

# MÉMOIRE

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

**Saphia BRIDAÏ**

présenté au jury en juin 2020

**Bénéfices d'une prise en charge orthophonique  
concomitante au début de l'hormonothérapie chez  
les patientes transgenres**

MÉMOIRE dirigé par  
Mme Juliette DEFEVER, orthophoniste, Lille

Lille – 2020

---

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Juliette Defever, pour m'avoir ouvert les portes de son cabinet il y a quelque temps déjà, pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire, pour m'avoir dirigée, toujours avec bienveillance, pour m'avoir laissé m'exprimer librement tout au long de ce processus : merci infiniment.

Je tiens à remercier Antoinette Lejeune, qui a tout de suite accepté d'être la lectrice 1 de ce travail.

Je remercie toutes les patientes que j'ai rencontrées dans le cadre de mes stages, celles qui ont participé à notre étude et les autres aussi, pour m'avoir acceptée auprès d'elles, pour m'avoir informée, renseignée, aiguillée.

Et bien entendu, merci à mes camarades, merci de m'avoir portée et supportée tout au long de ces cinq dernières années, dans la difficulté (souvent!) comme dans la joie (encore plus souvent!) : merci à Elise, Cécile, Mme de Fressart, Pauline, Hortense.

Merci à mes enfants : Alice, Doriane, Julie et Boris.

Merci à mes parents, qui ont toujours respecté mes choix, à ma sœur Karima pour absolument TOUT, à Saïd, à Amara, à Hafida pour leur soutien inconditionnel.

Un grand grand merci au Pr. De Jonckheere, au Dr. Serna, à Mme D., à Peggy, à Julia, nous allons continuer à faire de grandes choses ensemble !

Et enfin, merci à tout le reste de mes amis, ceux qui savent, ceux qui ont été, sont et seront là.

---

## **Résumé :**

Depuis quelques années, les chercheur.es en orthophonie manifestent un intérêt grandissant pour la prise en soin des femmes transgenres. Nombre de travaux ont fleuri en ce qui concerne cette patientèle, notamment autour des cibles de rééducation ou de l'effet des hormones sur la voix. Néanmoins, la question du délai entre prise en charge orthophonique et traitement hormonal reste peu abordée. C'est pourquoi le présent travail s'est attaché à démontrer qu'une intervention orthophonique la plus précoce possible par rapport au début de l'hormonothérapie permettrait de réduire la durée du suivi et d'engendrer des bénéfices vocaux précoces, en lien avec le ressenti de ces femmes par rapport à l'orthophonie. Pour ce faire, nous avons contacté des orthophonistes pour recueillir les données d'anciennes patientes transgenres, et transmettre un questionnaire à leurs patientes transgenres actuelles. Une orthophoniste a communiqué les données de 26 patientes via un tableau, et 31 participantes ont renseigné le questionnaire. Nous avons comparé les données du tableau et certaines réponses de l'enquête avec un test de Kruskal-Wallis et un test de Mann-Whitney, et analysé qualitativement les réponses au questionnaire. Pour le tableau, les résultats approchent le seuil de significativité sans toutefois l'atteindre ; cependant, la durée de thérapie a tendance à augmenter pour les patientes ayant commencé l'orthophonie plus d'un an après le début de l'hormonothérapie. En revanche, le questionnaire n'a pas révélé de corrélation entre prise en charge « précoce » et bénéfices vocaux précoces, mais a permis de mettre en évidence plusieurs cibles thérapeutiques potentielles.

## **Mots-clés :**

Prise en charge précoce, femme transgenre, féminisation vocale, hormonothérapie, bénéfices vocaux.

---

**Abstract :**

In the past few years, there has been a growing interest among speech-language pathology researchers in the care of transgender women. A lot of work has been done in this field, especially around rehabilitation targets or the effect of hormones on the voice. Nevertheless, the question of the delay between speech therapy and hormone treatment is little addressed. This is why the present work has focused on demonstrating that starting a vocal therapy as early as possible after the start of hormone treatment would reduce the duration of follow-up and generate early vocal benefits, in relation to these women's feelings about speech and language therapy. To do this, we contacted speech-language pathologists to collect data from former transgender women patients and to send a questionnaire to their current transgender women patients. One speech-language pathologist provided data from 26 patients via a chart, and 31 participants completed the questionnaire. We compared the table data and some of the survey answers with a Kruskal-Wallis test and a Mann-Whitney test, and analyzed the questionnaire answers in a qualitative point of view. For the table, the results approach, but do not reach, the threshold of significance ; however, the duration of therapy tends to increase for patients who started speech and language therapy more than one year after the start of hormone therapy. On the other hand, the questionnaire did not reveal a correlation between "early" therapy and early vocal benefits, but did identify several potential therapeutic targets.

**Keywords :**

Early care, transgender women, vocal feminization, hormone treatment, vocal benefits.

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>2</b>
1.Généralités.....	2
1.1.Parcours de soin des patientes MtF.....	2
1.2.Hormonothérapie et féminité vocale.....	3
1.3.Rôle de l'orthophoniste.....	4
2.Paramètres intervenant dans la féminisation vocale.....	5
2.1.Variables vocales.....	5
2.2.Paramètres verbaux et non-verbaux.....	6
2.3.Facteurs de réussite.....	6
3.Qualité de vie et satisfaction.....	8
3.1.Qualité de vie.....	8
3.2.Satisfaction quant à la voix.....	8
3.3.Satisfaction quant à la prise en charge orthophonique.....	9
4.Buts et hypothèses.....	9
<b>Méthode.....</b>	<b>10</b>
1.Participants .....	10
2.Matériel .....	10
3.Procédure .....	11
<b>Résultats.....</b>	<b>13</b>
1.Tableau de données.....	13
2.Questionnaire.....	15
<b>Discussion.....</b>	<b>24</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>31</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>35</b>
Annexe 1 : Questionnaire.....	36
Annexe 2 : Déclaration de conformité CNIL .....	41
Annexe 3 : Tableaux 2 et 3. Données de patientes - critère « satisfaction ».....	42
Annexe 4 : Tableau 11. Apparition de bénéfices précoces.....	44

# Introduction

La voix fait partie intégrante de l'identité d'une personne. Chez les femmes transgenres, le désir de féminisation vocale naît d'une recherche de congruence entre la voix et le paraître (posture, codes vestimentaires, etc.). Cette féminisation a pour objectif la recherche d'une identité vocale propre à chacune. Contrairement aux personnes assignées femmes à la naissance (autrefois dénommées FtM, « Female to Male »), pour qui l'hormonothérapie suffira la plupart du temps à modifier la voix, les patientes assignées mâles à la naissance (autrefois dénommées MtF « Male to Female ») auront parfois besoin d'aide dans leur travail vocal et, de ce fait, auront recours à l'orthophonie.

La phonation, obéissant à des schèmes neuromoteurs fortement ancrés, est un processus automatisé ; tout travail vocal visant des modifications durables sera donc, selon toute vraisemblance, un travail de longue haleine, requérant patience, assiduité, et motivation. C'est pourquoi il devrait logiquement être entrepris assez rapidement pour servir l'automatisation. Dans la littérature, il est fréquemment avancé qu'une prise en charge orthophonique débutant avant l'hormonothérapie des patientes transgenres n'aurait pas lieu d'être. En effet, certain.es auteur.es rapportent qu'il serait difficile pour elles de s'investir dans une thérapie vocale tant qu'elles auraient encore une apparence masculine. Or, d'autres pensent que le moment de la prise en soin orthophonique pourrait tout à fait coïncider avec le début de l'hormonothérapie, voire même la précéder, sans oublier que certaines femmes transgenres ne peuvent ou ne veulent être hormonées.

C'est ce que nous allons tenter de démontrer, en partant de deux postulats : d'une part, certains exercices incontournables de la féminisation vocale peuvent être abordés avant que la transition sociale ne soit totale ; d'autre part, un tel travail faciliterait l'utilisation et donc l'automatisation plus rapide d'une voix congruente offrant une aide supplémentaire à la transition sociale. La question du moment de la prise en soin en regard du début du traitement hormonal reste peu explorée par les chercheur.es, et lorsque c'est le cas, peu détaillée quant à la méthode adoptée pour parvenir à leurs conclusions ; c'est pourquoi nous allons recueillir certaines informations auprès d'orthophonistes et de patientes MtF pour tenter de corroborer la thèse selon laquelle des résultats satisfaisants pour les patientes seraient obtenus plus aisément si l'éducation vocale débute peu de temps après l'hormonothérapie, voire simultanément. Nous nous appuyerons sur les données les plus récentes possible fournies par la littérature concernant la féminisation vocale pour parvenir à étoffer nos hypothèses et à construire notre démarche. Ces données concernent le parcours de soin proposé aux femmes trans, les effets de la prise d'hormones, le rôle de l'orthophoniste au sein de ce même parcours, les composantes du travail de féminisation vocale, les facteurs de réussite d'une telle démarche, et les répercussions du sentiment de satisfaction vocale sur la qualité de vie de ces femmes.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Généralités

### 1.1. Parcours de soin des patientes MtF

Le sexe biologique est déterminé par des caractéristiques génétiques, hormonales et anatomiques qui définissent l'appartenance au sexe masculin ou féminin. Le genre se situe à un niveau totalement différent car il est lié à des variables psychologiques et culturelles, et relève de l'adhésion de l'individu.e à une définition partagée de la masculinité et de la féminité. L'expérience intérieure de cette construction peut être définie comme « identité de genre ». Le décalage perçu entre sexe biologique et identité de genre peut engendrer un inconfort significatif et avoir des conséquences sur le fonctionnement et le bien-être global de l'individu.e : c'est ce que l'on nomme « dysphorie de genre » (Sicari, 2019). Coleman *et al.* (2012) précisent que les personnes transgenres ne présentent pas de trouble en soi, mais que c'est plutôt l'inconfort généré par la dysphorie de genre (lorsqu'elle est présente) qui peut être diagnostiqué et pour lequel divers traitements sont disponibles.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2010), il existe un protocole de soins pour les personnes transgenres, qui se décline en plusieurs étapes :

- établissement du diagnostic de « trouble de l'identité sexuelle » en référence aux nomenclatures de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et du manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV). Le rapport de la HAS précise que « pour améliorer la prise en charge thérapeutique du patient et lui offrir une assistance et sécurité maximum, l'utilisation de ces critères de diagnostic prédéfinis est indispensable, mais en sachant que ces classifications ont leurs limites et qu'aucun caractère discriminant pour le patient (concept de trouble mental, marginalisation selon des normes socioculturelles préétablies) ne saurait leur être associé » ;
- accompagnement psychologique ;
- expérience en vie réelle ;
- hormonosubstitution ;
- et chirurgie de réassignation.

Ce rapport indique par ailleurs que « certains patients présentent des contre-indications médicales aux interventions ou estiment que cette étape ne leur est pas nécessaire et que l'hormonosubstitution, la chirurgie « périphérique », la rééducation orthophonique... suffisent à leur assurer une apparence conforme à l'autre sexe en leur permettant d'être reconnus comme tels par la société, sans chirurgie de réassignation génitale donc ». Ainsi, les personnes transgenres demeurent libres de suivre ou non un tel protocole, et peuvent donc entreprendre des démarches elles-mêmes, en sélectionnant les professionnel.les de santé et les prises en charge de leur choix. Comme l'énoncent Giami, Beaubatie et Le Bail (2011), « la majorité de la population interrogée a au moins commencé le parcours de transition médicopsychologique et que seule une minorité a eu recours aux opérations chirurgicales », ce qui signifie que divers parcours existent.

Dans leur enquête de 2011, Giami *et al.* rapportent « des difficultés d'accès aux soins pour les trans en France ainsi que l'inadéquation d'une partie de l'offre de soins à la demande

exprimée par cette population », marquant le clivage entre milieux associatifs et médicaux. Le protocole édité par la HAS est en effet décrié par certaines associations de personnes trans. Ainsi, selon l'Association Nationale Transgenre (ANT), en l'état actuel des choses, « la plupart des actes médicaux liés à une démarche de santé spécifique à la transidentité peuvent être menés en dehors de tout protocole hospitalier psychiatrisant. Seul l'acte de chirurgie de reconstruction génitale est réglementairement régi par un protocole exigeant un suivi psychiatrique de 2 années ». Pourtant, dans leur « Charte pour l'accès aux soins des personnes trans », les associations Espace Santé Trans et OUTrans signalent que « la transidentité a été retirée de la liste des Affections de Longue Durée psychiatriques en 2010. De ce fait, à aucun moment du parcours de transition il n'est obligatoire de consulter un.e psychiatre », en soulignant qu' « il n'existe en France aucun texte qui fixe de délai légal pour effectuer une transition, que ce soit en termes de suivi psychiatrique ou psychologique, de durée de traitement hormonal ou autre – et ce, qu'il s'agisse d'accéder à un traitement hormonal ou à une opération, ou de procéder à des changements administratifs ». L'offre de soin semble hétérogène, probablement dépendante de la zone géographique ou des politiques propres aux lieux de prise en charge.

