



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 2028

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BAKANOV Laura

**Relais thérapeutique dans l'accompagnement des femmes Trans :
entre suivi vocal et chirurgie d'élévation de la hauteur vocale**

Directeur de Mémoire :

GIRARD-MONNERON Lucile

Année académique 2019-2020

Membres du jury

GENTIL Claire

TOPOUZKHANIAN Sylvia

GIRARD-MONNERON Lucile



Lyon 1

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Équipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique
Claire GENTIL
Ségolène CHOPARD
Johanne BOUQUAND

Responsables des travaux de recherche
Lucie BEAUVAIS
Nina KLEINSZ

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU KNINDICK
Patrick JANISSET
Céline MOULARD

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président Pr. FLEURY Frédéric	Vice-président CFVU Pr. CHEVALIER Philippe
Président du Conseil Académique Pr. BEN HADID Hamda	Vice-président CS M. VALLEE Fabrice
Vice-président CA Pr. REVEL Didier	Directeur Général des Services M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen Pr. RODE Gille	Directrice Pr. SEUX Dominique
U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne Pr. BURILLON Carole	Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Directrice Pr. VINCIGUERRA Christine
Comité de Coordination des Études Médicales (C.C.E.M.) Président Pr. COCHAT Pierre	Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (I.S.T.R.) Directeur Dr. PERROT Xavier
U.F.R d'Odontologie	Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine Directrice Pr. SCHOTT Anne-Marie

1.2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences et Technologies Directeur M. DE MARCHI Fabien	Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.) Directeur M. LEBOISNE Nicolas
U.F.R. Faculté des Sciences Administrateur provisoire M. ANDRIOLETTI Bruno	Observatoire Astronomique de Lyon Directeur Mme DANIEL Isabelle
U.F.R. Biosciences Administratrice provisoire Mme GIESELER Kathrin	Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation (E.S.P.E.) Administrateur provisoire M. Pierre CHAREYRON
U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.) Directeur M. VANPOULLE Yannick	POLYTECH LYON Directeur M. PERRIN Emmanuel
	Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1 (I.U.T. LYON 1) Directeur M. VITON Christophe

Résumé

La voix donne de multiples informations sur l'âge, le genre et l'origine d'un locuteur. Les personnes transgenres accordent beaucoup d'importance à celle-ci dans le cadre de leur passing. Les suivis hormonaux ne permettent pas de féminiser la voix des femmes Trans ayant déjà connu une mue durant leur puberté. Aussi, pour obtenir une voix plus en accord avec leur identité, elles peuvent bénéficier d'un suivi vocal orthophonique ou d'une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Notre travail portait sur les critères déterminant un relais thérapeutique entre ces deux options. Une enquête par questionnaires anonymes a été menée, dans le but d'effectuer un état des lieux des pratiques actuelles auprès des femmes Trans souhaitant féminiser leur voix et des cliniciens les accompagnant (orthophonistes et chirurgiens ORL). Nos résultats ont mis en évidence que les praticiens orientaient les femmes Trans en fonction de la satisfaction qu'elles ont de leur voix et que ces dernières mesuraient leur satisfaction par l'augmentation de l'identification de leur voix dans le genre attendu. Un réel besoin d'information a été également mis en évidence tant pour les femmes Trans que pour les orthophonistes.

Mots-clés : voix, transidentité, féminisation vocale, relais thérapeutique, chirurgie d'élévation de la hauteur vocale, analyses des pratiques

Abstract

The voice gives multiple information about a speaker's age, gender and origin. Trans people attach a lot of importance to it in their passing. Hormones do not feminize the voice of Trans women who have already undergone voice changes during puberty. Therefore, in order to obtain a voice more in line with their identity, they can benefit from a speech therapy vocal follow-up or a surgery to raise their vocal pitch. We asked ourselves about the criteria determining a therapeutic relay between these two options. Thus, we conducted a survey using anonymous questionnaires in order to make an inventory of current practices among Trans women wishing to feminize their voice and the clinicians accompanying them (speech therapists and ENT surgeons). Our results showed that practitioners guided Trans women according to their satisfaction with their voice and that Trans women measured their satisfaction by the increase of identification of their voice in the expected gender. A real need for information was also highlighted for both Trans women and speech and language therapists.

Key words: voice, transidentity, voice feminization, therapeutic relay, surgical pitch elevation, analysis of practices

Remerciements

Je tiens à remercier Lucile Girard-Monneron pour son accompagnement ces deux dernières années, sa disponibilité et sa sympathie. J'ai toujours beaucoup appris de nos échanges.

Merci à toutes les personnes ayant pris part à cette étude, merci aux Femmes Trans et aux cliniciens qui ont répondu aux questionnaires.

Je remercie le Jury de contribuer à ce travail.

Merci également à mes amies de promotion pour leur soutien et leurs conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire et pour nos fous rires durant ces cinq années orthophoniques.

Enfin, merci à mes proches de m'accompagner tant dans ce travail que dans ma vie. Un merci particulier à Léna pour sa présence et son soutien.

Sommaire

I	PARTIE THEORIQUE	1
1	GENRE ET TRANSIDENTITE	1
1.1	<i>Le genre, entité aux multiples définitions</i>	1
1.2	<i>Trois approches de la Transidentité dans la littérature</i>	2
1.2.1	Approches psychiatriques et psychologiques	2
1.2.2	Approches sociologiques : les « technologies » du genre	3
1.2.3	Considération lexicologique des personnes Trans	3
2	VOIX	4
2.1	<i>Reflet de l'identité et marqueur d'identification du genre en Occident</i>	4
2.1.1	Différences de voix entre sexes	4
2.1.2	Particularités de la voix « transgenre » féminine	6
2.2	<i>Chirurgies d'élévation de la hauteur vocale</i>	7
2.2.1	Glottoplastie de Wendler	7
2.2.2	Approximation crico-thyroïdienne	8
3	ORTHOPHONIE ET TRANSIDENTITE	8
II	METHODE	11
1	POPULATION	11
1.1	<i>Les praticiens</i>	11
1.1.1	Les orthophonistes	11
1.1.2	Les chirurgiens ORL	11
1.2	<i>Les femmes Trans</i>	11
2	MATERIEL	12
2.1	<i>Questionnaires</i>	12
2.1.1	Élaboration du questionnaire	12
2.1.2	Distribution des questionnaires	14
3	PROCEDURE	14

