leur « vrai moi » et les fasse se sentir moins féminines a des conséquences psychosociales. La voix ayant un impact sur l'identité propre de l'individu, cela soutient l'objectif d'une thérapie vocale, qui est d'obtenir une voix qui soit authentique pour les personnes transféminines (Dacakis et al., 2013).

L'éducation vocale concerne majoritairement les personnes transféminines. En effet, contrairement aux personnes transmasculines, l'hormonothérapie, qui est généralement entreprise dans une démarche de transition, n'a pas d'effet significatif sur leur voix (Neumann & Welzell, 2004). Le rôle de l'orthophoniste est alors d'évaluer la voix et de les aider à atteindre des caractéristiques de voix et de communication en accord avec leur genre (Dacakis et al., 2016).

### **1.2.2. Éléments de prise en charge orthophonique de la voix des personnes transféminines**

La méta-analyse de Leung et al. (2018) a été réalisée pour déterminer les aspects de la voix et du discours les plus marquants dans la perception du genre du locuteur. Leurs résultats suggèrent que les cinq composantes principales contribuant à la perception du genre du locuteur sont la hauteur, la résonance, le niveau sonore, l'articulation et l'intonation. Ils démontrent ainsi qu'une intervention vocale pour les personnes transféminines devrait être basée sur ces composantes vocales. Des mesures de la qualité de vie devraient également être incluses, pour éclairer l'approche clinique de l'orthophoniste et servir de mesure significative des résultats de la prise en charge (Hancock, 2017). L'orthophoniste peut également aider les

personnes transféminines à acquérir des compétences de communication verbale et non-verbale reflétant de manière plus appropriée leur identité de genre (Creaven & O'Malley-Keighran, 2018).

### **1.2.3. Efficacité de la prise en charge orthophonique de la voix des personnes transféminines**

Les résultats de la recherche de Gelfer et Tice (2013) et des quatre autres recherches qu'ils ont étudiées (Dacakis, 2000 ; Soderpalm et al., 2004 ; Meszaros et al., 2005 ; Carew et al., 2007) présentent des résultats positifs pour la prise en charge de féminisation vocale. Ces études montrent que les voix des personnes transféminines sont perçues comme plus féminines après une thérapie vocale, malgré une grande variabilité interindividuelle.

Dacakis (2000) a constaté des niveaux élevés de satisfaction à l'égard de la voix après l'intervention et Carew et al. (2007) ont démontré une augmentation de la perception, par des auditeurs, de la féminité de certaines femmes trans après une intervention vocale.

L'étude réalisée par Gelfer et Tice (2013) a permis de conclure qu'une thérapie vocale de 8 semaines pouvait entraîner des changements vocaux chez elles, qui persistaient au moins partiellement pendant 15 mois après la fin de la thérapie. En outre, une augmentation de la féminité de tous les sujets était perçue par des auditeurs après 8 semaines de thérapie de féminisation de la voix, à la fois immédiatement après le traitement et 15 mois après la fin du traitement.

### **1.3. Résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée**

De nombreuses études démontrent l'efficacité de la prise en charge orthophonique de la voix des personnes transféminines. Cependant, ces études démontrent une amélioration de la voix lors de situations cliniques, au cours d'expériences et en séance d'orthophonie. Or, dans divers domaines, le résultat obtenu en séance d'orthophonie peut se révéler éloigné des performances des patients dans leur vie quotidienne. Il en va de même pour les personnes transféminines, qui réalisent parfois des performances bien meilleures en séances qu'en milieu écologique. Dacakis et al. (2012) rapportent les résultats d'une étude de Södersten et al. (2009), qui ont comparé la fréquence fondamentale moyenne de la voix d'une patiente trans sur une période de quinze heures en dehors et en milieu clinique, et ont constaté qu'elle était bien plus élevée en milieu clinique que dans la parole quotidienne (160Hz et 143Hz, respectivement).

La question du transfert, hors du cabinet orthophonique, de la voix travaillée en séance se pose alors et soulève différentes interrogations : est-il difficile pour toutes les patientes d'utiliser leur voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie ? Pour quelles raisons ce transfert peut-il s'avérer compliqué ? Une utilisation de la voix féminisée suffisante correspond-elle à une utilisation dans certaines situations ou dans l'intégralité du quotidien de la personne ? Ce mémoire s'attellera à répondre à ces divers questionnements.

## **2. Buts de ce mémoire**

### **2.1. Identification des résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée**

Il s'agira dans ce mémoire de déterminer les différents obstacles et résistances entrant en jeu dans le transfert de la voix féminisée. Les résistances correspondront aux freins internes à la personne, tels que les aspects psychologiques et émotionnels ; tandis que les obstacles feront référence aux freins extérieurs au fonctionnement psychique de la personne, notamment les aspects sociaux et les capacités physiques.

### **2.2. Recherche de solutions au transfert de la voix féminisée**

L'identification des obstacles et freins au transfert de la voix féminisée hors des séances d'orthophonie sera réalisée dans l'optique d'ouvrir le champ des réflexions quant à la recherche de solutions facilitant ce transfert. Ce mémoire consistera ainsi à rechercher les stratégies pouvant être mises en œuvre par les patientes et les orthophonistes afin de transférer la voix féminisée en dehors du cabinet d'orthophonie.

## **3. Hypothèses de freins et solutions**

### **3.1. Freins au transfert de la voix envisagés**

#### **3.1.1. Freins psychologiques**

Divers facteurs psychologiques, liés à des aspects sociaux et psychosociaux, pourraient avoir une grande importance dans le transfert de la voix féminisée.

Les personnalités sous-jacentes pourraient intervenir dans les stratégies de résistance aux changements. Par exemple, les personnalités anxieuses pourraient développer des peurs exagérées par anticipation (peur d'être jugées, de devoir justifier leur voix, d'être ridicules, d'être démasquées...) ; les personnalités phobiques pourraient avoir des peurs immédiates les empêchant d'explorer le monde, avec une tendance au repli ; enfin les personnalités obsessionnelles pourraient se fixer un tel objectif de perfection avant d'utiliser leur voix au quotidien que celui-ci serait difficilement atteignable. De plus, des processus psychopathologiques préexistants tels que la dépression pourraient majorer ces résistances.

L'estime de soi et la confiance en soi pourraient aussi participer aux difficultés d'utiliser sa voix au quotidien (légitimité de celle-ci, décalage entre la perception de sa propre image et de sa voix, etc.).

Il est envisageable que les personnes transféminines prennent du temps à transférer leur voix féminisée dans leur quotidien car elles n'y sont pas encore habituées. Il est également possible qu'il soit plus difficile d'utiliser leur voix féminisée lorsqu'elles sont émotionnellement impliquées ou qu'elles s'expriment sur un sujet qui leur tient à cœur.

D'après Arnold (2015), « La production d'une voix genrée n'est jamais un acte neutre : en plus d'indexer une identité de genre, elle indexe toujours aussi certaines attitudes et postures. ». Un conflit peut alors exister chez les femmes trans entre les postures (d'autorité, de soumission etc.) et l'identité de genre qu'elles souhaitent adopter, ce qui pourrait expliquer

pourquoi certaines d'entre elles ne souhaitent ou ne peuvent pas produire certaines voix genrées, et ont donc des difficultés à utiliser leur voix féminisée dans leur vie quotidienne.

D'après Hancock (2011), la qualité de vie des personnes transféminines est plus fortement corrélée à leur propre perception de leur voix qu'à la perception qu'en ont les autres, et est plus liée au fait qu'elles apprécient leur voix plutôt qu'elles la trouvent féminine. Ainsi, peut-être que certaines n'aiment pas leur voix féminisée, ou bien considèrent qu'elle est trop artificielle par exemple, ce qui nuit au transfert de celle-ci dans leur vie quotidienne.

L'utilisation d'une voix féminisée peut également être problématique lorsqu'il est nécessaire d'adopter une posture d'autorité, car certaines caractéristiques acoustiques des voix féminines sont associées cognitivement à des attitudes dévalorisantes, telles que la soumission ou le manque de confiance en soi ; tandis que certaines caractéristiques acoustiques des voix masculines sont associées à des postures valorisantes, telles que la confiance en soi ou la combativité (Arnold, 2015). Ainsi, certaines personnes transféminines pourraient être amenées à utiliser une voix plus masculine dans certains contextes, notamment professionnels, afin d'être davantage écoutées et respectées.

### **3.1.2. Freins sociaux**

Parmi les obstacles au transfert de la voix féminisée envisagés, les facteurs sociaux semblent susceptibles de jouer un rôle important.

La transphobie, qui désigne le rejet ou la haine des personnes trans et/ou des transidentités (OUTrans) a un impact majeur sur les personnes trans. Dans une enquête menée par Arnaud Alessandrin et Karine Espineira auprès de plus de 300 personnes trans (Alessandrin, 2016), 85 % de celles-ci disaient avoir été victimes de transphobie au cours de leur vie. Un tiers des sondés avaient subi des actes ou des propos transphobes au travail, et près de 30 % en famille. La transphobie était cependant moins présente au sein de leur couple et avec leurs amis. Toujours selon cette étude, plus de 28 % des personnes trans disaient avoir perdu un travail du fait de leur transidentité et 26 % déclaraient s'être abstenues de suivre une formation ou une scolarisation complète en raison d'une transphobie crainte ou présumée. La transphobie transparait donc dans divers milieux, essentiellement sociétal, professionnel et familial, et pourrait être source, pour les personnes transféminines, de difficultés à utiliser leur voix féminisée au quotidien.

La réaction de l'entourage, qu'il s'agisse de leur famille, de leurs amis, de leurs collègues de travail, de connaissances ou d'inconnus, pourrait freiner les femmes transgenres à utiliser leur voix féminisée. Il est possible qu'elles aient reçu des critiques ou des manifestations d'incompréhension de la part de ces différents interlocuteurs lorsqu'elles utilisaient leur voix féminisée, voire des réactions violentes ou un rejet.

L'utilisation de la voix au téléphone semble également importante à prendre en considération, car elle ne fait pas entrer en compte les mêmes facteurs que lorsque l'interlocuteur est face à soi. En effet, leur apparence n'étant pas visible par leur interlocuteur, les personnes transféminines ne sont alors jugées que sur leur voix et risquent davantage d'être mégenrées, c'est-à-dire assignées par erreur à un genre qui ne leur correspond pas.

### **3.1.3. Freins physiques et attentionnels**

Les freins au transfert de la voix féminisée peuvent avoir une origine physique : certaines personnes transféminines ressentent des effets physiques lorsqu'elles utilisent leur voix féminine, se manifestant notamment par des douleurs, une gêne ou une tension des organes phonatoires. Ces manifestations pourraient ne pas être ressenties sur une courte

période, notamment lors d'une séance d'orthophonie, mais se révéler sur la durée ou lorsque la personne est fatiguée. En effet, les personnes transféminines ont fréquemment des difficultés liées à l'endurance vocale (Dacakis et al., 2013).