En outre, depuis le 18 novembre 2016, les personnes transgenres ne sont plus contraintes de subir une chirurgie de réassignation pour accéder à un changement d'état civil (article 56, section 2 bis, de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle : « Le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande »).

Une multitude de parcours apparaissent alors comme envisageables ; les personnes trans sont donc libres de choisir de consulter tel.le ou tel.le professionnel.le de santé, de procéder ou non à un traitement hormonal.

## 1.2. Hormonothérapie et féminité vocale

D'après Fabris, Bernardi et Trombetta (2014), ni les œstrogènes ni les anti-androgènes n'ont d'effet sur les propriétés vocales des femmes transgenres, alors que l'hormonothérapie entraîne une aggravation de la voix chez les hommes transgenres. Concernant le sentiment de féminité vocale, Bultynck *et al.* (2017) avancent qu'il n'existe pas de corrélation linéaire entre les changements induits par le traitement hormonal et la modification de la perception de leur propre voix par les patientes durant l'hormonothérapie. Le fait que le dosage de testostérone soit modifié n'influe en rien sur la voix, étant donné que ces patientes ont traversé une puberté masculine aux effets irréversibles. Le traitement hormonal n'a donc pas d'effet direct sur la perception de la voix. De plus, les auteur.es expliquent que la prise d'œstrogènes ne constitue pas non plus un facteur prédictif de changement de perception de sa propre voix.

En revanche, ces mêmes chercheur.es déclarent qu'un sentiment accru de congruence indirectement lié au traitement hormonal (dû au développement de la poitrine par exemple) peut améliorer cette perception : une femme MtF percevrait alors sa voix comme étant plus féminine qu'auparavant, sans que les hormones aient eu un effet direct sur la voix. Sawyer, Perry et Dobbins-Scaramelli (2014) rejoignent cette idée en soulignant que les améliorations de qualité vocale observées chez les patientes MtF sont probablement liées à leur sentiment de féminité global, résultant de changements physiques extérieurs.

Ainsi, ces femmes percevraient leur voix comme étant féminine non pas parce que les hormones l'auraient modifiée, mais grâce aux transformations corporelles (et non vocales)



qu'elles engendrent. Cela dit, il leur sera parfois nécessaire de faire appel à un.e orthophoniste afin d'atteindre un certain degré de féminité vocale.

### 1.3. Rôle de l'orthophoniste

Les recommandations de la HAS (2010) mentionnent l'orthophoniste comme faisant partie du réseau de soins des personnes transgenres : « Les médecins traitants des transsexuels devraient évidemment faire partie de ce réseau, ainsi que tout professionnel de santé pouvant être amené à dispenser des soins « complémentaires » aux grandes étapes du parcours à savoir les chirurgiens maxillo-faciaux, les dermatologues, les **orthophonistes**... ». Comme mentionné antérieurement, le rapport indique que les patient.es qui ne souhaitent ou ne peuvent pas subir d'intervention chirurgicale de réassignation peuvent notamment avoir recours à l'orthophonie pour atteindre une congruence ente voix et apparence. Au travers des études, on constate que l'orthophoniste endosse différents rôles dans la prise en charge des personnes transgenres : rôle d'information, d'évaluation et d'éducation vocale, d'orientation, de prévention.

Comme l'a énoncé Thornton (2008), la thérapie orthophonique permet un entraînement sécurisé au sein d'un environnement calme. Davies, Papp et Antoni (2015) rappellent que l'orthophonie a un rôle de prévention des comportements vocaux nocifs chez les personnes qui souhaiteraient modifier leur voix seules. Même si les individu.es modifient leur apparence, la voix et les comportements liés à la communication peuvent ne pas suivre. Ainsi, l'orthophoniste serait à même de fournir un entraînement vocal et communicationnel facilitant l'acquisition d'une voix correspondant à l'identité de genre de la personne (Sawyer, 2019).

En général, les femmes MtF ont davantage recours à l'orthophonie que les hommes FtM parce qu'elles n'obtiennent habituellement pas de changements vocaux satisfaisants à la suite de l'hormonothérapie (Hancock, Colton et Douglas, 2014). D'après Fabris *et al.* (2014) l'entraînement vocal orthophonique est le moyen le plus efficace de développer une voix saine dans les étendues des femmes cisgenres\* (i.e. personne dont le genre est en accord avec le rôle social attendu en fonction du sexe biologique). De plus, selon ces auteur.es, les chirurgies laryngées sont parfois utilisées pour modifier la fréquence vocale, mais leur efficacité ainsi que la satisfaction des patientes n'ont pas été prouvées. Les travaux plus récents de Bonamour (2018) viennent nuancer ces propos, puisque l'auteure est parvenue à démontrer un taux de satisfaction supérieur à 50 % chez des patientes MtF ayant opté pour des interventions chirurgicales laryngées couplées à une prise en charge orthophonique. Pour Bultynck *et al.* (2017), les clinicien.nes doivent informer les personnes transgenres que la perception de leur propre voix s'améliore au cours de la prise d'hormones, même si cette amélioration est supérieure chez les hommes FtM que chez les femmes MtF. Pour ces dernières, acquérir une voix satisfaisante prend un temps considérable (McNeill, Wilson, Clark et Deakin, 2008).

Nous retrouvons ici les différentes missions traditionnelles de l'orthophoniste en matière de prévention, d'information, d'accompagnement, qu'il s'agisse de la prise en charge orthophonique seule ou conjointe à une intervention chirurgicale. La modification des comportements de communication chez les femmes transgenres n'est pas chose aisée mais offre diverses possibilités. En sélectionnant et en entraînant avec soin une hauteur ciblée, en

---

\* Les définitions des termes spécifiques à la transidentité sont adaptées du glossaire proposé en ligne par l'ANT

passant d'une intonation scandée à une intonation parlée au niveau du mot, en ciblant une intonation naturelle au niveau des expressions, en pratiquant différents styles d'expression des émotions et niveaux d'intensité au niveau de la phrase, et en surveillant les comportements non-verbaux et paralinguistiques dans la parole, des résultats satisfaisants peuvent être obtenus (Gelfer, 1999) : ces paramètres constituent autant de cibles de rééducation.

## 2. Paramètres intervenant dans la féminisation vocale

### 2.1. Variables vocales

Un certain nombre de variables peuvent être abordées dans l'éducation vocale des femmes transgenres. En premier lieu, tous et toutes les auteur.es s'accordent sur le rôle essentiel de la fréquence fondamentale de la voix parlée (ou F0) dans la féminisation vocale. La fréquence fondamentale serait indicateur de féminité, indice de reconnaissance d'une voix féminine. Dans leur méta-analyse, Leung, Oates et Pang Chang (2018) rapportent que la F0 constitue l'élément de communication verbale le plus étudié pour sa contribution à la perception du genre d'un locuteur ou d'une locutrice. Cependant, ces chercheur.es apportent une nuance en ajoutant que la F0 ne peut à elle-seule indiquer le genre d'une personne. Elles et ils rejoignent ainsi l'idée énoncée par Davies *et al.* (2015) selon laquelle une voix de femme n'est pas simplement une voix aiguë d'homme. Sawyer (2019) confirme cette affirmation : une hauteur de voix plus élevée n'entraîne pas l'identification d'une personne en tant que femme.

McNeill *et al.* (2008) indiquent qu'il existe plusieurs composantes qui diffèrent entre les voix masculines et féminines, au-delà de la fréquence fondamentale ; les formants en font partie. Ils sont intimement liés à l'articulation, puisqu'un changement de leur fréquence découle du changement de conformation des résonateurs. On s'intéresse donc ici à la « résonance » de la voix dans le tractus vocal. D'après Leung *et al.* (2018), il a été démontré (de manière empirique) que les fréquences des quatre premiers formants vocaliques (F1, F2, F3, et F4) contribuaient à la perception du genre, et qu'un entraînement visant à augmenter leur fréquence aiderait à identifier une locutrice. Cela dit, tout comme pour la fréquence fondamentale, une modification de ce paramètre seul ne suffit pas à produire un effet sur la perception du genre. Leung *et al.* (2018) expliquent qu'une intervention conjointe sur la F0 et sur la résonance serait plus à même de changer la perception du genre par un auditeur ou une auditrice, et confirment que l'interaction entre ces deux aspects est importante (Oates et Dacakis, 2015).

Elles et ils ajoutent que d'autres paramètres verbaux sont à prendre en compte pour arriver à ce résultat. En effet, les femmes possèdent une variété plus étendue de contours intonatifs, et les voix féminines sont plus « soufflées » que les voix masculines. Pour ce qui est de l'intonation, elle influencerait potentiellement la perception dans certains cas (Hancock *et al.*, 2014). Même si elle ne constitue pas un indice clair de passing vocal (i.e. fait d'être perçu.e en tant que membre d'un genre différent de celui dans lequel on a été élevé.e), maintenir un pourcentage élevé d'énoncés aux intonations descendantes orienterait l'auditeur ou l'auditrice vers un locuteur masculin. Il est probable que le rôle de l'intonation dans la perception du genre soit mineur, mais les résultats de cette étude suggèrent que travailler l'intonation dans la prise en charge vocale des femmes transgenres est tout de même pertinent

et à étudier plus avant.

La qualité de la voix est, quant à elle, une caractéristique fréquemment rapportée comme intervenant dans la distinction entre voix masculines et féminines. Bien qu'il n'y ait pas de mesure acoustique permettant de corrélérer de manière fiable la qualité de la voix avec la perception de la féminité, le « souffle » dans la voix apparaît comme une qualité habituellement associée à une voix plus féminine (Owen et Hancock, 2010). Selon Leung *et al.* (2018), une voix soufflée ou légère contribuerait à l'indexation du genre d'une locutrice. Toutefois, les résultats des études sont mitigés concernant l'association des indices acoustiques du « souffle » et de l'index de turbulence de la voix avec la perception du genre d'un locuteur ou d'une locutrice par un auditeur ou une auditrice. Ces résultats restent critiquables du fait de leur nature subjective.

En somme, la féminité vocale serait liée à l'ensemble de ces paramètres acoustiques (hauteur, résonance, intonation et qualité de la voix), à aborder simultanément et non de manière isolée le long de l'éducation vocale orthophonique. À cela s'ajoutent des paramètres verbaux et non verbaux dans le processus de féminisation vocale.

## **2.2. Paramètres verbaux et non-verbaux**

McNeill *et al.* (2008) indiquent que le choix du vocabulaire permettrait également de distinguer les genres. Les femmes auraient effectivement tendance à utiliser davantage de mots en rapport avec les sentiments et émotions, davantage d'adjectifs et d'énoncés qualificatifs. La personnalité de la patiente aurait aussi une influence.

Davies *et al.* (2015) déplorent le manque de littérature ayant trait au traitement des spécificités de la communication non-verbale féminine (hochements de tête, expressions faciales par exemple) ou encore aux choix langagiers et syntaxiques (choix de mots plus ou moins chargés émotionnellement par exemple), aux mouvements corporels, postures et gestes. L'importance de ces aspects communicationnels n'est néanmoins pas négligeable, mais le manque d'études en faisant état chez les femmes transgenres empêche les auteur.es de formuler des conclusions concernant ces variables.

La manipulation de l'ensemble des éléments acoustiques et perceptifs permettrait à une voix de fréquence peu élevée d'être perçue comme plus féminine, et cela dans le respect d'un cadre de suivi, d'un format d'intervention orthophonique définis selon divers facteurs favorisant la réussite de la féminisation vocale.

## **2.3. Facteurs de réussite**

La durée de suivi, le nombre de séances, le moment de la prise en charge, ou encore les variables intra-personnelles (âge, statut socio-économique et culturel, etc.) sont à prendre en compte pour évaluer l'efficacité de la prise en charge. La féminisation vocale engendre des résultats statistiquement significatifs, mais les variations interindividuelles sont considérables et les effets produits par cette féminisation peuvent se montrer insuffisants à ce que les voix des participantes soient perçues comme féminines (Oates & Dacakis, 2015).

Hancock et Helenius (2012) rapportent des gains significatifs dans la perception de féminité et de douceur de la voix par un auditeur naïf ou une auditrice naïve, qui confirment la validité sociale du traitement vocal et communicationnel chez une adolescente transgenre de 15 ans.

McNeill *et al.* (2008) n'ont, elles, trouvé aucun lien entre durée de thérapie et satisfaction vocale.