III	RESULTATS	15
1	QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES TRANS	15
1.1	<i>Informations sur les participantes et constitution de groupes.....</i>	15
1.2	<i>Description des réponses des participantes.....</i>	16
1.3	<i>Analyse approfondie des critères de satisfaction.....</i>	18
2	QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PRATICIENS	19
2.1	<i>Description des réponses des chirurgiens.....</i>	19
2.2	<i>Description des réponses des orthophonistes</i>	20
IV	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	22
1	RECONTEXTUALISATION.....	22
2	MISE EN LIEN AVEC LES RECHERCHES ANTERIEURES	22
2.1	<i>Critères déterminant un relais thérapeutique</i>	22
2.1.1	<i>Critères inhérents à la personne souhaitant féminiser sa voix.</i>	22
2.1.2	<i>Critères inhérents aux cliniciens.</i>	24
2.2	<i>Nécessité de répondre à un besoin d'information</i>	25
2.2.1	<i>Besoin de formation des femmes Trans.</i>	25
2.2.1.1	<i>Asymétrie d'information.....</i>	25
2.2.1.2	<i>Persistance d'idées reçues.....</i>	27
2.2.2	<i>Absences de consensus des pratiques.</i>	28
3	LIMITES ET PERSPECTIVES	29
3.1	<i>Limites de notre recherche.....</i>	29
3.2	<i>Perspectives cliniques et impact pour la profession</i>	29
4	CONCLUSION.....	30

ANNEXES

I Partie théorique

L'année 2019 a été marquée par un intérêt grandissant pour la transidentité, traduit par une visibilité croissante au sein de la société. Cela s'est vérifié dans l'actualité culturelle, notamment avec la série américaine *Pose* et ses actrices Trans, nommée aux Golden Globes 2020. En juin, l'actrice Trans Indya Moore a fait la couverture du magazine américain ELLE et en août, la maison de haute-couture Chanel a choisi la mannequin transgenre Teddy Quinlivan comme égérie. L'actualité médiatique, qui n'est pas toujours positive, a également fait cas de cette visibilité, comme après l'agression publique à Paris d'une femme Trans (Cojean, 2019). Par ailleurs, le rapport annuel de l'association militante SOS Homophobie (2019) recueille 210 signalements de transphobie en 2018. Le monde médical est aussi concerné. Lors de l'assemblée de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), une nouvelle version de la Classification Internationale des Maladies, la CIM-11 (2019), a été adoptée dans laquelle le transsexualisme quitte l'affection des « troubles mentaux et du comportement » pour la catégorie des « conditions relatives à la santé sexuelle », sous le terme « d'incongruence de genre ». Par ce moyen, l'OMS reconnaît une dépsychiatisation de la transidentité.

Ce mouvement sociétal questionne nos propres connaissances de la transidentité et interroge sur son interaction avec la profession orthophonique. Notre travail porte plus précisément sur le relais entre un suivi vocal orthophonique et une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale pour les femmes Trans. Dans la partie théorique, les différents résultats de la littérature en matière de genre et de voix seront présentés. Puis, dans la partie méthode, la construction et la diffusion de nos questionnaires seront détaillées. Enfin, la partie discussion fera l'objet d'une analyse de nos résultats, qui seront comparés aux données de la littérature.

1 Genre et transidentité

1.1 Le genre, entité aux multiples définitions

« On ne naît pas femme, on le devient », ainsi Simone de Beauvoir (1949) entame la première décorrélation entre sexe biologique et sexe social. Cette pensée est développée par Oackley et Stollers, dans la mouvance féministe des Gender Studies (Girard, 2013). Le sexe biologique, anatomique et concret, diffère du genre qui résulte d'un apprentissage des constructions sociales et des rôles attendus et

performés par les pairs. La société est alors envisagée d'un point de vue binaire qui exclut toute alternative : d'un côté, les hommes et de l'autre, les femmes. Le genre est un fait socioculturel actif, conséquence directe du rapport entre des catégories sociales sexuées, hiérarchisées et muables, et non de la biologie (Espineira, 2008; Vuille et al., 2009). L'assignation de genre est le fait d'appliquer sur un corps un ensemble de représentations culturelles (Alessandrin & Esteve-Bellebeau, 2015), cet acte extérieur entraîne un flux d'injonctions implicites au cours de la vie. En opposition, l'identité de genre est, selon les principes de Yogyakarta (cités par Alessandrin & Esteve-Bellebeau, 2015), « l'expérience intime de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance ». La transidentité est le fait, pour une personne, d'avoir une identité de genre différente du sexe assigné à la naissance (Thomas et al., 2012). Si les deux correspondent, une personne est considérée comme « cisgenre » (Schilt & Westbrook, 2009). Les personnes Trans rendent donc visible le processus d'acquisition de genre (Garfinkel, 1967).

1.2 Trois approches de la Transidentité dans la littérature

1.2.1 *Approches psychiatriques et psychologiques.*

Au XIX^{ème} siècle, le corps médical finit par s'accorder sur les notions de sexe, de genre et de sexualité. La pensée dominante étant hétéro-normée (Warner, 1991), les hommes se distinguent des femmes du fait de leurs caractéristiques physiques et l'hétérosexualité, a fortiori maritale, prévaut (Macé, 2010). Toute conduite alternative est alors considérée comme déviante et pathologique, c'est-à-dire nécessitant une intervention thérapeutique. Freud considère que le travestissement et les identifications de genre différentes du sexe biologique sont l'expression d'une homosexualité refoulée (Castel, 2003 cité par Macé, 2010). Hirschfeld (1910), quant à lui, situe le travestissement et l'homosexualité sur un continuum entre les catégories « mâle » et « femelle ». Pour Benjamin (1967), le transsexualisme aurait une étiologie hormonale, du fait d'un hermaphrodisme psychique. Les psychologues considèrent que les Cisgenres et les Transgenres passent par les mêmes étapes de construction de l'identité (Foucault, 1982; Butler, 1997 cités par Peretti, 2009). D'après les travaux de Canguilhem, 1966, et Foucault, 1977, le rapport de la pathologie à la norme est arbitraire et variable, lié à un contexte. La transgenralité s'inscrit comme une variable de la construction de l'identité (Peretti, 2013), c'est donc une variable identitaire.