Des facteurs attentionnels entreraient en ligne de compte. Il est difficile d'automatiser la voix féminisée, c'est pourquoi le changement de voix à long terme nécessite, pour beaucoup, une attention permanente et une grande concentration pour utiliser la voix désirée (Dacakis et al., 2013). Il serait également intéressant de déterminer dans quelles conditions l'utilisation de la voix féminisée est entravée : lorsque la locutrice parle fort, crie, chuchote, chante, lorsqu'il y a du monde autour... Enfin, il faudrait déterminer les paramètres vocaux entravant le plus l'utilisation de la voix féminisée, en séance d'orthophonie et en dehors, parmi l'intensité, la hauteur, la prosodie, le timbre et l'articulation.

## **3.2. Solutions envisagées**

### **3.2.1. Une amorce de réflexion**

Ce domaine n'ayant quasiment jamais été exploré dans la littérature, les hypothèses à ce sujet sont assez restreintes. Cependant, il est probable que les solutions trouvées par les personnes transféminines pour réussir à utiliser leur voix féminisée dans leur vie quotidienne se révèlent fortement diverses d'une personne à une autre, et très dépendantes des obstacles et résistances à ce transfert. Par exemple, une personne ressentant un problème d'endurance vocale n'emploiera probablement pas les mêmes stratégies qu'une personne redoutant la réaction de son entourage.

Il s'agira de déterminer dans quels contextes et avec qui les participantes auront réussi à utiliser leur voix dans leur vie quotidienne, et quelles stratégies et ressources elles auront mises en œuvre. Il sera intéressant de distinguer la part de ressources personnelles que les participantes auront employées, et la part d'aides extérieures. La mise en parallèle des réponses entre les patientes n'utilisant pas encore leur voix féminisée au quotidien et celles l'utilisant pourra sans doute apporter des indices sur l'efficacité probable des différentes stratégies.

### **3.2.2. Ressources propres aux patientes et aides extérieures**

Concernant les ressources internes aux personnes transféminines, certaines pourraient avoir besoin de travailler leur confiance en soi, de progresser doucement en osant utiliser leur voix dans peu de contextes au début, de se forcer à se détacher du regard des autres... Pour d'autres, un entraînement vocal intensif, en réalisant de nombreux exercices très régulièrement, pourrait être nécessaire afin d'améliorer leur satisfaction vis-à-vis de leur voix et leur endurance vocale. A propos des soutiens et apports extérieurs, certaines participantes pourraient évoquer l'aide de personnes de leur entourage, ou bien de psychologues, d'hypnothérapeutes ou de professionnels de santé tels que leur orthophoniste.

La thérapie de groupe pourrait être bénéfique au transfert de la voix féminisée. En effet, celle-ci permet de se concentrer sur le contexte social, culturel et psychologique de la voix et d'améliorer la perception de soi des patientes et constitue ainsi une approche thérapeutique efficace dans la prise en charge des personnes trans (Mills et al., 2017).

Enfin, Dacakis et al. (2012) évoquent l'apport des dosimètres vocaux portables, permettant de mesurer la hauteur de la voix dans l'environnement de vie des personnes transféminines, afin d'analyser la variabilité de la voix au cours de la journée et de déterminer la proportion de temps pendant lequel la voix féminisée est employée et dans quels contextes.

Ils rapportent que les dosimètres vocaux contenant une fonction de biofeedback pourraient également améliorer le transfert des compétences vocales nouvellement acquises vers le quotidien. L'utilisation de ce type de dispositifs a été étudiée par Södersten et al. (2009) chez une personne transféminine afin de surveiller l'utilisation de sa voix : lorsque la fréquence fondamentale de sa voix diminuait en dessous d'un certain seuil, un signal de retour tactile était émis pour lui rappeler d'augmenter la hauteur de sa voix. Remacle et Morsomme (2018) ont réalisé une étude de cas suivant le même principe, et en ont conclu que l'utilisation du biofeedback couplée au traitement logopédique semblait efficace pour augmenter la fréquence fondamentale de la voix. De tels dispositifs existent donc mais ne sont pas – encore – utilisés dans un contexte clinique.

## **Méthode**

Dans le cadre de ce mémoire, des questionnaires en ligne ont été adressés à des personnes transféminines. Un premier questionnaire, le questionnaire A, leur était adressé lors de leur bilan orthophonique initial. Un second questionnaire, le questionnaire B, leur était proposé après 30 séances de prise en charge orthophonique.

### **1. Participantes**

#### **1.1. Critères d'inclusion et critères d'exclusion**

Les personnes interrogées devaient être des personnes transféminines n'ayant jamais bénéficié d'un suivi orthophonique de féminisation vocale. Nous avons exclu uniquement les femmes présentant une dysphonie ; la prise en charge devant être axée sur la féminisation vocale. Nous n'avons pas fixé d'autres critères d'exclusion car la population étudiée était très restreinte et nous souhaitions obtenir un large panel de participantes. Nous avons considéré que la diversité des participantes (concernant la présentation féminine, l'hormonothérapie, l'âge, l'utilisation de la voix au quotidien...) permettrait de repérer davantage d'obstacles au transfert de la voix féminisée et d'obtenir plus de pistes de solutions pour faciliter ce transfert. Nous avons également exclu de l'étude les patientes ayant répondu au premier questionnaire mais n'ayant pas répondu au second.

#### **1.2. Modalités de recrutement**

Nous avons proposé aux patientes de Madame Defever de participer à cette étude. Lors du bilan initial, nous leur avons communiqué le lien du questionnaire A ainsi qu'un pseudonyme à renseigner au début dudit questionnaire, afin de pouvoir comparer les réponses à celles du second questionnaire. Nous avons fait le choix d'inclure dans cette étude exclusivement les patientes de Mme Defever, car nous voulions pouvoir contrôler rigoureusement l'utilisation des pseudonymes et le nombre de séances séparant le premier questionnaire du deuxième questionnaire.

L'information et le consentement des participantes ont été garantis en amont des questionnaires, par une explication de l'objectif de la recherche et une validation du consentement par la participante. Les questionnaires en ligne, réalisés avec le LimeSurvey de l'Université, garantissent une anonymisation des données et respectent les règles d'éthique et

de déontologie : une déclaration de conformité du Délégué à la protection des données a été obtenue.

### 1.3. Caractéristiques des participantes

Les quinze patientes auxquelles le premier questionnaire a été proposé y ont répondu. Parmi ces quinze participantes, trois n'ont pas participé au deuxième questionnaire, proposé après trente séances de prise en charge orthophonique. En effet, deux patientes ont interrompu le suivi orthophonique, l'une en raison de troubles psychiques et l'autre sans explication ; une troisième patiente s'est donné la mort fin 2020. Par conséquent, nous avons exclu les résultats de ces trois participantes.

Cette étude comporte donc douze participantes, que nous avons désignées par des lettres allant de A à L, afin de faciliter la compréhension des résultats. Les caractéristiques des participantes, obtenues dans le questionnaire A, sont précisées dans le Tableau 1. La population interrogée étant restreinte, nous avons choisi de demander des tranches d'âge et non l'âge exact des participantes afin de garantir leur anonymat, sur conseil du Service de la protection des données à caractère personnel de l'Université de Lille.

**Tableau 1. Caractéristiques des participantes (questionnaire A).**

Patiente	Age	Situation professionnelle	Vit seule	Voix comme outil de travail	Présentation féminine dans	Transition hormonale débutée
A	20-30 ans	Sans emploi	Oui	Non	Un milieu de vie	Depuis moins de 3 mois
B	20-30 ans	Étudiante	Oui	Oui	Tous les milieux de vie	Depuis 6 mois à 1 an
C	20-30 ans	Étudiante	Non	Non	Plusieurs milieux de vie	Depuis moins de 3 mois
D	20-30 ans	Sans emploi	Oui	Non	Plusieurs milieux de vie	Non
E	Moins de 20 ans	Étudiante	Non	Non	Plusieurs milieux de vie	Depuis 3 à 6 mois
F	30-40 ans	Sans emploi	Non	Non	Un milieu de vie	Depuis 6 mois à 1 an
G	20-30 ans	Étudiante	Non	Non	Tous les milieux de vie	Depuis moins de 3 mois
H	20-30 ans	Professeure	Oui	Oui	Plusieurs milieux de vie	Depuis 3 à 6 mois
I	30-40 ans	Vidéaste	Non	Non	Tous les milieux de vie	Depuis moins de 3 mois
J	20-30 ans	Graphiste	Non	Non	Tous les milieux de vie	Depuis moins de 3 mois
K	20-30 ans	Étudiante	Oui	Oui	Tous les milieux de vie	Depuis plus d'1 an
L	Moins de 20 ans	Sans emploi	Non	Non	Plusieurs milieux de vie	Depuis 6 mois à 1 an

## 2. Matériel

### 2.1. Élaboration des questionnaires

La construction des questionnaires a été grandement facilitée par des discussions au cours de séances avec les patientes de Madame Defever, orthophoniste à la Maison Médicale Moulins à Lille. En effet, de nombreuses personnes transféminines dont elle effectuait

l'éducation vocale évoquaient leurs difficultés à utiliser leur voix féminisée dans leur vie quotidienne. Cela a permis d'enrichir les questions et propositions de réponses des questionnaires. Nous avons évoqué la possibilité d'effectuer des entretiens avec des personnes transféminines afin de construire les questionnaires, mais la population concernée étant très restreinte, nous ne souhaitons pas exclure d'éventuelles participantes en leur demandant de participer à l'élaboration de l'étude.

## **2.2. Description des questionnaires**

Le questionnaire A, adressé aux participantes lors de leur bilan orthophonique initial, comporte des questions préalables afin de connaître leur âge et leur situation professionnelle et afin de déterminer si elles vivent seules et si elles ont régulièrement des activités sociales. Il contient ensuite des questions sur l'utilisation de la voix des participantes, sur leur transition et sur la prise en charge de leur voix, notamment concernant leurs motivations à la prise en charge orthophonique. Il est également demandé aux participantes de choisir, parmi des propositions, les contextes dans lesquels il leur semblerait le plus important, le plus facile et le plus difficile d'utiliser leur voix féminisée. La suite du questionnaire porte sur les craintes, peurs et appréhensions qu'elles peuvent avoir à l'idée d'utiliser leur voix féminisée en dehors du cabinet d'orthophonie. Elles sont interrogées sur leurs craintes à l'idée de l'utiliser avec leur famille proche, leur famille éloignée, leurs amis, leurs connaissances, leurs collègues, camarades, ou enseignants, et avec des inconnus. Puis, les participantes doivent estimer le degré auquel elles pensent ressentir différentes peurs d'ordre psychologique : la peur d'être ridicule, la peur d'être freinée par un manque de confiance en soi, la peur de ne pas être légitime à utiliser une voix féminisée qui leur convient... Elles peuvent ensuite préciser d'autres craintes à l'idée d'utiliser leur voix féminisée. Enfin, il est demandé aux participantes les solutions qu'elles envisagent pour permettre ou faciliter l'utilisation de leur voix féminisée en dehors du cabinet d'orthophonie.

Le second questionnaire est divisé en deux questionnaires : le questionnaire B1, qui est proposé si la participante n'utilise pas sa voix féminisée en dehors du cabinet ; et le questionnaire B2, qui est proposé si la participante l'utilise en dehors du cabinet.

