



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Généralisation de la voix féminisée ou masculinisée chez les personnes transgenres : réalisation d'un protocole

Présenté et soutenu par

Alizée LEGROS

Mémoire **professionnel**

Mémoire soutenu publiquement le 29 juin 2018

devant le jury composé de :

SOYEZ-GAYOUT Laure	Psychologue clinicienne et orthophoniste	Co-directrice de Mémoire
DOGNON Julie	Orthophoniste	Co-directrice de Mémoire
ROSIERE Laurence	Orthophoniste	Présidente du jury
LELIEVRE Camille	Orthophoniste	Membre du jury
MALINET Aurore	Orthophoniste	Membre du jury

Mémoire dirigé par Laure SOYEZ-GAYOUT et Julie DOGNON

Remerciements

Je n'ai pas assez de place ici pour remercier comme il se doit mes directrices de mémoire. Laure, merci pour ta patience et ta bienveillance à toute épreuve. Julie, merci pour ta disponibilité et ton enthousiasme sans faille. Sans vous deux, ce travail n'aurait pas connu ne serait-ce qu'une ébauche. Vous avez porté ce projet avec moi de la meilleure des manières, et, en bonus, avez contribué à rendre mon année plus douce. Merci du fond du cœur.

Je tiens également à remercier Laurence Rosière, Camille Lelièvre et Aurore Malinet pour leur investissement dans la soutenance de ce mémoire.

Un grand merci aux orthophonistes et à leurs patients et patientes qui ont participé à la mise en place du protocole ; Les observations dont vous m'avez fait part m'ont été précieuses. Merci également à toutes et tous les orthophonistes ayant répondu à la première enquête.

Globalement, merci à toutes les orthophonistes qui ont accepté de m'accueillir en stage durant ces quelques années d'étude. J'ai beaucoup appris, en majeure partie grâce à vous.

Tom, Anthony, Eléanore : merci pour votre soutien quotidien, chacun et chacune à votre manière. Franchir cette nouvelle étape à vos côtés est pour moi une grande fierté.

Julie, je te remercie également de m'avoir toujours montré le chemin, et surtout d'avoir été une coloc inoubliable durant ces quelques années passées ensemble. Te voir épanouie aujourd'hui est un véritable bonheur et je n'oublierai jamais tout ce que tu m'as apporté.

J'ai également beaucoup trop de choses à dire à Agathe, mon binôme de ces 5 ans. Tout ne tiendra pas ici mais tu sais ce que je pense, merci d'avoir été là et d'avoir illuminé mon quotidien. Courage pour le chemin qu'il te reste à parcourir, je suis toujours là.

Camille, Margot, Marie et Sabine, vous êtes de très belles personnes sans qui ces quelques années auraient été bien mornes. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve et de vous voir vous épanouir dans ce chouette métier. Merci pour tous ces moments de joie qu'on a pu vivre. On garde aussi une petite pensée pour Victor et Justine qui, je l'espère, ne regrettent rien.

D'une manière générale, un immense merci à toute la promotion 2016-2021 : malgré les embûches, nous avons toujours su être solidaires et bienveillantes. Bonne route à vous toutes.

J'ai également une pensée pour ma famille ortho : je vous souhaite beaucoup de belles choses et ne vous oublie pas. Merci pour votre soutien et votre douceur.

Enfin, à ma famille qui a toujours su me soutenir et m'accompagner même lorsque c'était la panique ultime ou le devoir de physique acoustique à rendre pour le lendemain : vous avez bien su gérer ces 5 ans, merci du fond du cœur.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Lexique	4
Introduction	7
Cadre théorique	9
La transidentité : définitions et généralités	9
Le concept de genre	9
Les transidentités	10
Les transitions	13
Voix, transidentité et orthophonie	16
La voix et le genre	16
Suivi orthophonique	20
Généralisation de la transition vocale	22
Problématique, questionnements et hypothèses	25
Les questionnements encore non-abordés	25
Problématique	26
Hypothèses	27
Conclusion	28
Partie pratique	30
Enquête préliminaire	30
Population	30
Matériel - supports	32
Procédures	34
Résultats	35
Elaboration du protocole OutVoice	39
Généralités	39
Matériel	40
Procédures	43
Variables	45
Résultats : retours d'expériences à propos du protocole	47
Discussion	50
Hypothèses et objectifs	50
Réalisation du protocole OutVoice : critiques méthodologiques	53
Evolution de la problématique	58

Le protocole en pratique orthophonique	58
Conclusion	61
Références bibliographiques	63
Annexes : protocole <i>OutVoice</i>	68
Manuel	69
Questionnaire	74
Fiche de passation	77

Lexique

Coming-out : Déclarer à quelqu'un que l'on est trans (ou LGBTQIA+) et indiquer son genre. Une personne trans peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction de ses proches / ami-es et de sa situation. (Planning Familial)

Ne pas confondre avec le « outing », qui est la révélation de la vie privée d'une personne par de tierces personnes, sans l'accord de la personne concernée. (ANT-France)

Nous avons dans ce travail utilisé le terme « être *out* » pour désigner le fait qu'une personne ait parlé de sa transidentité et vive dans son identité de genre réelle avec l'entière ou une partie de son entourage.

Deadname : Prénom assigné à la naissance. Connotation de fardeau. (Trans Posé·e·s)

Dysphorie de genre : Sensation d'inconfort, de détresse ou de rejet résultant de son assignation à la naissance. Elle peut être liée au corps et/ou à des critères sociaux. Ce terme d'origine médicale est souvent utilisé de façon abusive, comme un critère. Or, une personne trans ne ressent pas nécessairement de la dysphorie. Cette dysphorie peut, en revanche, être déclenchée par des situations qui peuvent sembler anodines aux autres. (Planning Familial)

Expression de genre : Ensemble de caractères visibles pouvant amener à catégoriser une personne comme appartenant à un genre ou l'autre (corps, vêtements, maquillage, parfum, attitude...). L'expression de genre peut être différente de l'identité de genre, que cela soit voulu par l'intéressé-e ou pas. Elle ne suffit pas à déterminer le genre de quelqu'un. (Planning Familial)

Identité de genre : Ressenti interne du genre de l'individu. Indépendamment de son assignation, du regard de la société ou de son apparence / expression de genre. (Planning Familial)

Intersexuation : Situation sociale des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires considérées comme ne correspondant pas aux définitions sociales et médicales typiques du féminin et du masculin (CIA). On parle de personnes intersexes.

Non-binaire : Désigne une personne dont le genre n'est pas « homme » ou « femme » : cela peut être une combinaison, une absence (agenre), ou un genre autre. Les personnes non-binaires sont incluses dans les vécus trans.

Passing : Terme anglais. Fait de « passer » ou d’être perçu-e, aux yeux des autres, en tant que membre d’un genre dans lequel on n’a pas été élevé-e depuis sa naissance. (ANT-France)

Pour les personnes trans, cela implique d’être perçues dans l’identité de genre à laquelle la personne s’identifie, et ce, sans que la transidentité soit visible.

Le passing permet à certaines personnes trans d’atténuer leur sentiment de dysphorie et donne accès à certains avantages liés au statut d’être un homme cisgenre ou une femme cisgenre.

Il peut s’agir d’une stratégie de survie ou un besoin de vivre une vie un peu plus “normale” (Wikipédia). On peut également parler de *cispassing*.

Personne cisgenre / personne cis : Personne ne se ressentant pas d’un autre genre que celui qu’on lui a assigné à la naissance. *On admet que l’adjectif cis est le diminutif de cisgenre.* (Planning Familial)

Personne transgenre / personne trans : Une personne trans est une personne qui n’est pas du genre qu’on lui a assigné à la naissance. (Planning Familial)

Queer : Ancienne insulte (anglais pour “bizarre, tordu”) réappropriée par des personnes qui se revendiquent de façon politique en dehors des normes hétéro-cis (Planning Familial). Définit désormais plus largement la communauté LGBT+. Le terme recouvrant un large spectre d’expériences, il peut être utilisé par des personnes LGBT+ qui ne souhaitent pas se définir dans une catégorie plus restreinte.

Transidentité : La transidentité est le fait, pour une personne transgenre, d’avoir une identité de genre différente du sexe assigné à la naissance, contrairement à une personne cisgenre (Wikipédia). Synonyme de “transsexualisme” et “transsexualité”, bien que ces termes-ci soient datés et ne sont plus utilisés par la majorité des personnes trans. Malgré la terminologie trompeuse, il ne s’agit pas d’orientation ni de pratique sexuelle, mais bien d’un synonyme. Certain-es militant-es utilisent également le synonyme “transitude”, qui a l’avantage de ne pas renvoyer à la sexualité, ni de réduire l’identité de la personne trans à cette transitude.

Transition : Dans le cadre d’un parcours trans, il s’agit de la période de temps pendant laquelle les transformations psycho-sociales sont les plus marquées.

Transphobie : Peur irrationnelle à l’encontre des personnes transgenres, et par extension, haine de ces personnes menant à des violences physiques, morales et des discriminations

(ANT-France).

Discrimination / haine / aversion / rejet des personnes trans. La transphobie ordinaire paraît souvent anodine aux personnes cis. Ne pas respecter l'identité d'une personne en est un exemple. La transphobie peut être intériorisée, amenant une personne à se haïr elle-même ou d'autres personnes trans. (Planning Familial). La transphobie est punie par la loi (Acceptess-T).

Source lexicque : Wikitrans <https://wikitrans.co/lexique/>

Introduction

Lorsqu'une personne transgenre souhaite effectuer une transition médicale, plusieurs choix s'offrent à elle, tels que la prise d'hormones, les chirurgies ou encore la modification de la voix. Dans ce domaine précis, l'orthophonie est tout indiquée pour un suivi de ce que l'on appelle une féminisation ou une masculinisation vocale, selon l'objectif attendu. Malgré le fait que ce type de suivi soit encore peu populaire, il devient de plus en plus répandu grâce à la communication des orthophonistes et des associations de personnes concernées sur le sujet. Ainsi, depuis quelques années, les travaux de recherche dans ce domaine se multiplient ; cela permet aux orthophonistes de disposer d'un panel de plus en plus large d'outils, de techniques et de formations pour accompagner les personnes transgenres dans ce processus de recherche d'identité vocale.

Néanmoins, si le processus de féminisation ou de masculinisation vocale dans le cabinet d'orthophonie est un sujet aujourd'hui maîtrisé et traité, d'autres facteurs entrent en compte dans une transition vocale : l'entourage, le caractère de la patiente ou du patient, l'alliance thérapeutique ou encore le stress, voire l'anxiété, sont des facteurs qui peuvent entraver le processus ou empêcher un transfert des acquis au quotidien. Ainsi, certaines personnes se retrouvent en difficulté lorsqu'il s'agit, dans certains contextes, d'utiliser la voix qui pourtant leur correspond le mieux. En tant que thérapeute, nous ne pouvons certes pas agir sur l'entourage du patient ou de la patiente ni sur le rejet qu'il ou elle peut subir ; en revanche, nous devons prendre en compte tous les aspects de son caractère et du contexte dans lequel il ou elle évolue.

En ce sens, l'aspect psychologique de la prise en soins orthophonique est primordial et doit être pris en compte. Le questionnement principal de cet objet d'étude porte sur la pertinence d'offrir aux orthophonistes un outil permettant de travailler avec le patient ou la patiente sur la généralisation des acquis au quotidien. Le protocole découlant de ces questionnements est créé à partir des techniques utilisées dans les thérapies cognitivo-comportementales, telles que la relaxation, à l'instar de ce qu'on l'on peut trouver dans des protocoles similaires pour les personnes présentant un bégaiement.

Dans ce mémoire, dont l'objectif final est la création de ce protocole à destination des orthophonistes suivant des personnes transgenres, nous commencerons par effectuer un état

des lieux général. Tout d'abord, nous définirons la transidentité et les notions qui y sont liées. Nous parlerons ensuite des transitions de genre après avoir fait un bref rappel historique. Dans une seconde partie seront abordés les sujets de la voix et du genre, ainsi que du suivi orthophonique puis de la généralisation des acquis. Nous aborderons également au cours de cette partie certains outils des thérapies cognitives et comportementales, comme la relaxation, que nous avons utilisée pour construire le protocole.

Dans un second temps, nous exposerons la méthode employée pour l'élaboration de l'enquête préliminaire et du protocole. Les résultats de l'enquête seront exposés dans cette même partie, et le protocole sera entièrement présenté.

Pour finir, nous discuterons de la méthode employée, des premières observations menées ainsi que de l'utilité du protocole dans la pratique clinique orthophonique, avant de conclure.

Cadre théorique

A. La transidentité : définitions et généralités

1. Le concept de genre

Lors de sa naissance, un bébé se voit attribuer un genre binaire, garçon ou fille, en fonction de ses parties génitales visibles : c'est ce que l'on appellera le **genre d'attribution**. A partir de la connaissance pour les parents du sexe du bébé, ces derniers vont projeter divers stéréotypes : si c'est un garçon, il aimera le foot et sera un peu turbulent, si c'est une fille, elle préférera la poupée et sera de nature calme... Ainsi, l'amalgame entre sexe et genre est très présent dans les mentalités. Pourtant, le mot "sexe" désigne des caractéristiques physiques, tandis que le terme "genre" fait référence, en sociologie, à une **construction sociale**, qui définira un rôle social. De ce fait, nous avons différentes attentes envers les personnes en fonction de leur genre apparent. L'**identité de genre** désigne, quant à elle, un sentiment profond d'appartenance ou de non-appartenance à un ou plusieurs genres. Cette identité de genre s'exprime, dans certains cas, de manière performative : c'est ce qu'on appelle l'**expression de genre**, qui est définie par un "ensemble de caractères visibles pouvant amener à catégoriser une personne comme [appartenant] à un genre ou l'autre" (Planning Familial - Lexique trans). L'expression de genre peut concerner le corps, les vêtements, le maquillage, l'attitude etc. et n'est pas toujours corrélée à l'identité de genre : un homme peut avoir une expression de genre très féminine, par exemple. Ainsi, elle ne suffit pas à déterminer le genre de quelqu'un.

L'expression de genre permet, pour certaines personnes transgenres, de performer leur genre au quotidien (Arnold, 2015b, p.88) ; Arnold émet la théorie que les identités sont un accomplissement pratique et ne sont en rien déterminées biologiquement. Selon Butler dans son ouvrage *Troubles dans le genre* (1990), le genre est "toujours un faire, mais non le fait d'un sujet qui précéderait ce faire. [...] Il n'y a pas d'identité de genre cachée derrière l'expression du genre ; cette identité est constituée sur un mode performatif par ces expressions, celles-là mêmes qui sont censées résulter de cette identité". Ainsi, Butler émet l'idée que l'identité de genre et l'expression de genre sont intimement liées. Ces théories expliquent en partie pourquoi certaines personnes trans ont ou souhaitent atteindre une expression de genre qui concorde avec leur identité de genre, et vont donc parfois souhaiter

être perçues dans un genre souvent binaire¹, tandis que d'autres personnes trans ou cis ont une expression de genre différente de leur identité de genre.

De fait, le genre est présent à travers différents signes, tels que le langage, les vêtements, les codes couleurs etc. et il prend forme dans les rapports sociaux. Pour ces raisons, on considère que le genre est construit socialement. Le genre d'une personne ne peut donc pas être rapporté à ses caractéristiques sexuelles.

2. Les transidentités

Si une majorité des personnes sont en accord avec le genre qui leur a été attribué - c'est ce que l'on appelle les personnes **cisgenres** -, un certain nombre de personnes ne se retrouvent pas dans leur genre d'attribution : ce sont les personnes **transgenres**. Une personne à qui le genre féminin a été attribué mais qui est réellement du genre masculin est un **homme trans**. A contrario, lorsqu'une personne dont le genre d'attribution est masculin est finalement du genre féminin, c'est une **femme trans**. Les **personnes non-binaires**, qui sont aussi, pour la plupart d'entre elles, des personnes trans, ne s'identifient pas, ou pas entièrement, dans leur genre d'assignation, sans pour autant s'identifier, ou uniquement partiellement, dans l'autre genre binaire. Les **personnes intersexes**, qui ont pour la plupart subi des opérations et des prises d'hormones à la naissance et à qui on a attribué un genre binaire, peuvent également être soit cisgenres, soit transgenres (Collectif intersexe et allié.e.s - OII France).

Les personnes trans peuvent souffrir de **dysphorie de genre**, qui est définie par l'*American Psychological Association* comme "un inconfort ou une détresse due à une incongruence entre le genre d'une personne et son genre assigné à la naissance" (APA, 2018, traduction personnelle). Cette définition médicale ne correspondant pas entièrement à la réalité des personnes trans, puisque c'est plutôt la perception sociale du genre qui entre en jeu dans le concept de dysphorie de genre, nous utilisons plutôt celle du site internet Wikitrans (wikitrans.co), qui définit la dysphorie de genre comme "une douleur ou une gêne, dont l'intensité varie en fonction des personnes, due au décalage entre l'image sociale de la personne et son véritable genre". C'est la dysphorie de genre qui, souvent, pousse les personnes trans à entamer une transition médicale.

¹ C'est à dire masculin ou féminin.

Au niveau des terminologies, dont certaines ne font pas consensus dans le domaine des transidentités, nous avons choisi dans ce travail d'utiliser les termes les plus actuels et les moins médicaux possibles, par respect pour les personnes trans. Ainsi, nous utilisons dans ce travail de recherche le terme "personne **transgenre**" ou "transidentitaire" et non "transsexuel", qui est un terme médicalisant et négativement connoté (Alessandrin, 2012). De même, nous n'employons pas les termes "Male-to-Female" et "Female-to-Male", qui évoquent une fausse notion de "passage d'un genre à un autre".

Le genre étant un large spectre, on parle d'ailleurs plutôt des transidentités et non de la transidentité (Wikitrans). D'ailleurs, la féminisation ou la masculinisation vocale ne sont pas réservées qu'aux personnes transgenres binaires : ainsi, une personne transféminine (dont l'identité de genre se situe sur le spectre de la féminité) non-binaire, par exemple, peut souhaiter une féminisation vocale, c'est pourquoi il est important pour les orthophonistes de connaître les termes associés à la non-binarité également. Dans ce mémoire, nous utiliserons essentiellement les termes de femmes trans, de personnes transféminines, d'hommes trans, et de personnes transmasculines.

Nous avons également choisi d'employer le terme de *passing* pour désigner "le fait d'être perçu comme appartenant à une catégorie identitaire autre que celle qui nous a été assignée grâce à la mobilisation consciente d'un ensemble de pratiques" (Arnold, 2015a, p.189).

Enfin, nous emploierons également les termes "**cisnormativité**" et "**hétéronormativité**". Cela renvoie aux diverses normes et contraintes sociales nous poussant à penser que la "normalité" est d'être cisgenre et hétérosexuel, et par conséquent, d'agir comme si tout le monde l'était (Gardey, 2017). Ces normes sociales nous poussent à nous questionner sur l'historique de la transidentité et les diverses problématiques qui en découlent aujourd'hui.

Dans son livre *Sociologie des transidentités* (2018), Alessandrin revient sur l'histoire du "transsexualisme" en France. On y lit entre autres que l'histoire de la transidentité, à l'instar de celle de l'homosexualité, est celle d'une construction sociale. Si le mot "transsexualisme" est apparu en 1953, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y avait jamais eu, avant cette date, de personnes se sentant en désaccord entre leur sexe de naissance et leur genre, ce qui est prouvé selon Alessandrin par des écrits et histoires datant de bien avant cette période. Ainsi, on considère que la transidentité a toujours existé, bien que les problématiques aient considérablement évolué d'une époque à une autre.