1.2.2 Approches sociologiques : les « technologies » du genre.

Pour Foucault (1984), la sexualité n'est plus définie sur le mode du licite/illicite mais du normal/anormal. Ce glissement s'opère au début du XVIII^{ème} siècle lorsque la sexualité devient l'objet de pouvoir social et politique. Une technologie de genre est « ce qui se voit saisi par le genre, ce qui fait tenir les normes de genre et ce qui octroie des capacités de résistance » (De Laretis, 2007 citée par Alessandrin & Esteve-Bellebeau, 2015). Pour Macé (2010), la transgenralité est une « technologie de genre » dans le sens d'un exercice de rapports de pouvoir entre les membres de la société, se reconnaissant en deux catégories définies de genre qui s'opposent et qui hiérarchisent les individus entre eux.

Les personnes Trans sont actrices de l'institutionnalisation de la transgenralité en promouvant diverses transformations corporelles, issues des progrès de la médecine (Meyerowitz, 2002 cité par Macé, 2010) et en s'affirmant en communautés revendiquant leurs propres identités (Macé, 2010). Le genre est donc une véritable technologie dynamique dont la définition par le corps médical a entraîné une redéfinition par les sujets concernés, qui a elle-même modifié l'approche médicale (Macé, 2010; Petit, 2012 cité par Elchacar & Salita, 2018).

1.2.3 Considération lexicologique des personnes Trans.

Les approches lexicologiques ont évolué au cours du XX^{ème} siècle. La transidentité est d'abord reconnue comme une « inversion génitale » (Esquirol, 1838 cité par Sironi, 2011). Krafft-Ebing (cité par Macé, 2010), dans *Psychopathia Sexualis*, identifie les « invertis » et les « travestis » qui sortent de la norme. Puis Hirschfeld (1910) introduit le terme de « transsexualité » pour distinguer les travestis de ceux qui se reconnaissent d'un autre sexe. Benjamin (1953) décrit le « transsexualisme ». Puis Fisk, en 1973 (cité par Macé, 2010), définit la « dysphorie du genre » comme l'état d'une personne qui ne peut supporter son identité de genre.

Le Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux ou DSM-III (1980) classe le transsexualisme dans les troubles psychosexuels, comme une forme de « trouble de l'identité sexuelle ». Par la suite, le DSM-IV-TR (2000) introduit l'appellation « trouble de l'identité du genre » parmi les troubles sexuels. Enfin, le DSM-V (2013) abandonne cette entrée au profit de « l'incongruence de genre », qui

correspond à une non-conformité de genre produisant une souffrance. Cette évolution correspond à une volonté de dépsychiatriser la transidentité (Alessandrin, 2014).

Par ailleurs, les personnes Trans elles-mêmes introduisent de nouvelles dénominations dont la diversité reflète la multitude des identifications de genre actuelles (Elchacar & Salita, 2018). Intéressons-nous à présent à la voix des femmes Trans et aux possibilités thérapeutiques existantes de féminisation vocale.

2 Voix

2.1 Reflet de l'identité et marqueur d'identification du genre en Occident

Produite par l'accolement successif des cordes vocales sous l'impulsion du souffle, la voix participe activement à la communication et à l'expression des idées et des émotions (Lacheret, 2011). Quand un auditeur perçoit une voix, il essaie automatiquement d'analyser l'âge, l'origine et le genre du locuteur, à l'aide de ses représentations auditives mentales (Mullenix et al., 1995; Simpson, 2009 cités par Pépiot, 2013). L'activation neuronale et comportementale des régions cérébrales, lors de la catégorisation auditive d'une voix, différerait selon le genre du locuteur (Lattner et al., 2005; Sokhi et al., 2005). Toutefois, les personnes Trans auraient une sensibilité plus élevée pour les voix correspondant à leur identité de genre (Smith et al., 2018).

La fréquence fondamentale est le paramètre vocal le plus important pour identifier le genre d'une personne (Arnold, 2015; Oates et Dacakis, 1983; Spencer, 1988). Elle est influencée par l'âge et le sexe des locuteurs. Elle est définie par la pression subglottique et par la morphologie du larynx jouant sur la taille, la masse et la tension des cordes vocales (Wagner et al., 2003). Au-delà d'une fréquence fondamentale moyenne de 140 Hz, la perception genrée d'une voix dépend principalement des fréquences de résonance qui sont déterminées par la forme du conduit vocal et des cavités de résonance et par la technique articulatoire employée (Fant, 1960 cité par Arnold, 2015).

2.1.1 Différences de voix entre sexes.

Les études actuelles envisagent les différences de voix entre les sexes sur le mode féminin/masculin. Dans cette perspective déterministe et naturaliste, les travaux ont souligné des différences anamorphiques et acoustiques et des différences dans les attitudes de communication entre les sexes.

Le dimorphisme sexuel est « l'ensemble des différences entre mâle et femelle d'une même espèce, en dehors de celle des organes sexuels » (Larousse, 1976). Plusieurs études ont démontré les différences anatomiques laryngées des corps de sexe féminin et masculin dont notamment la longueur du larynx et du tractus vocal (Fitch & Giedd, 1999), les caractéristiques du muscle vocal (Chan et al., 2007), la masse et la taille des cordes vocales (Smith & Patterson, 2005) ainsi que leur innervation au niveau du nerf laryngé supérieur (de Campos et al., 2013). Typiquement, la fréquence fondamentale des hommes est comprise entre 80Hz et 120 Hz et celle des femmes entre 180Hz et 225Hz (Lechien et al., 2014). Une voix a tendance à être perçue comme une voix d'homme à partir de 140Hz (Arnold, 2015). Sous ce seuil, l'identification en voix d'homme augmente selon le principe de catégorisation préférentielle (Kessler et McKenna, 1978 cités par Arnold, 2015). En moyenne, en France, la fréquence fondamentale des hommes (100 à 150Hz) est inférieure à celle des femmes (140 à 240Hz) (Calliope, 1989). Cependant, les fréquences de voix masculines et féminines se chevauchent entre 145Hz et 165 Hz sur une zone dite de « genre neutre » (Adler et al., 2018). D'autres critères rentrent en alors jeu pour identifier le genre d'une voix (Leung Yeptain et al., 2018; Wagner et al., 2003).