Hancock et Garabedian (2013) ne relèvent aucune corrélation significative entre l'âge des participantes, le pourcentage de temps passé dans le rôle social désiré, et les variables vocales. Les 25 cas inclus dans leur étude représentaient des femmes MtF d'âges variables, à différents stades de leur transition, de niveaux d'études et statuts professionnels divers. Les protocoles d'intervention et d'évaluation variaient, ce qui limite les conclusions sur les gains générés par les traitements. Néanmoins, chaque femme a connu des améliorations au cours de l'entraînement orthophonique : il est donc probable que l'intervention vocale aide à progresser vers une certaine congruence vocale. La durée de prise en charge variait également, la plupart des femmes ont été suivies pendant deux ou trois semestres, à l'exception d'une pour qui le suivi a duré huit semestres (environ deux ans et demi). Il se pourrait que certaines variables s'avèrent pronostiques, mais le seul prédicteur de l'augmentation de la fréquence fondamentale est l'augmentation du nombre de séances. Autrement dit, plus le nombre de séances augmente, plus des gains de F0 importants sont à espérer : ces gains sont significativement corrélés au nombre total de séances.

D'après Oates et Dacakis (2015), certaines études fournissent des informations concernant des prédicteurs de résultats d'intervention vocale (comme le nombre de séances nécessaires, le temps passé dans le rôle social féminin). Cependant, aucune des études consultées dans le cadre de leur article ne faisait état d'une validité suffisante pour conclure à l'efficacité des différentes méthodes de féminisation vocale, au choix et à l'ordre des cibles thérapeutiques pertinentes, ou encore à l'efficacité des approches interventionnelles (entraînement intensif vs espacé, individuel vs collectif).

Pour ce qui est de l'intensité des séances, nous pouvons citer les travaux de Quinn et Swain (2018). Leur étude s'est déroulée dans le cadre particulier du milieu carcéral auprès d'une jeune patiente transgenre. Des séances de 60 minutes étaient proposées deux fois par jours pendant deux semaines, rythme considéré comme intensif. L'entraînement proposé a aidé la jeune femme MtF à améliorer à la fois la hauteur et la féminité de sa voix, et a contribué à augmenter le sentiment de satisfaction lié à sa voix parlée. Ces résultats fournissent des pistes pour l'utilisation de techniques de féminisation vocale pré-établies avec une population de jeunes détenues, utilisant un programme intensif.

Peu de travaux font référence au moment où la prise en charge serait le plus opportun. Creaven et O'Malley-Keighran (2018) préconisent que les personnes transgenres (notamment MtF) soient orientées vers un.e orthophoniste au début de leur parcours de transition pour soutenir une progression précoce vers une voix congruente. Pour Huet *et al.* (2014), en revanche, il faudrait attendre que « le traitement hormonal [soit] correctement suivi » pour entamer une prise en charge orthophonique.

Pour résumer, plusieurs études s'intéressent aux éléments du cadre de suivi orthophonique qui seraient prédicteurs d'une féminisation vocale réussie : pertinence de la prise en charge, durée, fréquence, nombre et intensité des séances, moment choisi pour débiter l'intervention. Toutefois, notons que les données de ces travaux sont hétérogènes (puisque certains ne comportent qu'une seule participante quand d'autres en comptent 25 par exemple), ce qui ne permet pas réellement de conclure quant à une marche à suivre fiable ; cela dit, l'objectif commun reste le sentiment de satisfaction chez les patientes concernées.

## 3. Qualité de vie et satisfaction

### 3.1. Qualité de vie

Le concept de qualité de vie est vaste et complexe, recouvrant de multiples domaines physiques et psychosociaux. Selon la méta-analyse de Nobili, Glazebrook, et Arcelus (2018), de nombreux facteurs influencent la qualité de vie des personnes transgenres, tels que la présence ou l'absence de trouble psychopathologique, le recours à un traitement hormonal, la présence de soutien social ou encore l'expérience de discrimination. Les articles dédiés à la qualité de vie des personnes transgenres se concentrent principalement sur quatre dimensions : qualité de vie globale, liée à la voix, à la sexualité, et à l'image corporelle.

Ces auteur.es avancent que de nombreuses personnes transgenres, en particulier en amont de leur transition physique, doivent faire face à des difficultés considérables. Ces difficultés peuvent être d'ordre physiologique (développement de certaines caractéristiques sexuelles secondaires du genre assigné à la naissance), social (manque de soutien, rejet, discrimination, transphobie) et/ou psychologique (anxiété, dépression, basse estime de soi). Tous ces facteurs ont des conséquences négatives sur leur qualité de vie. En effet, les personnes transgenres ont une qualité de vie moindre comparée à la population générale, et ce indépendamment du domaine évalué. Les traitements médicaux et chirurgicaux représentent les principaux facteurs prédictifs d'une qualité de vie satisfaisante, et tous ses aspects s'en trouvent améliorés après les différents traitements proposés.

La qualité de vie liée à la voix constitue une dimension de la qualité de vie globale, et dans cette mesure, il est probable que la satisfaction vocale engendrée par la prise en charge orthophonique contribue à l'amélioration de la qualité de vie.

### 3.2. Satisfaction quant à la voix

Hancock, Krissinger et Owen (2010) définissent le lien entre qualité de vie et voix comme l'impact qu'a la perception de sa propre voix, en termes de féminité ou masculinité, sur la qualité de vie globale de l'individu.e. Cette dimension est donc essentielle pour les personnes transgenres.

McNeill *et al.* (2008) ont démontré que la satisfaction des patientes MtF quant à leur voix n'était pas directement liée à la fréquence fondamentale mais à leur perception de leur féminité vocale. Les auteures ont prouvé que la perception de sa propre féminité vocale par une patiente MtF serait prédictive de la perception de cette féminité par un auditeur ou une auditrice inconnu.es, et que les mesures de satisfaction de la patiente seraient plus utiles que les mesures de fréquence fondamentale. C'est également ce qu'écrit Sawyer (2019) : avoir une fréquence fondamentale qui soit plus caractéristique de son genre ne mène pas toujours à être satisfait.e de sa voix.

Pour mener leur méta-analyse, Nobili *et al.* (2018) n'ont trouvé aucune étude concernant la qualité de vie liée à la voix avant tout traitement (qu'il soit médical, chirurgical ou orthophonique). En phase post-thérapeutique, elles et ils rapportent que les personnes transgenres se sentent handicapées dans leur vie quotidienne à cause de leur voix. Dans l'ensemble, la qualité de vie liée à la voix semble moindre chez les personnes transgenres, en particulier chez les femmes. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'effet de l'hormonothérapie sur la voix des femmes MtF. Les quelques études à propos des facteurs

prédictifs de satisfaction relative à la voix proposent un âge plus élevé, une féminité vocale plus élevée, et un certain dosage hormonal comme étant prédicteurs d'une qualité de vie positive en lien avec la voix chez les femmes MtF.

Le fait qu'une femme MtF soit satisfaite de sa voix est essentiel, dans la mesure où les modifications qui y ont été apportées ne sont pas superficielles : elles peuvent réduire la dysphorie de genre et améliorer la santé mentale et la qualité de vie (Davies *et al.*, 2015). L'orthophoniste doit donc y porter une attention toute particulière, et mettre en place les conditions nécessaires pour atteindre cet objectif.

### **3.3. Satisfaction quant à la prise en charge orthophonique**

Dès 2008, Thornton conseille de mettre fin à la thérapie « lorsque [la patiente] a atteint tous les objectifs convenus ou lorsqu'il n'y a plus de progrès à attendre. Dans l'idéal, cela doit être une décision commune et une réévaluation constante, pendant la thérapie, permettra de vérifier que les points les plus importants pour la personne ont été traités ».

Hancock et Garabedian (2013) complètent ces affirmations en rappelant que pour qu'une intervention soit considérée comme efficace, le paramètre de satisfaction des patientes quant à leur voix doit être inclus dans les objectifs de prise en charge. De plus, les informations sur la satisfaction des femmes MtF concernant l'orthophonie ou les raisons de l'arrêt du suivi représentent des éléments précieux pour évaluer l'efficacité des protocoles sur toutes les personnes qui consultent, et pas seulement celles dont la prise en charge est achevée. Il est possible que la thérapie soit parfois interrompue en raison d'un décalage entre les objectifs du ou de la thérapeute et ceux de la patiente, ou alors parce que la patiente pressent que le coût de la thérapie (en termes d'efforts, d'argent ou de temps) n'est plus justifié au vu des progrès réalisés. Ces explications sont des hypothèses ; un examen rigoureux des attentes des patientes et de la valeur qu'elles accordent à la féminisation vocale pourrait guider le format des interventions.

## **4. Buts et hypothèses**

Nous avons évoqué la possibilité pour les femmes MtF de recourir à un protocole de soins, comme la possibilité de souscrire à une féminisation vocale auprès d'un.e orthophoniste. En effet, ce.tte professionnel.le assure la prise en charge vocale de ces patientes, en mettant en place un cadre sécurisant dans lequel les échanges et la modification des paramètres intervenant dans la perception de féminité vocale auront lieu, pour aboutir à une satisfaction commune quant à la voix obtenue par la patiente. La réussite de ce processus dépend de bon nombre de facteurs, dont les conditions de suivi font partie intégrante.

L'objectif principal de notre travail consiste à mettre en évidence qu'une thérapie orthophonique concomitante à l'hormonothérapie permet de diminuer la durée de la prise en charge et donc induirait une diminution des coûts financiers pour la société.

Le premier objectif secondaire est de prouver ou d'infirmer que plus le travail orthophonique commence tôt dans le processus de transition, plus les bénéfices s'en font ressentir rapidement, en termes d'amélioration de la qualité de vie induite par le sentiment de congruence vocale.

Enfin, le second objectif secondaire est d'étudier le ressenti des patientes quant à leur

prise en charge, afin de recueillir leur point de vue dans la perspective d'améliorer les conditions de leur accueil au sein des cabinets d'orthophonie.

Cela nous permettrait aussi de mieux informer les différent.es professionnel.les impliqué.es dans le suivi des femmes transgenres ainsi que les patientes elles-mêmes sur l'intérêt d'une intervention orthophonique aussi précoce que possible dans le parcours de soin.

## **Méthode**

L'objectif principal se traduit par une étude rétrospective, qui consiste à recueillir des données auprès d'orthophonistes accueillant des femmes MtF pour féminiser leur voix.

Les deux objectifs secondaires se traduisent par une étude prospective, qui consiste à recueillir l'avis de femmes trans actuellement suivies en orthophonie quant au déroulement présent, futur, ou souhaité de leur prise en charge.

### **1. Participants**

Dans nos études, nous avons inclus des femmes transgenres en fonction de différents critères :

- pour l'étude rétrospective, les participantes doivent avoir suivi et achevé une féminisation vocale auprès d'un.e orthophoniste. Elles doivent également avoir débuté une hormonothérapie ou en avoir eu le projet en début de prise en charge orthophonique ;
- pour l'étude prospective, les participantes doivent être actuellement en cours de suivi orthophonique et avoir débuté une hormonothérapie.

### **2. Matériel**

Afin de procéder à nos travaux, nous avons contacté des orthophonistes accueillant actuellement des femmes transgenres ou ayant suivi ce type de patientes par le passé dans le cadre d'une féminisation vocale. Nous avons également élargi notre recherche au niveau national, voire international, dans l'optique d'obtenir le plus de données possible, concernant le plus de patientes transgenres possible. Nous avons donc contacté des orthophonistes exerçant en France, en Belgique, au Canada, et en Espagne.

Dans le cadre de l'étude rétrospective, nous avons demandé à nos interlocuteurs et interlocutrices de nous fournir les données de toute ancienne patiente MtF en complétant un tableau Excel. Des exemples de ces données sont consignés dans le tableau suivant :

**Tableau 1. Types de données recueillies.**

Initiales patientes	Année de naissance	Date début PEC	Date fin PEC	Cause arrêt	Date début hormones	Nombre séances
AS	1978	21/02/18	13/07/18	Satisfaction	02/05/17	81
BES	1964	13/06/16	03/05/18	Déménagement	16/09/15	68
BC	1991	10/10/17	16/11/17	Difficultés psy	12/04/17	7
BF	1990	13/09/18	14/12/18	Inexpliqué	06/12/17	18
PM	1995	27/11/14	01/12/16	Abandon	18/07/14	82

**Note. PEC : prise en charge orthophonique.  
Date début hormones : date de début de l'hormonothérapie.  
Nombre séances : nombre de séances d'orthophonie.**

L'étude prospective, quant à elle, a été menée à l'aide d'un questionnaire (consultable en annexe A1) remis aux participantes par le biais des orthophonistes que nous avons sollicité.es. Le questionnaire a été construit sur la plateforme « Framaforms » afin de protéger l'anonymat des participantes et leurs données personnelles informatiques. Il est composé de 26 questions sans obligation de réponse ; ainsi, pour certaines questions, le nombre de réponses est parfois inférieur au nombre total de participantes. Cette enquête a pour but de recueillir des éléments descriptifs quant au vécu orthophonique de ces patientes, s'intéressant notamment à la place de la voix dans la transition, à la place de l'orthophonie dans la transition, et à la place de l'orthophonie dans le quotidien. Elle servira aussi à établir un parallèle entre prise en charge précoce et bénéfiques vocaux précoces en analysant certains critères (voir la partie « Procédure » ci-après).