De nombreux termes intermédiaires furent donnés au constat médical d'une souffrance associée à une demande de transition médicale, tels que "travestissement", "fétichisme", "homosexualité", "perversion". A l'époque de la Première Guerre Mondiale, la psychanalyse organise la pensée du "transsexualisme" et est perçue comme une science hégémonique. Elle est dès 1918 "contrariée par les premiers essais chirurgicaux" (Alessandrin, 2018), notamment en Allemagne avec le docteur Magnus Hirschfeld, qui fonda, après avoir effectué les premiers traitements chirurgicaux sur une personne trans, le premier institut de sexologie à Berlin. C'est lui qui émet pour la première fois l'idée d'une distinction entre la transidentité et l'homosexualité. En plus des pensées psychiatriques et chirurgicales, le domaine de l'endocrinologie réalise en parallèle de grands progrès au niveau des hormones. C'est donc à cette époque qu'émerge le triptyque psychiatrie-chirurgie-endocrinologie, encore très prégnant aujourd'hui.

Harry Benjamin, médecin endocrinologue, écrira en 1954 *Transvestism and Transsexualism*, rompant ainsi officiellement avec les termes intermédiaires. Benjamin, en suivant les publications de Hirschfeld, propose à ses patients et patientes un traitement hormonal. Il fondera des classifications qui seront longtemps utilisées, et sa définition du transsexualisme en tant "qu'entité nosographique qui n'est ni une perversion, ni une homosexualité, [mais] le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle" (Benjamin, 1953) prévaudra de nombreuses années. La communauté scientifique mondiale s'accorde donc sur ce terme dès 1953, hormis en France, où les théories psychanalytiques font barrage à la réception de ces travaux. Les "tensions de la psychanalyse" (Alessandrin, 2018) à ce sujet concernent plusieurs points de résistance majeurs, développés dans la thèse d'Alby en 1956. La psychanalyse considère que les personnes trans sont névrosées, masochistes et que l'opération proposée ne "guérit" pas directement le "syndrome du transsexuel" mais n'est qu'esthétique. Israel et Geismann, deux psychanalystes, postulent que "les transsexuels sont des homosexuels, ayant de fortes composantes obsessionnelles" (1960), et que c'est à cause d'une trop forte culpabilité de leur homosexualité que les patients souhaitent changer de sexe, ce qui leur permettrait ainsi d'accéder à un statut qui pourrait "satisfaire [leurs] exigences pulsionnelles". Ils ajoutent également une dimension délirante et psychotique à ce qu'ils appellent le "symptôme de la trans-sexualité". Dans les années 2000, les psychanalystes considèrent que les demandes de changement de sexe "relèvent d'un délire de toute-puissance" et que les personnes trans ne doivent pas être écoutées car irraisonnables à cause de leur souffrance. Alors que dans les années 60 émerge le concept de genre aux Etats-Unis, la France reste attachée aux théories

psychanalytiques et renvoie toutes les demandes de changement de sexe aux psychanalystes jusqu'à la fin des années 2000.

La SOFECT (Société d'étude et de prise en charge du transsexualisme), rebaptisée en 2019 sous le nom de FPATH (*French Professional Association for Transgender Health*), est fondée en 2010 et s'autoproclame parcours officiel concernant les transidentités. Cette société savante est très décriée par de nombreuses associations et personnes trans et militantes, mais aussi par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales et par de nombreux universitaires, du fait de son hégémonie et de ses méthodes, qui prône la psychiatrisation et la médicalisation de la transidentité.

Aujourd'hui, en France, certains stéréotypes associés aux personnes trans et provenant en grande partie de la psychanalyse sont encore très ancrés, et la médicalisation et la psychiatrisation des personnes trans est toujours très présente et contestée parmi les personnes concernées. Les diverses démarches que vont entamer les personnes transgenres vont parfois être difficiles, à cause des préjugés qui persistent autour de la transidentité. Cela n'empêche cependant pas la plupart des personnes trans de les effectuer afin de se sentir plus en accord avec leur genre véritable : c'est ce que l'on appelle les transitions.

3. Les transitions

Afin de vivre pleinement en accord avec leur genre et, pour certaines personnes, de combattre la dysphorie de genre, les personnes transgenres peuvent effectuer différents types de transitions de genre.

Tout d'abord, la transition **sociale** correspond au fait de modifier ses pronoms et accords, c'est-à-dire les mots et accords d'adjectifs qui nous permettent de désigner la personne. Par exemple, une personne qui utilisait des pronoms masculins (il - accords masculins : "il est intelligent") peut demander à son entourage ou une partie de son entourage l'utilisation de pronoms féminins (elle - accords féminins : "elle est intelligente"). Autre exemple : une personne pour qui l'on employait des pronoms féminins peut demander à ce que l'on emploie, pour parler d'elle, des pronoms et accords neutres ("iel est intelligent-e"). Il existe divers pronoms neutres tels que iel, ol, ul, ael... qui permettent aux personnes non-binaires de ne pas accentuer le masculin ou le féminin à l'oral. Cependant, les personnes non-binaires peuvent aussi utiliser des pronoms et accords binaires : aucune règle ne régit l'utilisation des pronoms. La transition sociale peut aussi comprendre un changement de

prénom “non-officiel” : c’est quand une personne, connue par son entourage avec un certain prénom, demande à ce dernier ou à une partie de ce dernier de l’appeler par un prénom différent. La plupart du temps, le prénom choisi a une connotation correspondant plus au genre véritable de la personne. L’ancien prénom est alors appelé *deadname*, et n’est jamais à employer ni à révéler pour parler d’une personne trans.

Une personne trans peut également vouloir faire une transition **physique** : cela peut passer par un changement de style vestimentaire ou de coupe de cheveux, par exemple, mais aussi la gestuelle et la communication.

La transition **administrative** (ou légale), quant à elle, concerne le fait de changer juridiquement son prénom et/ou sa mention de genre sur ses documents administratifs.

Enfin, bien que le “transsexualisme” ait été retiré de la liste des pathologies psychiatriques en 2010, la prise en charge d’une transition dans le cadre d’une transidentité relève souvent, entre autres, du domaine médical. Le fait de modifier son corps grâce à un traitement hormonal de substitution, des chirurgies, ou encore un suivi orthophonique pour la voix, est ce que l’on appelle une transition **médicale**. Comme pour toutes les autres transitions, aucune étape n’est obligatoire et chaque personne choisit ce qu’elle désire faire en fonction de ses besoins.

Dans le livre *Voix et transidentités*, qui est un ouvrage collectif de divers professionnels et professionnelles de la voix (Klein-Dallant, 2019), Lucile Girard-Monneron contextualise la prise en charge médicale de la transidentité. On peut y lire que l’OMS définit la santé comme “un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité”, et que donc dans ce cadre, les questions de santé doivent être posées au-delà de la pathologie. Pour ce qui est du cas des personnes transgenres, un mal-être est souvent présent du fait de la **dysphorie de genre**, qui peut toucher n’importe quelle partie de leur corps ou de leur personnalité. En effet, Butler écrivait en 2004 que le genre est devenu une des données essentielles de l’identité et de l’essence même du sujet modèle ; selon elle, le genre est une performance qui ne suit aucun modèle préexistant, et c’est son énonciation (principalement par le langage) et sa répétition qui permet à la personne de réaliser un genre plutôt masculin ou plutôt féminin. La répétition quotidienne des normes et contraintes imposées selon un genre ou l’autre fait partie de la construction de la personne, ce qui explique pourquoi nous intégrons si fortement ces normes, qui servent au cadre hétéronormatif et hétérosexiste (Butler, 2004).

“En résumé, pour Butler, le genre est un ensemble de normes régulatrices orientées téléologiquement vers un idéal de genre, le masculin ou le féminin, qui fait advenir ce qu’il dit, ce qu’il nomme et ce qu’il répète incessamment sous peine de s’interrompre étant donné sa contingence. Ainsi, le masculin et le féminin n’existent pas préalablement, mais ce sont l’énonciation et la répétition des genres normatifs qui leur permettent d’exister” (Baril, 2007, p.65).

La dysphorie de genre, sentiment partagé par une partie des personnes trans, est donc explicable par l’intégration de ces normes. Même en les connaissant et en les remettant en question, il sera difficile de s’en extirper, c’est pourquoi certaines personnes trans souffrent parfois du corps qu’elles possèdent, bien que la dysphorie ne soit pas un critère de transidentité. Ce sentiment d’être en inadéquation avec son corps est alimenté par des pressions de la société cis et hétéro-normée, mais c’est un sentiment réel, que seule la transition de genre permet de soulager. Les personnes transgenres qui souhaitent une remédiation vocale souffrent souvent de dysphorie de genre liée à leur voix, c’est-à-dire que leur voix n’est pas en adéquation avec leur perception d’elles-mêmes. Cette dysphorie crée un mal-être, et relève donc du domaine de la santé (Alessandrin, 2018, p. 36).

Ainsi, Lucile Girard-Monneron écrit dans *Voix et transidentités* (Klein-Dallant, 2019, p.64) : “c’est dans le cadre de la santé et du bien-être, et non de la maladie, que le suivi médical des personnes transidentitaires est envisagé”.

Transitionner, c’est donc faire des démarches pour affirmer son identité de genre réelle. Il n’y a pas de parcours typique et chaque personne peut, en théorie, librement choisir d’effectuer les démarches nécessaires à ses besoins. Certaines personnes trans font uniquement une transition sociale, tandis que d’autres veulent également une transition administrative et médicale ; c’est dans le cadre de cette dernière catégorie que l’orthophoniste intervient. Certaines personnes ne transitionnent pas car elles n’en ressentent pas le besoin : être trans, c’est ne pas s’identifier à son genre assigné. Transitionner n’est pas un critère de transidentité. En pratique cependant, beaucoup de personnes trans sont victimes de pression sociale quant à l’adéquation ou l’inadéquation entre leur corps et leur identité de genre, puisque sexe et genre sont souvent confondus, même dans le monde médical. Par conséquent, nombreuses sont celles qui choisissent de transitionner par dysphorie sociale², construite au fil du temps et des injonctions. Ainsi, la voix est une des composantes que les personnes trans

² Type de dysphorie ressentie par certaines personnes transgenres non pas vis-à-vis du corps, mais plutôt en relation avec la perception sociale genrée que les autres personnes ont d’elles.

souhaitent parfois modifier pour acquérir un meilleur *passing*, puisque cette dernière est très liée à l'expression de genre.

B. Voix, transidentité et orthophonie

1. La voix et le genre

Le *Dictionnaire d'orthophonie* (OrthoEditions, 2011) définit la voix comme un “souffle sonorisé par le larynx, amplifié et modulé par les cavités de résonance sus-laryngées, ayant toutes les caractéristiques du son : hauteur ou fréquence ou registre, intensité, timbre [...], modulation, rythme, débit ou vitesse d'émission. Normalement, le son laryngé primaire est fourni par la vibration des cordes vocales”. Ainsi, la voix varie en fonction de diverses caractéristiques biologiques, mais également en fonction d'autres paramètres tels que la culture, les émotions, la langue, la pathologie, le mode de vie ou encore l'âge.

Différents critères perceptifs nous permettent de reconnaître une voix comme étant une “voix d'homme” ou une “voix de femme”. Le premier critère nous venant à l'esprit est la hauteur de la voix (Arnold, 2015a, p.64), qui est influencée par quatre forces principales : la pression sous-glottique, la force d'accolement des cordes vocales, l'étirement du ligament vocal et la raideur du muscle vocal (Ormezzano, 2000). L'ouvrage *La Parole et son traitement automatique* (Calliope, 1989) est régulièrement utilisé comme référence pour les valeurs formantiques des voyelles du français. Selon Calliope, pour les locuteurs français, les plages de variation se situent “aux alentours de 100 à 150 Hz pour l'homme adulte, et de 140 à 240 Hz pour la femme adulte” (Calliope, 1989, p.133). La hauteur de la voix joue donc un rôle non-négligeable dans le traitement perceptif genré. Cependant, plusieurs auteurs démontrent par la suite que la hauteur n'est pas le seul critère imputable à la perception du genre d'un interlocuteur. En effet, il est possible d'identifier deux voix différemment, l'une masculine et l'autre féminine, à hauteur identique (Arnold, 2015b, p. 96). De plus, certaines patientes transgenres sont satisfaites de la féminisation de leur voix malgré une fréquence fondamentale inchangée. On peut donc émettre l'idée que la hauteur n'est pas le seul critère de reconnaissance du genre d'une voix.

D'autres critères perceptifs sont alors à prendre en compte dans la reconnaissance du genre de l'interlocuteur ou interlocutrice et donc dans le travail de féminisation vocale, tels

que les harmoniques et les fréquences de résonance (Arnold, 2015b, p. 91), qui dépendent du degré d'aperture, de l'antériorité du lieu d'articulation, de l'arrondissement des lèvres et du comportement articulatoire, ou encore de l'utilisation des mécanismes lourds ou légers. Ces derniers dépendent principalement de paramètres culturels et comportementaux comme les injonctions faites aux hommes et aux femmes en fonction de la culture à laquelle ils et elles appartiennent. Par exemple, en Europe, une voix grave est considérée comme virile, c'est pour cela que les hommes utilisent plus fréquemment le mécanisme lourd. Les différences anatomiques existent mais sont remises en cause dans le lien entre ces dernières et l'utilisation des mécanismes lourds ou légers. Arnold (2015b) s'appuie donc non seulement sur le F_0^3 , mais aussi sur les fréquences de résonance pour mener son étude sur la perception du genre d'une voix. Selon son étude, ces fréquences de résonance sont primordiales dans le processus de perception de genre de la personne qui nous parle.

Par ailleurs, Carine Klein-Dallant dans *Voix et transidentités* (2019, p.22) a regroupé de nombreux critères provenant de la littérature et de son expérience professionnelle à propos de ce qui contribue à rendre une voix féminine ou non. Pour ce qui est de l'utilisation de la voix en elle-même, on y trouve en effet la hauteur, mais ce n'est pas le seul critère perceptif. On compte également dans ces critères l'articulation : les femmes auraient tendance à mieux articuler que les hommes. Ensuite, le débit et les pauses sont également à prendre en compte, car les femmes parlent plus vite et font moins de pauses dans leur discours. La modulation et le phrasé jouent également un rôle dans la reconnaissance d'une voix comme féminine : les femmes modulent plus leurs discours et leurs fins de phrases sont plutôt ascendantes, alors que celles des hommes sont plutôt descendantes. Au niveau de la communication, selon elle, les femmes et les hommes ont des comportements différents au niveau des mimiques, de la gestuelle, du regard, des mains, de la posture, de la façon de se déplacer, de la façon de répondre au téléphone ou de dire bonjour, ou encore dans l'utilisation du vocabulaire et le choix des mots employés pour le discours.

Ainsi, ces différentes études nous permettent de constater que les différences anatomiques entre les personnes assignées hommes et les personnes assignées femmes ne sont qu'une partie de l'explication de la perception du genre d'une voix que nous entendons. La biologie est un des facteurs d'explication, le social en est un autre qui est tout aussi valide scientifiquement. Arnold (2015a, p. 114) parle ainsi de "techniques [...] utilisées dans le but

³ La fréquence fondamentale.

d'accentuer perceptivement les différences sexuées dans les appareils phonatoires” ; la voix genrée serait au moins en partie façonnée par les locuteurs et locutrices afin qu'elle paraisse plus féminine ou masculine.

Arnold va plus loin dans cette théorie en remettant également en cause la binarité des sexes en biologie. Il insiste sur le fait que le genre n'est pas naturel, mais socialement construit, tout comme notre voix.

“Alors que les différences entre voix de femmes et voix d'hommes ont fait l'objet de nombreuses études et de publications dans le domaine de la phonétique, le genre est une notion qui en est, à quelques exceptions près, totalement absente. Si le terme « genre » est utilisé, il est synonyme de « sexe » et désigne une variable binaire qui est censée déterminer la manière dont des locuteurs féminins ou masculins utilisent leurs voix. Ainsi, les idées qui sous-tendent et qui sont véhiculées par la majorité des études phonétiques sont (1) qu'il existe deux et seulement deux catégories de sexe/genre – femmes et hommes – et que ces catégories sont homogènes, (2) que l'appartenance à l'une de ces catégories est déterminée par le corps du locuteur, et que (3) les différences entre voix de femmes et d'hommes sont principalement dues à un dimorphisme sexuel des organes phonatoires. En phonétique, les catégories genrées ne sont généralement jamais questionnées. Ce qui vient troubler ces croyances est, d'une part, l'existence de locuteurs qui décident de quitter l'identité de genre qui leur a été assignée à la naissance pour transitionner vers une identité différente et, d'autre part, que ces locuteurs adoptent des pratiques vocales du genre vers lequel ils transitionnent. Ainsi, l'exemple de locuteurs transidentitaires montre que les identités de genre ne sont pas déterminées par les corps et que les différences entre voix féminines et masculines sont plus le résultat d'une construction sociale que l'effet d'un dimorphisme sexuel des organes phonatoires.” (Arnold, 2015b, p. 87).

Il ajoute également que la binarité des genres ou des sexes n'est jamais réelle, même biologiquement, ce que l'on a pu constater avec, par exemple, l'existence des personnes intersexes. Plusieurs chercheurs et chercheuses s'accordent avec cette idée, comme Stéphanie Garnier dans *Voix et transidentité* (2019, p. 97), qui cherche à remettre en cause les critères sur lesquels sont fondées les recherches. Le genre est ici vu comme l'un des critères à remettre en cause, puisqu'il est une composante construite socialement et non essentielle. Pourtant, les sciences, les techniques, vues comme des domaines objectifs, l'utilisent comme une donnée immuable et sûre. On peut en déduire que les sciences ne sont pas neutres et sont

toujours inscrites dans une certaine société, dans un contexte historique et social (Gardey, 2017), d'où le fait que les critères vus comme acquis par tous et toutes peuvent parfois être remis en cause.

Dans une société où le langage oral est primordial, la voix est l'outil principal de communication entre les personnes. Chez l'adulte, on distingue des types de voix très variées en fonction des critères évoqués ci-dessus, mais aussi en fonction du sexe biologique de la personne. Même si la croyance selon laquelle les hommes ont une voix grave et les femmes ont une voix aiguë résulte en partie d'une construction sociale, comme nous l'avons développé précédemment, il reste peu commun de rencontrer une femme à la voix très grave ou un homme à la voix très aiguë. Ainsi, une personne transgenre dont la voix n'est pas en concordance avec son corps selon ces critères cisnormatifs, bien que n'ayant pas de pathologie vocale, prend le risque juste en parlant de subir de la transphobie⁴, du jugement, des regards, des interrogations. Ces situations peuvent être très anxiogènes et réduire l'activité sociale de la personne concernée (Dacakis et al. 2013, p. 319). Pour ces raisons, les personnes transgenres présentent souvent de la dysphorie vocale⁵ et un besoin de conformer leur voix aux attentes sociétales correspondant à leur apparence. Les personnes transmasculines qui prennent de la testostérone voient leur voix s'aggraver au fur et à mesure des prises d'hormone, car cette dernière a pour effet d'épaissir leurs cordes vocales. Pour ce qui est des personnes transféminines, une chirurgie et/ou un suivi orthophonique est la plupart du temps nécessaire pour trouver une voix correspondant à des critères plus "féminins". La féminisation vocale est donc bien plus courante en orthophonie, mais la masculinisation existe également, puisque les hommes trans peuvent souhaiter rendre leur voix plus "masculine" sans prise d'hormone, trouver que les hormones ne sont pas assez efficaces à ce niveau, ou encore avoir une dysphonie dysfonctionnelle⁶ suite à une mauvaise utilisation de leur voix.