Les différences se retrouvent également dans les fréquences de résonance de la voix, c'est-à-dire les moyennes des formants vocaliques, qui seraient plus élevées chez les femmes (Bellandese, 2009 cité par Leung Yeptain et al., 2018). Quand la fréquence est supérieure à 140Hz, les formants vocaliques F2 et F3 constituent la variable qui détermine le plus une voix comme féminine (Arnold, 2015). Les femmes auraient une étendue vocale plus large et réaliseraient plus de modulations prosodiques (Avery & Liss, 1996; Loret, 2018). Aussi, les voix identifiées comme féminines auraient davantage tendance à être soufflées (Loret, 2018; Van Borsel, de Pot, et al., 2008). Hardy et al. (2018) ont démontré que le niveau de pression acoustique, c'est-à-dire l'intensité sonore, est un facteur déterminant pour l'identification du genre d'une voix. Les hommes et les individus perçus comme des locuteurs masculins ont tendance à parler plus fort que les autres (Hardy et al., 2018). De plus, un débit plus ralenti (Bellandese, 2009), un discours plus antériorisé et palatisé (Carew et al., 2007) et une articulation plus précise (Morsomme & Remacle, 2016) caractériseraient un discours féminin.

Cependant, notons que ces données ont été remises en cause par la pensée constructiviste pour qui la recherche scientifique actuelle est biaisée par un déterminisme biologique latent et un ethnocentrisme (Zimman, 2018). Ainsi, les études déterministes tendent à expliquer les différences de fréquence fondamentale entre hommes et femmes comme une conséquence directe des différences anamorphiques de la taille du larynx (Ohala, 1984 cité par Zimman, 2018) ; tandis que les études constructivistes, bien qu'elles admettent que l'étendue vocale potentielle d'une personne est déterminée par la morphologie de son larynx, considèrent que l'identité sexuée ne détermine pas exclusivement la partie de son étendue vocale que la personne utilisera (Zimman, 2018).

De fait, les zones de fréquences de la voix varient selon les pays. Par exemple, les locutrices japonaises ont une fréquence fondamentale plus haute que celle des locutrices américaines (Loveday, 1981 ; Yuasa, 2008 cités par Zimman, 2018). De plus, les enfants pré-pubères dont les larynx ne sont donc pas significativement différents, présentent aussi des différences de genre dans la fréquence fondamentale et les formants vocaliques (Ferrand et Bloom, 1996; Perry, Ohde et Ashmead, 2001 cités par Zimman, 2018). Pour Fitch et Gieed, 1999, ces différences sont expliquées par le processus social d'acquisition du langage (cités par Zimman, 2018).

2.1.2 Particularités de la voix « transgenre » féminine.

Les femmes Trans dont la voix est perçue comme féminine produiraient davantage de contours intonatifs ascendants. Elles auraient une étendue vocale plus importante que les femmes Trans dont la voix est perçue comme masculine, alors que ces différences ne se retrouvent pas dans la population contrôle cisgenre (Hancock et al., 2011). Une autre étude a montré que des femmes Trans qui devaient produire une voix féminine et une voix masculine, ont eu tendance à lire plus lentement et avec une amplitude vocale plus faible lorsqu'elles utilisaient leur voix féminine (Günzburger, 1993 cité par Zimman, 2018). En s'appuyant sur les travaux de Podesva, Van Hofwegen et Hazenberg en 2016, Zimman (2018) considère un continuum de la voix dans lequel les voix de d'hommes et de femmes Trans seraient placées entre les voix cisgenres masculines et féminines. Il souligne ainsi la nature non-binaire de la voix genrée.

Par ailleurs, une proportion plus élevée de fatigue vocale, de tension laryngée et d'altération des cordes vocales a été observée chez les femmes Trans souhaitant féminiser leur voix (Palmer et al., 2012). En effet, afin d'obtenir une voix plus féminine, les femmes Trans développent diverses compensations, parfois délétères, qui pourraient expliquer le nombre élevé de plaintes vocales (Schwarz et al., 2018). Deux options thérapeutiques de féminisation sont alors possibles : les chirurgies laryngées et le suivi orthophonique (Kim, 2020).

2.2 Chirurgies d'élévation de la hauteur vocale

La thérapie orthophonique, même si elle permet l'obtention de bons résultats, ne satisfait pas toutes les femmes Trans (Thomas et MacMillan, 2013; Mastronikolis et al., 2013 cités par Schwarz et al., 2017). La production d'une voix féminine avec un appareil vocal masculin peut générer des troubles vocaux et une fatigue vocale (Schwarz et al., 2017). De plus, la voix masculine a tendance à réapparaître dans des situations non contrôlées comme le rire, le bâillement, ou la toux (Gross, 1999 cité par Mastronikolis et al., 2013). Contrairement aux hommes Trans, pour qui la prise de testostérone entraîne une mue artificielle avec des modifications du larynx et un abaissement significatif de la fréquence fondamentale (Hancock et al., 2017), les traitements post-puberté à base d'œstrogène pour les femmes Trans n'entraînent pas une élévation suffisante de la fréquence fondamentale (Gelfer & Schofield, 2000). C'est pour toutes ces raisons que certaines femmes Trans s'orientent vers une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Par ailleurs, les données actuelles ne permettent pas de distinguer une technique chirurgicale supérieure aux autres (Schwarz et al., 2017).