### 3. Procédure

Le questionnaire et le tableau de données ont été envoyés par voie électronique aux orthophonistes faisant partie du groupe Facebook « Orthophonie, voix et transidentités ». Parmi ces orthophonistes, certain.es avaient indiqué au préalable qu'elles et ils recevaient des femmes transgenres désirant féminiser leur voix ; de plus, elles et ils avaient fourni leurs coordonnées librement sur la page du groupe. Nous leur avons signifié qu'un courriel contenant le questionnaire et le tableau leur serait envoyé, et qu'il leur était possible de refuser de participer à ces études.

De plus, nous avons recherché un seuil définissant la notion de prise en charge précoce dans la littérature (à l'instar des recommandations de bonnes pratiques orthophoniques concernant l'aphasie par exemple : l'ANAES définit comme « précoce » une prise en charge intervenant dans les 15 jours suivant un AVC). Comme le signale Thornton en 2008, « généralement la thérapie coïncide avec la transition mais dans certains cas, la modification de la voix peut se produire plus tôt pour faciliter le processus de transition », autrement dit le plus tôt serait le mieux à partir du moment où une femme transgenre a décidé d'entamer le processus de transition. Pour rappel, Creaven et O'Malley-Keighran (2018) préconisent que les personnes transgenres (notamment MtF) soient orientées vers un.e orthophoniste au début de leur parcours de transition pour soutenir une progression précoce vers une voix congruente. Pour Huet *et al.* (2014), en revanche, il faudrait attendre que « le traitement hormonal [soit] correctement suivi » pour entamer une prise en charge orthophonique. Gelfer (1999) va dans



le même sens : l'auteure avance qu'une personne qui a déjà commencé l'hormonothérapie et qui vit en tant que femme à temps plein serait beaucoup plus motivée, avec des objectifs vocaux plus précis, que quelqu'une qui commencerait son parcours de transition, qui serait encore dans un processus de prise de décisions sans avoir réellement mis en place de progression pour ses traitements à venir. Il n'existe donc pas de consensus déterminant le moment idoine de début de féminisation vocale. Or, selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), les séances d'orthophonie sont prescrites par séries de 30 – ce qui équivaut à une durée d'environ 6 mois de thérapie – à l'issue desquelles un bilan de renouvellement peut être demandé, afin soit de poursuivre la prise en charge, soit d'y mettre un terme (Union nationale des caisses d'assurance maladie, 2005, p. 81). Il est donc envisageable d'obtenir des résultats considérables dans ce laps de temps.

Nous avons donc émis deux hypothèses concernant la notion de « précocité » entre prise en charge orthophonique et hormonothérapie, ou encore entre début des séances d'orthophonie et perception des bénéfices de la thérapie :

- une première hypothèse à trois modalités de précocité :
  - groupe 1 : féminisation vocale « précoce » (entre 0 et 6 mois après le début de l'hormonothérapie),
  - groupe 2 : féminisation vocale « moyennement précoce » (entre 6 mois et 1 an après le début de l'hormonothérapie),
  - groupe 3 : féminisation vocale « tardive » (plus d'1 an après avoir commencé le traitement hormonal).
- une deuxième hypothèse à deux modalités de précocité :
  - groupe A : féminisation vocale « précoce » (entre 0 et 12 mois après le début de l'hormonothérapie),
  - groupe B : féminisation vocale « tardive » (plus d'1 an après avoir commencé le traitement hormonal).

Il est à noter que nous avons choisi le nombre de jours comme unité de durée de prise en charge plutôt que le nombre de séances d'orthophonie, d'une part parce que le nombre de séances n'était pas toujours disponible, et d'autre part parce que nous considérons que l'entraînement des patientes à leur domicile fait partie de cette prise en charge. Dans cette mesure, la thérapie ne se limite pas à une (ou plusieurs) séance hebdomadaire, mais correspond à plusieurs séances d'entraînement, et de ce fait, une comptabilisation en nombre de jours nous a paru plus appropriée.

En ce qui concerne le tableau de données, nous avons calculé les durées de prise en charge orthophonique et l'écart entre début d'hormonothérapie et début de séances d'orthophonie, et ce pour les patientes ayant interrompu leur suivi pour « satisfaction ». Pour le questionnaire, nous avons sélectionné trois questions qui renseignent la date de début d'hormonothérapie, la date de début de prise en charge orthophonique, et la question concernant la perception des bénéfices des séances d'orthophonie (questions n° 3, 10 et 25). Grâce aux réponses à ces items, nous avons calculé l'écart entre début d'hormonothérapie et début de séances d'orthophonie, et relevé les dates d'apparition des bénéfices vocaux.

Dans les deux cas, nous avons établi des corrélations de Pearson, et comparé les différences entre les modalités avec un test non paramétrique de Kruskal Wallis pour l'hypothèse à trois modalités, et un test de Mann-Whitney pour l'hypothèse à deux modalités. Pour l'ensemble des tests, nous avons eu recours au logiciel d'analyse statistique R, et la valeur  $p < .05$  était considérée comme significative.

Pour ce qui est du questionnaire, il a tout d'abord été testé auprès de cinq patientes : nous avons relevé leurs commentaires sur le fond et la forme, la clarté et la nécessité des questions, ce qui nous a permis de l'ajuster avant de pouvoir le proposer et en retirer des informations correctement interprétables. Le questionnaire a été complété en ligne par les patientes en suivant un lien, soit directement pendant les séances, soit à domicile. Les réponses non ou mal renseignées (par exemple, répondre « oui » à une question nécessitant une réponse chiffrée) n'ont pas été prises en compte. Les autres réponses ont été analysées d'un point de vue descriptif.

L'accord numéro 201935 a été obtenu auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pour le recueil de ces données (attestation en Annexe A2).

## Résultats

Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous sommes entrée en relation avec des orthophonistes accueillant actuellement des patientes transgenres, ou ayant suivi ce type de patientes par le passé dans le cadre d'une féminisation vocale. Nous avons donc contacté 84 orthophonistes par courriel, comme décrit ci-dessus (voir la partie « Procédure »). Une orthophoniste a complété notre tableau, six ont transmis le questionnaire à leurs patientes.

Ainsi, les résultats sont répartis entre les indications fournies par l'orthophoniste à l'aide du tableau Excel et les réponses des patientes à notre questionnaire.

### 1. Tableau de données

Pour l'étude rétrospective, une orthophoniste nous a transmis des données concernant 54 patientes. Parmi ces dernières, nous avons retenu les informations de celles qui avaient mis un terme à leur prise en charge orthophonique suite à l'atteinte des objectifs fixés conjointement entre elles-mêmes et leur thérapeute (i.e. dont la raison d'arrêt de prise en charge orthophonique correspond à l'item « satisfaction » de notre tableau). Aussi, le critère de « satisfaction » a permis de sélectionner les informations de 26 patientes (Tableaux 2 et 3, annexe A3).

Dans cet échantillon, nous avons réparti les données selon nos deux hypothèses d'analyse :

- première hypothèse :
  - groupe 1 : 9 dossiers de patientes ;
  - groupe 2 : 10 dossiers de patientes ;
  - groupe 3 : 7 dossiers de patientes ;
- deuxième hypothèse :
  - groupe A : 19 dossiers de patientes ;
  - groupe B : 7 dossiers de patientes.

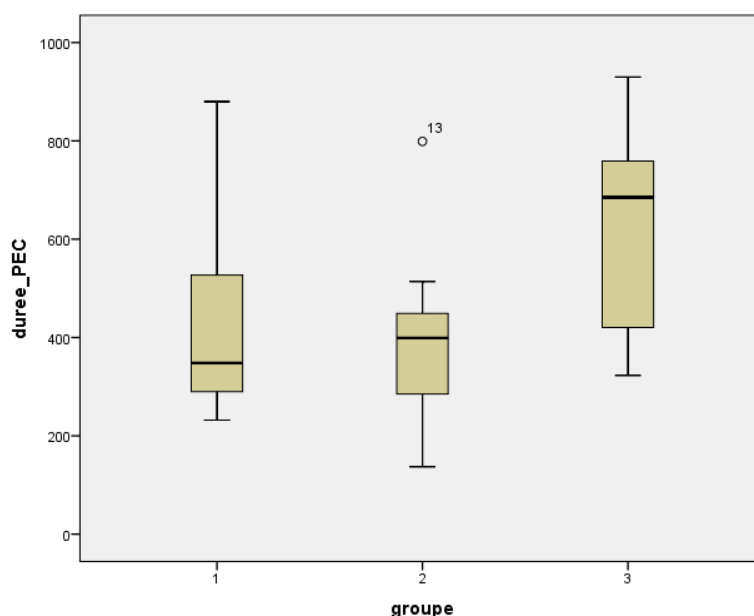
Nous avons ensuite comparé la durée écoulée entre le début de prise d'hormones et le début de prise en charge orthophonique (colonne « écart hormones/orthophonie » du Tableau 2, Annexe A3) à la durée de la féminisation vocale. Nous n'avons pas démontré de corrélation

significative entre la durée de prise en charge et l'intervalle de temps entre le début de la prise en charge et le début de l'hormonothérapie ( $r = .364, p = .068$ ).

Les résultats pour l'hypothèse à trois modalités de précocité sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 4), sous la forme Médiane(1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>ème</sup> quartile), et représentés visuellement à l'aide de boîtes de Tukey (Figure 1).

**Tableau 4. Comparaison des durées de prise en charge (3 modalités).**

	Groupe 1 PEC < 6 mois (n = 9)	Groupe 2 6 mois < PEC < 1 an (n = 10)	Groupe 3 PEC > 1 an (n = 7)	<i>p</i>
Durée de prise en charge	348(278 ; 590)	399(281 ; 465.25)	685(386 ; 832)	0.144



**Figure 1. Comparaison des durées de prise en charge.**

Nous relevons l'existence d'une différence de répartition des patientes dans chacun des groupes, et la durée de prise en charge a une tendance à l'augmentation dans le groupe 3.

D'autre part, les résultats pour l'hypothèse à deux modalités de précocité (données compilées dans le Tableau 3, Annexe A3) sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 5), sous la forme Médiane (1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>ème</sup> quartile).

**Tableau 5. Comparaison des durées de prise en charge (2 modalités).**

	Groupe A PEC < 1 an (n = 19)	Groupe B PEC > 1 an (n = 7)	<i>p</i>
Durée de prise en charge	348(278 ; 590)	685(386 ; 832)	0.055

## 2. Questionnaire

Le questionnaire a été renseigné par 32 femmes MtF ; nous en avons retenu 31 qui entraient dans nos critères d'inclusion. En effet, le questionnaire écarté concernait une femme trans qui n'était pas sous traitement hormonal, ce qui ne nous aurait pas permis d'analyser ses réponses en fonction de l'écart entre le début des séances d'orthophonie et le début de la prise d'hormones. De plus, les questions posées ne permettent pas de déterminer si la patiente a le projet de souscrire à une hormonothérapie au moment où elle remplit le questionnaire, ce qui empêche de fait de caractériser sa prise en charge orthophonique comme étant précoce.

Les participantes ont répondu à notre questionnaire de la manière suivante :

### 1) Année de naissance

Les participantes ont en moyenne 38 ans. La plus âgée est née en 1947 (73 ans), la plus jeune en 2002 (18 ans).

### 2) Êtes-vous sous traitement hormonal?

La totalité des participantes (100 %) suivent un traitement hormonal.

### 3) Si oui, depuis quand?

La plupart des participantes sont sous hormonothérapie depuis moins d'1 an (45,2 %), 19,3 % entre 1 an et 2 ans, et 35,5 % depuis plus de 2 ans.

### 4) Quelle importance accordez-vous au travail de votre voix dans votre passing?

Aucune participante n'a répondu que le travail vocal n'avait pas d'importance dans le passing (item « aucune » : 0%). Ce travail est capital pour seize répondantes, très important (item « beaucoup ») pour quatorze répondantes, peu important (item « un peu ») pour une répondante (3,2 %).