⁴ La transphobie est définie comme de la "discrimination / haine / aversion / rejet des personnes trans. La transphobie ordinaire paraît souvent anodine aux personnes cis. Ne pas respecter l'identité d'une personne en est un exemple. La transphobie peut être intériorisée, amenant une personne à se haïr elle-même ou d'autres personnes trans." (Planning Familial).

⁵ La dysphorie vocale est un type de dysphorie ressentie parfois par les personnes trans lorsque leur voix n'est pas en adéquation, selon elles ou selon les personnes avec qui elles interagissent, avec leur véritable genre.

⁶ Trouble vocal lié à un mauvais geste vocal, entraînant une gêne dans la communication orale (Crevier-Buchman et al., 2006).

2. Suivi orthophonique

Aujourd'hui, le suivi orthophonique de féminisation ou de masculinisation vocale ne suit pas un protocole strict et normé. Cependant, on peut distinguer quelques grands domaines concernés par ce suivi, que Carine Klein-Dallant (2019, p. 48) regroupe dans son recueil *Voix et transidentités* :

- la hauteur, qui n'est pas directement modifiée puisque ce sont les paramètres travaillés tels que l'articulation et l'utilisation systématique du registre léger⁷ qui vont souvent permettre son augmentation, ainsi que le passage du mécanisme 1 au mécanisme 2⁸,
- toutes les intensités sont travaillées afin de permettre à la patiente ou au patient de s'adapter à chaque situation,
- la douceur,
- le timbre,
- la modulation,
- l'articulation, qui est antériorisée et précisée dans le cadre d'une féminisation vocale, et la résonance (notamment par le biais du travail du 3ème formant),
- le débit / les pauses, la relaxation oro-pharyngée, la détente de l'articulation,
- le souffle, qui consiste en un travail du soutien sous-glottique pour permettre un relèvement du larynx et pour potentiellement ajouter un peu de souffle à la voix,
- l'intonation / intention, avec un travail sur les débuts, milieux et fins de phrases, intonations ascendantes, descendantes, allongement des voyelles,
- le hémmeage, la toux, le rire.

Les personnes transféminines peuvent également accéder à divers types de chirurgie pour modifier leur voix, dont il faut prendre compte lors de l'accompagnement orthophonique. En effet, le travail effectué avec la personne ne sera pas le même en fonction de sa situation : si elle s'est fait opérer ou souhaite se faire opérer, si elle ne l'envisage pas du tout, ou encore si l'opération a échoué, le suivi orthophonique sera adapté à l'une ou l'autre de ces situations.

⁷ C'est lorsque la voix est plutôt émise en voix de tête, et non pas en voix de poitrine.

⁸ Les mécanismes laryngés sont des configurations vibratoires des cordes vocales, qui permettent l'émission de sons plus ou moins aigus. Il existe 4 mécanismes laryngés : M0, M1, M2 et M3, rangés ici du plus grave au plus aigu (Lamesch, 2006, p. 12).

Cette prise en soins orthophonique repose donc majoritairement sur les critères énoncés précédemment, qui nous permettent d'envisager le genre d'une voix. Comme nous l'avons vu, ces critères sont en grande partie socialement construits et reposent sur des injonctions normatives et des stéréotypes de genre auxquels il faut faire attention dans le cadre du suivi orthophonique. Il s'agirait de ne pas perpétuer un cadre normatif et des injonctions sexistes. Stéphanie Garnier dans *Voix et transidentités* (2019, p. 97) parle de travaux scientifiques influencés par "une idéologie de genre binaire, biologisante, voire sexiste et/ou hétéro-normative". Elle poursuit avec l'idée qu'il faut éviter autant que possible de répondre à la demande des personnes transféminines avec "des méthodes et un travail qui reconduisent et renforcent les formes de perception / catégorisation / essentialisation du sexe et du masculin / féminin et qui instituent la femme comme "être perçu", ainsi vouée à se percevoir à travers les catégories dominantes, autrement dit masculines". Autrement dit, tous les stéréotypes que l'on a évoqué concernant les voix "féminines" ou "masculines" doivent être remis en cause, questionnés à la fois par l'orthophoniste et par la patiente ou le patient. Le suivi orthophonique aurait donc tout intérêt à contenir une part non-négligeable de dialogue avec la patiente ou le patient afin d'atteindre un même but commun : une voix qui correspond à la personne, et non une voix qui répond à des injonctions sexistes et cis-normées.

"Définir le féminin procède d'une déconstruction nécessaire du concept de femme tel qu'il est conçu, nous l'avons vu plus haut, en référence à des coordonnées biologiques politiques et sociales. Il s'agit en analysant diverses ressources sémiotiques (paroles, conduites vocales, gestuelles, posturales...) de débusquer les sexismes linguistiques et de comprendre comment ces pratiques renforcent ou mettent à l'épreuve l'idéologie de genre dominante avant d'en faire un usage raisonné dans un domaine à visée thérapeutique." (Garnier, 2019, p. 97)

Par ailleurs, nous avons également évoqué précédemment l'existence des personnes non-binaires et la pluralité des genres existants. Le domaine de la voix apparaît pour Arnold (2015a) comme un "site propice à la contestation de la binarité du genre", du fait de la grande variabilité existante entre les différentes voix et l'impossibilité d'assigner un genre à une personne en fonction de sa voix :

"Les voix des femmes butch, des hommes folles, des drag kings et queens, ou des personnes trans peuvent, d'une part, permettre de défaire les idéologies de genre selon

lesquelles une voix de femme est toujours féminine ou une voix d'homme toujours masculine et, d'autre part, permettre de repenser les identités de genre en général comme non-binaires mais infiniment variables". (Arnold, 2015a, p. 116)

Une personne trans peut souhaiter conserver sa voix telle quelle, cela ne remettra pas en cause sa transidentité. De-même, elle peut souhaiter modifier certains aspects de sa voix sans vouloir une voix correspondant parfaitement à l'idée que l'on se ferait d'une voix appartenant à un genre ou l'autre ; le principe même d'être *queer* est de souhaiter casser les codes du genre, de remettre en question par sa propre existence et sa propre expression de genre les normes contraignantes et restrictives imposées par la société cis-normée. Ainsi, nombreuses sont les personnes trans ou *queer* qui rejettent ces normes et souhaitent normaliser et mettre en avant les alternatives. Dans ce cadre, nous ne pouvons plus nous permettre de penser la voix comme pouvant se ranger dans deux cases, l'une "de femme" et l'autre "d'homme".

Pour aller plus loin, nous pourrions nous questionner sur les termes "féminisation" et "masculinisation" qui, comme nous l'avons démontré, reposent sur des stéréotypes et des normes sexistes et binaires. Ces termes excluent parfois une certaine catégorie des personnes que nous pouvons recevoir dans nos cabinets : celles qui, pour diverses raisons, ne veulent pas avoir une voix entièrement conforme à l'idée que l'on se fait d'une voix de femme ou d'une voix d'homme. De même, se référer aux personnes cisgenres pour effectuer un suivi orthophonique d'une personne transgenre n'est que rarement adapté du fait des différences biologiques mais aussi des différences de vécu entre ces deux catégories de personnes, c'est pourquoi les orthophonistes doivent aussi questionner leur pratique, leurs pensées et les normes qu'elles et ils ont intégrées. Ainsi, nous proposons le terme "transition vocale", que nous avons employé précédemment dans ce travail et qui semble plus neutre et moins porteur de stéréotypes.

3. Généralisation de la transition vocale

Au-delà du processus de féminisation ou de masculinisation vocale, qui peut être plus ou moins rapide selon divers critères tels que la situation et la personne concernée, se pose la question de la **généralisation des acquis au quotidien**. En effet, les personnes trans peuvent faire face à divers freins dans ce processus de généralisation : le rejet de l'entourage, la transphobie, des difficultés de technique vocale, ou encore de l'anxiété lors de l'utilisation de la voix dans certains contextes (Dacakis et al. 2013, p. 319). La voix étant une composante

intrinsèque de notre personne, il peut être parfois difficile pour les proches d'accepter cette nouvelle voix de manière soudaine, et la personne elle-même peut se sentir inconfortable d'utiliser cette voix. Divers témoignages de personnes concernées vont en ce sens : elles évoquent parfois un malaise lorsqu'il s'agit d'utiliser leur voix nouvellement acquise face à des personnes qu'elles connaissent depuis longtemps (Dacakis et al., 2013). Par ailleurs, l'utilisation de cette nouvelle voix peut être un facteur d'anxiété non-négligeable lorsque certaines composantes ne sont pas encore parfaitement maîtrisées ; nous avons vu que, par exemple, la toux, le rire, l'éternuement et tous ces réflexes vocaux que nous avons peuvent faire ressortir "l'ancienne voix" et "trahir" les personnes (Klein-Dallant, 2019, p.47).

Les orthophonistes utilisent déjà aujourd'hui diverses techniques de généralisation, aussi appelées transfert des acquis au quotidien. Le principe de ces techniques est de transférer les nouveaux apprentissages vocaux dans la vie quotidienne, d'acquérir des automatismes et de ne pas obtenir un résultat satisfaisant uniquement dans un endroit calme, propice à la concentration et sans aucun distracteur. Les techniques employées aujourd'hui sont entre autres l'insertion de conversations soit-disant informelles au milieu de la séance, l'insertion de perturbateurs (feuilleter un livre, mettre un fond sonore, ranger un livre...), l'entraînement avec des personnes inconnues si cela est possible (dans les magasins, au téléphone, dans la rue...), des mises en situation, du travail sur le hémme, la toux, le rire, la voix projetée ou encore de la sensibilisation à l'hygiène vocale. Ce travail doit être régulièrement repris en dehors des séances afin d'installer ces automatismes (Klein-Dallant, 2019, p.46).

Ces diverses méthodes ont des limites, puisqu'elles ne mentionnent que très peu les freins cités plus haut : l'anxiété sociale, le rejet de la société ou de la famille quand, par exemple, le passing général n'est pas suffisamment satisfaisant à leurs yeux. Dans *Voix et transidentité*, la relaxation est un sujet abordé pour aider à modifier sa voix mais pas directement pour parler de généralisation vocale (Klein-Dallant, 2019, p.31).

Dans d'autres domaines que celui de la transition vocale, la question de la généralisation des acquis se pose également. C'est le cas par exemple des personnes bègues, qui, après une période de rééducation en cabinet, doivent aussi apprendre à généraliser leurs acquis au quotidien. Outre les techniques mentionnées ci-dessus, qui sont aussi appliquées dans le cadre de la prise en charge du bégaiement, certaines techniques de mises en situation

d'inspiration cognitivo-comportementales, avec l'utilisation de la relaxation, existent également (Brignone-Maligot et al., 1996).

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) sont des “psychothérapies qui agissent par l'observation et la régulation des liens entre les pensées, les émotions et des comportements. Elles ont démontré par de nombreuses études, que l'on peut modifier durablement par ce travail thérapeutique des comportements inappropriés, des pensées automatiques dysfonctionnelles, des évitements émotionnels sources de souffrance” (Maurer et al., 2014). Les TCC ont donc pour base la triade émotions / cognition / développement et tentent d'intervenir sur les liens existant entre ces trois domaines.

Deux des techniques utilisées dans le cadre des TCC sont la relaxation et l'exposition en imagination, qui permettent respectivement de faire diminuer l'anxiété et d'exposer le sujet face à des situations qu'il évite habituellement afin de l'aider à trouver des solutions (Cottraux, 2015).

Pourquoi l'utilisation des TCC ?

L'anxiété sociale est présente chez la moitié des adultes qui bégaiement (Menzies et al., 2009, cités par Piérart, 2011). Neilson en 1999 a démontré que l'utilisation des TCC, couplée à la thérapie orthophonique, permettait une amélioration du fonctionnement global de la personne qui bégaiement et une diminution de l'anxiété et des comportements d'évitement (Neilson, 1999, cité par Piérard, 2011).

“Bandura (1969) théorisait qu'un comportement est le résultat de la manière dont un individu a appris à gérer les demandes de son environnement et ses demandes auto-imposées. Sheenan et Voas (1954) suggéraient que le bégaiement résultait d'un conflit interne approche / évitement. Enfin, Bloodstein (1972) précisait que le comportement appris était la « lutte interne » et l'anxiété d'anticipation que le sujet développait à l'idée de voir apparaître un défaut de sa fluence verbale. Les thérapies de « pratique massive ou négative » (Véra & Leveau, 1990) qui consistent à pratiquer le bégaiement volontairement par un principe d'exposition, tentent de diminuer cette anxiété. En créant la situation redoutée (le bégaiement), le sujet éprouve les émotions qu'il tente d'éviter. En restant confronté à ses émotions, le sujet peut en voir diminuer l'intensité et modifier ses appréciations cognitives.” (Piérard, 2011)

De la même manière, les TCC sont parfois utilisées par les orthophonistes dans le cadre du suivi des personnes transgenres, elles aussi sujettes à l'anxiété dans diverses

situations (Alessandrin, 2019). Agnès Augé dans *Voix et transidentités* (2019, p. 235) part du principe que les TCC peuvent s'appliquer au suivi orthophonique vocal des personnes trans. Premièrement, nos propres mécanismes et réflexes vocaux représentent un conditionnement, puisque "Le cerveau est conditionné à réagir selon les comportements appris en fonction du sexe de départ" : cela correspond à l'étape du développement. Ensuite, les schémas cognitifs se trouvent également dans la voix, puisqu'elle fait partie de la personnalité d'un individu, ce qui représente l'étape de la cognition. Enfin, une personne transgenre aura diverses réactions émotionnelles, la plupart du temps négatives, face à l'image que sa voix renvoie aux autres : cela illustre les émotions. "La thérapie vocale aura pour objectif de créer d'autres automatismes que ceux appris depuis l'enfance" (Augé, 2019, p. 236). Dans ce cadre, les TCC sont utilisées pour apprendre au patient ou à la patiente des comportements vocaux plus adaptés au genre réel, et qu'il ou elle acquiert des automatismes. Augé souligne par ailleurs que "les résistances au changement vocal et les difficultés d'automatisation restent fréquentes" et qu'aucune étude n'a été effectuée jusqu'alors cherchant à prouver l'efficacité de ces thérapies dans le cadre du suivi orthophonique des personnes trans.

Par le biais de cette conclusion, nous avons trouvé pertinent de mener un travail de recherche sur ce sujet.

C. Problématique, questionnements et hypothèses

1. Les questionnements encore non-abordés

Le domaine de la transidentité est encore peu exploré en général, et tout particulièrement en orthophonie. Si l'ouvrage de Carine Klein-Dallant (2019) et ses formations en ligne ont permis l'ouverture sur le sujet, il reste des domaines à investiguer dans la prise en soins des personnes transgenres, tels que les questions éthiques du suivi orthophonique, l'évolution de nos pratiques en fonction de l'évolution sociétale rapide, la création d'outils pour faciliter la prise en soins ou encore la question de la généralisation des acquis et de sa mise en oeuvre.

Afin de répondre à ces divers questionnements, il est primordial de multiplier les travaux de recherche dans le domaine de la voix et de la transidentité, notamment dans le cadre du suivi orthophonique, et d'affûter nos prises en soins cliniques afin qu'elles correspondent au mieux aux besoins des patients et patientes concernées.

2. Problématique

De nos jours, beaucoup de personnes trans rencontrent des difficultés à “trouver leur voix”, cette dernière ne correspondant pas à leur genre, du moins pas à l’idée que l’on se fait de leur genre. En effet, nous avons tendance à assigner un genre aux voix que l’on entend (Ruppli, 2015), et une assignation erronée peut engendrer de la dysphorie de genre ou un rejet social dans plusieurs milieux de la personne concernée (Geoffroy et Chamberland, 2015). L’étude de Geoffroy et Chamberland (2015) nous indique également que le taux de discrimination envers les personnes trans est corrélé avec la profondeur du sentiment de mal-être ressenti. Un changement de voix permettrait donc aux personnes trans à la fois de se sentir mieux, pour elles-mêmes, mais également d’obtenir une meilleure acceptabilité sociale.

Pour ces raisons, certaines personnes trans décident de recourir à un suivi orthophonique, afin de faire correspondre leur voix avec leur genre réel. L’orthophoniste, professionnel de la voix, est en mesure de les aider sur le plan technique : pas à pas, il est alors possible de moduler les intonations, d’aggraver ou au contraire d’alléger sa voix, de faire des modifications nécessaires à une meilleure perception de sa propre voix, et donc à un meilleur vécu. Cependant, au vu de l’histoire souvent chargée de ces personnes, due aux nombreuses discriminations qu’elles subissent (Alessandrin, 2019) et de la dysphorie de genre qui peut être présente, l’aspect psychologique d’une prise en charge orthophonique n’est pas à mettre de côté (Medico et al., 2017). Comme dans le cadre de certaines prises en charge du bégaiement (Brignone-Malligot et al., 1996), il a été rapporté que beaucoup de personnes transgenres avaient des difficultés à prendre la parole dans des lieux publics, dans un groupe ou au téléphone à cause, entre autres, de l’anxiété. Alessandrin (2019) affirme que dans beaucoup de cas, ces personnes ne disposent pas ou peu de soutien social suffisamment étayant pour les soutenir dans cette démarche (rejet de l’entourage proche par exemple).

Aussi, en nous inspirant de mémoires d’orthophonie ayant intégré les thérapies comportementales et cognitives par exposition en imagination afin d’aider aux situations de prises de parole chez les personnes avec un bégaiement, nous avons trouvé pertinent de proposer une prise en charge de ce type aux personnes trans en complément du travail analytique et fonctionnel usuellement proposé. Celle-ci pourra être proposée tout particulièrement aux personnes qui présentent un stress ou une vulnérabilité importante en situation de communication. Nous souhaitons dans un premier temps démontrer l’intérêt de

ce type de prise en charge, et dans un second temps concevoir un protocole de prise en soins à destination des orthophonistes.

3. Hypothèses

Nous avons vu que les personnes transgenres présentaient diverses caractéristiques complexes et que leur situation, entre autres, amenait probablement plus d'anxiété que dans le reste de la population (Dacakis et al., 2013).

Le processus de transition vocale qui se fait auprès d'un ou une orthophoniste est long et jonché d'obstacles mais souvent nécessaire pour contrer la dysphorie vocale de genre et donc améliorer la qualité de vie des personnes transgenres. Cependant, les orthophonistes peuvent encore manquer d'outils concrets pour accompagner leur patient ou patiente dans le processus de transfert des acquis. Ainsi, nous avons construit le protocole *OutVoice* dans le but de faciliter le transfert des acquis chez les patientes et les patients, mais aussi pour les orthophonistes qui les accompagnent.

Nous émettons ainsi l'hypothèse générale, dans notre recherche, que l'utilisation d'un protocole inspiré des TCC permet aux personnes trans ayant une vulnérabilité sociale d'accéder à une meilleure généralisation de leur voix et un transfert au quotidien. La deuxième hypothèse générale est que l'amélioration du transfert des acquis permet une réduction de l'appréhension que peuvent avoir les personnes transgenres lorsqu'elles doivent utiliser leur voix dans certains contextes. Enfin, la dernière hypothèse générale est que le protocole améliore le bien-être de la personne concernée en permettant une meilleure perception de sa voix.

Les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

1. Il y a un manque d'outils concrets pour travailler la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée

Étant donné les études citées précédemment et le travail déjà effectué dans le domaine de la transition vocale, nous pouvons émettre l'hypothèse que le sujet du transfert des acquis est encore peu traité et que les outils concrets pour le mettre en place manquent aux orthophonistes.