2.2.1 Glottoplastie de Wendler.

La glottoplastie, ou synéchie antérieure, a pour but de diminuer la masse vibrante des cordes vocales tout en augmentant leur tension, ce qui conduit à une augmentation de la fréquence de vibration des cordes vocales, donc de la fréquence fondamentale (Wendler, 1990). Pour ce faire, le chirurgien ouvre au laser l'épithélium des plis vocaux sur leur tiers antérieur et les suture. Cette chirurgie irréversible crée une glotte plus courte mais il y a un risque de raucité voire de bitonalité (double fréquence non contrôlée de la voix) plus important (Remacle et al., 2011).

Paltura et Yelken (2019) ont démontré que les femmes Trans ayant bénéficié d'une glottoplastie de Wendler ont une fréquence fondamentale significativement plus élevée, mais qu'elles ne considèrent pas systématiquement leur voix comme suffisamment féminine. Casado et al. (2017) ont souligné l'importance de coupler la chirurgie avec un suivi orthophonique afin d'en maximiser les résultats.

2.2.2 *Approximation crico-thyroïdienne.*

L'approximation crico-thyroïdienne (Isshiki et al., 1983) consiste à rapprocher le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde et à les suturer, afin d'augmenter la tension des cordes vocales et donc la fréquence fondamentale (Wagner et al., 2003). Cependant, cette chirurgie nécessite une incision externe visible. Une instabilité du processus a également été observée à long terme (Remacle et al., 2011). Une étude a démontré que les femmes ayant bénéficié de cette chirurgie ne sont pas toujours reconnues comme féminines par un jury d'écoute aveugle et que l'apport d'un accompagnement vocal est vivement conseillé (Van Borsel, Van Eynde, et al., 2008).

Ainsi, les chirurgies d'élévation de la hauteur vocale seules ne semblent pas suffire à l'obtention d'une voix féminine, même si elles permettent d'augmenter significativement la fréquence fondamentale. Ces procédures peuvent entraîner de multiples complications (Van Borsel et al., 2008 cités par Schwarz et al., 2017). L'orthophonie apparaît donc comme une technique alternative ou complémentaire viable.

3 Orthophonie et Transidentité

Par leur décret de compétences, les orthophonistes sont des experts de la voix, habilités à prévenir, évaluer et traiter les troubles de la voix (Décret n°2002-721, 2002). En outre, les personnes Transgenres sont plus à risque de développer des troubles affectifs psychiatriques que la population cisgenre, surtout quand elles ne sont pas accompagnées dans leur parcours (Dhejne et al., 2016; Mueller et al., 2017). Il y a d'ailleurs une corrélation positive entre l'auto-évaluation de la féminité de la voix et le sentiment de bonheur chez les femmes Trans (McNeill et al., 2008). De plus, le degré de satisfaction de la voix est le facteur contribuant le plus au plaisir de communiquer (Byrne et al., 2003). Les femmes Trans suivies ont pour demande d'obtenir une voix plus appropriée à leur genre identifié (Adler et al., 2018; Arcourt, 2018). Pour Friedenber (2002), la réponse clinique doit donc permettre de supprimer cet écart qui

peut être à l'origine de souffrance (Hancock, 2017). Pour Thorton (2008), le rôle de l'orthophoniste est de simplifier la transition en aidant l'individu à parvenir à un style de communication flexible et conforme à son identité de genre, lui permettant de « passer » dans toutes les situations sociales et professionnelles.

La majorité des accompagnements vocaux se réalise auprès de femmes Trans plutôt que d'hommes Trans (Wilson et al., 1999) pour qui il n'existe actuellement que très peu de littérature (Azul, 2016). Cette action intervient dans le protocole de la Sécurité Sociale pour une prise en charge à 100% des actes au titre de l'affection longue durée (ALD) 31 (Décret n°2010-125, 2010).

Le suivi vocal orthophonique porte généralement sur un travail des paramètres acoustiques de la voix et des attitudes de communication (World Professional Association for Transgender Health, 2013). Girard (2013) évoque l'apprentissage d'un « accent féminin ». En effet, le fait de modifier la position des articulateurs modifie également la résonance vocale et la perception de la voix. Par exemple, une plus grande ouverture labiale permettrait de rendre une voix plus féminine (Andrews, 2009 cité par Schwarz et al., 2018). Klein Dallant (2019) a coordonné un ouvrage de référence des pratiques orthophoniques actuelles concernant la voix et la transidentité pour les professionnels, dans lequel Augé proposait un travail parallèle cognitivo-comportemental.

Afin de mesurer le degré de satisfaction de la voix et de déterminer les attentes de la femme Trans, l'orthophoniste peut lui proposer l'échelle française d'auto-évaluation « Transsexual Voice Questionnaire » (Morsomme et al., 2019), adaptée du Voice Handicap Index et validée scientifiquement par Dacakis et al. (2017). La reconnaissance du genre souhaité par un jury aveugle ou au téléphone est un autre outil de mesure. L'efficacité du suivi orthophonique a été prouvée, cependant certaines études montrent que les résultats ne sont pas toujours stables dans le temps (Gelfer & Tice, 2013; Gray & Courey, 2019). Aussi, Pintaux (2019) a réalisé un livret d'exercices vocaux destinées aux femmes Trans souhaitant s'entraîner entre les séances.

Ainsi, les questions transidentitaires s'inscrivent dans les thématiques de genre et de voix. Le genre étant une construction sociale dépendante des représentations culturelles, la transidentité est une variable de l'identité et une technologie de genre, c'est-à-dire une production par le genre mais qui entretient également les normes sociales. Par le prisme hétéronormatif, une personne transgenre est caractérisée par une dysharmonie entre son identité de genre et son sexe biologique – à l'inverse d'une personne cisgenre pour qui les identités concordent. La souffrance pouvant émerger de cette incompatibilité est définie comme une incongruence de genre, nécessitant une prise en charge thérapeutique.