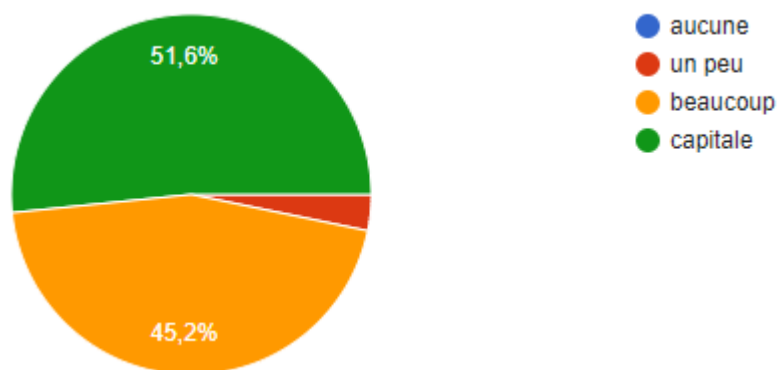


Figure 2. Importance du travail de la voix dans le passing.

### 5) Selon vous, en quoi travailler votre voix ou avoir une voix féminine vous aide-t-il dans votre passing ?

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 29 ont répondu à cette question.

La plupart des réponses (14 réponses, soit 48,3 %) se rapportent à la notion de « crédibilité », de concordance entre ce que ces femmes donnent à voir de leur identité de genre (le paraître) et ce qu'elles donnent à entendre (la voix), autrement dit le travail vocal a pour objectif une certaine congruence vocale. Neuf patientes (31,1 %) ont relaté des bienfaits apportés par le

travail vocal à la sensation de féminité, d'estime et d'affirmation de soi en tant que femme. Quatre autres participantes (13,8 %) ont fait état de l'aide apportée par la maîtrise de leur voix dans l'acceptation de leur identité par elles-mêmes, mais aussi par la société. Enfin, une femme (3,4 %) évoque l'identification au téléphone, et une autre (3,4 %) a déclaré ressentir des bénéfices engendrés par la féminisation vocale, sans pouvoir précisément en donner les raisons.

### 6) Avez-vous trouvé facilement un orthophoniste à consulter?

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 30 patientes ont répondu à cette question ; 29 patientes déclarent avoir trouvé facilement un.e orthophoniste à consulter, et 1 femme (3,4 %) déclare le contraire.

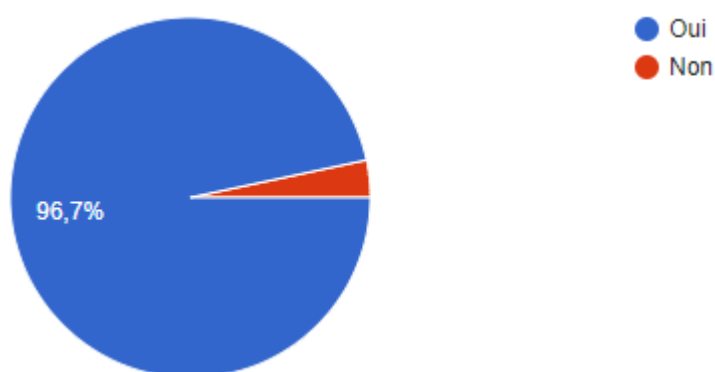


Figure 3. Facilité à trouver un.e orthophoniste à consulter.

### 7) Comment avez-vous eu connaissance du rôle de l'orthophonie dans votre prise en charge (par exemple, par le biais d'une association, de votre médecin traitant, d'internet, etc.) ?

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 30 patientes ont répondu à cette question. Ces participantes ont pris connaissance du rôle de l'orthophoniste dans leur suivi de diverses façons (les résultats sont classés par ordre décroissant) :

Tableau 6. Sources d'informations sur le rôle de l'orthophonie dans le suivi des femmes MtF.

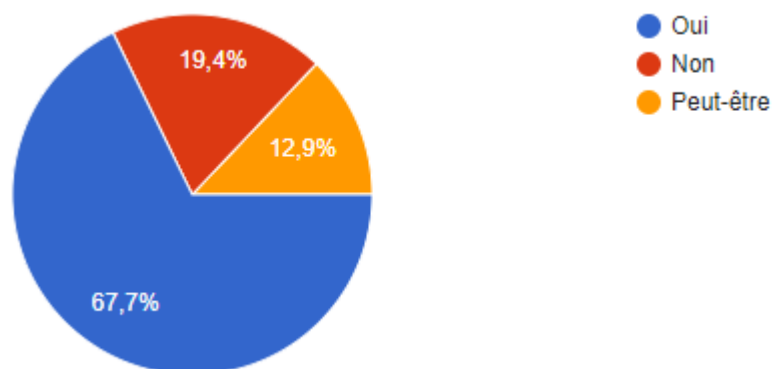
Sources d'informations	Pourcentage de patientes (%)	Nombre de patientes
Internet, réseaux sociaux	46,7	14
Médecin traitant	16,7	5
Associations	10	3
Psychologue, psychiatre	10	3
Entourage	6,7	2
Internet + médecin traitant	3,3	1
Internet + associations	3,3	1
Endocrinologue	3,3	1

*Note.* Internet + médecin traitant : informations provenant à la fois d'un médecin traitant et d'internet.

Internet + associations : informations provenant à la fois d'une association et d'internet.

**8) Auriez-vous consenti à consulter un orthophoniste avant d'avoir une apparence féminine?**

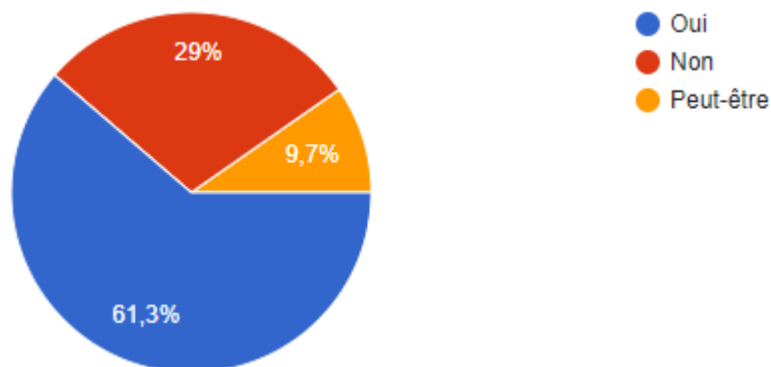
La majorité des répondantes (21 femmes) auraient consenti à consulter un.e orthophoniste avant d'avoir une apparence féminine. Six patientes auraient refusé, et quatre autres auraient peut-être accepté.



**Figure 4. Consultation d'un.e orthophoniste avant d'avoir une apparence féminine.**

**9) Auriez-vous consenti à consulter un orthophoniste avant de commencer l'hormonothérapie?**

La majorité des participantes (soit 19 personnes) auraient consenti à consulter un.e orthophoniste avant de commencer à prendre des hormones. Neuf patientes auraient refusé, et trois auraient peut-être accepté.



**Figure 5. Consultation d'un.e orthophoniste avant hormonothérapie.**

**10) Depuis quand êtes-vous suivie en orthophonie?**

La plupart des participantes sont suivies en orthophonie depuis moins d'1 an (71 %), 12,9 % entre 1 an et 2 ans, et 16,1 % depuis plus de 2 ans.

**11) Combien de temps après avoir décidé du début de votre transition avez-vous commencé l'orthophonie?**

Aucune participante n'a commencé son suivi orthophonique en même temps que sa transition. La plupart (seize femmes) l'ont commencé moins de six mois après avoir décidé du début de leur transition, cinq patientes entre six mois et un an, et dix depuis plus d'un an.

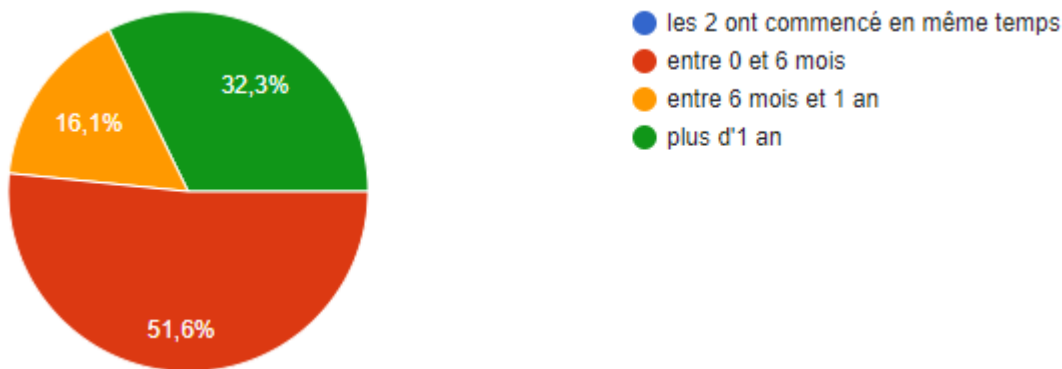


Figure 6. Délai entre début de transition et séances d'orthophonie.

### 12) Selon vous, était-ce le meilleur moment pour commencer un suivi orthophonique ?

La majorité des répondantes (au nombre de dix-neuf) pensent qu'elles ont commencé leur suivi orthophonique au meilleur moment, quand douze d'entre elles pensent le contraire.

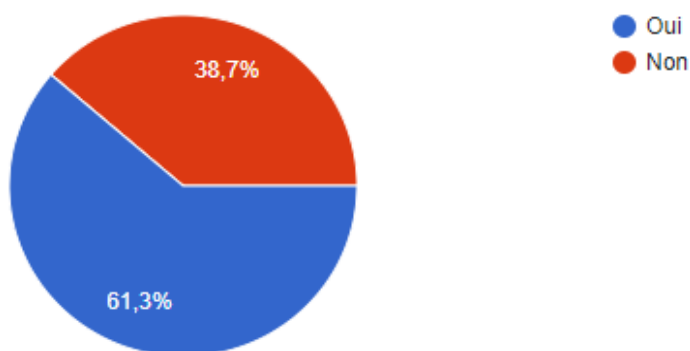


Figure 7. Séances orthophoniques commencées au bon moment.

### 13) Si non, quel serait le bon moment pour commencer?

Parmi les participantes qui pensent qu'un autre moment aurait été plus propice à un début de suivi orthophonique (dix-huit patientes), douze déclarent qu'elles auraient préféré commencer ce suivi dès leur coming out (i.e. fait de révéler sa transidentité), cinq auraient préféré commencer en même temps que l'hormonothérapie, et une (5,6 %) plus tard que ce qu'elle a connu.

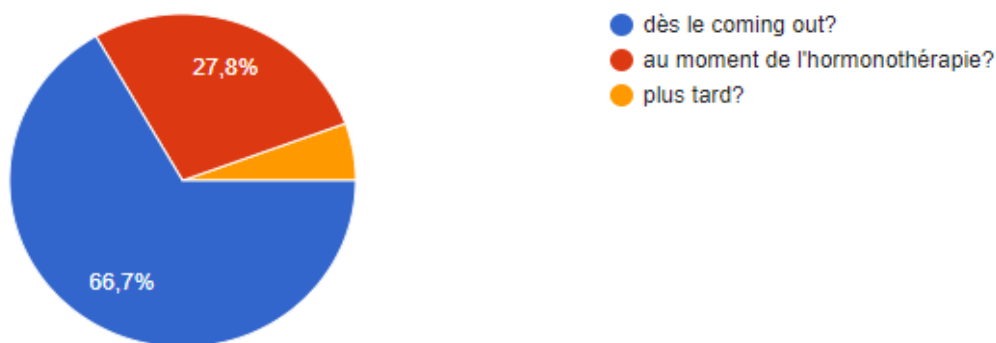


Figure 8. Meilleur moment pour commencer l'orthophonie.

#### 14) À combien de séances assistez-vous par semaine?

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 30 patientes ont répondu à cette question. La plupart (29 femmes) assistent à 1 séance d'orthophonie hebdomadaire, et 1 patiente (3,3 %) consulte 2 fois par semaine.

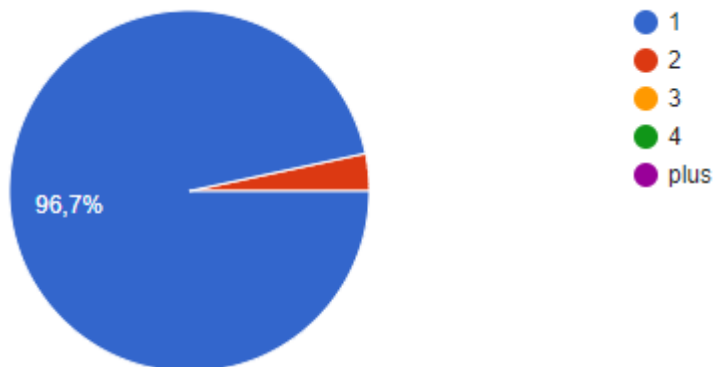


Figure 9. Nombre de séances hebdomadaires.

#### 15) Quelle est la durée de vos séances d'orthophonie?

Pour 20 patientes, les séances durent 1 heure. Ces séances durent 30 minutes pour 7 des répondantes, et 45 minutes pour 4 d'entre elles.