2. Le protocole permet d'effectuer un travail spécifique sur le transfert des acquis.

La mise en place d'un protocole destiné aux orthophonistes doit permettre un travail sur le transfert des acquis au quotidien. Ce travail doit être spécifique et répondre au besoin d'utiliser un outil pour traiter ce sujet précisément.

3. Le transfert des acquis permet une réduction de l'anxiété liée à l'utilisation de la voix dans diverses situations sociales.

Grâce aux remplissages des grilles d'évaluation avant et après la passation du protocole, nous pourrions savoir si la généralisation vocale qui s'est opérée grâce au protocole a permis une diminution de l'anxiété chez les patientes et patients concernés.

4. Le protocole permet d'augmenter quantitativement et qualitativement le nombre d'interactions sociales ou de lieux fréquentés par les personnes trans.

Nous avons réalisé ce protocole dans le but de diminuer l'anxiété liée à l'utilisation de la voix dans certains contextes. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que l'une des conséquences de la diminution de l'anxiété ou de l'appréhension est une amélioration et une augmentation qualitative et quantitative des interactions sociales des patientes et patients.

D. Conclusion

La particularité du suivi orthophonique des personnes trans réside dans le fait que la transidentité n'est pas une pathologie. Certes, les personnes transgenres ont parfois besoin de professionnels médicaux pour effectuer une démarche de transition médicale (ou physique), mais nous devons avoir conscience que cette démarche s'effectue dans le cadre de la santé au sens large, c'est-à-dire du bien-être de la personne. Si l'on part de ce principe, étant donné les difficultés d'insertion que peuvent rencontrer les personnes trans à cause notamment des discriminations dont elles peuvent être victimes, il est impossible d'isoler le travail de la voix sans penser à l'aspect psychologique global de la personne. Les personnes trans faisant face à de nombreuses difficultés dans tous les domaines, il est aisé d'imaginer que leur stress est supérieur à celui des personnes cisgenres, comme certaines études tentent de le démontrer depuis quelques années (Dacakis et al., 2013 ; Gardey et al., 2017 ; Geoffroy et al., 2016). Les orthophonistes qui prennent déjà en charge des patientes et patients transgenres témoignent majoritairement en ce sens, en parlant d'appréhension, de malaise ou d'anxiété de ces personnes face à certaines situations sociales.

C'est dans ce cadre que le protocole *OutVoice* intervient. Par le biais de la relaxation et de techniques de mise en imagination inspirées des TCC, nous souhaitons faciliter la généralisation au quotidien de ce qui a été appris en séance, afin de réduire l'anxiété ressentie par les personnes et, au final, améliorer le bien-être général des patients et patientes.

Cette approche orthophonique n'a cependant pas pour vocation de se substituer au travail qui pourrait être effectué en psychothérapie ; nous proposons une approche complémentaire, car c'est l'orthophoniste qui semble être la personne la mieux placée pour travailler la voix. L'emprunt d'un outil spécifique aux TCC se fait en toute humilité et en pleine connaissance des limites de notre pratique.

Partie pratique

Pour rappel, notre travail de recherche porte sur le suivi orthophonique des personnes transgenres dans le cadre d'une féminisation ou d'une masculinisation vocale. Plus précisément, nous avons mis en place un protocole fondé sur la relaxation afin de faciliter la généralisation des acquis dans certaines situations, et souhaitons démontrer son intérêt. Pour cela, nous avons dans un premier temps mené une étude préliminaire grâce à un questionnaire en ligne destiné aux orthophonistes, qui nous a permis de cibler leurs besoins ainsi que ceux de leurs patients et patientes. Ensuite, le protocole *OutVoice* a été élaboré et transmis aux orthophonistes et logopèdes intéressées.

A. Enquête préliminaire

1. Population

La population concernée par cette enquête préliminaire est composée des orthophonistes qui suivent (ou ont déjà suivi) des personnes trans dans le cadre d'une féminisation ou d'une masculinisation vocale. Nous avons partagé le questionnaire via des groupes spécifiques sur les réseaux sociaux afin de cibler les orthophonistes effectuant ce genre de suivi.

Voici les critères d'inclusion :

- Être orthophoniste (ou logopède) actuellement en exercice
- Avoir déjà au moins une fois pris en soins un patient ou une patiente pour une féminisation ou une masculinisation vocale (ou en suivre actuellement).

35 orthophonistes ou logopèdes ont répondu au questionnaire. Sur les 35 personnes ayant répondu, 7 ne prenaient pas en charge de personnes transgenres, et n'ont donc pas eu accès à l'entièreté du questionnaire ; nous les avons exclues de notre étude, ce qui laisse 28 participants et participantes. Voici leurs caractéristiques :

Nombre d'années d'exercice

La répartition du nombre d'années passées depuis l'obtention du diplôme de capacité en orthophonie est variée, allant de moins d'un an à 40 ans.

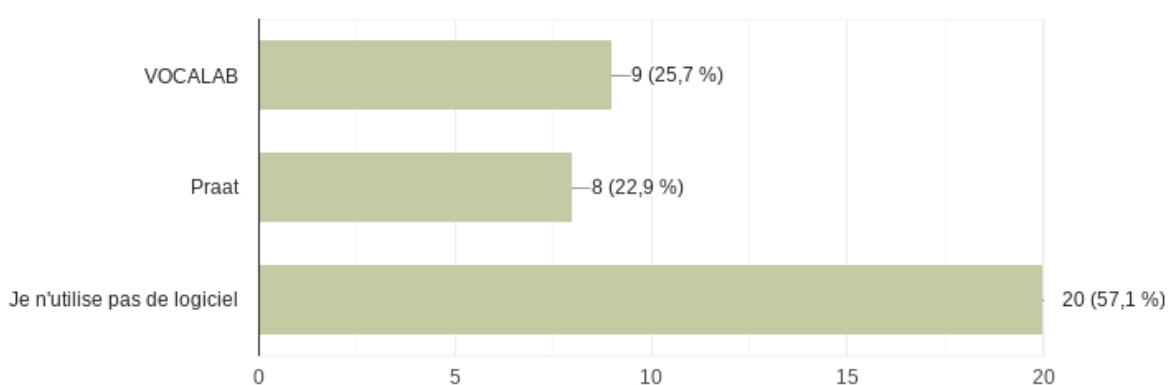
Nombre d'années depuis le diplôme	- de 5	5 - 10	10 - 20	20 - 30	+ de 30	TOTAL
Nombre d'orthophonistes	4	10	7	4	3	28
Pourcentage	14,3	35,7	25	14,3	10,7	100%

Tableau 1 - Nombre d'années d'exercice des orthophonistes

On peut observer que la majorité des orthophonistes ayant répondu ont obtenu leur diplôme il y a plus de 5 ans, ce qui peut mettre en évidence un besoin d'expérience pour réaliser ce genre de suivis.

Utilisation d'un logiciel

Cette question nous a permis de spécifier certaines parties de notre protocole en fonction des pratiques des orthophonistes et logopèdes. Les résultats montrent que la majorité des orthophonistes / logopèdes ayant répondu au questionnaire n'utilisent pas de logiciel tels que VOCALAB ou PRATT pour leurs bilans et rééducations de la voix.



Graphique 1 - utilisation de logiciels par les orthophonistes sondées

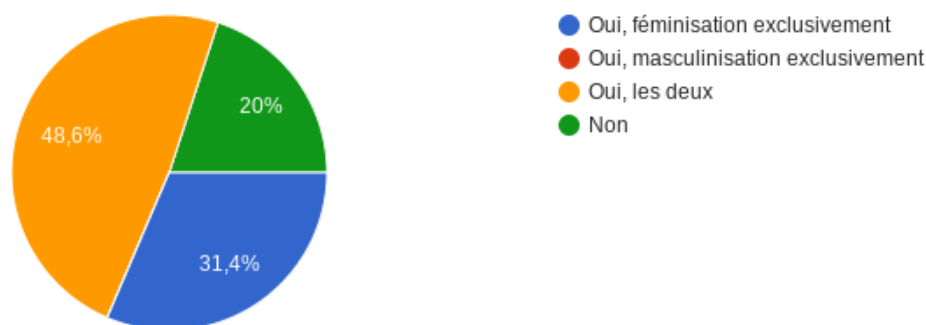
Ces résultats mettent en exergue un potentiel besoin de subjectivité des orthophonistes dans les bilans vocaux des personnes transgenres. Par ailleurs, nous avons pu utiliser ces données pour l'élaboration du protocole et ainsi ne pas demander aux orthophonistes de mesures objectives.

Familiarité avec les prise en soins de personnes transgenres

Parmi les orthophonistes et logopèdes ayant répondu, 80% prennent en soin ou ont déjà pris en soin des personnes transgenres. Les 20% restants n'ont donc pas eu accès à la suite du questionnaire.

Prenez-vous en charge des personnes transgenres dans le cadre de féminisations ou masculinisations vocale ?

35 réponses



Graphique 2 - pourcentages d'orthophonistes prenant en soins des personnes transgenres

2. Matériel - supports

Intention

Le questionnaire a été réalisé grâce à la plateforme “Google Forms”, qui nous a permis des démarches simples au niveau de l'utilisation et du partage par lien. L'absence de questions à propos d'informations médicales ou à caractère personnel nous a permis d'utiliser cette plateforme.

La réalisation de cette partie du protocole a été motivée par divers questionnements. En effet, nous souhaitons savoir si nos hypothèses étaient partagées par les orthophonistes ou logopèdes prenant en soin des personnes transgenres dans le cadre de féminisations ou de masculinisations vocales. Ainsi, nos questionnements sont les suivants :

- Combien d'orthophonistes sont potentiellement intéressées⁹ pour participer à la mise en place du protocole ?

⁹ Nous avons décidé d'utiliser le féminin pour les accords des orthophonistes, puisque les femmes représentent une très large majorité de cette population.

- Quel pourcentage d'orthophonistes ont des difficultés avec la généralisation dans le suivi des personnes transgenres ?
- En conséquence, notre démarche est-elle justifiée ?

Les questions ont donc été orientées de sorte à cerner les besoins des professionnels et professionnelles concernant la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée, leur profil général et les formations déjà effectuées. Nous avons également sondé les participants et participantes sur leur intérêt ou non pour le protocole présenté.

Contenu du questionnaire

Le questionnaire s'ouvre sur une brève description du sujet d'études. L'orthophoniste doit ensuite indiquer des informations générales :

- année du diplôme,
- utilisation ou non d'un logiciel pour le bilan et/ou les suivis dans le domaine de la voix,
- prise en soins de personnes transgenres dans le cadre de féminisations ou masculinisations vocales.

Si l'orthophoniste ne prend pas en charge de personnes trans dans ce cadre, le questionnaire s'arrête à cette étape.

Les questions sont ensuite orientées sur les prises en soin :

- depuis combien de temps des féminisations / masculinisations vocales sont-elles pratiquées,
- formations effectuées sur ce sujet,
- sentiment d'efficacité dans ces suivis,
- nombre de patients et patientes concernées par ce suivi actuellement,
- nombre de patients et patientes, parmi ceux et celles-ci, qui ont déjà bénéficié de plus de 10 séances d'orthophonie,
- présence de difficultés de transferts des acquis,
- critères expliquant, selon eux ou elles, les difficultés de transfert des acquis au quotidien.

Puis, les questions concernent l'amélioration du transfert des acquis :

- utilisation d'outils spécifiques pour améliorer le transfert des acquis,

- mesure subjective de l'efficacité de ces outils.

La fin du questionnaire permet d'évaluer l'intérêt des participants et participantes pour le protocole construit dans le cadre de cette étude. Après une brève description du protocole et de ses objectifs, les questions suivantes sont posées :

- pensez-vous que l'utilisation de ce protocole pour faciliter le transfert des acquis au quotidien chez les patient-es en transition vocale pourrait améliorer votre pratique ?
- nombre de patientes et patients pouvant potentiellement bénéficier de ce protocole,
- souhait, possibilité ou non de participer à l'expérimentation de ce protocole,
- si oui, pour combien de patientes et/ou patients ?
- récolte de coordonnées (adresses électroniques) pour communiquer à propos du protocole.

Pour terminer, nous avons laissé une section de remarques et commentaires libres afin que les participants et participantes puissent s'exprimer à propos du questionnaire et de l'objet d'études.

3. Procédures

Divers types de questions étaient présents dans le questionnaire : des questions ouvertes, fermées, ou des questions à choix multiples. Après avoir cliqué sur le lien pour accéder au questionnaire, l'orthophoniste / logopède devait répondre à un certain nombre de questions (nombre déterminé en fonction de sa réponse à la question "prenez-vous en charge des personnes trans dans le cadre de féminisations ou de masculinisations vocales ?").

La diffusion des questionnaires s'est effectuée via les réseaux sociaux et le bouche-à-oreille, une première fois sur plusieurs groupes spécifiques fin août 2020, puis un rappel a été effectué sur ces mêmes groupes en septembre 2020. La durée estimée de remplissage du questionnaire (en répondant à toutes les questions) est de moins de dix minutes.

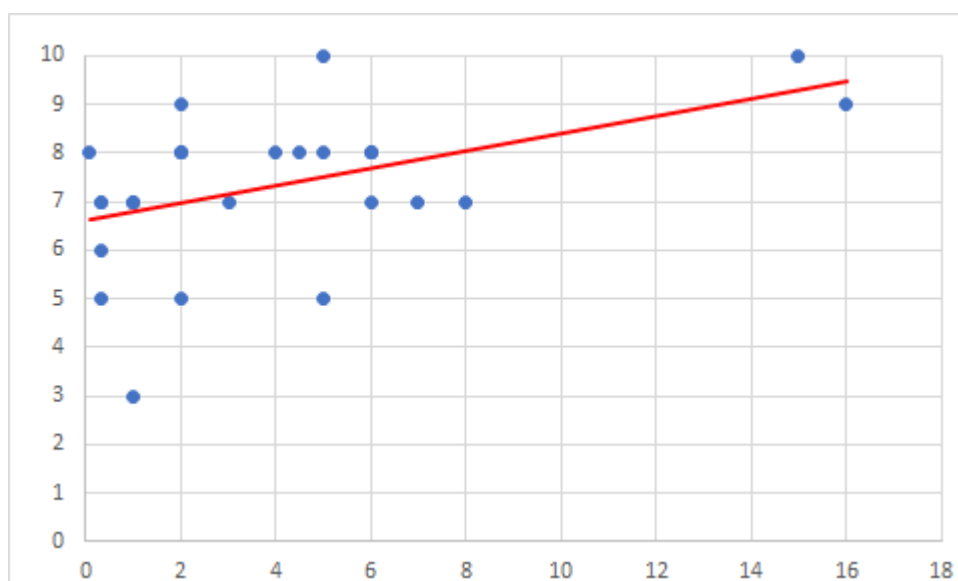
Pour analyser les données récoltées, nous avons créé un tableau dans le logiciel Microsoft Excel et nous nous sommes également servi des graphiques générés automatiquement par Google Forms.

4. Résultats

Suivis des personnes trans et sentiment d'efficacité

Le nombre d'années d'expérience dans le suivi des personnes trans varie selon les orthophonistes, allant de 1 mois à 16 ans. La moyenne est de 4 ans et la médiane est de 2,5 ans.

Nous cherchons à savoir s'il existe une corrélation entre le nombre d'années d'expérience dans le suivi des personnes trans et le sentiment d'efficacité des orthophonistes dans cette prise en soins. Pour cela, nous avons appliqué le test de corrélation linéaire de Pearson avec l'hypothèse nulle $H_0 =$ il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'années d'expérience et le sentiment d'efficacité dans le suivi orthophonique des personnes transgenres. Le coefficient de corrélation est $\rho = 0,4781$. Ce résultat indique une faible corrélation entre les données¹⁰.



Graphique 3 - Corrélation entre le sentiment d'efficacité et le nombre d'années d'expérience

Ainsi, nous pouvons en conclure que le sentiment d'efficacité des orthophonistes dans le suivi des personnes trans est peu dépendant du nombre d'années d'expérience.

Par ailleurs, 16 orthophonistes sur 28 ont déjà suivi une formation dans ce domaine. Nous pouvons appliquer le même test de Pearson :

¹⁰ Pour rappel, si la valeur ρ se situe entre -0,5 et 0,5, alors la corrélation est faible.

$\rho = -0.1523$ Intervalle de confiance à 95% [-0.4971 ; 0.2341]

Le coefficient indique une corrélation négative faible. Les orthophonistes ayant répondu au questionnaire ne se sentent pas plus efficaces après avoir suivi une formation.

Ces résultats sont à prendre en compte dans l'élaboration du questionnaire et nous permettent de constater, parmi la population concernée, un sentiment d'efficacité plutôt bon et peu dépendant des formations déjà effectuées ou du nombre d'années d'expérience. Cependant, de manière plus qualitative, nous avons également pu constater le manque de diversité des formations proposées dans ce domaine.

Au moment du questionnaire, les orthophonistes ou logopèdes sont une majorité à suivre moins de 5 patients ou patientes trans : cela concerne 20 orthophonistes, soit 71,5%. Ce chiffre nous indique que le suivi des personnes transgenres pour une transition vocale reste minoritaire dans la pratique des orthophonistes, et concerne rarement la majorité d'une patientèle. Les orthophonistes peuvent ainsi, la plupart du temps, appliquer des méthodes très spécifiques à leur patient ou leur patiente selon ses goûts, ses valeurs, son mode de vie, ce qui explique en partie l'absence de corrélation entre la formation et le sentiment d'efficacité.

Difficultés de transfert des acquis

Sur les 28 orthophonistes sondées, 23 observent ou ont déjà observé des difficultés de transfert des acquis au quotidien, au moins ponctuellement, ce qui représente 82% de la population ayant répondu à l'enquête.

Plus précisément :

- La majorité des orthophonistes observent des difficultés de transfert des acquis pour un ou deux patients ou patientes (10 d'entre elles ou eux),
- 6 orthophonistes observent des difficultés de transfert pour quelques patients ou patientes,
- une orthophoniste observe ces difficultés pour la moitié de ses patients ou patientes,
- une orthophoniste observe ces difficultés pour tous ses patients et toutes ses patientes,
- 4 orthophonistes n'ont pas actuellement de patients ou patientes trans mais ont déjà observé des difficultés dans ce domaine,
- une orthophoniste précise que c'est seulement sur certains aspects qu'elle observe des difficultés de transfert.

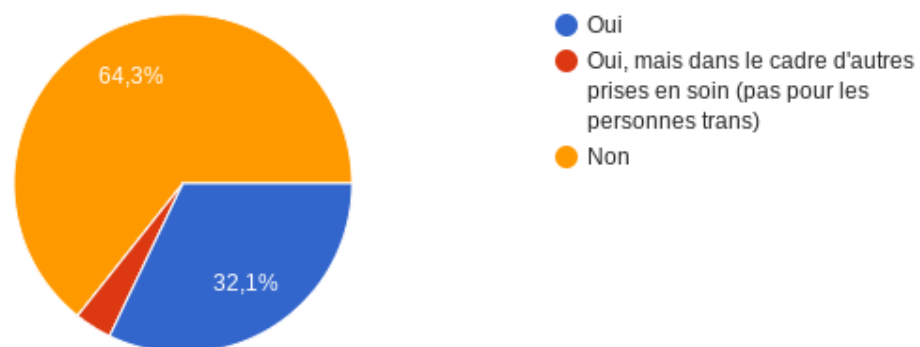
Les critères majoritaires expliquant ces difficultés sont : des interactions sociales limitées (64,3%), un rejet ou de la transphobie de la part de l'entourage (39,3%), de la timidité ou de l'anxiété (39,3%), un état de déprime ou de dépression (21,4%) et des difficultés d'acquisition techniques (25%). On peut également noter la peur d'avoir une voix artificielle, un coming-out trans partiel (par exemple, pour les personnes dont la sphère professionnelle n'est pas au courant) et un manque d'entraînement.