La voix étant à la fois une source d'information sur le locuteur et le reflet de son identité, elle préoccupe les personnes Trans dans le cadre du « passing ». De fait, il existe des différences anamorphiques entre les sexes ayant des répercussions acoustiques. Ainsi, les locuteurs adoptent des attitudes communicationnelles différentes selon leur catégorie sexuée. Cela fait de la voix un des marqueurs d'identification du genre en Occident. Il a été démontré que la satisfaction de la voix est très corrélée au sentiment de bonheur chez les personnes Trans. Plusieurs études ont établi l'intérêt d'une intervention orthophonique dans la féminisation de la voix. Différentes chirurgies permettent également d'augmenter significativement la hauteur vocale des personnes en bénéficiant, mais pas forcément d'être identifiées en tant que femmes. Aussi la plupart des femmes Trans optent pour un suivi orthophonique en première intention, puis parfois pour une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Le rapport entre ces deux thérapeutiques reste peu étudié.

Quels sont donc les critères déterminant un relais thérapeutique entre un suivi vocal orthophonique et une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale pour les femmes Transgenres souhaitant féminiser leur voix ? Nous supposons que les critères des cliniciens dépendront du degré de satisfaction de la voix féminine obtenue par les femmes Trans qui se baseront elles-mêmes sur l'augmentation de l'identification de genre souhaité de la voix.

Afin de répondre à cette question, une analyse des pratiques professionnelles actuelles, via un questionnaire destiné aux orthophonistes et aux chirurgiens accompagnant les personnes Trans, ainsi qu'une enquête auprès des femmes Trans souhaitant féminiser leur voix ont été réalisées.

II Méthode

1 Population

Notre recherche s'est intéressée à deux populations distinctes : les femmes Transgenres souhaitant féminiser leur voix et les praticiens qui accompagnent les personnes Trans dans leur parcours.

1.1 Les praticiens

La population des praticiens était divisée en deux, elle regroupait 22 participants : d'une part, les orthophonistes (21) intervenant dans le cadre d'une féminisation vocale et d'autre part, les médecins chirurgiens cervico-faciales (1) spécialisés en oto-rhino-laryngologie (ORL). Toute autre restriction telle que l'âge de la population ou son lieu d'activité a volontairement été évitée afin de maximiser nos chances d'obtenir un nombre important de réponses.

1.1.1 *Les orthophonistes.*

Nos deux critères d'inclusion pour cette sous-population étaient, d'une part, d'être orthophoniste ou logopède et, d'autre part, le fait de suivre ou d'avoir déjà suivi une femme Trans dans le cadre d'une féminisation vocale.

Les participants pouvaient ainsi exercer leur profession en France, avec un diplôme d'État et en Belgique par un titre professionnel de logopède. Le fait d'avoir déjà suivi ou de suivre une féminisation vocale permettait de s'assurer que les réponses données provenaient bien de l'expérience clinique.

1.1.2 *Les chirurgiens ORL.*

De la même manière, cette sous-population incluait des médecins chirurgiens ORL ayant déjà suivi des personnes Trans dans le cadre d'une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale.

1.2 Les femmes Trans

Cette population regroupait 41 femmes Trans avec pour unique critère d'inclusion le fait de s'engager ou de s'être engagé dans une féminisation vocale. Ceci avait pour objectif d'obtenir un panel de réponses important afin que les résultats soient cohérents avec la majeure partie des femmes Trans.

2 Matériel

2.1 Questionnaires

Afin de mettre en valeur les facteurs déterminant un relais thérapeutique entre un suivi orthophonique et une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale, une analyse des pratiques actuelles de chaque suivi a été menée. Pour recueillir ces données qualitatives, notre choix s'est porté sur des questionnaires auto-administrés plutôt que des entretiens physiques, qui sont plus chronophages et onéreux.

De fait, nos deux populations sont régulièrement sollicitées par des étudiants, des chercheurs et des journalistes ; elles ont tendance à préférer le gain de temps du questionnaire auto-administré qu'elles remplissent au moment qu'elles souhaitent. Concernant la population des praticiens, une minorité accompagnent les personnes Trans dans leur parcours. Aussi, le territoire couvert par l'enquête devait être le plus large possible afin d'obtenir un maximum de réponses, ce qui n'aurait pas pu être possible avec des entretiens. Concernant les personnes Trans, certaines ont le sentiment d'être utilisées à des vues scientifiques. D'autres éprouvent une souffrance qui aurait pu être exacerbée par une rencontre lors d'un entretien, ce qui explique le choix de ce type de recueil. Le choix des questionnaires anonymes permettait d'obtenir des données non identifiantes et d'éviter un biais lors de l'analyse des résultats. Les deux questionnaires sont disponibles en annexe A et annexe B.

2.1.1 *Élaboration du questionnaire.*

En premier lieu, l'univers de l'enquête, c'est-à-dire le champ des informations couvert par l'enquête, a été défini. Pour les deux questionnaires, il s'agissait de la transidentité et du déroulé de l'accompagnement des personnes Trans. Les informations attendues ont ensuite été déterminées : pour les praticiens, il s'agissait des comportements et opinions ; pour les femmes Trans, il y avait également des données sur l'identité (âge, activité professionnelle) et la motivation de certains choix personnels.

Pour ce faire, plusieurs types de questions ont ensuite été déterminés. Pour les deux populations, des questions fermées ont été utilisées, c'est-à-dire pour lesquelles le participant doit choisir parmi des réponses données, à choix unique et à choix multiple. Afin de ne pas restreindre trop fortement les réponses et constituer un biais

aux résultats de l'enquête (par exemple, un choix par défaut des participants, qui ne serait pas représentatif de la réalité), certaines questions étaient semi-ouvertes. Le participant pouvait ainsi sélectionner l'item « autre » et le compléter. Enfin, chaque questionnaire comportait une question ouverte directe qui impliquait le participant et l'interrogeait sur un choix personnel. Une courte tribune libre a été ajoutée au questionnaire destiné aux femmes Trans.