Une partie des questions est similaire entre les questionnaires B1 et B2. Ils comportent tous deux, comme le questionnaire A, des questions concernant la pratique d'activités sociales, l'utilisation de la voix des participantes et leur transition. Il leur est ensuite demandé si leurs motivations à la prise en charge vocale ont évolué, si elles ont pu observer leurs progrès de manière objective et s'il existe un décalage entre ces données objectives et leur ressenti. Puis, les participantes doivent estimer dans quelle mesure les différents paramètres vocaux (intensité, hauteur, prosodie, timbre, articulation) leur posent problème en séance d'orthophonie. Elles sont également interrogées sur la satisfaction de leur voix féminisée et leur habitude à celle-ci. Plusieurs questions portent sur les obstacles à l'utilisation de la voix féminisée. Il leur est à nouveau demandé si elles ont des craintes à l'idée de l'utiliser avec leur famille proche, leur famille éloignée, leurs amis, leurs connaissances, leurs collègues, camarades, ou enseignants, et avec des inconnus. Elles doivent également à nouveau estimer le degré auquel elles ressentent différentes peurs d'ordre psychologique. Les questions suivantes portent sur les obstacles émotionnels, physiques et attentionnels au transfert de la voix féminisée. Enfin, les dernières questions concernent les solutions envisagées par les patientes pour faciliter l'utilisation de leur voix féminisée en dehors du cabinet d'orthophonie.

Dans le questionnaire B1, il est également demandé aux participantes si elles s'exercent en dehors du cabinet d'orthophonie, ainsi que les contextes dans lesquels il leur semblerait le plus important, le plus facile et le plus difficile d'utiliser leur voix féminisée.

Dans le questionnaire B2, les participantes sont questionnées sur le nombre de milieux de vie dans lesquels elles utilisent leur voix féminisée et sur les situations dans lesquelles elles s'en empêchent. Il leur est également demandé si elles ont eu des avis extérieurs sur leur voix. D'autres questions leur sont posées sur l'utilisation de leur voix féminisée au quotidien, notamment concernant les contextes dans lesquels il leur est le plus facile et le plus difficile d'utiliser leur voix féminisée, ainsi que leur facilité à l'utiliser au téléphone. Enfin, il est demandé aux participantes si elles ont eu un déclic pour oser utiliser leur voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie, si des personnes les ont aidées, et les ressources et stratégies qu'elles ont mises en place.

Nous avons choisi de poser des questions ouvertes à propos des solutions envisagées par les participantes pour transférer leur voix féminisée au quotidien afin de ne pas influencer les participantes et de garantir la prise en compte de toutes les possibilités de réponses, qui auraient pu ne pas être envisagées lors de la création des questionnaires.

### **3. Procédure**

Les passations du questionnaire A ont eu lieu de début septembre 2020 à fin novembre 2020, et celles des questionnaires B de mi-décembre 2020 à début mars 2021, afin de respecter un délai de 30 séances d'orthophonie entre les deux passations. Nous avons choisi cet intervalle de 30 séances car cela correspondait à la fin de la première série de séances, dans le cadre de la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie.

Les données obtenues ont été recueillies sur le LimeSurvey de l'Université de Lille puis exportées pour être traitées avec LibreOffice Calc. Nous avons choisi de réaliser des analyses davantage qualitatives que quantitatives, la population interrogée étant relativement restreinte et ne permettant pas de faire d'analyses statistiques représentatives de la population étudiée.

## **Résultats**

Parmi les douze personnes transféminines ayant répondu aux deux questionnaires, dix utilisaient leur voix féminisée en dehors du cabinet à l'issue des trente séances d'orthophonie : les patientes A à J. Deux participantes ne l'utilisaient pas : les patientes K et L.

### **1. Profil des participantes**

Dans le premier questionnaire, la moitié des participantes avaient des activités sociales régulières ; elles étaient 58,33% dans le deuxième questionnaire. Une patiente pratiquait la musique ou le chant (la patiente E). Le degré d'utilisation par les patientes de leur voix dans leur vie personnelle et professionnelle a évolué entre le bilan initial et la passation du deuxième questionnaire, comme l'illustre le Tableau 2.

**Tableau 2. Pourcentage de réponses des participantes concernant le degré d'utilisation de leur voix.**

		Faible	Modérée	Intense	Sans réponse
Utilisation de la voix dans la vie personnelle	Lors du bilan initial	25%	50%	25%	
	Après 30 séances d'orthophonie	16,67%	66,67%	16,67%	
Utilisation de la voix dans la vie professionnelle	Lors du bilan initial	25%	16,67%	25%	33,33 %
	Après 30 séances d'orthophonie	16,67%	33,33%	16,67%	33,33 %

Lors du bilan initial, cinq patientes avaient une présentation exclusivement féminine, cinq se présentaient comme femmes dans plusieurs milieux de vie et deux se présentaient comme femmes dans un seul milieu de vie. Après trente séances d'orthophonie, elles étaient six à avoir une présentation exclusivement féminine et six à se présenter comme femmes dans plusieurs milieux de vie. Dans les deux questionnaires, onze participantes sur douze indiquaient avoir débuté leur transition hormonale.

## 2. Prise en charge vocale

Avant la prise en charge orthophonique, sept participantes s'empêchaient de parler à cause de leur voix. Neuf participantes indiquaient avoir tenté de modifier leur voix seules avant d'entreprendre une rééducation orthophonique.

Pour huit des douze participantes, les motivations à la prise en charge orthophonique n'ont pas changé entre les passations des deux questionnaires. La patiente A souhaitait modifier sa voix pour qu'elle passe au féminin ; la patiente B ne voulait pas une voix parfaite mais souhaitait être tranquille dans sa voix de tous les jours ; la patiente D entreprenait une féminisation vocale car cela faisait partie de la transition, de la question du passing, au même titre que porter des habits de femme ; la patiente F souhaitait avoir une voix correspondant au genre qu'elle revendiquait, en particulier pour le passing ; la patiente G désirait une voix en accord avec elle-même ; la patiente H souhaitait un meilleur passing ; la patiente J voulait trouver une voix qui lui corresponde et participe à son bien-être ; et la patiente L désirait entraîner sa voix pour finir par l'utiliser au quotidien. Le passing désigne une expression de genre permettant clairement d'identifier une personne comme d'un genre ou l'autre (définition du Planning familial), en l'occurrence le genre féminin.

Pour quatre participantes, les motivations à la prise en charge orthophonique ont évolué. La patiente C voulait initialement modifier sa voix car plus son passing évoluait, plus sa voix devenait un handicap ; dans le deuxième questionnaire elle souhaitait vouloir gagner en aisance avec sa voix. Dans le premier questionnaire, la patiente E souhaitait avoir une voix féminine contribuant à son passing, pouvoir être identifiée comme femme seulement par sa voix ; dans le deuxième questionnaire elle désirait une voix « vraiment naturelle ». La patiente I voulait initialement une voix plus féminine, moins « dégueulasse », et ne pas être mégenrée au téléphone, tandis qu'après 30 séances de suivi orthophonique elle souhaitait perfectionner sa voix. Enfin, la patiente K avait pour motivation initiale le passing, mais n'était dans le deuxième questionnaire plus sûre de savoir la voix qu'elle voulait, ni d'avoir réellement besoin d'une prise en charge vocale.

Après 30 séances d’orthophonie, toutes les participantes ont pu observer leurs progrès de manière objective, notamment à l’aide des applications Voice Tools et VocalPitch-Monitor ou d’enregistrements vocaux. Trois participantes se servaient d’enregistrements sonores pour écouter leur voix et ajuster leur travail, dont les deux participantes n’utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances d’orthophonie. La moitié des participantes observaient un décalage entre les données objectives et leur ressenti. Leurs explications de ce décalage sont exposées dans le Tableau 3.

**Tableau 3. Explications du décalage entre les données objectives et le ressenti des patientes.**

Patiente	Réponses obtenues dans les questionnaires B
A	Elle ne parvient pas à entendre sa nouvelle voix comme féminine et entend « un homme qui force ». Elle explique que les retours sur sa voix étant différents de sa perception, elle a probablement une sorte de « dysphorie vocale ».
B	Elle pense que son oreille reste lacunaire. Il lui est toujours compliqué de jauger si la hauteur de sa voix est suffisante, en particulier dans une autre langue que le français.
C	Elle a l'impression que sa voix est exagérée ou travaillée alors que les résultats objectifs indiquent généralement le contraire.
J	Elle a l'impression de progresser à un rythme incertain.
K	Elle a l'impression d'avoir toujours la même voix, mais précise qu'elle s'écoute peu.
L	Elle explique que sa voix enregistrée lui semble plus basse que son ressenti, et que les graphiques des applications vocales montrent les critères d'une voix féminine alors que sa voix lui semble fausse.

Sept participantes étaient satisfaites de leur voix féminisée à l’issue des trente séances d’orthophonie. Cinq participantes ne l’étaient pas, dont les deux patientes n’utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances d’orthophonie. Ces deux patientes trouvaient que leur voix féminisée paraissait artificielle, une avait également l’impression que sa voix féminisée ne lui appartenait pas. Parmi les trois patientes utilisant leur voix féminisée en dehors des séances d’orthophonie et n’étant pas satisfaites de celle-ci, une avait l’impression que sa voix féminisée ne lui appartenait pas, deux avaient l’impression qu’elle paraissait artificielle, et les trois considéraient que leur voix travaillée n’était pas assez féminine. Les cinq patientes non satisfaites de leur voix féminisée avaient cependant ressenti une amélioration de leur voix.

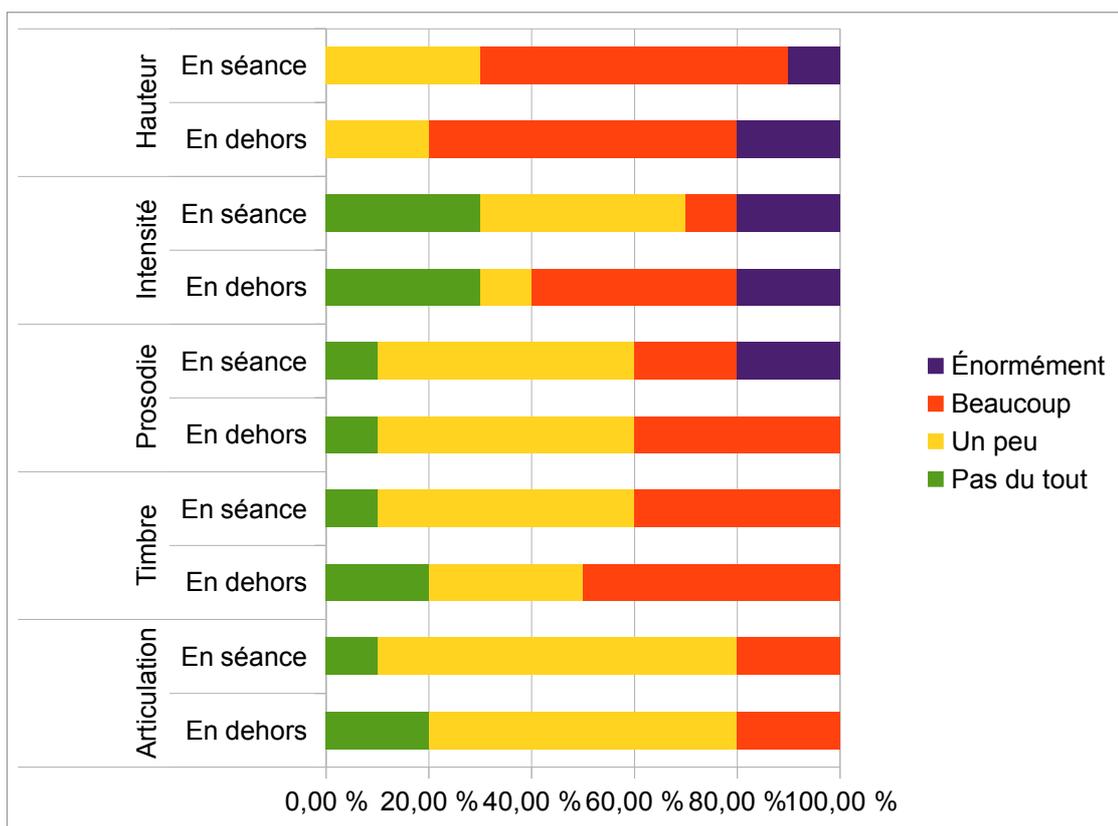
Cinq participantes s’étaient habituées à entendre leur voix féminisée, dont une n’utilisant pas sa voix féminisée en dehors des séances. Les sept autres patientes ne s’y étaient pas habituées.