Il semble donc primordial, au vu de ces résultats, que notre protocole puisse cibler des situations spécifiques et personnelles afin de répondre aux besoins de chaque patient et patiente. En effet, ce sont dans les situations sociales que les patients et patientes des orthophonistes ayant répondu à l'enquête ont le plus de difficultés ; c'est donc dans ces moments précis que l'on doit intervenir afin que la voix soit automatisée.

Outils et pistes d'amélioration

Avez-vous déjà utilisé des outils spécifiques permettant le transfert des acquis pour certain-es de vos patient-es ?

28 réponses

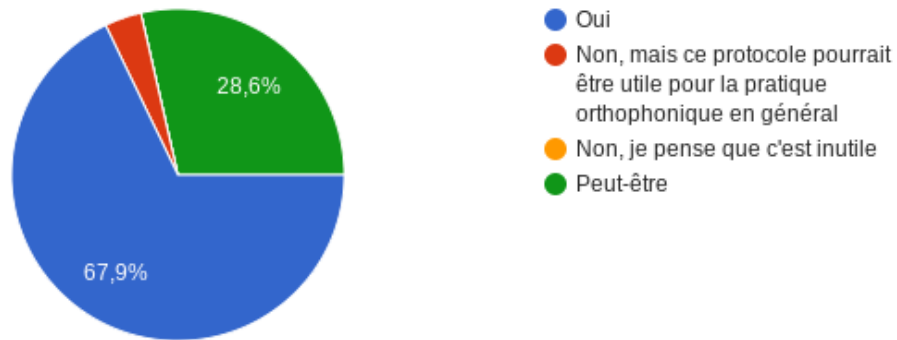


Graphique 4 - Utilisation d'outils spécifiques pour le transfert des acquis

La majorité des orthophonistes dans le cadre de cette enquête n'utilisent pas d'outils spécifiques permettant le transfert des acquis. Or, 100% des orthophonistes qui en utilisent ou en ont déjà utilisé trouvent cela efficace (notes de 5 ou plus sur une échelle allant jusqu'à 10). De plus, une large majorité des orthophonistes et logopèdes ayant répondu au questionnaire pensent que l'utilisation d'un protocole tel que celui que nous leur avons présenté pourrait améliorer leur pratique.

Pensez-vous que l'utilisation de ce protocole pour faciliter le transfert des acquis au quotidien chez les patient-es en transition vocale pourrait améliorer votre pratique ?

28 réponses



Graphique 5 - protocole et attentes dans la pratique orthophonique

Ainsi, on peut en conclure qu'il est pertinent de proposer un outil concret aux orthophonistes et logopèdes pour accompagner leurs patients et patientes dans le transfert au quotidien des acquis vocaux.

Avis des orthophonistes sur le protocole

Treize orthophonistes ont rempli le dernier champ du questionnaire afin de donner leur avis sur le protocole proposé. De ces réponses ressort un engouement général pour le principe du protocole, nous confortant dans l'idée de la pertinence de cette proposition.

Limites et portée des résultats

Les résultats de cette enquête préliminaire indiquent un besoin d'outil concret pour travailler la généralisation vocale avec les patients et patientes trans. Cet outil ne devra pas nécessiter de formation préalable, puisque les orthophonistes prenant en soin des personnes trans dans le cadre d'une féminisation ou d'une masculinisation vocale ont des profils et attentes variés.

Par ailleurs, ce questionnaire nous a permis d'orienter la construction de notre protocole et de cerner les difficultés actuelles des orthophonistes en termes de généralisation de la voix parlée féminisée ou masculinisée. En conséquence, nous avons décidé de poursuivre cette étude et de réaliser le protocole *OutVoice*, afin de répondre aux attentes des orthophonistes ayant répondu au sondage.

En revanche, il faut prendre en compte le fait que les résultats obtenus ne sont pas représentatifs de la population concernée, la cohorte étant trop faible. De plus, une attention particulière a été portée aux résultats qualitatifs, rendant l'analyse quantitative plus difficile.

B. Elaboration du protocole *OutVoice*

1. Généralités

Objectifs

Nos propres hypothèses quant aux difficultés que peuvent rencontrer les personnes transgenres, la littérature allant en ce sens et les orientations prises par le questionnaire préliminaire nous ont démontré la pertinence de construire un protocole pour faciliter le transfert des acquis de la voix parlée féminisée ou masculinisée. Ce protocole se veut être un outil concret, simple et utilisable par toutes les orthophonistes.

Afin de répondre aux hypothèses opérationnelles énoncées dans la partie théorique, nous avons élaboré des objectifs pour ce protocole, qui sont les suivants :

- permettre aux orthophonistes et logopèdes l'utilisation d'un outil simple et protocolisé,
- permettre une meilleure généralisation de la voix féminisée ou masculinisée dans certains contextes spécifiques,
- permettre une meilleure automatisation de la voix féminisée ou masculinisée,
- réduire le stress lié à l'utilisation de cette voix nouvellement acquise.

Population

Le protocole est à destination des personnes transgenres ou non-binaires étant suivies par un ou une orthophoniste dans le cadre d'une transition vocale et ayant des difficultés de transfert des acquis au moins dans certaines situations sociales.

Voici les critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
----------------------	----------------------

Personne transgenre bénéficiant d'un suivi orthophonique pour une féminisation ou une masculinisation vocale Ayant déjà bénéficié d'au moins 10 séances d'orthophonie Ayant déjà des acquis au niveau vocal	Présence d'une ou plusieurs pathologie(s) vocale(s) (nodules, kystes...)
---	--

Tableau 2 - Critères d'inclusion et d'exclusion des patients et patientes

2. Matériel

Le protocole est constitué de trois documents : un manuel d'utilisation, un questionnaire et des fiches de passation. Tous ces documents ont été confectionnés pour pouvoir être remplis à la main ou sur l'ordinateur.

Manuel d'utilisation

Le manuel est destiné aux orthophonistes ou logopèdes. Il contient un récapitulatif du contenu du protocole, un résumé des objectifs de ce dernier, des explications théoriques à propos de la méthode choisie (l'exposition en imagination par le biais de la relaxation), une description de l'application du protocole étape par étape ainsi qu'une description précise du déroulement des séances et, enfin, des exemples.

Ce manuel a été conçu pour guider les orthophonistes ou logopèdes pas à pas dans le déroulé du protocole et leur apporter la théorie nécessaire pour justifier la méthode adoptée. Le but est qu'une orthophoniste non formée sur les TCC ou sur la relaxation puisse quand même mettre en œuvre ce protocole.

Questionnaire patient-e

Le questionnaire est destiné au patient ou à la patiente. Il permet en premier lieu de recueillir des informations générales à propos de la personne : âge, profession, s'il ou elle est *out* auprès de son entourage, nombre de séances déjà effectuées en orthophonie, recours ou non à une chirurgie laryngée, recours ou non à une pratique de relaxation.

Ensuite, la patiente ou le patient doit élaborer, avec l'orthophoniste, une échelle de situations de niveaux 1 à 10 (1 = situation peu stressante, 10 = situation stressante). Cette échelle nous permettra de comparer les réponses de manière inter et intra-individuelle.

La personne concernée par le suivi doit ensuite remplir une grille d'évaluation qui nous a permis de noter subjectivement la satisfaction de la personne vis-à-vis de sa propre voix. La grille à remplir contient des items du *Trans Women Voice Questionnaire* - TWVQ¹¹ (Dacakis et al., 2013) et du *Voice Handicap Index* - VHI (Jacobson, 1997). 22 items concernant le comportement psychosocial lors de l'utilisation de la voix ont été sélectionnés pour permettre une évaluation spécifique au protocole.

Le VHI concerne les troubles de la voix et l'impact de ceux-ci sur le quotidien de la personne concernée. Dans cette grille, les questions sont regroupées en 3 catégories : les impacts fonctionnels, émotionnels et physiques. Ce questionnaire contient 30 items, et donc 10 items par catégorie. Pour remplir la grille, le patient ou la patiente doit faire un choix pour chaque item entre "jamais", "presque jamais", "parfois", "presque toujours" et "toujours" et cocher la case correspondante entre 0 et 4, 0 correspondant à "jamais" et 4 correspondant à "toujours". Ainsi, plus le score est élevé, plus l'impact de l'altération vocale est important sur un ou plusieurs aspects du questionnaire (Jacobson et al., 1997). Bodin, dans son mémoire en 2003, propose une version francophone du questionnaire en y intégrant une quatrième catégorie : les caractéristiques vocales. 10 questions sont alors ajoutées au VHI original de Jacobson. C'est à partir de cette version que nous avons construit notre grille. Rosen et ses collaborateurs (2004) ont contribué à l'étalonnage du VHI en le développant et en le testant.

Le TWVQ, quant à lui, est un questionnaire à destination des femmes transgenres. Il a été réalisé en 2013 dans l'objectif de proposer une grille d'évaluation vocale spécifique aux personnes transgenres, pouvant s'adapter à leurs problématiques. Cette grille d'auto-évaluation est ressemblante à celle du VHI puisqu'elle en est à l'origine inspirée : en effet, elle est d'abord appelée *Transgender Self-Evaluation Questionnaire* - TSEQ lorsqu'elle est développée par une orthophoniste en 2006, et est fondée sur le VHI. Les évaluations psychométriques de ces deux grilles sont d'ailleurs concomitantes. Après plusieurs modifications, cette grille sortira sous le nom de *transsexual Voice questionnaire* - TVQ en 2012 et est renommée *Trans Women Voice Questionnaire* - TWVQ en juillet 2020. Ce questionnaire contient 30 items, répartis en 4 catégories : le fonctionnement vocal, l'impact

¹¹ Renommé en juillet 2020. Avant cette date, c'était le *Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female transsexuals* - TVQ MtF

psychosocial, les activités et l'impact en société. Pour répondre, la patiente doit cocher la case correspondante pour chaque item sur une échelle de Likert, de 1 à 4, 1 correspondant à "jamais ou rarement", 2 à "parfois", 3 à "souvent" et 4 à "généralement ou toujours". Comme pour le VHI, on considère ici que plus le score est haut, plus l'impact des difficultés vocales spécifiques aux personnes transgenres est important. (Dacakis et al., 2013).

Pour l'élaboration du questionnaire dans le protocole *OutVoice*, nous avons fait le choix de proposer des items spécifiques extraits du VHI et du TWVQ. En parallèle, nous nous sommes également inspirés de certains items de ces deux questionnaires afin de créer de nouvelles questions, plus spécifiques à notre objet de recherche. Dans ce cadre, les items concernant l'impact psychosocial des difficultés vocales ont été priorités, car c'est le questionnement principal qui a mené à la construction du protocole. Le questionnaire final contient donc 22 items.

Afin de proposer une évaluation précise et cohérente entre les items des deux questionnaires, nous avons également proposé une notation lissée et remaniée. Plus la note est haute, plus les difficultés psychosociales et le mal-être liés à la voix sont importants. L'objectif de cette notation n'est pas de comparer les notes des sujets entre eux et elles, mais de faire une analyse intra-individuelle. De ce fait, nous observons surtout la progression ou non de la note dans chacun des items.

Cette partie du questionnaire est à remplir **avant et après** la mise en place du protocole.

Enfin, un formulaire de consentement de participation à l'étude est à signer à la fin du questionnaire.

Fiches de passation

La fiche de passation contient tout d'abord un bref rappel des étapes d'une séance, puis une série de questions destinées principalement à l'orthophoniste à remplir avant ou juste après chaque séance. Ces questions sont fondées sur l'observation de la patiente ou du patient et sur des questions directes, et sont classées en deux parties : un débriefing direct (à remplir pendant ou tout de suite après la séance) et un débriefing différé (à remplir une semaine après).

Pour ce qui est des questions sur l'exposition en imagination, elles concernent son état thymique, l'efficacité de la relaxation, le stress ou l'anxiété, les techniques employées pour

les désamorcer, et les potentiels changements vocaux ou émotionnels durant la mise en situation.

La partie avec les questions différées, quant à elle, est à remplir lorsque la patiente ou le patient a pu expérimenter la situation travaillée en réel. Dans ce cadre, nous cherchons à savoir si l'exposition en imagination a été efficace pour la situation précise, pour une autre situation ou pour aucun de ces deux cas de figure.

3. Procédures

Comme précisé précédemment, ce sont les orthophonistes ou logopèdes qui ont fait passer le protocole à leurs patients ou patientes. Nous avons fait le choix de ne pas rencontrer les patients et patientes et de ne pas faire passer le protocole nous-mêmes, pour plusieurs raisons : la première concerne l'alliance thérapeutique. En effet, la mise en place d'un tel protocole, fondé sur de la relaxation, nécessite une relation de confiance solide entre le ou la thérapeute et la personne qui en bénéficie. Nous ne pouvions pas créer ce lien de confiance en une seule rencontre. De plus, nous avons également pensé qu'il était préférable d'étendre notre recherche à toutes les orthophonistes francophones qui prennent en soins des patientes et patients transgenres, car cela augmentait nos chances de trouver des personnes correspondant aux critères et acceptant de participer à ce travail de recherche.

Le protocole composé des trois documents (manuel, fiche de passation et questionnaire) a été transmis par courrier électronique aux orthophonistes et logopèdes début novembre 2020. Ce protocole est entièrement réalisable en téléorthophonie, si nécessaire. Les orthophonistes / logopèdes ont eu le choix quant au nombre de séances effectuées avec chaque patiente ou patient.

Déroulement du protocole

Tout d'abord, l'orthophoniste ou logopède doit lire le manuel d'utilisation afin de comprendre comment mener les séances lors de la mise en place du protocole. La patiente ou le patient signe ensuite un formulaire de consentement et remplit le questionnaire avec son orthophoniste / logopède. Ce moment sert également à échanger sur les attentes envers le protocole et, pour l'orthophoniste, à connaître les facteurs de déclenchement et de maintien du stress en lien avec les difficultés vocales. Par la suite, plusieurs séances sont effectuées, c'est à l'orthophoniste de choisir le nombre de séances adaptées. Pendant les séances,

l'orthophoniste remplit une fiche de passation, basée sur ses observations et les ressentis du patient ou de la patiente. La dernière étape est l'évaluation des résultats, elle permet d'évaluer l'efficacité du protocole. L'évaluation est à la fois quantitative (le patient ou la patiente doit remplir de nouveau la grille du questionnaire) et qualitative (impressions du patient ou de la patiente sur le protocole).

Déroulement des séances

Les séances se déroulent de la manière suivante :

1) Détente

L'orthophoniste utilise des techniques pour détendre le patient ou la patiente, détaillées dans le manuel.

2) Tensions spécifiques des muscles

L'orthophoniste demande au patient ou à la patiente d'induire une tension dans un endroit choisi durant cinq secondes, puis de relâcher. La personne doit ensuite réitérer l'exercice en contractant de moins en moins fort avec un relâchement à chaque fois. Ce type de détente est inspiré de la technique de relaxation progressive de Jacobson (Larroque, 2013), qui permet une meilleure conscience de son corps et une détente progressive et de plus en plus généralisée. Par ailleurs, cette technique est très fréquemment utilisée en rééducation vocale par les orthophonistes, ce qui a été un critère non-négligeable pour effectuer ce choix.

3) Exposition en imagination

Une fois que la relaxation générale est induite, l'exposition en imagination est amenée. L'orthophoniste doit induire un scénario préalablement choisi parmi ceux que le patient ou la patiente a listés dans son questionnaire, et doit décrire la scène de manière précise pour que la personne puisse l'imaginer et imaginer ses propres réponses. L'exposition doit répondre à quatre caractéristiques nécessaires : elle doit être prolongée, progressive, répétée et complète. Ces caractéristiques permettent de diminuer l'anxiété et d'empêcher le phénomène d'évitement.

4) Débriefing

Le débriefing sur l'exposition doit être fait à la fin de la séance afin de récolter les ressentis du patient ou de la patiente.

5) (facultative) Retour à la relaxation

Cette étape facultative permet de reprendre la relaxation sans exposition afin de ne pas laisser la personne partir avec une charge émotionnelle trop intense liée à l'exercice qui vient de lui être proposé.

4. Variables

Lors d'un futur travail de recherche dont le but sera de déterminer l'efficacité ou non de ce protocole, diverses variables dépendantes et indépendantes seront à prendre en compte lors de l'analyse des résultats.

Les variables dépendantes sont les suivantes :

- Identité de genre

L'identité de genre peut faire varier les résultats. En effet, le protocole n'aura peut-être pas les mêmes effets sur une femme transgenre, pour laquelle les hormones n'auront pas d'impact sur sa voix, sur un homme transgenre, qui verra sa voix baisser progressivement avec la prise de testostérone, ou sur une personne non-binaire, qui pourra ne pas souhaiter une féminisation ou une masculinisation complète ou normée. Ainsi, l'identité de genre des patientes et patients est à prendre en compte dans l'évaluation du protocole.

- Niveau d'anxiété

Le niveau d'anxiété ne sera pas similaire d'une personne à l'autre, et les résultats du protocole pourront différer selon le niveau d'anxiété ou de stress initial de la personne concernée.

- Entourage social / familial / professionnel

Selon la qualité et la pluralité de l'entourage et du soutien apporté à la personne dans son processus de transition, les effets du protocole pourront varier. Par exemple, une personne qui côtoie beaucoup de monde dans différentes sphères, qui est *out* dans tous ces milieux et dont l'entourage est soutenant aura diverses occasions, de fait, d'être plus flexible au niveau de sa voix et pourra probablement obtenir des résultats plus rapidement. A l'inverse, une personne

dont l'entourage est très restreint aura moins d'occasions d'expérimenter sa voix avec d'autres personnes, et les résultats du protocole pourront être plus longs à venir.

- Cadre de vie

Le cadre de vie concerne plutôt la vie quotidienne. Il peut faire varier les résultats, puisqu'une personne vivant au quotidien avec d'autres personnes qui la soutiennent aura plus d'occasions d'expérimenter sa voix féminisée ou masculinisée qu'une personne qui vit seule ou avec des personnes qui ne sont pas au courant de sa transidentité ou ne la soutiennent pas.

- But recherché / voix idéale à atteindre

Le but recherché n'est pas le même selon les personnes, le processus de transition vocale peut donc être plus ou moins long en fonction des caractéristiques vocales initiales et de divers paramètres biologiques et environnementaux. L'orthophoniste ou logopède doit cependant s'assurer tout au long du suivi que le but à atteindre est réaliste afin de ne pas donner de faux espoirs au patient ou à la patiente.

- Qualité de l'alliance thérapeutique

En fonction de la qualité de l'alliance thérapeutique, de la confiance accordée à l'orthophoniste ou logopède, les patients et patientes n'atteindront pas les mêmes résultats dans le même laps de temps.

Les variables indépendantes sont les suivantes :

- Régularité du suivi

L'enquêteur ou l'enquêtrice pourra faire varier la régularité du suivi afin d'observer s'il y a des différences entre les patientes et patients selon cette variable.

- Fréquence des séances

De même, la fréquence des séances peut faire varier les résultats.