Pour finir, l'organisation interne des questionnaires a été définie. Chaque questionnaire commençait par une notice d'information, disponible en annexe C, renseignant le participant sur le recueil de données qu'il s'apprêtait à remplir ainsi que sur ses droits (loi de règlement générale sur la protection des données). Le questionnaire des praticiens comportait 17 questions dont 8 consacrées aux chirurgiens et 9 consacrées aux orthophonistes. Le questionnaire des Femmes Trans comportait 14 questions. En début de questionnaire se trouvaient des questions fermées à choix unique, pour renseigner sur un comportement précis de façon objective et pour éviter que le participant se sente visé personnellement ; puis des questions à choix multiple, afin d'expliquer ce comportement, étaient introduites. Pour le questionnaire des femmes Trans, les données personnelles d'identité pouvant être sensibles, elles ont été placées à la fin du questionnaire. Les architectures des questionnaires étaient les suivantes :

- Pour les praticiens chirurgiens : 7 questions fermées, dont 4 à réponse unique et 3 à réponse multiple, et 1 question ouverte.
- Pour les praticiens orthophonistes : 8 questions fermées, dont 5 à choix unique et 3 à choix multiple, et 1 question ouverte.
- Pour les femmes Transgenre : 11 questions fermées dont 7 à choix unique, 4 à choix multiple, 3 questions ouvertes dont 1 tribune libre.

Les questionnaires étaient volontairement succincts, pour privilégier des réponses plus spontanées de la part des participants. De plus, la concision des questionnaires est un argument afin d'inciter le plus grand nombre à y participer.

Avant d'être diffusé, chaque questionnaire a subi une phase de pré-test auprès de 10 participants chacun, afin de vérifier la bonne compréhension d'expression et de juger

du ressenti des participants. Après cette phase, l'ordre de trois questions a été remanié et une question a été reformulée car elle amenait des réponses trop peu concises.

2.1.2 Distribution des questionnaires.

Les questionnaires étant auto-administrés, l'accès se faisait par une adresse URL sur une plateforme gratuite. La diffusion d'un fichier modifiable au format PDF avait d'abord été envisagée, ce qui exigeait que les participants renvoient leur formulaire à une adresse email créée pour l'occasion. Or, ce mode de fonctionnement altérait l'anonymat des réponses et demandait une action supplémentaire de la part des participants, donc un nombre de réponses moins élevé. Un tableau de référencement des associations et groupes contactés a été mis en place, afin de retracer la diffusion et permettre des relances.

Pour le questionnaire destiné aux praticiens, deux associations de professionnels et les équipes médicales des neuf protocoles français recensés par la Société Française d'Études et de Prise En Charge de la Transidentité (SOFECT) ont été contactées. Les membres de certains groupes issus des réseaux sociaux, dont l'identité professionnelle a été vérifiée avant d'être accepté en tant que membre, ont été invités à participer à l'étude.

Pour le questionnaire destiné aux femmes transgenres, 22 associations d'auto-support en lien avec la Transidentité ont été contactées, afin de les inviter à diffuser notre questionnaire auprès de leurs adhérentes. Six associations ont accepté. Quatre groupes de parole sur les réseaux sociaux ont été également contactés.

3 Procédure

Les participants étaient libres des conditions de passation des questionnaires. Le seul impératif était d'obtenir le lien du questionnaire et de disposer d'une connexion internet. Des associations visant des publics variés ont été ciblées, comme les étudiants et les personnes en transition. Afin de préserver l'anonymat des participants, seul le lien des questionnaires était diffusé. En moyenne, le temps de passation du questionnaire pour les praticiens était de 4 minutes. Pour les femmes Trans, le temps de passation moyen était de 9 minutes.

III Résultats

Notre démarche de recherche ayant pour objectif une analyse des pratiques, les réponses de chacune des populations interrogées ont d'abord été analysées individuellement. Les réponses libres des participants ont fait l'objet d'une analyse produisant des catégories. Les questions à choix multiple ont été traitées en pondérant les résultats, c'est-à-dire par des pourcentages sur la totalité des réponses obtenues. Lorsque les conditions de passation du test χ^2 d'indépendance de Pearson n'étaient pas réunies, des statistiques descriptives ont été réalisées. Le risque α était fixé à 5%. Si p était inférieur à .05, le résultat était considéré comme significatif pour l'ensemble des analyses statistiques effectuées. Les réponses des femmes Trans ont ensuite été mises en lien avec celles des praticiens. Les tableaux synthétiques des réponses aux questionnaires sont respectivement en annexes D et E.

1 Questionnaire destiné aux femmes Trans

1.1 Informations sur les participantes et constitution de groupes

Parmi les femmes ayant répondu à l'enquête, 21 participantes (51.22%) déclaraient avoir une activité professionnelle, 12 participantes (29.27%) déclaraient ne pas avoir d'activité professionnelle, cinq étaient retraitées (12.20%) et trois étaient étudiantes (7.32%). La répartition en âge des participantes était la suivante : cinq personnes ayant entre 15 et 25 ans (12.20%), 13 personnes ayant entre 25 et 35 ans (31.71%), sept personnes ayant entre 35 et 45 ans (17.07%) et 16 personnes ayant 45 ans et plus (39.02%). Cinq participantes avaient bénéficié d'une chirurgie (12.20%), six envisageaient une chirurgie dans un futur proche (14.63%), c'est-à-dire dans les 6 prochains mois, 13 envisageaient une chirurgie dans un futur lointain (31.71%) et 17 n'envisageaient pas de chirurgie (41.46%).

En regroupant les effectifs, deux groupes ont été distingués au sein de cette population : le groupe A, comprenant les femmes n'envisageant pas de chirurgie, soit 17 personnes (41.46%), et le groupe B incluant les femmes ayant déjà bénéficié d'une chirurgie ou envisageant une chirurgie, soit 24 personnes (58.54%). Les caractéristiques démographiques des groupes A et B sont regroupées dans le tableau 1 en fonction de l'âge des participantes et de leur activité professionnelle.