Des questions concernant des avis extérieurs sur leur voix ont été posées aux participantes utilisant leur voix féminisée en dehors des séances d’orthophonie. Quarante-vingt pour cent d’entre elles avaient eu des retours sur leur voix féminisée, qui étaient spontanés dans la majorité des cas. Ces retours étaient positifs dans 50% des cas, plutôt positifs dans 25% des cas et neutres dans 25% des cas. Ils n’étaient jamais négatifs ou plutôt négatifs.

### **3. Transfert de la voix féminisée**

Parmi les douze participantes ayant répondu au deuxième questionnaire, dix utilisaient leur voix féminisée en dehors des séances d’orthophonie. Soixante pour cent d’entre elles l’utilisaient dans plusieurs milieux de vie, trente pour cent d’entre elles dans tous leurs milieux de vie et dix pour cent d’entre elles dans un seul milieu de vie.

Les paramètres vocaux posant le plus de difficultés aux patientes étaient relativement similaires en séance d’orthophonie et en dehors. Ils sont exposés dans la Figure 1.



**Figure 1. Paramètres vocaux posant problème en séance d'orthophonie et en dehors du cabinet.**

Concernant les deux participantes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie, les paramètres vocaux leur posant problème en séance d'orthophonie étaient différents. La prosodie posait énormément problème à L, tandis que la hauteur et l'articulation antériorisée lui posaient peu problème, et le timbre et l'intensité ne lui posaient pas du tout problème. L'articulation antériorisée représentait énormément de difficulté pour K, la prosodie et le timbre beaucoup, et l'intensité et la hauteur lui posaient peu problème.

Lors du bilan initial, les patientes avaient des difficultés à estimer le nombre de séances dont elles auraient besoin pour commencer à utiliser leur voix féminisée en dehors des séances. Deux patientes pensaient l'utiliser immédiatement ; trois patientes avaient estimé entre trois et dix séances de suivi ; une patiente avait estimé vingt séances ; quatre patientes pensaient avoir besoin de quelques mois à un an de séances. Une patiente n'en avait aucune idée et la dernière précisait que cela dépendrait de son passing et de son coming out. Parmi les deux patientes n'ayant pas commencé à utiliser leur voix féminisée en dehors du cabinet d'orthophonie après trente séances de prise en charge, l'une avait répondu ne pas savoir de combien de séances elle aurait besoin ; l'autre pensait commencer à utiliser immédiatement sa voix féminisée. Elles s'exerçaient toutes deux en dehors des séances orthophoniques.

#### **4. Contextes d'utilisation de la voix féminisée**

Avant la prise en charge orthophonique, il a été demandé aux participantes de sélectionner un à trois contextes dans lesquels il leur semblerait le plus important d'utiliser leur voix féminisée. Les résultats sont illustrés par la Figure 2.

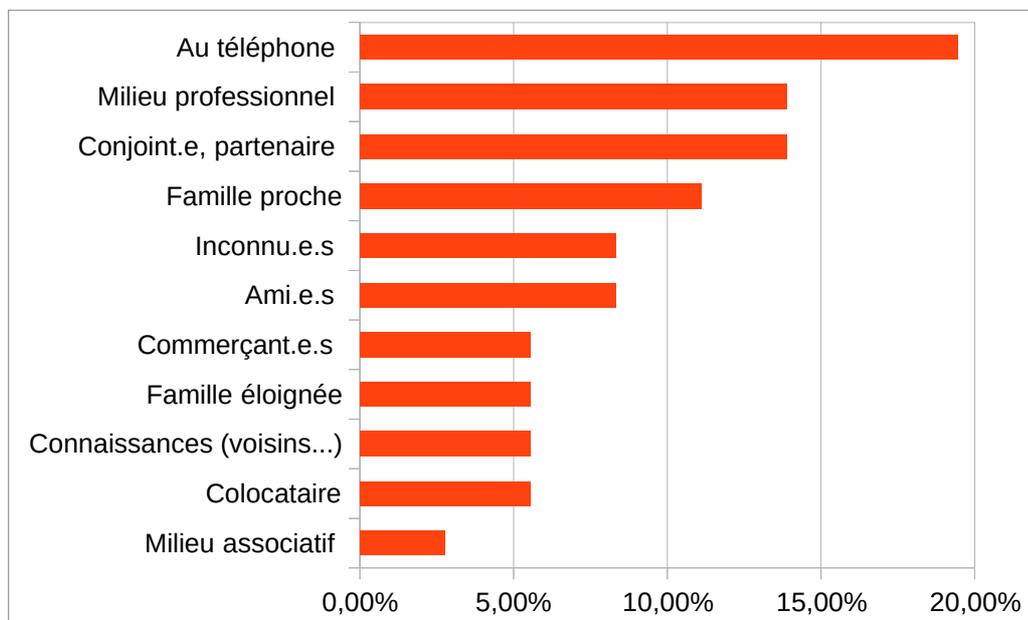


Figure 2. Contextes semblant les plus importants aux participantes pour utiliser la voix féminisée.

Cette question a été à nouveau posée dans le deuxième questionnaire aux deux participantes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique. Elles ont toutes deux répondu que les contextes les plus importants pour utiliser leur voix féminisée étaient leur milieu professionnel et les échanges téléphoniques. L'une a ajouté les commerçants, l'autre ses connaissances.

Dans le premier questionnaire, les participantes ont choisi un à trois contextes dans lesquels il leur semblerait le plus facile d'utiliser leur voix féminisée. Dans le deuxième questionnaire, la même question a été posée aux participantes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances (patientes K et L), et il a été demandé aux participantes utilisant leur voix féminisée en dehors des séances (patientes A à J) de sélectionner les contextes dans lesquels il leur était effectivement plus facile et plus difficile d'utiliser leur voix féminisée. Les figures 3 à 6 illustrent les résultats obtenus.

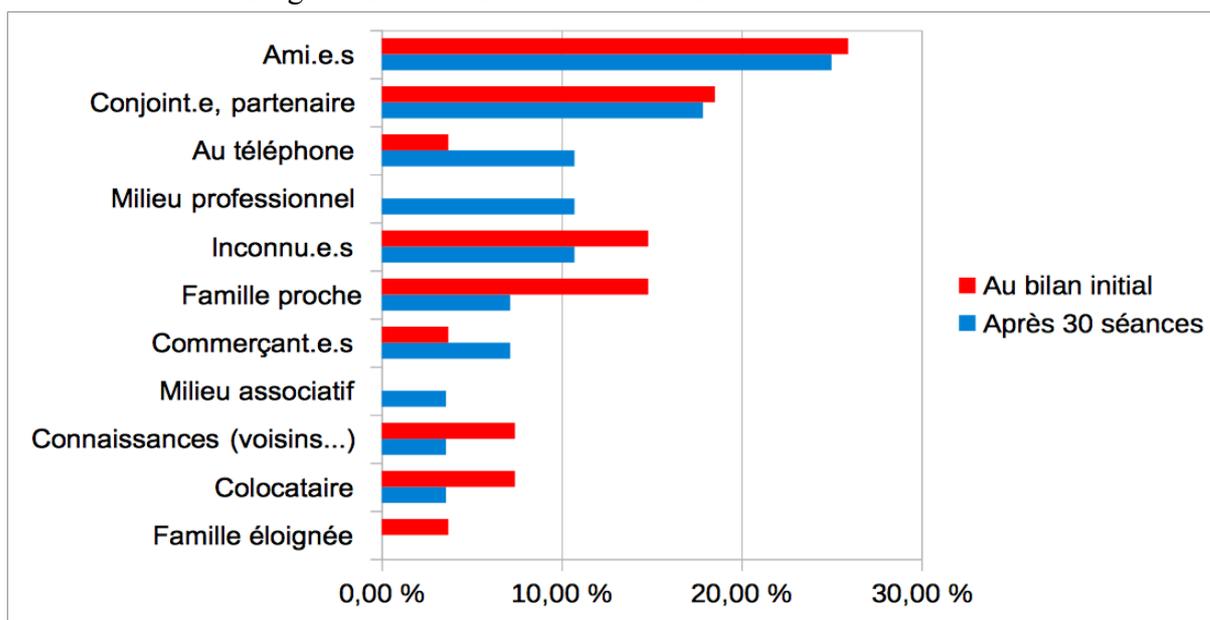


Figure 3. Contextes les plus faciles pour utiliser sa voix féminisée – réponses des participantes A à J.

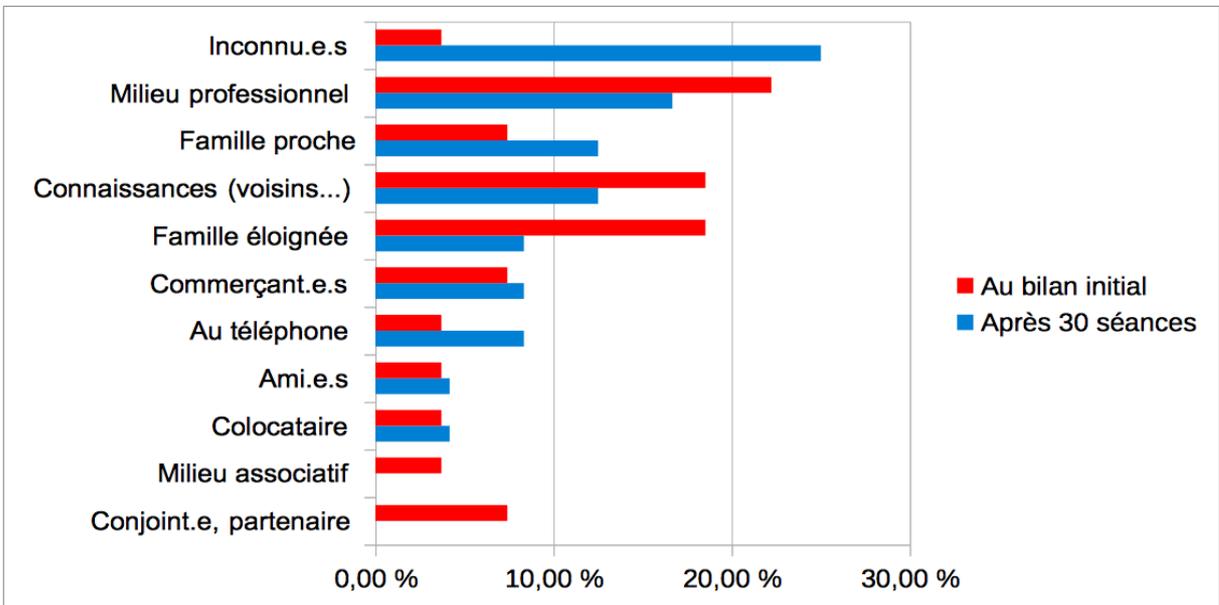


Figure 4. Contextes les plus difficiles pour utiliser sa voix féminisée – réponses des participantes A à J.