- Caractéristiques vocales initiales

Les caractéristiques vocales initiales correspondent à toutes les caractéristiques de la voix que nous avons détaillées dans la partie théorique. Elles sont un élément à prendre en compte pour l'analyse des résultats : par exemple, pour arriver à une même hauteur, une personne à la

voix très grave ou une personne à la voix plus aiguë ne vont probablement pas rencontrer les mêmes difficultés ou mettre le même temps. Il faut également prendre en compte tous les éléments qui peuvent jouer sur ces caractéristiques vocales : la consommation de tabac, la fréquence d'utilisation de la voix...

5. Résultats : retours d'expériences à propos du protocole

Les personnes ayant participé à la mise en œuvre du protocole ont été recrutées par le biais de leur orthophoniste ou logopède, avec qui elles ont effectué toutes les démarches. Nous avons donc été en contact uniquement avec les orthophonistes, et non pas avec les patientes et patients. Les modalités de recrutement des orthophonistes ont été stipulées précédemment.

Afin de faciliter les échanges et de communiquer plus directement avec les orthophonistes, une adresse électronique dédiée au mémoire a été créée. De cette manière, l'envoi des documents du protocole, les réponses aux questions ou les apports de précision ont pu être possibles par courriel. Ainsi, nous avons pu recruter 7 patientes et patients. Voici leurs caractéristiques en fonction des renseignements demandés dans le questionnaire du protocole :

Patient(e)	Âge	Profession	Coming-out effectué	Nombre de séances déjà effectuées	Recours chirurgie laryngée ou relaxation
Mme A	18	Etudiante	Oui : famille proche, amis, université	7	Non
Mme B	17	Lycéenne	Oui	24	Non
Mme C	53	Fonctionnaire	Oui	NC	Non
M. D	25	Etudiant	Oui	5	Yoga et méditation
Mme E	29	Développeuse	Oui	15	Yoga

		web			
M. F	33	Enseignant·e chercheur·se	Partiellement	5	Yoga, stretching, relaxation, méditation
Mme G	24	Etudiante	Oui	13 (séances d'une heure)	Introduction à la sophrologie

Tableau 3 - Profils des patients et patientes

Premières observations

Malheureusement, suite à des défauts de retours des orthophonistes ayant accepté de tester le protocole, les résultats obtenus ne sont pas exploitables pour cette première session de *testing*. Cependant, nous pouvons noter quelques brèves observations au niveau qualitatif, afin de donner des premières pistes de recherche à un potentiel futur Mémoire sur le sujet.

Premièrement, toutes les personnes ayant bénéficié du protocole ont indiqué être plus détendues après chaque séance, ce qui démontre l'efficacité de la relaxation proposée par l'orthophoniste. Cette première observation est pertinente pour la suite de la recherche, car elle renforce l'hypothèse que ce type de relaxation est efficace pour un travail d'exposition en imagination, et pourrait à terme diminuer le stress présent dans certaines situations chez les patients et patientes concernées.

Ensuite, nous avons noté que personne n'a mis en place les stratégies travaillées en séance dans la vie réelle ; que ce soit par manque d'occasions lorsque la situation ne s'est pas présentée ou par évitement, personne n'a pu observer si des effets étaient présents en situation réelle. Cette partie du protocole sera potentiellement à retravailler afin que des résultats puissent être observables, puisque le principe même de cet outil est la mise en situation de manière écologique.

Enfin, quelques faiblesses méthodologiques seront développées dans la discussion, notamment en ce qui concerne la forme de certains documents, les questions ouvertes du questionnaire et le type de réponses obtenues.

En somme, les premiers retours, bien qu'incomplets, nous ont permis d'observer des comportements et réactions similaires chez la plupart des patients et patientes, et ce malgré

leurs différences en termes de profils et de modes de vie. Ces premières observations nous ont permis de renforcer nos hypothèses initiales et d'affiner notre travail.

Discussion

Hypothèses et objectifs

Diverses hypothèses générales et opérationnelles ont été émises durant ce travail. Tout d'abord, les hypothèses générales étaient que l'utilisation d'un protocole inspiré des TCC permettrait aux personnes trans ayant une vulnérabilité sociale d'accéder à une meilleure généralisation de leur voix et un transfert au quotidien ; que l'amélioration du transfert des acquis permettrait une réduction de l'appréhension que peuvent avoir les personnes transgenres lorsqu'elles doivent utiliser leur voix dans certains contextes ; et enfin, que le protocole améliorerait le bien-être de la personne concernée en permettant une meilleure perception de sa voix. Afin de répondre à ces hypothèses générales, nous avons mis en place des objectifs pour la réalisation du protocole, eux-mêmes liés aux hypothèses opérationnelles.

La première hypothèse opérationnelle est qu'**il y a un manque d'outils concrets pour travailler la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée.**

Les résultats de l'enquête préliminaire valident cette hypothèse, puisqu'ils nous ont permis de constater l'importance de la création d'un outil, pour les orthophonistes, permettant une meilleure généralisation de la voix féminisée ou masculinisée dans certaines situations de la vie quotidienne. En effet, le transfert des acquis tient une place primordiale dans le suivi orthophonique des personnes transgenres, puisque c'est précisément à ce niveau que le *passing* peut s'acquérir.

Afin de répondre au mieux à cette problématique, nous avons défini pour le matériel créé l'objectif suivant : **permettre aux orthophonistes et logopèdes l'utilisation d'un outil simple et protocolisé.** En effet, l'enquête préliminaire a mis en évidence la diversité des profils d'orthophonistes prenant en soins les personnes trans dans le cadre d'une transition vocale. Ainsi, si certains et certaines sont à l'aise avec les techniques de relaxation car elles les appliquent dans d'autres domaines, d'autres n'y sont pas familières. Nous avons souhaité rendre ce protocole accessible à tous les profils d'orthophoniste, qu'ils ou elles aient bénéficié d'une formation ou non dans le domaine. Dans le manuel du protocole, on peut ainsi trouver les explications étape par étape afin de ne pas avoir à improviser devant son patient ou sa patiente. Une attention particulière a été portée aux explications et aux sources scientifiques citées afin que le déroulement et les objectifs soient clairs pour les orthophonistes.

On peut cependant constater que les orthophonistes ne se sentent pas toujours à l'aise avec un domaine aussi spécifique : ainsi, nous avons eu quelques refus dus à un manque d'expérience dans les domaines des TCC et de la relaxation lorsque le protocole a été envoyé. Dans ce cadre, il est nécessaire de développer la communication à la transmission du protocole afin que toutes les orthophonistes puissent se sentir légitimes à proposer le protocole à leurs patients et patientes. Dans tous les cas, l'utilisation d'un protocole relève toujours de l'affinité déjà présente de la part de l'orthophoniste avec le domaine en question, c'est pourquoi il est également primordial d'informer au mieux les professionnels et professionnelles du contenu du protocole, ainsi que de son appui théorique.

La deuxième hypothèse opérationnelle est que **le protocole permet d'effectuer un travail spécifique sur le transfert des acquis**. Cette hypothèse est validée grâce au deuxième objectif du protocole, qui est de **permettre une meilleure généralisation de la voix féminisée ou masculinisée dans certains contextes spécifiques**.

Le but premier du protocole est de permettre une meilleure généralisation de la voix dans le cadre d'une transition vocale. Pour cela, il est nécessaire de connaître en premier lieu à quel point l'anxiété ou le stress est présent, et de la situer de manière la plus précise possible. Le questionnaire à destination du patient ou de la patiente permet de lister de manière la plus détaillée possible les situations anxiogènes, mais également de cerner l'impact que ce stress peut avoir sur sa vie quotidienne, grâce à la grille à remplir. La notation reste entièrement subjective, puisqu'il est impossible d'être complètement objectif en termes de ressentis ; ce qui importe, cependant, c'est l'observation d'une potentielle amélioration intra-individuelle.

Nous pouvons cependant nous questionner sur les limites du protocole et de sa mise en place dues au fait que l'anxiété est, contrairement au stress, une pathologie qui peut être diagnostiquée et non une "tension nerveuse", qui a un impact psychologique souvent moins intense et plus spécifique à un contexte particulier (Définition de "stress" - CNRTL). Les orthophonistes, à qui ce protocole est destiné, ne sont pas psychologues ou psychiatres, et ne doivent donc pas se suppléer à cette profession. La mise en place d'une exposition en imagination dans le cadre d'une anxiété avérée nécessite des compétences en psychothérapie auxquelles les orthophonistes ne sont pas formées ; les conséquences d'une mauvaise mise en exposition dans ce cadre peuvent être délétères pour le patient ou la patiente. C'est pourquoi il est important de garder en tête l'objectif vocal, car la réduction du stress est un moyen et non une finalité.

La réalisation de cet objectif dépendra de nombreuses variables telles que la motivation du patient ou patiente, l'alliance thérapeutique, l'étape dans laquelle le patient ou la patiente se trouve dans sa transition ou encore la possibilité de reproduire les situations dans la vie réelle.

Le troisième objectif du protocole est le suivant : **permettre une meilleure automatisation de la voix féminisée ou masculinisée**. Cet objectif a également été élaboré pour répondre à l'hypothèse que le protocole doit permettre d'effectuer un travail spécifique sur le transfert des acquis.

L'automatisation de la nouvelle voix du patient ou de la patiente est à la fois un pré-requis et un bénéfice du protocole : en effet, la mise en œuvre de la généralisation nécessite un minimum d'automatisation, car le but est de ne pas ajouter une contrainte supplémentaire à la situation. Néanmoins, on peut émettre l'hypothèse que l'entraînement au transfert des acquis, en imagination et en réel, permettra une meilleure automatisation de la voix féminisée ou masculinisée, car les situations sont écologiques, ancrées dans la vraie vie du patient ou de la patiente. Il pourra être vérifié dans un travail de recherche ultérieur si ces mises en situation peuvent suffire à acquérir des automatismes dans l'utilisation de la voix.

Cet objectif répond par ailleurs aux besoins des orthophonistes constatés dans l'enquête préliminaire, où nous avons observé de nombreuses remarques sur l'absence d'automatisation de la nouvelle voix chez leurs patients et patientes.

La troisième hypothèse opérationnelle est la suivante : **le transfert des acquis permet une réduction de l'anxiété liée à l'utilisation de la voix dans diverses situations sociales**. Pour y répondre, nous avons mis en place l'objectif de **réduire le stress lié à l'utilisation de cette voix nouvellement acquise**. Cette hypothèse est partiellement validée puisque le protocole est certes fondé sur la relaxation et la réduction du stress, mais il n'a pas pu être pleinement testé.

Réduire le stress est un objectif secondaire, puisque, comme nous l'avons spécifié plus haut, les orthophonistes ne sont pas habilités à traiter l'anxiété et le stress directement. Néanmoins, nous souhaitons que la réduction du stress lié à l'utilisation de la voix nouvellement acquise soit un bénéfice secondaire ; en effet, l'idée ici est qu'avec une meilleure généralisation due à une répétition des mêmes schémas et situations, les personnes transgenres voient leur stress diminuer lorsqu'elles sont confrontées à l'utilisation de leur voix travaillée, en amont, avec leur orthophoniste. La réussite de cet objectif sera cependant

très variable en fonction notamment de la réceptivité du patient ou de la patiente, mais aussi de l'orthophoniste, à la relaxation.

Enfin, la dernière hypothèse opérationnelle est que **le protocole permet d'augmenter quantitativement et qualitativement le nombre d'interactions sociales ou de lieux fréquentés par les personnes trans**. Cette dernière hypothèse n'a malheureusement pas pu être testée puisque les patients et patientes que nous avons pu observer n'ont pas eu d'occasions de se confronter à des situations réelles.

Ainsi, les quatre objectifs énoncés ont pour but de répondre aux hypothèses opérationnelles et à l'enquête préliminaire, qui montre un besoin des orthophonistes d'avoir des outils simples d'utilisation et des formations dans le domaine de la voix des personnes trans, et plus spécifiquement en ce qui concerne la généralisation vocale et l'automatisation de l'utilisation de la voix féminisée ou masculinisée.

Le protocole n'ayant pas pu être testé entièrement, ces hypothèses restent valables pour un futur travail de recherche sur cet outil. Nos premières observations, les retours des orthophonistes ainsi que les diverses expériences cliniques auxquelles nous avons déjà assisté renforcent néanmoins leur pertinence.

Réalisation du protocole *OutVoice* : critiques méthodologiques

Le protocole *OutVoice* a donc été réalisé dans le but de répondre aux hypothèses opérationnelles et générales. Sa construction nécessite quelques retours, que nous allons à présent développer.

Pour rappel, le protocole est constitué de trois documents distincts : le manuel, destiné à l'orthophoniste et ayant pour objectif d'expliquer étape par étape comment se déroule le protocole, le questionnaire, destiné au patient ou à la patiente et qui sert à récolter les informations nécessaires pour le déroulé du protocole et l'analyse des résultats, et la fiche de passation, qui est destinée à l'orthophoniste et qui permet de noter comment se déroule chaque séance. Le manuel a été le premier document construit, il nous a servi de base pour élaborer ensuite les deux autres documents. Grâce à cette méthodologie, nous avons pu renforcer nos connaissances théoriques sur le sujet avant l'élaboration du protocole, tout en

étayant les informations fournies dans le manuel. Ces trois documents ont ensuite été ajustés de manière concomitante suite aux réflexions émergeant des lectures scientifiques et à l'analyse des réponses des orthophonistes au questionnaire préliminaire.

Pour ce qui est du questionnaire destiné au patient, qui consiste en une grille à remplir et qui est un mélange du VHI et du TWVQ, la méthode que nous avons employée contient plusieurs avantages : tout d'abord, nous avons pu sélectionner les items et en créer d'autres en fonction de ce que nous cherchions vraiment à améliorer pour le patient ou la patiente, de manière fine et spécifique. Nous avons également simplifié le processus de passation afin de le rendre plus fluide et rapide. Enfin, la lecture de la grille est également simplifiée, aussi bien lors du remplissage que lors de l'analyse des résultats.

Cependant, nous pouvons également noter des améliorations à fournir, telles que les quelques redondances que l'on peut parfois retrouver entre deux items ou encore la traduction de l'anglais vers le français de certains items à reprendre. De surcroît, même si nous avons sciemment choisi de ne pas faire remplir une grille déjà construite et étalonnée afin de construire un matériel spécifique, notre méthode nous fait perdre la fiabilité statistique du VHI et du TWVQ ; en effet, ces deux questionnaires sont testés statistiquement afin de présenter des résultats concluants au niveau de la consistance interne, de l'effet test-retest et de la stabilité globale des grilles. Nous n'avons pas fait évaluer notre grille selon des méthodes statistiques car nous employons une méthode subjective, en lien avec la problématique de notre recherche.

De manière plus pratique, nous avons omis, lors de l'élaboration du questionnaire, l'écriture de certaines questions dont les réponses auraient pu nous être utiles par la suite, telles que l'identité du patient ou de la patiente (par pseudonyme s'il ou elle souhaite rester anonyme) ou encore la date. En effet, connaître la date de remplissage du questionnaire avant et après la passation du protocole nous aurait permis de comparer de manière efficace les résultats entre deux questionnaires, en connaissant la durée exacte de l'application du protocole entre le questionnaire 1 et le questionnaire 2. Si un futur travail de recherche est effectué sur le protocole, ces questions seront à ajouter.

Pour ce qui est des fiches de passation, nous avons remarqué après avoir mis le protocole en place que les questions ouvertes amenaient souvent à des réponses très courtes, peu développées, et finalement difficiles à analyser. Ces réponses courtes peuvent s'expliquer

en partie par un manque de temps durant la séance pour noter ce qui est en train de se passer, en plus d'une charge mentale importante puisque l'orthophoniste doit avant tout penser à la mise en situation, à l'efficacité de la relaxation et à observer les réactions du patient ou de la patiente. Par ailleurs, si le choix est fait de remplir la fiche de passation après la séance, il peut y avoir des oublis et imprécisions.

Dans une grande partie des cas, les patients et patientes n'ont pas eu l'occasion, le temps ou l'envie de se mettre en situation réelle (selon la situation travaillée). Cela peut s'expliquer par une réduction des relations et situations sociales liée à la pandémie du covid-19, un manque de temps pour que la situation se renouvelle ou encore une fuite de la situation par le patient ou la patiente. Néanmoins, cet aspect du protocole est essentiel pour son fonctionnement et nous n'avons pas pu obtenir de résultat sur ce contenu puisque les questions sur la fiche de passation n'étaient pas complétées.

Pour ce qui est des difficultés rencontrées lors de l'élaboration du matériel, nous avons principalement rencontré des difficultés théoriques. En effet, il s'agissait de fournir un travail de tri entre les domaines concernés par cet outil, c'est-à-dire principalement l'orthophonie et la psychologie. De plus, il nous a fallu du temps et beaucoup de recherches pour justifier notre choix concernant le type de relaxation adapté au protocole, l'objectif étant qu'il puisse être applicable par les orthophonistes, pour équilibrer la balance entre ce qui relève de la psychologie et ce qui relève de l'orthophonie, mais également pour rendre le résultat accessible et lisible, car les orthophonistes ne sont normalement pas formées aux techniques employées dans les TCC.

Nous avons également rencontré des difficultés de réalisation lors du choix des types de questions dans le questionnaire préliminaire et dans les fiches passation du protocole.

La mise en pratique s'est également avérée plus difficile que prévu, du fait de la communication parfois difficile à distance. Ainsi, la récolte des résultats du questionnaire préliminaire fut parfois laborieuse, et la mise en pratique du protocole ne s'est faite que par deux orthophonistes, alors que plus de trente personnes étaient initialement intéressées pour le mettre en place. Le manque de retours des orthophonistes par rapport au protocole n'était pas prévisible, mais une meilleure communication autour de ce dernier et une méthodologie plus rigoureuse auraient peut-être permis aux professionnels et professionnelles de se sentir plus à l'aise avec celui-ci et d'envisager de le mettre en place avec leurs patients ou patientes.

Au niveau de la critique méthodologique, nous avons pu relever différents points forts, mais également des points à améliorer pour cet outil.

Pour ce qui est des **points forts**, premièrement, la construction du protocole *OutVoice* repose sur des appuis théoriques scientifiques, fiables et multiples. Diverses recherches ont été menées en amont afin de sélectionner les méthodes les plus fiables et réalisables par des orthophonistes. Pour construire ce protocole, nous avons à la fois pris en compte ces lectures scientifiques, mais également les retours des orthophonistes effectués par le biais du questionnaire préliminaire, ainsi que nos propres expériences cliniques. La prise en compte de tous ces domaines nous a permis d'avoir une large vision de la problématique et des objectifs à atteindre.

La présentation du manuel est également un point fort de notre travail. En effet, les explications données aux orthophonistes et logopèdes sont détaillées et organisées de manière à ce que des étapes précises se dessinent et que la passation du protocole soit fluide. Une partie théorique synthétique a été insérée afin que les orthophonistes et logopèdes aient en possession toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension du protocole et de ses objectifs, mais également à sa prise en main. Des exemples ont été insérés afin d'illustrer chaque consigne. Nous avons également porté attention aux sources données aux orthophonistes, afin que ces dernières puissent se renseigner plus en profondeur sur le sujet si elles le souhaitent. Enfin, tout le long du processus de *testing*, nous avons fait en sorte de rester à disposition des orthophonistes qui se sont portées volontaires pour faire passer le protocole grâce à l'adresse électronique créée spécialement pour ce travail de recherche ; en cas de besoin ou pour une demande de précision, elles pouvaient nous contacter à tout moment.