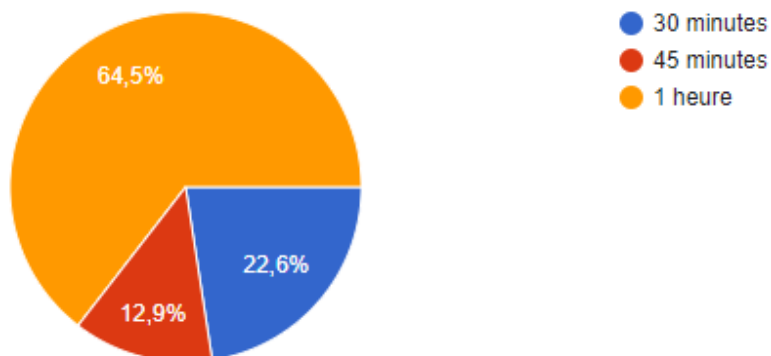


Figure 10. Durée des séances d'orthophonie.

#### 16) Cela vous semble-t-il suffisant?

Pour 22 d'entre elles, la durée et la fréquence des séances sont suffisantes, quand 9 patientes pensent le contraire.

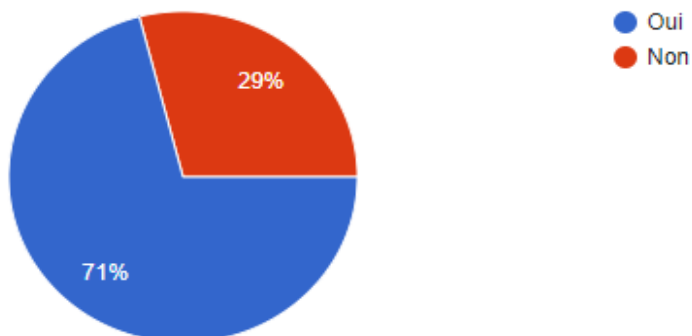


Figure 11. Durée et fréquence suffisantes des séances d'orthophonie.



**17) D'après vous, quelle serait la durée nécessaire (en termes de mois ou d'années) d'une prise en charge orthophonique pour être satisfaite de votre voix féminine?**

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 30 patientes ont répondu à cette question.

D'après 5 participantes, ce résultat dépend du travail personnel, de la voix de départ et de la gestion des émotions, et 3 participantes déclarent ne pas savoir quoi répondre à cette question.

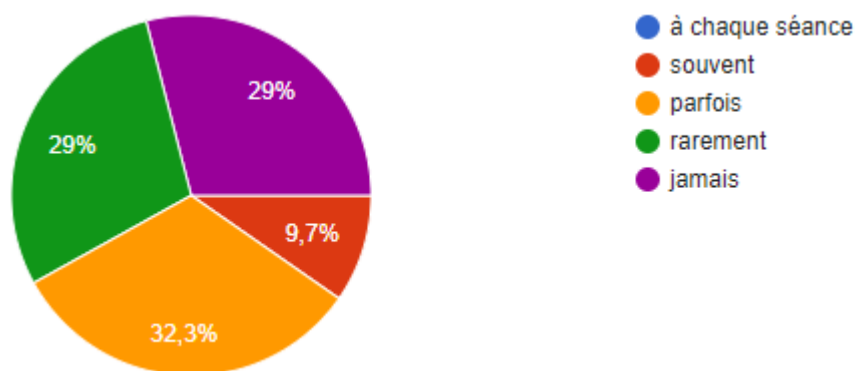
**Tableau 7. Durée nécessaire de prise en charge orthophonique pour avoir une voix satisfaisante.**

Durée de PEC	Pourcentage de patientes (%)	Nombre de patientes
au moins 3 mois	6,6	2
6 mois à 1 an	16,7	5
1 an	10	3
1 à 2 ans	10	3
2 ans	10	3
2 à 3 ans	10	3
3 ans	10	3
Variable	16,7	5
NSP	10	3

*Note.* NSP : ne se prononce pas.

**18) Avez-vous rencontré des obstacles, des difficultés vous empêchant de vous rendre en séance (par exemple, des pannes de voiture/métro, des rendez-vous médicaux superposés, etc.)?**

Il arrive que les patientes aient des imprévus qui les empêchent de se rendre à leurs séances d'orthophonie. Cela dit, aucune participante n'a vu les difficultés se répéter à chaque séance.



**Figure 12. Fréquence des obstacles rencontrés pour se rendre en séance d'orthophonie.**

**19) Avez-vous déjà tenté d'effectuer des changements vocaux avant de consulter un orthophoniste ?**

La majorité des répondantes (dix-neuf patientes) ont essayé de modifier leur voix avant d'avoir recours à l'orthophonie, quand douze patientes n'ont rien tenté en amont à ce niveau-là.

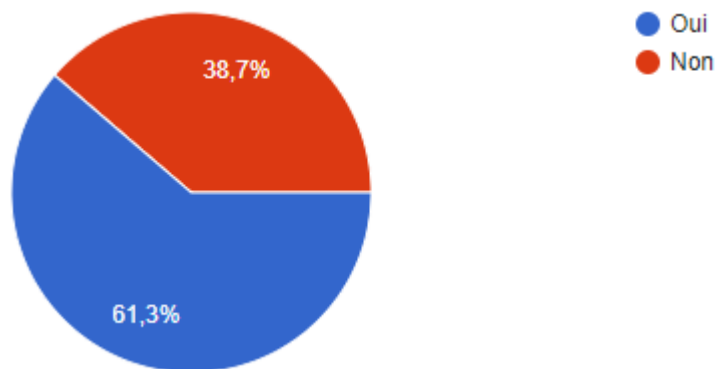


Figure 13. Tentatives de modifications vocales avant consultation orthophonique.

**20) Si oui, par quel moyen? (tutoriel, cours de chant, etc.)**

Parmi les 20 femmes ayant tenté des changements vocaux avant d'entreprendre une rééducation orthophonique, la plupart ont essayé seules, par leurs propres moyens, soit sans support pour 40 % d'entre elles (« à l'oreille », « en chantant », « en essayant de parler plus aigu », etc., soit 8 personnes), soit en s'aidant de tutoriels (7 personnes). Quatre ont suivi des cours de chant, et 1 patiente indique qu'adolescente, elle pratiquait des jeux de rôle qui lui ont permis de modifier sa voix.

**21) Chez vous, exercez-vous votre voix :**

Toutes les répondantes s'exercent à leur domicile : quatorze d'entre elles pratiquent les exercices orthophoniques tous les jours, huit tous les deux jours, cinq patientes s'entraînent deux fois par semaine, et quatre une fois par semaine.

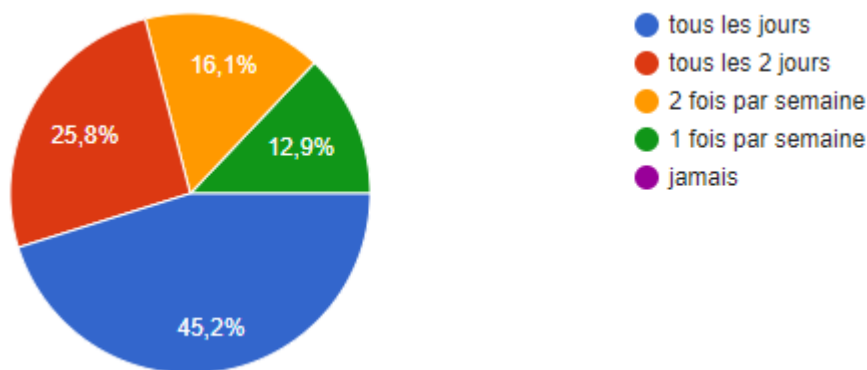


Figure 14. Fréquence de l'entraînement vocal à domicile.

**22) Combien de temps consacrez-vous aux exercices vocaux techniques?**

Sur les 31 personnes ayant répondu au questionnaire, 27 patientes ont répondu à cette question. La durée des exercices vocaux varie de la manière suivante :

**Tableau 8. Durée des exercices vocaux à domicile.**

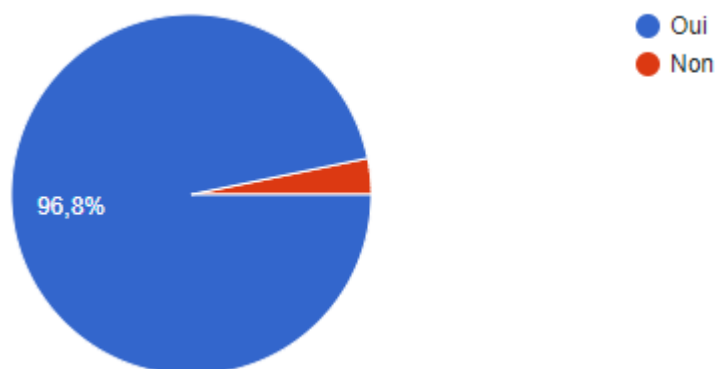
Durée	Pourcentage de patientes (%)	Nombre de patientes
10 minutes	7,4	2
15 minutes	22,2	6
20 minutes	11,1	3
30 minutes	29,6	8
40 minutes	3,7	1
45 minutes	11,1	3
1 heure	11,1	3
1 heure 30 minutes	3,7	1

**23) Pendant combien de temps par jour faites-vous attention à avoir une voix féminine? à quelles occasions? (plusieurs réponses possibles)**

Toutes les patientes utilisent leur voix féminine (aucune sélection de l'item « jamais »), à chaque fois qu'elles parlent le plus souvent (seize patientes ont choisi cette réponse). Douze participantes l'utilisent aussi lorsqu'elles sont seules, huit avec leurs proches, uniquement lorsqu'elles s'adressent à des inconnus pour neuf participantes, et uniquement quand elles parlent au téléphone pour neuf d'entre elles.

**24) Avez-vous ressenti des bénéfices (par exemple, prise de conscience de ses capacités vocales, idée plus fine de la voix cible, etc.) dus aux séances d'orthophonie et au travail personnel à la maison?**

Quasiment toutes les participantes (30 personnes) ont ressenti des bénéfices après avoir travaillé leur voix en séance et chez elles ; seule une participante répond négativement à cette question.



**Figure 15. Bénéfices vocaux perçus.**

**25) Si oui, au bout de combien de temps?**

Sur les 30 participantes déclarant avoir ressenti des bénéfices dus à l'orthophonie et au travail personnel, 28 indiquent avoir perçu des changements positifs :

**Tableau 9. Délai d'apparition des bénéfices vocaux.**

Délai d'apparition des bénéfices	Pourcentage de patientes (%)	Nombre de patientes
Entre 2 semaines et 6 mois	60,7	17
Entre 6 mois et 1 an	25	7
Au bout d'1 an ou plus	10,7	3
NSP	3,6	1

**26) Selon vous, quelle part serait due au travail personnel dans l'évolution de votre voix? Quelle part serait due au travail en séance? (par exemple, bénéfices dus à 40% au travail personnel et à 60% au travail en séance)?**

Sur les 31 personnes ayant complété ce questionnaire, 30 patientes ont répondu à cette question. Le travail personnel et le travail réalisé en séance d'orthophonie sont responsables des bénéfices vocaux ressentis dans des proportions variables :

**Tableau 10. Distribution des bénéfices vocaux.**

Bienfaits dus au travail personnel (%)	Bienfaits dus aux séances (%)	Pourcentage de patientes (%)	Nombre de patientes
10	90	3,3	1
20	80	10	3
30	70	13,4	4
40	60	10	3
50	50	33,3	10
60	40	13,4	4
70	30	3,3	1
75	25	3,3	1
80	20	6,7	2
90	10	3,3	1

Afin de compléter les éléments descriptifs apportés par ce questionnaire, nous avons analysé les réponses aux questions 3, 10 et 25 pour effectuer un rapprochement entre sensation de bénéfice vocal et séances d'orthophonie précoces par rapport au début de l'hormonothérapie. Le tableau 11 (Annexe A4) reprend les réponses des participantes à ces questions spécifiques. Nous n'avons pas démontré de corrélation significative entre la durée d'apparition de bénéfices et l'intervalle de temps entre le début de la prise en charge et le début de l'hormonothérapie ( $p = .737$ ). À l'aune des résultats obtenus dans l'étude rétrospective, nous avons choisi l'hypothèse d'analyse à deux modalités de précocité pour comparer les informations fournies par ces trois questions :

- groupe A : réponses de 20 patientes,
- groupe B : réponses de 8 patientes.

Ces résultats sont présentés dans le tableau suivant (tableau 9), sous la forme Médiane(1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>ème</sup> quartile). Le test de Mann Whitney n'a pas montré de différence significative entre les deux modalités de précocité.