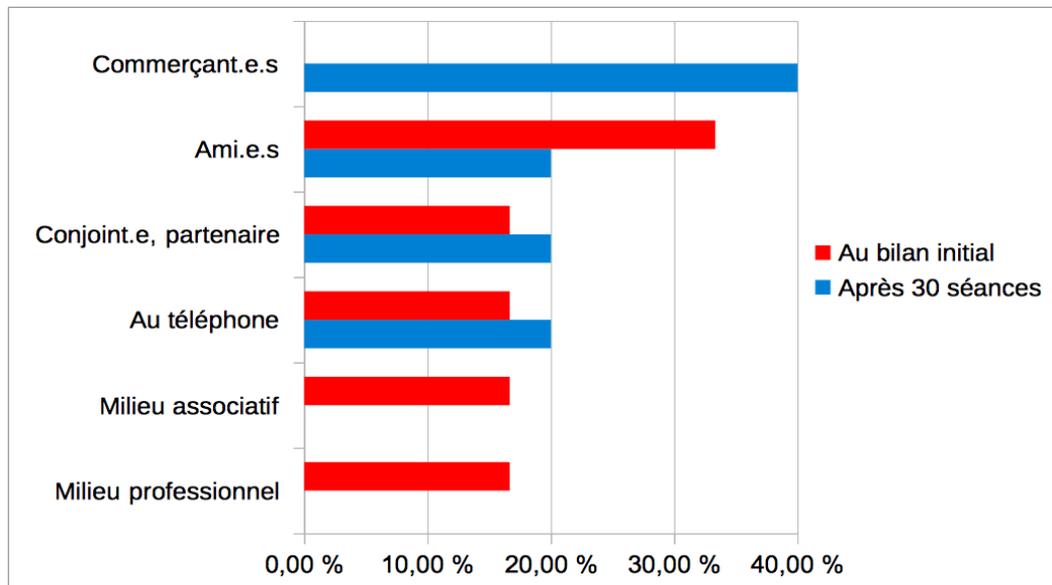


Figure 5. Contextes les plus faciles pour utiliser sa voix féminisée – réponses des participantes K et L.

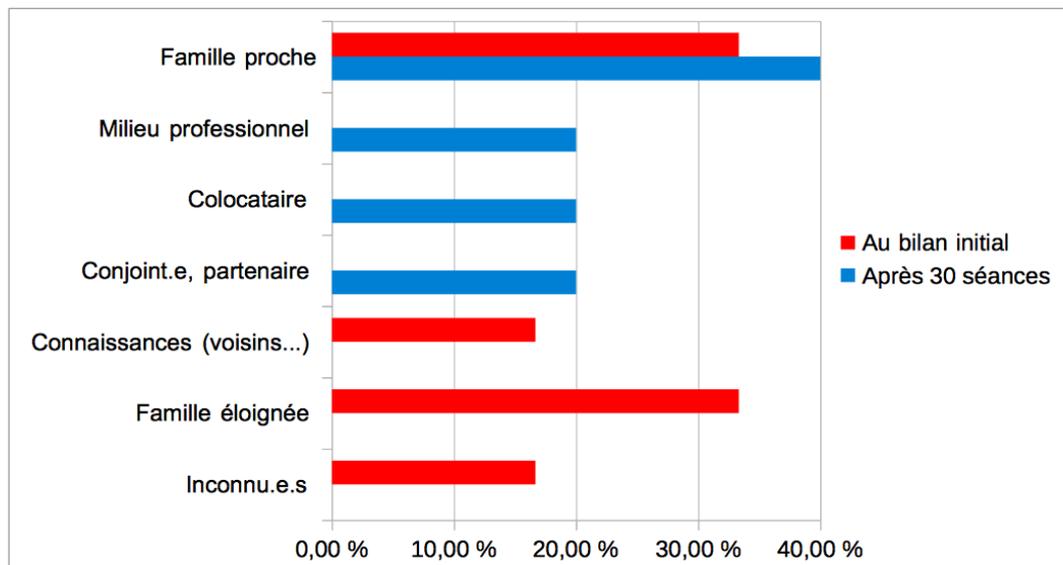


Figure 6. Contextes les plus difficiles pour utiliser sa voix féminisée – réponses des participantes K et L.

Lors de la passation du premier questionnaire, parmi les douze participantes interrogées, huit pensaient qu'il serait plus facile d'utiliser leur voix féminisée avec des personnes qui ne les connaîtraient pas avant leur féminisation vocale, trois pensaient que ce serait plus difficile, et une pensait que ce serait pareil. Lors de la passation du deuxième questionnaire, parmi les dix patientes utilisant leur voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie, sept considéraient qu'il était plus facile d'utiliser leur voix féminisée avec des personnes qui ne les connaissaient pas avant leur féminisation vocale. Les deux patientes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors du cabinet ne pensaient pas qu'il leur serait plus facile de l'utiliser avec des personnes ne connaissant pas leur voix non féminisée, et ont finalement changé d'avis.

## 5. Craintes, peurs, appréhensions, obstacles et freins au transfert de la voix féminisée

Le Tableau 4 expose les obstacles au transfert de la voix féminisée que les patientes pensaient rencontrer lorsqu'elles ont rempli le premier questionnaire, lors du bilan initial.

**Tableau 4. Obstacles potentiels au transfert de la voix féminisée évoqués par les participantes.**

Patiente	Réponses obtenues dans le questionnaire A
A	La crainte que cela puisse lui poser des problèmes, si son apparence ne passait pas avec sa voix.
B	Ses capacités physiques, car elle avait peu d'endurance au niveau de la voix.
C	Ne pas être sûre de sa voix et de son passing. Elle craignait d'être « repérée » à cause de sa voix.
D	Pour garantir sa sécurité dans un environnement qui ne lui semblerait pas pro-trans, ou si elle-même ne se sentait pas en confiance, en raison de son anxiété vis-à-vis de son apparence et de sa dysphorie.
E	Être avec des personnes avec qui elle n'est pas <i>out</i> .
F	La peur que sa voix soit trop grave et la crainte de ne pas réussir à obtenir une voix féminisée.
G	Avoir une voix trop androgyne.
H	Ne pas être <i>out</i> au travail.
I	Le manque de crédibilité.
J	La peur que sa voix se déforme au moment de parler.
K	Oublier de l'utiliser, ou forcer sur sa voix.
L	L'impression que sa voix n'est pas suffisamment féminine.

*Note.* Une personne transfémminine *out* est une personne qui a fait son coming-out, c'est-à-dire qui a déclaré être trans et a indiqué son genre (définition du Planning familial).

### 5.1. Freins psychologiques

La Figure 7 illustre les craintes, peurs et appréhensions des participantes à l'idée d'utiliser leur voix féminisée hors du cabinet orthophonique.

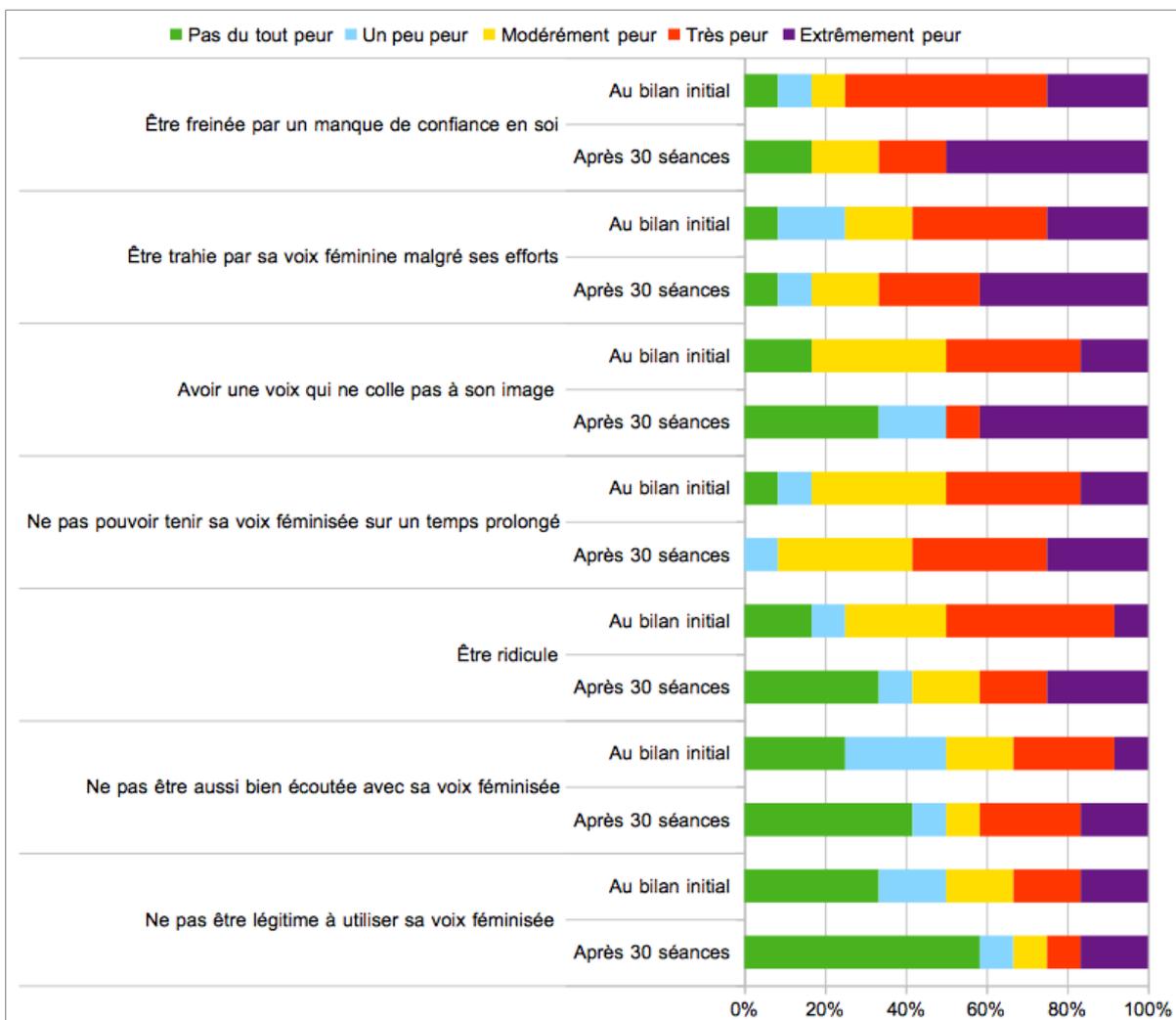


Figure 7. Crainces des participantes avant la prise en charge orthophonique et après 30 séances de prise en charge.