La clarté du protocole en lui-même est également un point fort, car la distinction entre les 3 documents a permis une lecture et une application fluides du protocole, ainsi qu'une analyse simplifiée. De plus, la mise en place du protocole *OutVoice* dans le suivi orthophonique ne nécessite pas de formation spécifique, ce qui est un atout. Ainsi, toute orthophoniste se sentant à l'aise avec le principe de relaxation et souhaitant travailler sur la généralisation des acquis peut appliquer le protocole.

En ce qui concerne les **points faibles**, diverses notions sont à améliorer. Tout d'abord, le protocole a été envoyé aux orthophonistes qui avaient répondu au questionnaire. Afin de

leur laisser la plus grande liberté possible, et conséquemment l'occasion de s'emparer du protocole, nous avons fait le choix au début de nos démarches de ne pas leur donner de dates butoir de rendu et d'avancement et de leur imposer le moins de contraintes possibles. Ainsi, elles avaient l'entier choix du nombre de séances, de leur déroulé, de leur régularité. Elles pouvaient également consacrer une séance au protocole entre deux séances d'orthophonie plus "classiques". Cela a été un frein pour l'analyse des résultats puisque nous avons besoin de chiffres normés pour comparer les résultats avant / après. Or, les orthophonistes ayant donné des retours n'ont pas appliqué les mêmes règles pour chacun ou chacune de leurs patients ou patientes. De même, nous n'avons pas eu de deuxième remplissage de grille du questionnaire par les patients et patientes car, à la date du rendu du mémoire, les orthophonistes n'avaient pas terminé de faire passer le protocole ; nous avons entre-temps opté pour le fait d'imposer une date butoir, mais cette décision est probablement arrivée trop tardivement. Enfin, même si nous avons eu ces résultats, ils n'auraient pas été spécifiques aux résultats du protocole puisque les orthophonistes ont souvent choisi de continuer leurs séances classiques en parallèle de la passation du protocole ; ainsi, nous ne pouvons pas avec cette méthodologie savoir si des résultats plus satisfaisants sont dûs à la mise en place du protocole en lui-même, aux autres séances de suivi, ou les deux.

Après réflexion, il est apparu évident que nous aurions dû proposer une passation beaucoup plus protocolisée pour tester cet outil ; cela aurait impliqué de poser des dates butoirs bien définies dès le début, un nombre de séances qui est le même pour tous et toutes les patients et patientes, ainsi que d'imposer une période durant laquelle rien d'autre que le protocole n'est mis en place dans le suivi orthophonique. Ces contraintes nous auraient permis, avec une cohorte en nombre suffisant, d'avoir des résultats indiquant l'utilité ou non du protocole *OutVoice*.

Il est également important d'indiquer que le questionnaire préliminaire, destiné aux orthophonistes, nous semble avec le recul trop peu fourni, précis et spécifique. Au début de ce travail, nous avons projeté notre recherche dans une étude de cas, mais la forme a été modifiée durant l'année, ce qui nous a conduit à orienter notre travail sur la présentation du protocole. Pour faire des statistiques et analyses plus pertinentes, il aurait été préférable de spécifier un peu les questions et qu'une plus large cohorte d'orthophonistes aient participé au questionnaire.

Evolution de la problématique

L'élaboration du protocole *Outvoice* a fait émerger de nouveaux questionnements quant à la recherche menée.

Tout d'abord, sur le plan méthodologique, on peut se demander de quelle manière il est possible, dans le cadre de l'évaluation du protocole, de ne pas trop contraindre les orthophonistes dans leurs pratiques tout en obtenant des résultats spécifiques sans dénaturer l'outil. Nous nous questionnons également sur l'efficacité du protocole en lui-même ou la nécessité de le coupler à d'autres outils ou méthodes au sein de la prise en soins.

Au niveau du travail de recherche en lui-même, nos questionnements concernent principalement l'efficacité du protocole en fonction des divers profils, ainsi que le maintien à plus long terme des comportements adoptés pour compenser l'état de stress ou l'anxiété en situation de communication. Nous nous questionnons également sur l'efficacité du protocole en fonction de l'orthophoniste qui le fait passer et de l'alliance thérapeutique déjà mise en place.

Afin de tester scientifiquement ce protocole et de lui apporter une validité de construit et une fiabilité au niveau des résultats, un travail de recherche ultérieur pourra être effectué. Il pourra s'agir d'une étude de cas ou d'une étude menée avec une cohorte plus importante de patients et patientes. Dans tous les cas, l'étude devra être majoritairement qualitative, car les données récoltées sont subjectives.

Le protocole en pratique orthophonique

Plusieurs limites sont perceptibles pour l'application du protocole dans la pratique orthophonique.

Tout d'abord, la méthode choisie qui est celle de la relaxation couplée à de l'exposition en imagination ne peut pas convenir à tout le monde. Du côté des patients et patientes, la réceptivité n'est pas la même pour chaque personne, et il est possible que la relaxation ne fonctionne absolument pas sur certaines personnes, ou encore que l'exposition en imagination n'améliore pas l'anxiété ou les difficultés vocales lors de situations similaires réelles. Pour ce qui est des orthophonistes, toutes et tous ne sont pas à l'aise avec la relaxation, et certaines personnes peuvent refuser de mettre en place ce protocole par manque

de confiance en leurs propres capacités, notamment lorsque l'on parle de thérapies cognitivo-comportementales, de relaxation ou d'exposition en imagination, qui sont des méthodes peu employées à ce jour dans notre domaine.

Ensuite, l'anxiété est un véritable trouble qu'il convient de traiter par une psychothérapie. Les orthophonistes n'étant pas habilités à traiter l'anxiété, il faudra toujours orienter le patient vers un ou une psychologue en cas de doute lors de la mise en place du protocole. Ainsi, *OutVoice* pourra aider dans certaines situations spécifiques mais ne résoudra pas le problème de l'anxiété en tant que pathologie s'il est fortement présent chez le patient ou la patiente.

Enfin, les résultats et leurs analyses constituent également une limite car l'on observera nécessairement de grandes différences interpersonnelles, en fonction des patients et patientes et de leurs caractéristiques, mais aussi en fonction des orthophonistes. A priori, ce protocole est construit pour établir des données subjectives et laisse donc peu de place à des mesures objectives ; de même, les résultats seront obligatoirement influencés par l'attitude de l'orthophoniste et du patient ou de la patiente, la relation thérapeutique, le mode de vie de la personne concernée... Il convient donc d'être conscient et consciente qu'il est impossible d'appliquer ce protocole de manière uniforme, et ces données seront également à prendre en compte lors du test de son efficacité.

Malgré ces limites, diverses perspectives s'offrent à nous s'agissant de l'avenir de cet outil. Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises dans ce travail, le test du protocole *OutVoice* auprès d'un échantillon plus représentatif, ou une étude de cas, pourrait faire l'objet d'un futur travail de recherche. Il s'agirait de mettre en place le protocole avec un certain nombre de patients et patientes et d'analyser les résultats avant / après afin de déterminer si le protocole a eu une réelle efficacité sur la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée.

Dans des perspectives plus larges, ce protocole se veut être un outil simple d'utilisation et permettant de lier les séances d'orthophonie déjà effectuées avec une autre approche, moins conventionnelle dans notre domaine, pour améliorer la généralisation vocale tout en diminuant le stress dans certaines situations chez les personnes transgenres. Bien sûr, notre métier ne peut se soustraire à celui d'un ou une psychologue, c'est pourquoi il peut également être intéressant d'effectuer un travail conjoint avec ce ou cette professionnelle, si cela concerne et intéresse le ou la patiente et si les conditions matérielles sont réunies.

Pour ce qui est de l'intérêt de ce matériel dans la pratique orthophonique, le protocole *OutVoice* offre aux orthophonistes un outil supplémentaire pour la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée, à l'instar de ce que l'on peut trouver dans le domaine du bégaiement. La prise en main rapide, la simplicité de l'outil et l'absence de pré-requis quant aux domaines de prédilection des orthophonistes ou aux formations effectuées ainsi que la présence d'étapes protocolisées sont des avantages non-négligeables qu'il faut mettre en avant dans la communication autour du protocole. Par ailleurs, son caractère spécifique permet de cibler les problématiques de manière précise et écologique, puisque les mises en situation sont directement puisées dans le quotidien du patient ou de la patiente, et qu'elles doivent être vécues après l'exposition en imagination afin d'analyser ses propres blocages au niveau vocal.

Ce protocole est à destination des patientes et patients réceptifs à la relaxation et dont le stress en situation de communication n'est pas trop important. En effet, l'orientation vers un ou une psychothérapeute sera la plupart du temps nécessaire en cas d'anxiété prenant le pas sur le travail vocal.

Enfin, on peut émettre l'idée que le protocole *OutVoice* améliore le lien thérapeutique entre l'orthophoniste et le patient ou la patiente, car nous pouvons penser que l'exposition en imagination nécessite de la confiance mutuelle, elle-même renforcée par le type d'exercice proposé.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était la création d'un outil à destination des orthophonistes effectuant un suivi auprès de personnes transgenres. Plus précisément, notre intérêt s'est porté sur le transfert des acquis au quotidien de la voix féminisée ou masculinisée, ainsi que sur la gestion du stress dans certaines situations spécifiques pour les personnes vulnérables. Ainsi, après avoir effectué une enquête préliminaire nous permettant de récolter des données et observations cliniques auprès d'une population de vingt-huit orthophonistes et logopèdes, nous avons réalisé le protocole *OutVoice*. Ce dernier, composé d'un manuel d'utilisation, d'un questionnaire à destination du patient ou de la patiente et d'une fiche de passation, est construit selon des observations cliniques et des lectures scientifiques, et propose une méthode axée sur la relaxation et l'exposition en imagination, à l'instar de ce que l'on peut retrouver dans les thérapies cognitivo-comportementales.

L'enquête préliminaire, destinée aux orthophonistes et logopèdes, a mis en valeur un engouement général pour cette thématique et une difficulté des orthophonistes à travailler la généralisation des acquis dans le cadre d'un suivi pour une transition vocale. Notre protocole, accessible à tous et à toutes, permet un travail écologique, car fondé sur des situations réelles que le patient ou la patiente vit dans son quotidien.

L'envoi de ce protocole aux orthophonistes et logopèdes intéressées et la mise en application de ce dernier auprès de certains patients et de certaines patientes nous a permis l'obtention de premières observations et le renforcement de nos hypothèses, qui pourront être vérifiées dans un futur travail de recherche. De même, les retours des orthophonistes et logopèdes nous ont permis de prendre du recul sur ce qui a été produit, de critiquer cet outil et d'amener des propositions d'amélioration.

Cependant, malgré ces observations encourageantes quant à la pertinence du protocole *OutVoice*, nous n'avons aucune information quant à la stabilité des résultats sur une plus large cohorte, le maintien des compétences à long-terme et la gestion des émotions lorsque d'autres variables sont impliquées.

En somme, le protocole créé grâce à ce mémoire est un outil pour les orthophonistes qui souhaitent accompagner au mieux les personnes trans qu'ils et elles suivent, notamment

lorsque ces dernières présentent une vulnérabilité en contexte social. Ce stress ressenti par les personnes transgenres peut certes être inné, mais la majorité du temps il sera dû à des composantes externes, telles que la transphobie dans tous les cercles sociaux, les expériences de rejet qu'elles peuvent vivre, ou encore l'isolement social qui peut en découler.

Dans ce cadre, le processus de transition est souvent sensible car long à mettre en place ; pour rappel, la transition vocale est une partie entière et non-négligeable de ce processus, notamment chez les personnes transféminines, pour qui les hormones ne modifient pas naturellement la voix. Dès lors, l'orthophoniste effectuant ce type de suivi se doit de faire preuve de la plus grande délicatesse possible pour créer une alliance thérapeutique solide et obtenir des résultats satisfaisants.

S'il existe aujourd'hui de nombreuses preuves de l'efficacité et de la nécessité de ce type de suivi, il est pourtant encore peu répandu de croiser cette patientèle dans les cabinets d'orthophonie. Du fait de sa spécificité et de la méconnaissance des transidentités, cette prise en soins peut faire peur et peu d'orthophonistes et logopèdes franchissent cet obstacle. De plus, l'évolution rapide des mœurs, du vocabulaire et des modes de vie doit également être suivie afin d'avoir une pratique respectueuse et empathique. Ainsi, le domaine du suivi orthophonique des personnes trans est encore inexploré dans bien des aspects ; il ne tient qu'à nous de nous emparer de ces sujets afin d'élargir notre champ de compétence et de proposer un suivi de transition vocale spécifique, adapté, écologique, dans le respect de toutes et tous.

Références bibliographiques

- Alessandrin, A. (2012). Le transsexualisme : une catégorie nosographique obsolète. *Santé Publique*, 24(3), 263-268. <https://doi.org/10.3917/spub.123.0263>
- Alessandrin, A. (2018). *Sociologie des transidentités*. Le Cavalier Bleu. <https://doi.org/10.3917/lcb.aless.2018.01>
- Alessandrin, A. (2019). Comprendre les transidentités. Dans Fondation Copernic éd., *Manuel indocile de sciences sociales : Pour des savoirs résistants* (pp. 810-820). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.coper.2019.01.0810>
- American Psychological Association [APA] (2018). *A glossary: defining transgender terms*. <https://www.apa.org/monitor/2018/09/ce-corner-glossary>
- Arnold, A. (2015a). *La voix genrée, entre idéologies et pratiques – Une étude sociophonétique* [Thèse de Doctorat en phonétique, Université Sorbonne Paris Cité]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01508858/document>
- Arnold, A. (2015b). Voix et transidentité : changer de voix pour changer de genre ?. *Langage et société*, 1(1), 87-105. <https://doi.org/10.3917/ls.151.0087>
- Baril, A. (2008). De la construction du genre à la construction du « sexe » : les thèses féministes postmodernes dans l'oeuvre de Judith Butler. *Articles*, 20(2), 61-90. <https://doi.org/10.7202/017606ar>
- Baste, N. (2016). 16. La relaxation progressive de E. Jacobson. Dans N. Baste, *Méthodes de relaxation : En 37 notions* (pp. 137-147). Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-relaxation--9782100745883-page-137.htm>

- Bodin, S. (2003). *Validation d'une auto-évaluation du handicap vocal : le Voice Handicap Index*. [Mémoire d'orthophonie, Université Pierre et Marie Curie].
- Brignone-Maligot, S., Loffredo, C., et Lovero, S. (1996). Utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans la rééducation du bégaiement. *Glossa, les cahiers de l'Unadrio*, 54 (1), 4-21.
<https://www.glossa.fr/index.php/glossa/article/view/244/243>
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., et Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'Orthophonie* (4ème édition). Ortho Édition.
- Butler, J. (2004). *Défaire le genre* (Cervulle, M., et Marelli, J., Trad. 2016) Amsterdam University Press.
- Calliope (1989). *La Parole et son traitement automatique*. Masson & CNET-ENST.
- Cottraux, J. (2015). Chapitre 1. Les psychothérapies cognitives et comportementales: Pourquoi et comment changer ?. Dans Roland Coutanceau éd., *Psychothérapie et éducation: La question du changement* (pp. 1-9). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2015.01.0001>
- Crevier-Buchman, L., Brihaye-Arpin, S., Sauvignet, A., Tessier, C., Monfrais-Pfauwadel, M. C., et Brasnu, D. (2006). Dysphonies non organiques (dysfonctionnelles). *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 1(2), 1-12. [https://doi.org/10.1016/s0246-0351\(06\)41901-2](https://doi.org/10.1016/s0246-0351(06)41901-2)
- Dacakis, G., et Davies, S. (2012) *Transsexual Voice Questionnaire (Male-to-Female)* (Thomas, E., Revis, J., Morsomme, D., Trad. 2016, Université de Liège)
<https://www.latrobe.edu.au/communication-clinic/resources>

- Dacakis, G., Davies, S., Oates, J. M., Douglas, J. M., et Johnston, J. R. (2013). Development and Preliminary Evaluation of the Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 27(3), 312-320. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.11.005>
- Davies, S., Papp, V. G., et 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. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Ferrand, P. (2012). *Bégaiement et Estime de soi, élaboration d'un outil d'information* [Mémoire de maîtrise, Université de Bordeaux Segalen]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00730981/document>
- Gardey, D., Lieber, M., Parini, L., et Debonneville, J. (2017). *Genre : quels enjeux ? Violences, globalisation, biomédecine, sexualités* [MOOC, Université de Genève]. <https://www.coursera.org/learn/genre>
- Geoffroy, M., et Chamberland, L. (2016). Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail : quelles implications pour la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, 40(3), 145-172. <https://doi.org/10.7202/1034916ar>
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., et Newman, C. W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66>
- Jacques, D., Zdanowicz, N., et Reynaert, C. (2011). Chapitre 18. Les thérapies cognitivo-comportementales : principes et démarche clinique. Dans : B. Piérart, *Les*

bégaiements de l'adulte (pp. 235-247). Mardaga.

<https://www.cairn.info/les-begaiements-de-l-adulte--9782804700737-page-235.htm>

Klein-Dallant, C. (2019). *Voix et transidentités*. Ortho Editions.

Lamesch, S. (2006) *Caractérisation de la voix mixte en termes de mécanismes laryngés*

[Mémoire de maîtrise, Université Pierre et Marie Curie]. Atiam Ircam.

<http://www.atiam.ircam.fr/Archives/Stages0506/SylvainLamesch.pdf>

Larroque, M. (2013). Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *L'information*

psychiatrique, 9(9), 751-758. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8909.0751>

Maurer, D., Thibaut, F. et Granger, B. (2014). Chapitre 15. THÉRAPIES COGNITIVES

ET COMPORTEMENTALES (TCC). Dans : Michelle Vinot-Coubetergues éd., *Les fondements des psychothérapies : De Socrate aux neurosciences* (pp. 229-262).

Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vinot.2014.01.0229>

Medico, D., et Pullen-Sansfaçon, A. (2017). Pour des interventions anti-oppressives

auprès des jeunes trans : nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique. *Service social*, 63 (2), 21–34.

<https://doi.org/10.7202/1046497ar>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (1948). *Vos questions les plus fréquentes*.

<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Ormezzano, Y. (2000). *Le Guide de la voix (OJ.GUIDE INTEGR) (French Edition)* (0

éd.). JACOB.

Pépiot, E. (2013). *Voix de femmes, voix d'hommes : différences acoustiques, identification*

du genre par la voix et implications psycholinguistiques chez les locuteurs anglophones

et francophones. [Thèse de Doctorat en Sciences du langage, Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis]. Octaviana.

<https://octaviana.fr/document/178603988#?c=0&m=0&s=0&cv=0>

Planning Familial (2020). *Lexique trans*.

<https://www.planning-familial.org/fr/medias/lexique-transpdf>

Rosen, C. A., Lee, A. S., Osborne, J., Zullo, T., et Murry, T. (2004). Development and Validation of the Voice Handicap Index-10. *The Laryngoscope*, 114(9), 1549-1556.

<https://doi.org/10.1097/00005537-200409000-00009>

Ruppli, M. (2015). 8. La voix a-t-elle un sexe ?. Dans É. Peyre, *Mon corps a-t-il un sexe : Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales* (pp. 142-159). La Découverte.

Wikitrans (s. d.). *Lexique de la transidentité*. <https://wikitrans.co/lexique/>

Annexes

Manuel d'utilisation

Destiné à l'orthophoniste

Ce protocole contient les fichiers suivants

- Ce manuel d'utilisation
- Un questionnaire à destination de la-du patient-e
- Des fiches de passation à remplir directement sur l'ordinateur OU à imprimer

Le protocole *OutVoice* a pour objectif de permettre une **meilleure généralisation** de la voix féminisée ou masculinisée au quotidien dans le cadre du suivi orthophonique des personnes transgenres.