**Tableau 12. Durée d'apparition des bénéfiques vocaux.**

	Groupe A PEC < 1 an (n = 20)	Groupe B PEC > 1 an (n = 8)	<i>p</i>
Bénéfices	92 (31 ; 197)	122(31 ; 212)	0.917

## Discussion

Notre étude s'est intéressée à la durée qui sépare un début de prise en charge orthophonique de la prise d'hormones chez les femmes transgenres qui consultent pour féminiser leur voix. Notre objectif principal était de démontrer qu'une thérapie orthophonique concomitante à l'hormonothérapie permettait de diminuer la durée de la prise en charge. À notre connaissance, cette question est très peu abordée dans la littérature. C'est pourquoi nous avons choisi de l'explorer selon plusieurs axes, tels que le lien unissant bénéfiques vocaux précoces et prise en charge précoce, ou encore le ressenti des patientes vis à vis de leur suivi orthophonique.

Tout d'abord, nous avons consulté des dossiers d'anciennes patientes MtF afin de dégager une corrélation entre prise en soin orthophonique « précoce » et durée moindre de cette même prise en charge. Nous n'avons pas démontré de corrélation significative entre la durée de prise en charge et l'intervalle de temps entre le début de la prise en charge et le début de l'hormonothérapie ( $r = .364$ ,  $p = .068$ ), ce qui signifie que ces variables sont indépendantes les unes des autres. En revanche, la valeur de  $p$  proche de .05 laisse supposer qu'un effectif supérieur aurait démontré une significativité du test, et donc confirmé notre hypothèse concernant la diminution de la durée de prise en charge en cas d'écart moindre entre hormonothérapie et orthophonie. Avec notre échantillon séparé en trois groupes (groupe 1 : prise en charge précoce ; groupe 2 : moyennement précoce ; groupe 3 : tardive, par rapport à l'hormonothérapie), le test de Kruskal Wallis n'a pas révélé de différences significatives entre les trois modalités de précocité ( $p = .144$ ). Autrement dit, nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les trois groupes en termes de durée de prise en charge, et ce en fonction de la précocité. Ces résultats sont nuancés par l'interprétation des boîtes de Tukey (Figure 1). En effet, nous pouvons y observer que le groupe 1 possède l'étendue la plus importante (entre environ 250 jours et 900 jours), ce qui signifie que la durée de prise en charge est très variable au sein de ce groupe. De plus, pour le groupe 1, la médiane se situe dans le bas de la boîte, ce qui suppose une distribution asymétrique vers les valeurs basses de la durée de prise en charge : 50 % de l'effectif bénéficie de la durée la plus courte de prise en charge de ce groupe (d'environ 200 à 350 jours), alors que la durée de thérapie peut atteindre environ 900 jours pour les 50 % restant. Pour le groupe 2, nous remarquons que l'étendue est nettement moins importante (d'environ 180 à 500 jours) : la prise en charge y est donc plus courte que dans le groupe 1, mais la médiane se trouve dans le haut de la boîte, ce qui suppose

une distribution asymétrique vers les valeurs hautes de la durée de la prise en charge. En d'autres termes, la prise en charge dure entre environ 185 et 400 jours pour la moitié des participantes de ce groupe, et entre 400 et 500 jours pour l'autre moitié. En comparaison, lorsque 75 % des femmes du groupe 1 ont achevé leur suivi, 100 % des femmes du groupe 2 ont terminé leur prise en charge : le groupe 2 est le groupe dont les prises en charge durent le moins longtemps. Nous relevons cependant une valeur aberrante – car située au-delà de la frontière haute – qui correspond soit à une erreur de transcription des données, soit à un déroulement atypique de la prise en charge (par exemple, durée de suivi allongée du fait d'absences répétées aux séances d'orthophonie). Comme le groupe 1, le groupe 3 possède une large étendue, les durées de thérapie s'étalant de 300 à 900 jours. En outre, la médiane se situe dans le haut de la boîte, tout comme pour le groupe 2, ce qui suppose aussi une distribution asymétrique vers les valeurs hautes de la durée de prise en charge : ainsi, cette dernière est plus longue dans le groupe 3. Pour résumer, le groupe 2 comporte les prises en charge les plus courtes, et le groupe 3, les prises en charge les plus longues. Au vu de ces informations, nous avons procédé à une analyse binaire : lorsque l'échantillon de données des 26 patientes en question est réparti en 2 groupes – l'un comportant des patientes dont la prise en charge serait distanciée de moins d'1 an du début de l'hormonothérapie, l'autre de plus d'1 an – le test de Mann Whitney ne montre pas de différences significatives entre les deux modalités de précocité ( $p = .055$ ). Néanmoins, comme nous venons de le souligner pour le groupe 3, nous relevons une tendance à l'augmentation de la durée de la prise en charge pour le groupe B. La valeur de  $p$  proche de .05 laisse supposer qu'un échantillon plus important permettrait probablement d'atteindre le seuil de significativité du test. Si tel était le cas, les résultats obtenus s'opposeraient aux conclusions retrouvées dans les travaux de Hancock et Garabedian (2013) qui affirmaient que les gains de F0 étaient significativement corrélés au nombre total de séances. Dans la mesure où un effectif supérieur de patientes entraînerait des résultats significatifs, nous vérifierions notre hypothèse selon laquelle une prise en charge intervenant dans l'année qui suit le début de l'hormonothérapie serait plus courte que si elle commençait après ce seuil. Par là même, et toujours en prenant le critère de « satisfaction » (qui englobe de fait des gains en F0, puisque c'est l'un des paramètres vocaux modifiés au cours de la rééducation orthophonique) comme critère d'arrêt, une prise en charge plus courte correspondrait à une prise en charge composée de moins de séances qu'un suivi long, ce qui va à l'encontre de la thèse de ces auteures.

Notre questionnaire, quant à lui, avait pour objectif de recueillir des éléments descriptifs quant au vécu orthophonique de ces patientes, s'intéressant notamment à la place de la voix dans la transition, à la place de l'orthophonie dans la transition, et à la place de l'orthophonie dans le quotidien des patientes. Il a également permis d'analyser les liens potentiels unissant prise en charge précoce et bénéfiques vocaux précoces. Rappelons que d'après Oates et Dacakis (2015), les études fournissant des informations sur les prédicteurs de résultats d'intervention vocale ne possèdent pas une validité suffisante pour conclure à l'efficacité des différentes méthodes et approches interventionnelles, au choix, et à l'ordre des cibles thérapeutiques pertinentes en matière de féminisation vocale. Grâce à notre questionnaire, nous avons recueilli les opinions de 31 patientes actuellement suivies en orthophonie. Par le biais de ces réponses, nous avons pu entrevoir des possibilités d'amélioration de l'accueil de ces femmes au sein des cabinets d'orthophonie. Ces indices constitueraient alors de potentiels leviers thérapeutiques, permettant une meilleure adaptation aux patientes et des résultats probablement plus rapides. Ces observations rejoignent les

propos de Hancock et Garabedian (2013), pour qui un examen rigoureux des attentes des patientes et de la valeur qu'elles accordent à la féminisation vocale pourrait guider le format des interventions.

Pour commencer, notre échantillon de répondantes était constitué de participantes âgées en moyenne de 38 ans (la plus jeune a 18 ans, la plus âgée 73 ans). Toutes suivent un traitement hormonal, la plupart depuis moins d'un an (45,2 %). La grande majorité des patientes a facilement trouvé un.e orthophoniste à consulter ; elles ont trouvé des renseignements à ce sujet sur internet, mais aussi auprès du corps médical (médecins traitants, psychologues, psychiatres, endocrinologues) et des associations LGBTQI+ (associations à destination des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers, intersexes et assimilées). Les patientes déclarent avoir consulté les réseaux sociaux en premier lieu, et peu mentionnent des bases de données indiquant des adresses de praticien.nes vers qui se tourner de manière « sereine », c'est-à-dire sans crainte d'être exposées à la transphobie, l'expérience de discrimination faisant partie des facteurs influant sur la qualité de vie des personnes trans (Nobili et al., 2018). En somme, malgré le fait qu'elles aient eu accès facilement à un.e praticien.ne, ces femmes s'orientent le plus souvent seules vers un.e orthophoniste, plutôt que d'être orientées par un membre du corps médical. Cela suggère que la visibilité des orthophonistes et de leur rôle dans le parcours de transition des femmes MtF reste à améliorer, non seulement auprès des patientes, mais aussi auprès des médecins, prescripteurs et prescriptrices des actes de rééducation orthophonique.

La plupart des participantes sont suivies depuis moins d'un an. De même, elles ont commencé ce suivi moins de six mois après avoir décidé du début de leur transition, tout en pensant que ce moment-là était le plus propice. Celles qui ne sont pas dans ce cas auraient préféré débiter leur féminisation vocale dès leur coming-out, ou encore en même temps que l'hormonothérapie, dans une proportion moindre (respectivement 66,7 % et 27,8 % des 18 femmes ayant répondu à cette question). En ce qui a trait au moment possible pour débiter les séances d'orthophonie, Huet *et al.* (2014) préconisaient d'attendre que « le traitement hormonal [soit] correctement suivi ». À l'inverse, les répondantes auraient en majorité non seulement consenti à consulter un.e orthophoniste avant d'avoir une apparence féminine, mais aussi avant de commencer une hormonothérapie. Ceci indique que les patientes se montrent prêtes dès ces instants-là, et qu'il serait donc envisageable de procéder de la sorte.

En matière de fréquence et de durée des séances, quasiment toutes les patientes se rendent une fois par semaine chez leur orthophoniste, pour une durée d'une heure pour la plupart, ce qui leur semble suffisant globalement. Un tiers des répondantes rencontrent parfois des difficultés à se rendre en séance, pour des raisons diverses (par exemple, à cause de pannes de véhicule, ou encore de rendez-vous simultanés), le reste des participantes y font face de manière moins fréquente. Les patientes sont donc régulièrement suivies, volontaires puisque assidues, et il semblerait qu'une heure de thérapie hebdomadaire soit ce qui leur convienne le mieux.

Pour plus de la moitié des patientes, le travail vocal revêt une importance capitale, ce qui constitue certainement une source non négligeable de motivation à consulter un.e orthophoniste. Cette motivation trouve également ses origines dans la recherche de concordance entre voix et apparence, qui représente l'objectif principal à atteindre pour les répondantes. Ces dernières cherchent également à avoir une voix féminine pour améliorer leur estime et affirmation de soi en tant que femme, accepter leur identité, mieux s'intégrer à la société, et pouvoir téléphoner sans crainte d'être mégenrées par leur interlocuteur ou leur

interlocutrice. La voix occupe ainsi une place centrale dans leur vie, et il apparaît essentiel de prendre en considération les besoins et désirs des patientes pour fixer des objectifs personnalisés.

En ce qui regarde les tentatives de modifications vocales, la majorité des femmes ayant rempli notre questionnaire avaient essayé de transformer leur voix avant de consulter un.e orthophoniste, soit par leurs propres moyens (par exemple, « à l'oreille », en suivant des tutoriels sur internet, etc.), soit en prenant des cours de chant. Là encore, il semblerait que le rôle de l'orthophoniste dans la féminisation vocale soit à mettre davantage en avant, à rendre plus saillant auprès de cette population pour deux raisons : éviter les risques de malmenage vocal, puisque l'entraînement vocal orthophonique est le moyen le plus efficace de développer une voix saine dans les étendues des femmes cisgenres (Fabris *et al.*, 2014), mais aussi ne pas créer de délai inutile précédant une thérapie orthophonique. En outre, acquérir une voix satisfaisante prend un temps considérable (McNeill *et al.*, 2008), et les patientes semblent en être conscientes, puisque selon la plupart des répondantes, un résultat satisfaisant serait obtenu après au moins un an d'orthophonie, ce qui est en accord avec nos conclusions pour l'étude rétrospective. Pour d'autres, il faudrait entre six mois et un an de suivi pour obtenir une voix féminine satisfaisante, et dans la même proportion, des femmes indiquent que tout dépend de l'engagement dans l'éducation vocale, de la voix de départ et de la gestion des émotions. Il conviendra donc de trouver les exercices adaptés à chaque patiente et la fréquence à laquelle ils doivent être pratiqués.

Du point de vue de la pratique d'exercices techniques vocaux à domicile, toutes les répondantes déclarent s'exercer, à des fréquences variables : la plupart s'entraînent tous les jours, et par ordre décroissant, tous les deux jours, deux fois par semaine et une fois par semaine. La durée de ces exercices oscille entre 10 minutes et 1 heure 30 minutes ; ils durent le plus souvent 30 minutes. D'ailleurs, en plus des exercices, toutes les patientes interrogées utilisent leur voix féminine, dans différentes circonstances, le plus souvent à chaque fois qu'elles parlent. Toutefois, certaines ne l'utilisent que quand elles sont seules, ce qui laisse supposer qu'elles n'ont pas encore transféré les acquis de leur rééducation dans leur quotidien. L'identification de la personne au téléphone est une fois de plus évoquée par douze participantes : cette situation dialogique particulière s'apparente à une sorte d'objectif, puisque le visuel n'y prend aucune part et que la voix constitue alors le seul indice permettant d'identifier l'interlocutrice. Cet élément requiert donc une attention toute particulière de la part de l'orthophoniste en tant que cible thérapeutique, au même titre que le transfert des acquisitions dans la vie quotidienne.