Dans le premier questionnaire, les patientes évoquaient d'autres craintes : la peur de ne pas réussir à obtenir une voix féminisée, la peur de ne pas savoir la conserver, la peur de ne pas obtenir le résultat voulu, que sa voix soit étrange, fasse bête, et la peur d'être mégenrée par ses amis de façon inconsciente. Dans le deuxième questionnaire, une patiente évoquait la crainte que sa voix ne soit pas féminine et quatre patientes évoquaient la peur d'être victimes de transphobie, d'être agressées, d'inspirer le dégoût ou le rejet.

Six participantes avaient peur d'utiliser leur voix féminisée quand elles étaient impliquées émotionnellement.

## 5.2. Freins sociaux

Le Tableau 5 présente le nombre de participantes craignant d'utiliser leur voix féminisée avec différentes personnes de leur entourage, parmi les douze patientes interrogées en bilan initial puis après trente séances d'orthophonie.

**Tableau 5. Craintes des patientes d'utiliser leur voix féminisée avec différents membres de leur entourage.**

	Nombre de participantes ayant peur d'utiliser leur voix féminisée – questionnaire A	Nombre de participantes ayant peur d'utiliser leur voix féminisée – questionnaire B
Avec leur famille proche	6	8
Avec leur famille éloignée	5	6
Avec leurs amis	2	1
Avec leurs connaissances	7	5
Avec leurs collègues, camarades, enseignants	8	6
Avec des inconnus	6	7

Après trente séances d'orthophonie, deux participantes ne s'empêchaient jamais de parler avec leur voix féminisée. Les situations dans lesquelles les autres participantes s'empêchaient de parler avec leur voix féminisée sont exposées dans le Tableau 6.

**Tableau 6. Situations dans lesquelles les patientes utilisant leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique s'empêchaient de parler avec leur voix féminisée.**

Patiente	Réponses obtenues dans le questionnaire B2
A	Avec des personnes avec qui elle ne se sentait pas en confiance, quand elle pensait avoir été mégenrée et quand elle était trop fatiguée ou n'avait pas la force d'essayer.
C	Le plus souvent en milieu familial.
D	Dans les situations où elle n'était pas encore out, où elle ne passait pas en tant que femme.
E	Avec sa famille éloignée et ses partenaires de jeux vidéo en vocal.
G	Dans son cercle le plus proche.
H	Dans son milieu professionnel où elle n'était pas out.
I	Dans les situations au téléphone qui nécessitaient qu'elle dise son prénom masculin.
J	Seulement quand elle était en colère ou contrariée.

Parmi les dix participantes utilisant leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique, neuf considéraient que l'utilisation de leur voix féminisée dépendait de leurs interlocuteurs. Elles étaient huit à considérer qu'être face à leur interlocuteur complexifiait l'utilisation de leur voix féminisée, et quatre à être plus à l'aise pour utiliser leur voix féminisée au téléphone.

### 5.3. Freins physiques et attentionnels

Pour quatre des dix participantes utilisant leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique, ainsi que pour les deux participantes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors du cabinet, l'utilisation de leur voix féminisée représentait un effort physique. L'utilisation de leur voix féminisée leur demandait à toutes beaucoup d'attention, hormis à une patiente utilisant sa voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique.

Parmi les dix participantes utilisant leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique, huit considéraient qu'il leur était plus difficile d'utiliser leur voix féminisée dans certaines conditions, qui sont exposées dans le Tableau 7.

**Tableau 7. Conditions dans lesquelles il était plus difficile pour les patientes d'utiliser leur voix féminisée.**

Patiente	Réponses obtenues dans le questionnaire B2
A	Quand il y a du monde, quand il faut parler fort, quand on l'a appelée au masculin.
C	Lors de cours magistraux dans des amphithéâtres et lors de prises de parole collectives.
D	Pour parler fort.
F	Quand elle est à l'extérieur, car avant de parler elle doit se concentrer sur sa voix, ce qui lui fait perdre ses mots. Elle ne parvient pas à utiliser sa voix féminisée en situation de double tâche.
G	Pour chuchoter.
H	Pour crier ou chanter.
I	Pour parler fort.
J	Pour crier, car quand elle élève trop sa voix celle-ci risque de casser.

## 6. Solutions envisagées pour permettre ou faciliter le transfert de la voix féminisée

Le Tableau 8 expose les stratégies utilisées par les patientes pour transférer leur voix féminisée au quotidien, l'existence ou non d'un déclic ayant permis ce transfert, et les personnes les ayant aidées.

**Tableau 8. Ressources et alliés ayant permis le transfert de la voix féminisée.**

Patiente	Déclic pour oser utiliser sa voix féminisée	Ressources et stratégies mises en place	Alliés
A	Oui, son orthophoniste qui lui a dit d'essayer.	L'utiliser uniquement avec des personnes en qui elle avait pleinement confiance.	Des infirmières.
B	Non.	S'auto-motiver.	Personne en particulier.
C	Oui, quand elle a osé s'habiller comme elle le souhaitait.	Se préparer mentalement avant de parler, en faisant par exemple des échauffements dans sa tête avant de parler à voix haute.	Sa colocataire et ses amis.
D	Non.	Aucune.	Ses amis proches.
E	Oui, s'habituer à sa voix.	Aucune.	Ses amis proches.
F	Oui, sa transition sociale, quand son physique « passait ».	L'orthophonie.	Sa femme.
G	Non, cela est venu progressivement.	L'orthophonie.	Sa colocataire.
H	Non.	L'entraînement chez elle.	Sa compagne et ses ami(e)s.
I	Non, cela s'est fait progressivement.	Travailler.	Ses amies les plus proches.
J	Oui, l'envie d'être entendue comme elle est, ainsi que la constatation de ses progrès au fil du temps.	Avoir confiance en elle, prendre le temps de s'améliorer en s'imposant un rythme d'entraînement quotidien, utiliser sa voix féminisée seulement avec ses amis et ses proches au début, toujours essayer de progresser avec des logiciels vocaux pour évaluer sa voix, et varier les situations avec des contextes divers.	Un ami ; son compagnon, qui l'a aidée à s'exprimer sans gêne dès les premiers essais ; ses amis et sa famille qui lui signalent quand sa voix déraile.

Le Tableau 9 présente les solutions envisagées par les patientes pour permettre ou faciliter l'utilisation de leur voix en dehors des séances d'orthophonie, puis dans de nouveaux contextes ou avec de nouvelles personnes.

**Tableau 9. Solutions pour permettre ou faciliter le transfert de la voix féminisée.**

Patiente	Solutions envisagées avant la prise en charge orthophonique	Solutions envisagées après 30 séances de prise en charge orthophonique
A	Etre convaincue de sa crédibilité.	Aucune.
B	Développer des exercices qui pourraient se faire sous la douche, doucement ; personnaliser les exercices en fonction des contraintes de vie des personnes et de leur gêne.	Aucune, hormis promouvoir davantage d'empathie ou de laisser-faire en société.
C	Cela dépend de la confiance en soi mais elle ne sait pas comment la travailler.	Expérimenter son côté féminin. Avoir une apparence féminine l'a incitée à accorder sa voix à son image.
D	Rencontrer d'autres femmes trans suivies en orthophonie, pour faire des exercices ensemble ou simplement se rencontrer.	Aucune.
E	S'entraîner avec des personnes sans peur du jugement, pour enlever l'angoisse, puis d'élargir à d'autres environnements.	Améliorer sa confiance en soi.
F	Aucune.	Le travail sur soi et l'orthophonie. Travailler très souvent pour rendre sa voix féminine automatique et ne plus avoir à y penser.
G	Aucune.	Aucune.
H	Participer à des groupes de parole trans.	Participer à des groupes de parole trans.
I	Travailler sa voix en voiture ou faire des exercices.	Oser avec des inconnus que l'on ne reverra pas.
J	Travailler sur la confiance en soi, par exemple avec un psychologue.	Maîtriser ses émotions fortes et améliorer sa confiance en soi. S'échauffer souvent et ne pas attendre le moment d'utiliser sa voix.
K	Aucune.	L'entraînement et l'habitude.
L	Avoir un rappel qui signale lorsque la voix n'est pas féminine.	Version pour ordinateur des applications utilisées sur téléphone (Voice Tools, VocalPitch-Monitor).

## Discussion

Le premier objectif de ce mémoire était de déterminer les résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée des personnes transféminines en dehors des séances d'orthophonie ; le second était d'entrevoir les solutions pour faciliter ce transfert. Pour cela, nous avons fait passer des questionnaires à des personnes transféminines lors du bilan initial puis après 30 séances d'orthophonie.

### 1. Discussion des résultats obtenus

Les résultats obtenus aux questionnaires confirment tout d'abord qu'une voix n'étant pas en adéquation avec le genre de son locuteur a de fortes conséquences psychosociales (Sawyer, 2019). En effet, plus de la moitié des participantes aux questionnaires s'empêchaient de parler à cause de leur voix avant la prise en charge vocale. Les réponses obtenues révèlent une réelle motivation au changement de voix des personnes interrogées : la majorité d'entre

elles avaient tenté de modifier leur voix seule avant de débiter un suivi orthophonique. La motivation initiale retrouvée chez plus de la moitié des participantes était le *passing*.

Afin d'identifier les résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée, nous avons interrogé les participantes sur d'éventuels freins psychologiques, sociaux et physiques et attentionnels.

### **1.1. Résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée hors des séances d'orthophonie**

Concernant les freins psychologiques, c'est-à-dire les résistances, internes aux patientes, nous supposons que l'anxiété, les phobies, les obsessions, etc. des participantes pourraient influencer le transfert de la voix féminisée, de même que le manque d'estime de soi. Le fait de ne pas être habituée à sa voix, de ne pas l'aimer ou de ne pas la trouver assez féminine aurait également pu entraver ce transfert. Enfin, nous supposons qu'il pourrait être plus difficile d'utiliser sa voix féminisée en étant impliquée émotionnellement ou pour adopter une posture d'autorité. Les résultats obtenus aux questionnaires ont été très hétérogènes. Cependant, de nombreuses peurs étaient présentes chez les personnes interrogées et les sept craintes d'ordre psychologique évoquées concernaient plusieurs patientes. Les peurs principales étaient d'être freinée par un manque de confiance en soi, d'être trahie malgré ses efforts et de ne pas pouvoir tenir sa voix féminisée sur un temps prolongé : la majorité des patientes en avaient très peur ou extrêmement peur. La crainte de ne pas être satisfaite de sa voix ou de ne pas la trouver assez féminine était également très présente. Plusieurs participantes craignaient que leur voix soit étrange, fasse « bête » ou ne soit pas crédible ; et les deux participantes n'ayant pas transféré leur voix féminisée hors du cabinet d'orthophonie n'en étaient pas satisfaites après 30 séances d'orthophonie. Toutes les participantes avaient observé leurs progrès objectivement mais la moitié d'entre elles observaient un décalage avec leur ressenti, ce qui confirme l'importance de la dimension psychologique et intime de la voix. Enfin, les émotions étaient un frein au transfert de la voix féminisée pour la moitié des participantes, et une patiente précisait qu'il s'agissait de l'obstacle principal au transfert de sa voix féminisée.