→ **Méthode : Exposition en imagination par le biais de la relaxation.**

La méthode employée pour la mise en œuvre de ce protocole est inspirée des **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC). Le but est d'exposer (en **imagination** et non en réel) le ou la patient-e aux scénarios dans lesquels elle ou il ne parvient pas à utiliser sa voix féminisée ou masculinisée. Les TCC sont majoritairement utilisées par des psychologues dans un contexte de troubles anxieux ou de phobies.

Dans le cadre de l'orthophonie, les situations choisies devront être au maximum **modérément stressantes**, les orthophonistes n'ayant pas les outils pour permettre à leurs patient-es de diminuer une anxiété trop envahissante. Pour cette raison, nous ne pouvons pas nous permettre d'effectuer ces séances avec des scénarios trop anxiogènes pour le-a patient-e.

ETAPE 1 : Echange avec le-a patient-e

Dans un premier temps, la-e patient-e devra signer une feuille de **consentement** à suivre ce protocole (qui se trouve au début de la fiche QUESTIONNAIRE) puis remplir le **questionnaire** en dessous. Ce temps doit se faire en séance, afin qu'il ou elle puisse échanger avec vous sur les potentielles difficultés rencontrées, et que vous puissiez si nécessaire l'aider à remplir le questionnaire.

Vous pourrez profiter de ce temps avec elle-lui pour échanger sur ses **attentes** envers ce protocole, et plus globalement concernant la suite de son suivi orthophonique.

Durant ce temps, vous pourrez aussi lui poser des questions afin de mieux cibler les situations précises dans lesquelles elle-il se sent en difficulté. **Il est important de connaître les facteurs de déclenchement et de maintien du stress en lien avec les difficultés vocales**, afin que vous puissiez exposer les situations en détails durant les séances suivantes.

ETAPE 2 : Déroulement des séances

Durant toute la durée de la relaxation, vous devrez avoir une voix calme et posée. Le type de relaxation est inspiré de la **technique de relaxation progressive de Jacobson**¹².

Chaque séance se déroulera dans l'ordre suivant :

1) Détente

Demander au-à la patient-e de **s'asseoir confortablement** ou si possible de **s'allonger** sur le dos, les bras le long du corps, les pieds décroisés. Lui dire de fermer les yeux.

Durant toute la durée de l'exercice, lui préciser qu'il faudra **respirer calmement**.

Ne pas hésiter à attendre quelques minutes en silence afin que le-a patient-e se détende un peu et que sa respiration soit bien régulière.

2) Tensions spécifiques des muscles

Pour bien faire comprendre l'exercice en début de séance, il sera plus facile de s'entraîner avec la main, le bras, l'épaule ou le pied par exemple.

Demander au-à la patient-e d'induire une **tension** uniquement à l'endroit choisi durant **5 secondes**, d'abord sur un muscle, puis sur un groupe de muscles. Lui demander ensuite de relâcher.

➤ **Exemple avec les mains :**

“Portez votre attention sur vos mains, l'une après l'autre. Tendez les et prenez conscience de leur contraction, pour chacune : paume, dos de la main, chaque doigt, pouce.

Ecartez les doigts d'une main au maximum, puis de l'autre main, puis des deux en même temps. Ressentez la tension qui s'exerce sur chaque muscle de vos mains.

Tenez ainsi 5 secondes, puis relâchez. Observez la décontraction qui s'opère et ressentez l'apaisement qui se diffuse dans tout votre corps.”

Demander ensuite au-à la patient-e de refaire cet exercice **en contractant de moins en moins fort** et en relâchant entre temps. Cela permet de mieux percevoir la moindre contraction musculaire lors d'une situation de stress, par exemple.

Il est possible de faire la même chose avec le muscle des épaules et ceux du cou, afin de faire **prendre conscience** au-à la patient-e des **tensions** à ces endroits lorsque la voix doit être utilisée.

Peu à peu, cette décontraction musculaire devra normalement se généraliser dans tout le corps, de plus en plus rapidement. **Il est normal lors des premières séances que la détente soit lente à venir.**

¹² Larroque, M. (2013). Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, volume 89(9), 751-758. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8909.0751>

3) Exposition en imagination

La relaxation peut prendre plus ou moins de temps selon la personne. Pour la première séance ou les deux premières, nous vous conseillons de sauter cette étape, de ne pas faire l'exposition en imagination directement, pour sensibiliser le-la patient-e à la technique de relaxation avant de commencer l'exposition.

Après avoir instauré une relaxation générale, **l'exposition à une situation en imagination** pourra commencer. Selon le nombre de séances déjà effectuées, **choisissez un scénario** parmi les 8 que vous avez préalablement listés avec votre patient-e (*CF questionnaire*).

Votre rôle sera d'induire le scénario progressivement. Prenez le temps de **parler calmement** à la-au patient-e, de lui décrire la scène. N'hésitez pas à rentrer dans les détails si nécessaire. **La-le patient-e va donc, grâce à votre description, s'imaginer la scène dans laquelle elle-il utilise sa voix qui lui est difficile d'appliquer au quotidien.** Au fur et à mesure qu'elle-il imagine la scène, **vous lui rappellerez très régulièrement de détendre son corps et de garder sa respiration calme.** Cela permettra, outre le maintien de sa détente, de garder un lien avec vous et donc une réassurance durant toute la durée de l'exposition.

Exemple 1 : La-le patient-e éprouve des difficultés à demander une baguette lorsqu'elle-il se rend chez le boulanger.

- ❖ **Etape 1** : Vous aurez pris le temps de déterminer ensemble le script de ce moment (de quelle façon se rend-elle-il chez le commerçant, quel est l'accueil qu'elle-il y reçoit, etc.)
- ❖ **Etape 2** : Relaxation puis exposition

"Vous êtes détendu-e, vous respirez calmement. Vous imaginez que vous êtes dans la rue et faites face à la boulangerie. Vous approchez du commerce et y entrez. Là, vous attendez et faites la queue. Vous respirez toujours calmement, vous êtes détendu-e. C'est à votre tour, vous allez demander une baguette à la boulangère."

/ Silence, l'orthophoniste laisse le temps à la-au patient-e d'imaginer prendre la parole dans le magasin /

O : "Ça y est, vous avez pu demander votre baguette et sortez du magasin. Vous êtes toujours détendu-e et respirez calmement. Tranquillement, lorsque vous vous sentirez prêt-e, vous pourrez ouvrir les yeux."

- ❖ **Etape 3** : Débriefing

Vous faites le point avec votre patient-e, lui demandez comment s'est passée cette expérience pour elle-lui.

Puis répétition étape 1 à 3 jusqu'à ce que la situation ait diminué au moins de moitié en anxiété.

Exemple 2 : Votre patient-e est angoissé-e à l'idée d'utiliser sa voix féminisée ou masculinisée pendant un repas de famille.

- ❖ 1- Comme pour l'exemple précédent, vous vous mettez d'accord ensemble sur le script précis de ce moment.
- ❖ 2- Relaxation puis exposition

“Vous êtes détendu-e, vous respirez calmement. Imaginez que vous êtes chez vos parents avec une partie de votre famille. Vous êtes entre votre père et votre cousine. En face de vous se trouve votre tante, à côté d'elle son mari. Vos parents sont chacun en bout de table. Vous êtes toujours détendu-e et respirez calmement. C'est Noël : l'ambiance est festive, il fait chaud à l'intérieur. Le repas, préparé par vos parents, est excellent. Les conversations sont plutôt calmes. Vous sentez que vous êtes toujours détendu-e. Vous souhaitez complimenter vos parents sur la qualité du repas. Vous profitez d'un très court silence pour dire que c'est très bon.

PAUSE

Voilà, vous avez pu intervenir durant le repas. vous continuez de manger tranquillement. Vous êtes toujours détendu-e, vous respirez toujours calmement. Tranquillement, lorsque vous vous sentirez prêt-e, vous pourrez ouvrir les yeux.”

- ❖ 3- Débriefing
- ❖ 4- Répétition

Les 4 caractéristiques d'une bonne exposition

Prolongée : l'exposition doit être prolongée **jusqu'à ce que l'anxiété liée à la scène retombe**. Cette longueur est très importante pour éviter le phénomène d'évitement¹³.

Progressive : pendant l'exposition en elle-même, les stimuli doivent être d'abord faibles (peu anxiogènes) puis **de plus en plus anxiogènes** (jusqu'à être modérément anxiogènes au maximum pour notre protocole). Cette progression est également nécessaire pour les différentes expositions entre elles (d'où le classement des scénarios anxiogènes).

Répétée : Une seule exposition ne suffira pas pour diminuer le stress lié à la situation de communication. Ainsi, **un seul scénario devra être répété plusieurs fois**.

Complète : Pour ne pas créer d'effet d'évitement, le-la patient-e doit être **concentré-e sur la scène** et ne pas penser à autre chose. Dans le cadre de ce protocole, la relaxation induira naturellement cette concentration.

¹³ **Évitement** = fait de ne pas s'exposer, de manière consciente ou non, à une situation anxiogène. une mise en exposition incomplète peut générer ce phénomène, et renforcer l'anxiété et l'évitement.
Denis, H. (2015). Le traitement des phobies spécifiques en thérapie cognitive et comportementale. *Enfances & Psy*, 65(1), 106-116. <https://doi.org/10.3917/ep.065.0106>

La **fiche de passation** doit être remplie **à chaque séance**. Si vous faites plusieurs fois le même scénario, vous devez remplir plusieurs fiches de passation puis les mettre dans un même dossier (ou les renommer “scénario 1 - séance 1” ; “scénario 1 - séance 2” etc.).

NB : Notez bien les différentes modifications de la voix du-de la patient-e s’il y en a (CF fiche de passation). Une altération de la voix ou une voix plus détendue peut nous indiquer un état de stress ou au contraire de bien être face à certaines situations suggérées ou après le processus de relaxation.

4) Débriefing

Un débriefing sur l’exposition devra être fait **systématiquement**. Vous discuterez avec le-a patient-e du déroulé de l’exposition, ses ressentis, ses craintes, son niveau d’anxiété durant la séance, ses résistances éventuelles. Cela permettra aussi de le-a **réassurer** éventuellement et de déterminer s’il faudra reprendre la même situation à la séance suivante.

Comme indiqué dans la fiche de passation, **vous pourrez aussi lui demander si elle-il se sent capable d’expérimenter la situation qui vient d’être travaillée dans la vie réelle.**

5) (FACULTATIVE) Retour à la relaxation

Si le-a patient-e conserve un taux d’angoisse trop important à la fin de la séance, il est nécessaire de **reprendre la relaxation sans exposition** afin de ne pas le-a laisser partir angoissé-e. Reprenez alors les étapes de détente et de tensions spécifiques des muscles, sans exposition et réévaluez le niveau de stress.

ETAPE 3 : Evaluation des résultats

Cette dernière étape permettra d’évaluer l’efficacité du protocole. Elle est destinée à être faite à la toute fin, lorsque toutes les séances auront été réalisées.

Evaluation quantitative : le-a patient-e devra remplir de nouveau la partie “questions générales sur votre voix” du questionnaire.

Evaluation qualitative : un échange de fin de protocole est à faire avec le-la patient-e afin d’obtenir des retours sur le protocole.

Questionnaire

Destiné au-à la patient-e

Renseignements généraux

Âge : Profession :
Etes-vous "out" auprès de votre entourage ?

Nombres de séances déjà effectuées en orthophonie :
Avez-vous déjà eu recours à une chirurgie laryngée ? Si oui laquelle ?

Avez-vous déjà eu recours à une pratique de relaxation (yoga...) ?

Mise en place des objectifs du suivi

Élaborez avec votre orthophoniste une échelle de niveaux de 1 à 10, 1 correspondant à une situation peu stressante, 10 correspondant à une situation stressante.

Exemples de situations : Prendre un verre avec des ami-es, entretien d'embauche, repas de famille, discours devant un public, chanter dans une chorale, parler au téléphone, acheter du pain, demander conseil à un vendeur, prendre la parole en cours / en réunion, discuter avec quelqu'un en tête à tête, interpellé une connaissance dans la rue, parler seul-e dans la voiture, parler à son miroir, parler à son animal de compagnie...

- 1- (pas ou très peu anxiogène).....
- 2- (légèrement anxiogène).....
- 3- (modérément anxiogène).....
- 4- (modérément anxiogène).....
- 5- (modérément anxiogène).....
- 6- (modérément anxiogène).....
- 7- (modérément anxiogène).....
- 8- (assez anxiogène).....
- 9- (anxiogène).....
- 10- (très anxiogène).....

Questions générales sur votre voix

Cette partie du questionnaire sera à remplir avant ET après la passation du protocole

Merci de cocher une case de 0 à 4 pour noter la fréquence des situations suivantes :

0 = jamais 1 = presque jamais 2 = parfois 3 = presque toujours 4 = toujours

Item	0	1	2	3	4
Je téléphone moins souvent que je ne le voudrais					
J'essaie d'éviter les groupes à cause de ma voix					
Je parle moins souvent avec mes ami-es					
Mes difficultés de voix limitent ma vie personnelle et sociale					
J'évite de parler quand je peux					
J'ai des difficultés à traduire mes émotions en parlant					
Je suis tendu-e quand je parle avec d'autres, à cause de ma voix					
Je me sens handicapé-e par ma voix					
Je sors moins à cause de mon problème de voix					
Je suis tracassé-e par mes difficultés vocales					
Mon moral est gâché par mes difficultés vocales					
Mes difficultés vocales entament mon équilibre psychologique					
Le fait de parler me stresse					
Même quand je ne parle pas, je pense à mes difficultés vocales					
Il m'arrive de perdre espoir quand je pense à mes difficultés vocales					
Je me sens anxieux-se quand je sais que je vais devoir utiliser ma voix					
Ma voix me fait me sentir moins féminin-e / masculin-e que je ne le voudrais					
Ma voix m'empêche de vivre ma vie en tant que femme / homme					
Ma voix devient rauque quand j'essaie de parler avec une voix féminine ou masculine					
Je ne me sens pas à l'aise quand je parle avec des ami-es, des voisin-es ou des proches à cause de ma voix					
Je suis moins extraverti-e à cause de ma voix					
J'évite de parler en public à cause de ma voix					

Consentement

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude en orthophonie.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper cette participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

Mon consentement ne décharge pas les organisatrices de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours des rencontres, j'accepte que l'orthophoniste recueille des données me concernant. Je comprends que celles-ci sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigatrices concernées.

J'ai été informé-e que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Nom :

Signature (précédée de la mention "Lu et Approuvé") :

Investigatrices

- *Alizée LEGROS, étudiante en 5ème année au département d'orthophonie de Rouen*
- *Julie DOGNON, co-directrice, orthophoniste*
- *Laure SOYEZ-GAYOUT, co-directrice, psychologue clinicienne*

Identité ou initiales du-de la patient-e :

N° de la séance :

Date :

Fiche de passation

Destinée à l'orthophoniste

Cette fiche de passation est à remplir pendant ou après CHAQUE séance faite avec le-a patient-e. Toutes les fiches de passation seront à retourner par mail. Merci !

Séance réalisée :

- En présentiel
- En visio

Les grandes étapes d'une séance

1. Relaxation
2. Exposition en imagination
3. Débriefing
 - a. Immédiat
 - b. Différé
4. (si anxiété élevée) retour à la relaxation : Ne jamais laisser partir un-e patient-e qui se sentirait stressé ou anxieux suite à l'exercice, car le résultat serait contre-productif (évitement)

1. Relaxation

Lors de la première ou des deux premières séances, proposer une relaxation seule sans mise en situation. Ce temps est indispensable pour jauger la sensibilité du-de la patient-e et voir s'il-elle peut se laisser aller pour les futures expositions en imagination. Pour procéder à la relaxation, voir le manuel d'utilisation.

2. Exposition en imagination

Comment vous sentez-vous aujourd'hui / en ce moment ?

Prises de notes de la réponse

→ Proposer une relaxation, puis évoquer une situation parmi les 8 que vous avez classées avec le-a patient-e. La situation doit être :

- De niveau d'anxiété **égal** ou **supérieur** à la situation exposée lors de la séance précédente
- Jamais de niveau inférieur
- De niveau d'anxiété **faible** ou **modéré** (de niveau 1 à 7)

Décrivez la situation choisie, son numéro et le niveau d'anxiété qui lui est lié :

Après l'exposition, selon l'état du-de la patient-e, retour à la relaxation si nécessaire.

3. Débriefing

a. Débriefing immédiat : À remplir après la séance

La relaxation a-t-elle été efficace ?

Y a t-il des symptômes de stress / d'anxiété visibles ou ressentis par le-a patient-e durant la mise en situation ? Si oui, quand et lesquels ? (amorçage, début, milieu, fin...)

Si oui, quelle a été la technique employée pour désamorcer l'anxiété ?

**La voix du-de la patient-e a-t-elle changé durant l'exercice ?
Si oui, quand et de quelle manière ?**

Dans quel état émotionnel le-a patient-e est-il-elle sorti-e de la situation ?

Votre patient-e pense t-il-elle pouvoir utiliser sa voix seul-e dans la situation qui vient d'être travaillée ? Si non, pourquoi ?

b. Débriefing différé : A remplir lorsque le-a patient-e a pu expérimenter cette situation en réel

L'exposition en imagination a-t-elle été efficace pour cette situation précise ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Développez :

L'exposition en imagination a-t-elle été efficace pour d'autres situations ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Si "oui" ou "partiellement", pourquoi et comment ?

Autres remarques ?



Normandie Université

Généralisation de la voix féminisée ou masculinisée chez les personnes transgenres : réalisation d'un protocole

Présenté et soutenu par
Alizée LEGROS

Résumé

Dans le cadre de leur transition médicale, les personnes transgenres peuvent nécessiter un suivi orthophonique pour une féminisation ou une masculinisation vocale. Le processus de transition vocale nécessite un long travail au sein du cabinet, mais aussi à l'extérieur, dans leur vie quotidienne. Dans ce mémoire, nous nous sommes posé la question du transfert des acquis au quotidien et de son efficacité. Une étude préliminaire auprès d'une population de 28 orthophonistes nous a montré un manque d'outil concret dans ce domaine ; c'est pourquoi nous avons élaboré le protocole *OutVoice*, en nous inspirant des techniques employées dans les thérapies cognitivo-comportementales, comme la relaxation, à destination des orthophonistes qui suivent des personnes transgenres. Ce protocole a pour but de faciliter la généralisation de la voix féminisée ou masculinisée dans certains contextes où une personne trans peut se sentir en état de stress ou de vulnérabilité lors de l'utilisation de sa voix.

Mots clés : Transidentité, voix, féminisation / masculinisation vocale, généralisation, TCC, relaxation

Generalization of voice feminization or masculinization for transgender people : a protocol

Abstract

During a medical transition, transgender people may need to work with a speech and language therapist for a vocal feminization or masculinization. This process is very long, inside the SLT's room, but also in everyday life. During this work, we asked ourselves if transgender people could generalize easily the gains of the work with their SLTs. A preliminary study with 28 SLTs showed a lack of tools optimizing the generalization. therefore, we created *OutVoice*, a protocol based on relaxation and made for SLTs who follow transgender people. The final purpose of *OutVoice* is to improve generalization for transgender people and to reduce the stress when it comes to using their voice.

Key words: trans identity, voice, voice feminization / masculinization, generalization, cognitive behavioural therapy, relaxation.

Mémoire dirigé par Laure SOYEZ-GAYOUT et Julie DOGNON