De manière positive, nous observons que quasiment toutes les participantes ont perçu des bénéfices vocaux, apportés par le travail en séance et au domicile (une seule n'en avait pas encore ressenti au moment du questionnaire), à différents moments de leur suivi et dans diverses proportions. D'une part, la majorité des femmes ayant répondu à cette question déclarent avoir ressenti des changements vocaux positifs entre deux semaines et six mois après avoir commencé les séances d'orthophonie, ce qui peut être considéré comme des bienfaits rapides et interprété comme un signe d'efficacité thérapeutique. L'analyse statistique des réponses à cette question vient nuancer cette observation : en effet, il n'y a pas de corrélation significative entre ce délai d'apparition de bienfaits vocaux et la précocité de la prise en charge, ni de différences significatives entre les groupes. Par conséquent, l'apparition de bénéfices vocaux précoces n'est pas liée à la précocité de prise en charge orthophonique. D'autre part, les patientes attribuent le plus souvent leurs progrès aux séances et au travail à la



maison à parts égales. Cela dit, il est probable que cette distribution soit tributaire du moment auquel le questionnaire a été complété : certaines patientes précisent que cette proportion a changé au cours du temps, autrement dit l'opinion de ces femmes est susceptible d'évoluer en fonction du nombre de séances effectuées et du travail fourni à domicile. Selon toute logique, la part de bénéfiques accordée aux séances d'orthophonie tendrait à être supérieure à celle attribuée au travail personnel en début de prise en soin, et diminuerait au fur et à mesure, laissant la place à une utilisation de la nouvelle voix de plus en plus fréquente au quotidien, voire permanente.

### **Limites**

Comme le soulignent Creaven et O'Malley-Keighran (2018), bien que le nombre de patientes de notre échantillon soit probablement à l'origine d'une partie des limites de notre étude, il n'est pas inutile de rappeler qu'il est tiré d'une population qui est elle-même peu nombreuse. À cela s'ajoutent le manque d'informations concernant le rôle de l'orthophoniste dans le suivi des femmes MtF, ainsi que les difficultés rencontrées pour récolter les données auprès des orthophonistes accueillant ce public. Malgré une liste de coordonnées assez fournie et deux relances, seul.es quinze professionnel.les ont répondu à nos sollicitations (positivement ou négativement). Qui plus est, la conjoncture dans laquelle ce mémoire a été – en partie – conçu a entravé l'obtention des informations relatives aux patientes ayant achevé leur prise en charge orthophonique, puisque lors de l'ultime relance que nous avons effectuée, le confinement de la population a empêché les thérapeutes en question de retourner sur leur lieu de travail, où ces données étaient stockées la plupart du temps... Une difficulté d'interprétation supplémentaire résidait dans le fait que nous n'avons pas pu comptabiliser avec certitude le nombre d'orthophonistes qui ont transmis le questionnaire, ni le nombre de patientes par orthophoniste, car dans le souci de ne pas importuner ces professionnel.les, nous n'avons pas demandé de fournir ces renseignements. De surcroît, une seule orthophoniste nous a communiqué les données des dossiers d'anciennes patientes, ce qui crée un biais de sélection évident, qui implique que nos conclusions concernant notre étude rétrospective reflètent surtout l'efficacité de sa pratique.

Par ailleurs, malgré le test effectué auprès de quelques patientes pour en éprouver la cohérence, des imperfections ont subsisté dans notre questionnaire, et ne nous sont apparues que lors de l'interprétation des réponses. Par exemple, nous ne sommes pas parvenue à nous faire une idée du niveau de maîtrise vocale des répondantes – bien que nous ayons eu à disposition la date de début de prise en soin – et ce du fait de la variabilité interindividuelle des progrès réalisés. Il manque également un item concernant le projet d'hormonothérapie en cas de réponse négative à la deuxième question (« êtes vous sous traitement hormonal ? ») : la question manquante nous aurait permis d'intégrer au moins une patiente supplémentaire (un questionnaire a été écarté pour cette raison). Certains items font appel aux capacités mnésiques des personnes interrogées, ce qui constitue une variable non contrôlée : il est probable que certaines questions aient été renseignées de façon erronée, du fait de l'inexactitude des souvenirs des participantes dans le cas où elles auraient entamé leur prise en charge plusieurs années auparavant par exemple. De la même manière, certaines réponses ont été prises en compte malgré une apparente incompréhension de la question, ce qui en biaiserait potentiellement l'interprétation, faisant intervenir notre subjectivité : par exemple, à la question 25 (concernant le délai d'apparition de bénéfiques vocaux), nous avons accepté la réponse « 10 à 15 minutes », quand toutes les autres réponses étaient exprimées en semaines

ou en mois. De plus, certaines participantes ont répondu à des questions auxquelles elles ne devaient pas répondre selon la logique du questionnaire (i.e. Répondre « oui » à la question 12 « Selon vous, était-ce le meilleur moment pour commencer un suivi orthophonique ? », et fournir une réponse à la question 13 « Si non, quel serait le bon moment pour commencer? »). Nous avons tout de même pris en compte ces réponses, que nous avons trouvées informatives d'un point de vue qualitatif.

Enfin, nos recherches se sont limitées à des ressources gratuites et facilement accessibles, quand certains ouvrages de référence dans le domaine de la féminisation vocale n'ont pu être consultés (accès payant).

## Conclusion

Cette étude observationnelle s'est penchée sur la durée de prise en charge orthophonique en fonction de la date de début d'hormonothérapie chez les femmes transgenres, sur le délai d'apparition des bénéfices vocaux ressentis par ces femmes, et sur leur opinion concernant l'orthophonie. Après avoir été sollicité.es par courriel, des orthophonistes recevant des femmes trans ont diffusé notre questionnaire à leurs patientes actuelles, et l'une de ces thérapeutes nous a communiqué des dossiers d'anciennes patientes, dont 26 ont permis de comparer les durées de prise en charge de femmes satisfaites de leur féminisation vocale en fonction de la date de début de leur traitement hormonal.

Malgré le nombre limité de participantes, les résultats obtenus présentent un intérêt pour la pratique clinique : ces résultats indiquent que la durée de prise en charge orthophonique a tendance à augmenter si cette thérapie est entreprise plus d'un an après avoir commencé le traitement hormonal. D'un autre côté, les bénéfices vocaux précoces perçus par les patientes ne sont pas forcément liés à la précocité de la prise en soin, même s'ils sont ressentis par la quasi-totalité des participantes. Plusieurs pistes de rééducation ont émergé des réponses au questionnaire, sans pour autant être totalement généralisables étant donné la taille de l'échantillon (31 questionnaires). Il est apparu que le rôle de l'orthophoniste dans le parcours de transition des femmes MtF était à mettre davantage en exergue auprès des patientes, mais aussi auprès des médecins qui les orientent dans leur suivi. Non seulement les répondantes sont prêtes à s'engager dans un suivi orthophonique dès leur coming-out, ou encore en même temps que leur traitement hormonal, mais aussi une information correcte des protagonistes permettrait d'éviter les risques de malmenage vocal engendrés par des tentatives de modifications auto-gérées. Les patientes se montrent motivées à féminiser leur voix, qui représente un élément capital de leur identité. Dans cette optique, leur principal objectif est d'atteindre la congruence entre voix et apparence ; elles évoquent également l'utilisation du téléphone comme un enjeu important. L'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation de leur identité, l'intégration à la société sont autant d'autres cibles visées par ces patientes à travers l'entraînement vocal. De manière plus pragmatique, il semble qu'une séance d'orthophonie d'une heure par semaine soit le volume horaire qui convienne le mieux à ces patientes. Les exercices à domicile durent en général 30 minutes, et elles considèrent que les progrès effectués sont dus autant à la prise en soin qu'à la pratique de ces exercices chez elles, le but ultime étant d'utiliser la voix acquise dans toutes les situations de communication, et particulièrement au téléphone.

Pour finir, les implications cliniques soulignées par ce mémoire méritent d'être explorées plus avant. D'une part, parce qu'il relève des missions de l'orthophoniste de prévenir, informer, évaluer et prendre en charge les patient.es de la manière la plus adaptée, efficace possible, en lien avec les résultats de recherche les plus récents ; la féminisation vocale des femmes transgenres constitue un pan de la recherche en orthophonie en expansion, mais une pratique clinique encore peu répandue. D'autre part, peu d'heures sont allouées à ce type de prise en charge dans la formation des étudiant.es en orthophonie, alors que comme précédemment mentionné, les questions de recherche autour du sujet sont en constante augmentation depuis quelques années : il est donc important de fournir des preuves tangibles sur lesquelles les clinicien.nes puissent s'appuyer. De plus, il apparaît nécessaire de réfléchir à un moyen de rendre plus visible le rôle de l'orthophonie dans la transition des femmes MtF et l'intérêt d'une prise en charge précoce, aussi bien auprès de ces femmes que des professionnel.les de santé impliqués.es dans leur suivi : cela aurait certainement des conséquences positives sur le taux de fréquentation des cabinets d'orthophonie par ces patientes, sur la vitesse de leur processus de transition, et par là même, sur leur qualité de vie.

# Bibliographie

- Bonamour, J. (2018). *Prise en charge de la féminisation vocale chez la patiente transidentitaire Male-to-Female : conditions et effets de la phonochirurgie associée à un suivi orthophonique* (Mémoire, Université de Strasbourg, Strasbourg). Repéré à [https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2018/MED/2018\\_bonamour\\_juliette.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2018/MED/2018_bonamour_juliette.pdf)
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self-perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy: Voice in Transgender Persons During Hormone Therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796-2804.
- Charte pour l'accès aux soins des personnes trans (2018). Repéré à [https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte\\_reseau-santetrans-idf\\_sept-2018.pdf](https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte_reseau-santetrans-idf_sept-2018.pdf)
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
- 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.
- 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.
- Fabris, B., Bernardi, S., & Trombetta, C. (2015). Cross-sex hormone therapy for gender dysphoria. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(3), 269-282.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201-208.

- Gelfer, M., & Ramsey Van Dong, B. (2012). A preliminary study on the use of vocal function exercises to improve voice in male-to-female transgender clients. *Journal of Voice*, 27(3), 321-334.
- Giami, A., Beaubatie, E., & Le Bail, J. (2011). Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 42, 433-437.
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: a retrospective chart review of 25 cases: Transgender chart review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54-65.
- 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., Colton, L., & Douglas, F. (2014). Intonation and Gender Perception: Applications for Transgender Speakers. *Journal of Voice*, 28(2), 203-209.
- Hancock, A., & Helenius, L. (2012). Adolescent male-to-female transgender voice and communication therapy. *Journal of Communication Disorders*, 45(5), 313-324.
- Hormones et chirurgie (2019). Repéré à <https://ant-france.eu/index.php/accueillir-informer-defendre/sante-et-bien-etre/hormones-et-chirurgies/>
- Huet, K., Khalife, M., Piccaluga, M., Harmegnies, B., & Saussez, S. (2014). La prise en charge communicationnelle chez les patients transsexuels. *REV LARYNGOL OTOL RHINOL*, 135(2), 97-103.
- 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.
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of Voice in the Transgender Client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199-220.
- 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.

- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The Role of Self- and Listener Perceptions of Femininity in Voice Therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272-284.
- Quinn, S., & Swain, N. (2018). Efficacy of intensive voice feminisation therapy in a transgender young offender. *Journal of Communication Disorders*, 72, 1-15.
- Sawyer, J. (2019). Voice Changes in Transgender Care. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Éd.), *Transgender Medicine* (p. 213-237). Consulté à l'adresse [http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-05683-4\\_12](http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-05683-4_12)
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A Survey of the Awareness of Speech Services Among Transgender and Transsexual Individuals and Speech-Language Pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163.
- Sicari, F. (2019). Revue des Revues. *Journal of Mind and Medical Sciences (JMMS)*, Vol.5, Issue 2. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, Vol 7, No 1 (2019).
- Thornton, J. (2008). Working with the transgender voice: The role of the speech and language therapist. *Sexologies*, 17(4), 271-276.
- Union nationale des caisses d'assurance maladie. (2005). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision Uncam du 11 mars 2005* (version du 10 avril 2020). Repéré à [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/674635/document/ngap\\_10\\_avril\\_2020\\_assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/674635/document/ngap_10_avril_2020_assurance_maladie.pdf)