Les résultats obtenus aux questionnaires révèlent donc que les résistances internes des personnes transféminines peuvent fortement entraver le transfert de leur voix féminisée.

Les résistances au transfert de la voix féminisée sont liées aux freins sociaux. En effet, les craintes d'avoir une voix non crédible ou d'être trahie par sa voix féminine par exemple, sont étroitement liées à la normativité imposée par la société. En outre, les problèmes psychologiques et sociaux des personnes transféminines peuvent les conduire à un isolement social, entravant la mise en pratique de la voix travaillée en orthophonie (De Bruin et al., 2000).

Nous supposons que la transphobie, la peur des réactions de l'entourage et les critiques et le rejet de la voix travaillée en séance d'orthophonie étaient des obstacles potentiels au transfert de la voix féminisée des personnes transféminines. Nous nous interrogeons également sur la difficulté d'utiliser la voix féminisée au téléphone. Les résultats aux questionnaires révèlent qu'à l'issue de 30 séances d'orthophonie, 10 patientes sur 12 utilisaient leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique, mais seulement 3 l'utilisaient dans tous leurs milieux de vie. Les situations dans lesquelles elles n'utilisaient pas leur voix étaient très variables : il pouvait s'agir des milieux dans lesquels elles n'étaient pas out, de leur famille, de leur cercle le plus proche, des personnes avec qui elles ne se sentaient

pas en confiance, etc. Pour neuf patientes sur dix, l'utilisation de leur voix féminisée dépendait de leur interlocuteur. Ces résultats révèlent l'importance de la dimension sociale de la voix et du frein au transfert de la voix féminisée qu'elle peut représenter.

Nous avons interrogé les participantes sur leurs craintes à l'idée d'utiliser leur voix féminisée avec différents membres de leur entourage. Les résultats ont révélé que les projections des patientes lors de la passation du questionnaire A étaient globalement similaires aux résultats obtenus lors de la passation du questionnaire B. Dans ce dernier questionnaire, la majorité des participantes craignaient d'utiliser leur voix féminisée avec leur famille proche ou avec des inconnus ; la moitié craignaient de l'utiliser avec leur famille éloignée ou leurs collègues, camarades ou enseignants ; cinq d'entre elles craignaient de l'utiliser avec leurs connaissances et une seule craignait de l'utiliser avec ses amis.

Nous avons étudié plus précisément les contextes d'utilisation de la voix féminisée. Les résultats obtenus étaient hétérogènes. En bilan initial, les patientes estimaient principalement qu'il leur serait plus important d'utiliser leur voix féminisée au téléphone (pour sept participantes), dans leur milieu professionnel (pour cinq participantes) et avec leur conjoint(e) ou partenaire (pour cinq participantes). Les résultats obtenus auprès des patientes ayant transféré leur voix féminisée après 30 séances d'orthophonie révélaient qu'il leur était majoritairement plus facile d'utiliser leur voix féminisée avec leurs amis, puis avec leur conjoint(e). Dans le questionnaire B, elles étaient moins à penser qu'il était facile de l'utiliser avec leur famille proche et des inconnus que dans le questionnaire A. Les réponses de ces mêmes participantes montraient que les milieux leur semblant les plus difficiles pour utiliser leur voix féminisée étaient le milieu professionnel, les connaissances et la famille éloignée dans le questionnaire A ; les inconnus dans le questionnaire B. Ces résultats révèlent que les projections des patientes lors du bilan initial concernant les milieux dans lesquels il leur serait plus facile et plus difficile d'utiliser leur voix féminisée étaient différentes de la réalité. Les réponses des participantes n'ayant pas transféré leur voix féminisée sont également hétérogènes et ont largement évolué entre les deux questionnaires. L'hétérogénéité des réponses démontre la disparité des représentations sociales de la voix des personnes transféminines ainsi que la difficulté d'envisager l'utilisation de la voix féminisée dans différents contextes sociaux avant d'y être confrontée. Il en ressort cependant qu'il est globalement plus facile pour les personnes transféminines d'utiliser leur voix féminisée avec leurs amis, qui pourraient alors être des alliés dans le transfert de la voix ; et plus difficile de l'utiliser avec des inconnus, qui représentent ainsi un frein au transfert de la voix féminisée. En outre, il est globalement plus facile pour les personnes transféminines d'utiliser leur voix féminisée avec des personnes qui ne les connaissaient pas avant leur féminisation vocale.

Aucune patiente interrogée n'a eu de retour négatif sur sa voix, contrairement à ce qu'elles craignaient. Cela peut probablement s'expliquer par le fait que la plupart d'entre elles utilisent leur voix féminisée avec des personnes alliées, avec qui elles se sentent en confiance. Six participantes parmi les dix utilisant leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique ne sont pas plus à l'aise pour l'utiliser au téléphone, ce qui est en accord avec nos hypothèses : les personnes transféminines dont la voix n'est pas tout à fait féminine ont probablement plus de risque d'être mégenrées au téléphone, leurs caractéristiques physiques n'étant alors pas visibles.

En outre, la transphobie semble être un frein très important au transfert de la voix féminisée. Nous n'avons pas posé de question à ce sujet dans les questionnaires, mais de

nombreuses participantes ont évoqué la peur d'être victimes de transphobie, d'être agressées, d'inspirer le dégoût ou le rejet, d'être repérées à cause de leur voix ou d'être mégenrées.

Enfin, nous avons étudié les freins physiques et attentionnels au transfert de la voix féminisée. Nous nous interrogeons sur les douleurs, gênes, tensions des organes phonatoires que les patientes pourraient ressentir, en lien avec des difficultés d'endurance vocale. Nous présumons qu'il serait difficile d'automatiser la voix féminisée, ce qui nécessiterait de la part des personnes transféminines une attention permanente pour utiliser leur voix. De plus, nous supposons qu'il leur serait plus complexe d'utiliser leur voix féminisée dans certaines conditions (pour parler fort, chuchoter, chanter, etc.). Enfin, nous souhaitons définir les paramètres vocaux entravant l'utilisation de la voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique. Les résultats obtenus montrent que l'utilisation de leur voix féminisée demandait à toutes les participantes beaucoup d'attention ou de concentration et représentait un effort physique pour la moitié d'entre elles. Une patiente insistait sur la peur de manquer d'endurance vocale dans le questionnaire A mais ne l'évoquait plus dans le questionnaire B ; une autre expliquait dans le deuxième questionnaire ne pas réussir à utiliser sa voix en situation de double tâche. Cette difficulté peut s'expliquer par le défaut d'automatisation de la voix, qui entraîne une surcharge cognitive lorsque la locutrice doit porter son attention simultanément sur le contenu de sa parole et sur sa voix. L'attention requise pour utiliser la voix féminisée, due au défaut d'automatisation de celle-ci, semble donc fortement impacter le transfert de la voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie, tandis que les capacités physiques des locutrices semblent l'impacter dans une moindre mesure.

Concernant les paramètres vocaux facteurs de difficultés chez les patientes ayant transféré leur voix, la hauteur posait beaucoup ou énormément problème à 70% d'entre elles en séance d'orthophonie et à 80% d'entre elles en dehors des séances. La hauteur représentait cependant peu de difficulté pour les deux participantes n'utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances, pour qui la prosodie, le timbre et l'articulation antériorisée étaient plus compliquées. D'autre part, chez les patientes ayant transféré leur voix, l'intensité entraînait largement plus de difficultés en dehors du cabinet qu'en séance d'orthophonie, ce qui s'explique probablement par le fait que l'intensité de la voix dans le cabinet orthophonique est moindre que dans diverses situations quotidiennes, notamment en présence de nombreux interlocuteurs, en extérieur, etc. En outre, la majorité des patientes considéraient qu'il était plus difficile d'utiliser leur voix féminisée dans des conditions particulières, principalement pour parler fort ou crier.

## **1.2. Solutions au transfert de la voix féminisée**

Dans ce mémoire, nous avons également exploré des pistes de facilitation du transfert de la voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie. Nous supposons que ces solutions seraient très différentes d'une patiente à une autre et dépendraient de leurs résistances et obstacles à ce transfert. Nous avons évoqué le travail sur la confiance en soi, l'entraînement vocal intensif, l'aide de personnes de l'entourage, de professionnels de santé ou d'hypnothérapeutes, la thérapie de groupe et l'utilisation de dosimètres vocaux, éventuellement avec biofeedback. La moitié des participantes ayant transféré leur voix féminisée ont eu un déclic ; le transfert s'est fait progressivement pour l'autre moitié. Leurs ressources et stratégies employées étaient diverses : l'orthophonie, travailler leur voix, l'utiliser uniquement avec des personnes en qui elles avaient confiance, l'évaluer avec des

logiciels vocaux, se motiver, se préparer avant de parler et enfin varier les contextes d'utilisation. Neuf d'entre elles ont compté sur des personnes pour les aider à transférer leur voix féminisée : leurs amis proches et leur conjoint(e) essentiellement, mais aussi leur colocataire, leur famille ou des infirmières.

Dans les deux questionnaires, neuf participantes sur douze proposaient des solutions pour permettre ou faciliter le transfert de la voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie ou dans de nouveaux contextes. Plusieurs d'entre elles proposaient un travail sur la confiance en soi, notamment à l'aide d'un psychologue. Elles évoquaient également des groupes de parole trans ou des rencontres avec d'autres personnes transféminines suivies en orthophonie, afin de réaliser des exercices ou de discuter. Cette stratégie de facilitation est également envisagée par Clark (2016), qui recommande des thérapies de groupe ou des mises en scènes de scénarios afin de faciliter le transfert et la généralisation des compétences vocales acquises en séances d'orthophonie. Plusieurs participantes proposaient de s'entraîner régulièrement, notamment pour automatiser sa voix féminine, ou de s'échauffer souvent et ne pas attendre le moment d'utiliser sa voix. Une participante suggérait de s'entraîner avec des personnes de confiance puis d'élargir à d'autres environnements ; une autre conseillait d'oser avec des inconnus que l'on ne reverrait pas. Une patiente proposait d'expérimenter son côté féminin, expliquant qu'avoir une apparence féminine l'avait incitée à accorder sa voix à son image.

Enfin, une patiente évoquait l'idée d'une version pour ordinateur des applications utilisées sur téléphone, qui permettent de visualiser la hauteur de la voix (Voice Tools et VocalPitch-Monitor). Elle imaginait également l'utilisation d'un rappel signalant lorsque la voix n'est pas féminine, ce qui correspond en réalité à un dosimètre portable avec une fonction de biofeedback intégrée.

## **2. Implications pratiques**

Cette étude confirme que le transfert de la voix féminisée des personnes transféminines se heurte à divers obstacles, internes et externes aux patientes. Il est donc nécessaire de tenir compte de leurs difficultés sociales et psychiques afin d'adapter le suivi orthophonique. En effet, la prise en charge a pour but d'employer une voix féminisée à l'extérieur du cabinet afin que la voix de la patiente soit en accord avec son identité de genre et améliore sa qualité de vie ; elle ne saurait se limiter à obtenir une voix féminisée dans le cadre rassurant du cabinet orthophonique. Ainsi, il semble important que l'orthophoniste connaisse les obstacles auxquelles les patientes peuvent se trouver confronter afin de conseiller les patientes concernant l'utilisation de leur voix féminisée en dehors du cabinet orthophonique. En outre, la prise en charge orthophonique ne peut être isolée ; la pluridisciplinarité semble essentielle pour accompagner les personnes transféminines, notamment en proposant un suivi psychologique.

Les orthophonistes pourraient envisager de mettre en œuvre les facilitations au transfert de la voix féminisée proposées par les patientes interrogées dans cette étude. D'autres pistes pourraient être mises en application, notamment celles proposées par Davies et al. (2015) : entraîner la voix sur des mots faisant partie de conversations quotidiennes ; se concentrer sur des situations liées à la vie des patientes et réaliser des jeux de rôles correspondant aux situations leur posant le plus de difficultés ; expérimenter diverses intensités émotionnelles en s'entraînant sur des phrases exprimant des sentiments divers. Il semble essentiel de travailler

de manière écologique au cabinet d'orthophonie afin de permettre le transfert de la voix féminisée en dehors de celui-ci.

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons soulevé l'interrogation suivante : une utilisation de la voix féminisée suffisante correspond-elle à une utilisation dans certaines situations ou dans l'intégralité du quotidien de la personne ? Il semble pertinent de discuter avec les patientes de cette question. En effet, il pourrait convenir à certaines personnes transféminines d'utiliser leur voix féminisée dans certains milieux de vie et non dans d'autres.

### **3. Limites de l'étude**

Lors de l'élaboration des questionnaires, nous avons peu pris en compte la transphobie et avons omis d'approfondir ce sujet. Or, si aucune question posée aux participantes ne concerne la transphobie, nombre d'entre elles ont précisé la craindre ; il s'agissait en réalité d'une peur extrêmement prégnante chez plusieurs participantes. La transphobie se révèle donc très importante à considérer par l'orthophoniste, notamment en discutant avec les patientes des milieux où elles pourraient expérimenter leur voix féminisée sans se mettre en danger.

Il aurait également été pertinent de demander aux patientes interrogées si elles bénéficieraient d'un suivi psychologique, afin d'observer si cela pouvait influencer le transfert de la voix féminisée.

### **4. Pistes de futures recherches**

Dans cette étude observationnelle, les résultats des questionnaires n'avaient pas pour objectif d'influencer la prise en charge orthophonique. Cependant, il pourrait être intéressant d'effectuer une étude interventionnelle consistant à proposer le questionnaire A au bilan initial de certaines patientes, afin de déterminer si le fait de proposer ce questionnaire influence la prise en charge orthophonique, pour les patientes et pour leur orthophoniste, et pourrait leur être bénéfique. En effet, nous avons remarqué que les questions posées aux patientes faisaient germer des réflexions, notamment concernant leurs peurs d'utiliser leur voix féminisée, les obstacles qu'elles pensaient rencontrer, etc. et leur permettaient peut-être de s'y préparer davantage. De plus, mieux cerner les patientes, leurs craintes et leurs attentes pourrait permettre à leur orthophoniste d'ajuster la prise en charge.

Ce mémoire constituait un travail préalable à la recherche de solutions efficaces pour transférer la voix féminisée au quotidien. Ainsi, il pourrait être intéressant d'explorer et mettre en œuvre les stratégies proposées dans cette étude par les participantes et d'évaluer leur efficacité, notamment concernant les groupes de parole de personnes transféminines et l'utilisation de dosimètre vocal avec biofeedback.

## Conclusion

Cette étude observationnelle explorait les résistances et obstacles au transfert de la voix féminisée des personnes transféminines à leur quotidien, ainsi que les facilitations à ce transfert. Douze patientes ont ainsi répondu à deux questionnaires, l'un avant le commencement de leur prise en charge orthophonique ; l'autre après trente séances d'orthophonie.

Il semble important de noter le nombre limité de participantes, d'une part en raison du nombre restreint de personnes transféminines débutant un suivi orthophonique ; d'autre part du fait des interruptions de prise en charge, à cause de troubles psychologiques d'une patiente et du suicide d'une autre patiente. Cela met en avant les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes transféminines, qui vivent des bouleversements psychologiques importants et sont victimes de transphobie. Il apparaît alors nécessaire d'adapter la prise en charge orthophonique en prenant en compte cette réalité et en travaillant de façon transdisciplinaire avec des médecins et psychologues.

La féminisation vocale ne saurait avoir pour seul objectif d'obtenir une voix féminisée en séance d'orthophonie : il faut que cette voix soit également utilisée dans la vie de la patiente pour avoir un impact positif sur sa qualité de vie. Il semble donc important que les orthophonistes connaissent les freins rencontrés par leurs patientes afin de proposer des exercices écologiques correspondant aux attentes des patientes. Ces freins semblent très différents selon les patientes, mais sont présents chez chacune d'entre elles. La grande majorité ont des craintes d'ordre psychologique, telles qu'un manque de confiance en soi ou la peur de ne pas obtenir une voix féminine. Elles rencontrent également des obstacles sociaux : peu d'entre elles utilisent leur voix féminisée dans tous leurs contextes de vie, en particulier dans les milieux où elles ne sont pas out ou ceux où elles ne se sentent pas en sécurité. De plus, certains paramètres vocaux sont plus difficiles à maîtriser en dehors du cabinet orthophonique, en particulier l'intensité et la hauteur de la voix. Enfin, la non-automatisation de la voix féminisée nécessite une concentration entraînant une charge cognitive importante et entravant son utilisation constante. Il semble donc pertinent que les orthophonistes discutent de ces différents obstacles avec leurs patientes, afin de leur proposer des solutions adaptées pour faciliter l'utilisation de leur voix féminisée en dehors des séances.

Chaque suivi orthophonique doit ainsi être personnalisé et adapté à l'individualité des patientes. L'orthophoniste n'est pas seulement une technicienne de la voix ; elle a également un rôle d'accompagnement et doit ajuster sa prise en charge aux obstacles et objectifs des patientes.

Des recherches futures pourraient mettre en application les facilitations au transfert de la voix féminisée envisagées par les participantes de cette étude ainsi que celles proposées dans la littérature, qui sont exposées dans ce mémoire. Elles permettraient de définir des exercices orthophoniques écologiques et des conseils pertinents à adresser aux personnes transféminines cherchant à utiliser leur voix féminisée en dehors des séances d'orthophonie.

## Bibliographie

- Alessandrin, A. (2016). La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Cahiers du Genre*, 60(1), 193-212.
- Alessandrin, A., Gallarda, T., & Bouchard, J.-P. (2019). Transidentités et changement de sexe : le point de vue du sociologue, le rôle du psychiatre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 853-860.
- Arnold, A. (2015). Voix et transidentité : changer de voix pour changer de genre ? *Langage et société*, 151(1), 87-105.
- Baleige A., de la Chenelière M., Dassonneville C., & Martin M.-J. (2021) Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: leads from field experimentations in Lille, France, *Transgender Health X:X*, 1-6.
- Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies* 17(4), 211-224.
- Clark, C. J. (2016). Voice and Communication Therapy for the Transgender or Transsexual Client: Service Delivery and Treatment Options. *Graduate Independent Studies - Communication Sciences and Disorders*. 2.
- Creaven, F., & O'Malley-Keighran, M.-P. (2018). 'We definitely need more SLTs': The transgender community's perception of the role of speech and language therapy in relation to their voice, language, and communication needs. *Social Work and Social Sciences Review*, 19(3), 17-41.
- Dacakis, G., Davies, S., Oates, J. M., Douglas, J. M., & Johnston, J. R. (2013). Development and Preliminary Evaluation of the Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 27(3), 312-320.
- 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.
- Dacakis, G., Oates, J. M., & Douglas, J. M. (2016). Exploring the validity of the Transsexual Voice Questionnaire (male-to-female): Do TVQMtF scores differentiate between MtF women who have had gender reassignment surgery and those who have not? *International Journal of Transgenderism*, 17(3-4), 124-130.
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and Communication Change for Gender Nonconforming Individuals: Giving Voice to the Person Inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117-159.
- 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.
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and Acoustic Outcomes of Voice Therapy for Male-to-Female Transgender Individuals Immediately After Therapy and 15 Months Later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347.

- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice Perceptions and Quality of Life of Transgender People. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558.
- Hancock, A. B. (2017). An ICF Perspective on Voice-related Quality of Life of American Transgender Women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1-115.e8.
- Hirschauer, S. (1997). The medicalization of gender migration. *International Journal of Transgenderism* 1(1).
- Leung, Y., Oates, J., & Chan, S. P. (2018). Voice, Articulation, and Prosody Contribute to Listener Perceptions of Speaker Gender: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(2), 266-297.
- Lexique – OUtans – Association féministe d'autosupport trans à Paris. (s. d.). Consulté le 3 avril 2020, à l'adresse <https://outans.org/ressources/lexique-outansien/>
- Lexique trans – Le planning familial. Consulté le 2 avril 2021, à l'adresse <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-10/Lexique%20trans.pdf>
- Medico, D. (2014). Éléments pour une psychothérapie adaptée à la diversité trans\*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 52(1), 109-137.
- Mills, M., Stoneham, G., & Georgiadou, I. (2017). Expanding the evidence: Developments and innovations in clinical practice, training and competency within voice and communication therapy for trans and gender diverse people. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 328-342.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The Importance of the Voice in Male-to-Female Transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153-167.
- Oates, J., & Dacakis, G. (2015). Transgender Voice and Communication: Research Evidence Underpinning Voice Intervention for Male-to-Female Transsexual Women. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 48.
- Pépiot, E. (2013). *Voix de femmes, voix d'hommes : différences acoustiques, identification du genre par la voix et implications psycholinguistiques chez les locuteurs anglophones et francophones* (Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, France). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00821462>
- Prosser, J. (1998). *Second skins: The body narratives of transsexuality*. Columbia University Press, New York.
- Remacle, A., & Morsomme, D. (2018). *Apport du biofeedback dans l'augmentation de la fréquence fondamentale en féminisation vocale* (Congrès de la Société Française de Phoniatrie, Luxembourg). Repéré à <http://hdl.handle.net/2268/229235>
- Sawyer, J. (2019). Voice Changes in Transgender Care. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Éd.), *Transgender Medicine* (p. 213 - 237). Consulté à l'adresse [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-05683-4\\_12](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-05683-4_12)
- Södersten, M., Hertegard S., Larsson, H., & Holmberg, E. (2009). Use of ambulatory biofeedback for transsexual male-to-female clients. Clinical application note: Applications for speech and voice [Computer software manual]. Montvale, NJ: KayPentax

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Questionnaire A – Questionnaire proposé aux personnes transféminines lors du bilan orthophonique initial**

**Annexe n°2 : Questionnaire B1 – Questionnaire proposé après 30 séances d’orthophonie aux personnes transféminines n’utilisant pas leur voix féminisée en dehors des séances**

**Annexe n°3 : Questionnaire B2 – Questionnaire proposé après 30 séances d’orthophonie aux personnes transféminines utilisant leur voix féminisée en dehors des séances**