Tableau 1*Effectifs et Pourcentages des Groupes A et B selon leurs Variables Démographiques*

Variables démographiques	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B			
Âge	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
15 – 25	2	8.33	3	17.65	5	12.20
25 – 35	5	20.83	8	47.06	13	31.71
35 – 45	6	25	1	5.88	7	17.07
45 – et plus	11	45.83	5	29.41	16	39.02
Total	24	100	17	100	41	100
Activité	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	11	45.83	10	58.82	21	51.22
Non	6	25	6	35.29	12	29.27
Étudiante	5	20.83	0	.00	5	12.20
Retraitée	2	8.33	1	5.88	2	7.32
Total	24	100	17	100	41	100

Les résultats du Khi2 mettent en évidence que les variables « âge » et « projet de chirurgie » étaient liées ($X_2 = 0.13, p < 0.05$). La valeur médiane de l'âge du groupe A était dans la catégorie 35 - 45 ans tandis que celle du groupe B se situait dans la catégorie 25 - 35 ans.

Les résultats du Khi2 mettent en évidence l'indépendance des variables « activité professionnelle » et « projet de chirurgie » ($X_2 = 0.23, p < 0.05$). La volonté de réaliser une chirurgie n'était donc pas liée au fait d'avoir une activité professionnelle.

1.2 Description des réponses des participantes

Dix-neuf participantes (46.34%) pensaient que le suivi orthophonique pouvait se substituer à une chirurgie, sept participantes (17.07%) pensaient que l'orthophonie était nécessaire après une chirurgie alors que cinq participantes (12.20%) pensaient l'orthophonie nécessaire avant une chirurgie. Parmi les femmes du groupe B, sept femmes (41.18%) pensaient que l'orthophonie était nécessaire après une chirurgie. Cinq participantes (12.20%) considéraient que l'orthophonie ne leur convenait pas et

cinq autres (12.20%) pensaient que l'orthophonie n'était pas utile en cas de chirurgie. 75% (18 réponses) des femmes du groupe A pensaient que l'orthophonie pouvait se substituer à une chirurgie. Trois femmes (17.65%) du groupe B considéraient que l'orthophonie ne leur convenait pas et cinq (29.41%) pensaient que l'orthophonie n'était pas utile en cas de chirurgie.

Les réponses étaient réparties inégalement entre les deux groupes. Davantage de personnes du groupe A pensaient que l'orthophonie pouvait se substituer à une opération (18 réponses sur 19 soit 94.74%) et qu'elle était nécessaire avant une chirurgie (quatre réponses sur cinq soit 80%). En revanche, plus de personnes du groupe B pensaient que l'orthophonie ne leur convenait pas (trois réponses sur cinq soit 60%). Elles étaient également les seules à penser que l'orthophonie était nécessaire après une chirurgie (sept réponses soit 100%) ou que la chirurgie pouvait se substituer à l'orthophonie (cinq réponses soit 100%).

Parmi toutes les participantes, 18 (43.90%) étaient favorables aux chirurgies d'élévation de la hauteur vocale, 11 (26.80%) ne l'étaient pas et 12 (29.30%) ne disposaient pas d'assez d'information pour se prononcer. Toutes les personnes du groupe B étaient favorables aux chirurgies (17 réponses soit 100%). Les personnes du groupe A avaient des réponses plus nuancées. En effet, 50% des personnes (12 réponses) ne disposaient pas d'assez d'information pour émettre un avis, 41.67% des personnes (10 réponses) n'étaient pas favorables aux chirurgies et 8.33% des personnes (deux réponses) étaient favorables aux chirurgies.

Les participantes avaient obtenu des informations sur les chirurgies principalement par internet (25 réponses soit 33.33%), par des groupes de parole sur les réseaux sociaux (21 réponses soit 28%) et par des professionnels de la voix (12 réponses soit 16%). Elles ont pu également trouver des informations dans les associations d'auto-support (huit réponses soit 10.67%), auprès de proches (six réponses soit 8%) et d'autres professionnels de santé (trois réponses soit 4%). Les réponses étaient réparties de façon similaire entre les deux groupes de participantes.

Concernant le potentiel lieu de réalisation d'une chirurgie, 32 femmes (64%) avaient choisi la France, six femmes (12%) avaient opté pour la Belgique, cinq femmes (10%) avaient porté leur choix sur l'Asie, quatre femmes (8%) avaient préféré l'Europe et trois femmes (6%) avaient retenu les États-Unis. Dans chaque groupe, autant de

personnes avaient choisi la Belgique (respectivement trois réponses soit 50% des réponses pour ce lieu) et l'Europe (respectivement deux réponses soit 50%). Le groupe A, n'envisageant pas de chirurgie, choisissait davantage la France (19 réponses soit 59.38%) et l'Asie (trois réponses soit 60%) que l'autre groupe. Le groupe B, ayant bénéficié ou ayant le projet d'une chirurgie, avait davantage choisi les États-Unis (deux réponses soit 66.67%) que l'autre groupe.

L'analyse qualitative des réponses libres a mis en avant plusieurs critères justifiant ce choix : la prise en charge en affection longue durée (ALD) a été évoquée 16 fois (32%), la réputation des chirurgiens est revenue 12 fois (24%), le suivi postopératoire a été mentionné huit fois (16%), la facilité de la prise en soin, six fois (12%) et la peur des risques de la chirurgie à l'étranger, trois fois (6%). Au sein du critère « autres », revenu cinq fois (10%), les participantes ne se prononçaient pas ou évoquaient le refus d'une potentielle opération ou encore l'envie de voyager. Les groupes avaient répondu de façon identique pour la réputation du chirurgien (respectivement six réponses soit 50%), le suivi postopératoire (respectivement 4 réponses soit 50%) et la facilité de prise en soin (respectivement trois réponses soit 50%). Le groupe A, n'envisageant pas de chirurgie, avait davantage souligné la prise en charge ALD (10 réponses soit 62.50%) que le groupe B (6 réponses soit 37.50%). Seul le groupe B avait mentionné la peur des risques chirurgicaux.

1.3 Analyse approfondie des critères de satisfaction

Parmi toutes les participantes, deux (4.88%) préféraient la glottoplastie de Wendler aux autres chirurgies, quatre (9.76%) préféraient l'approximation crico-thyroïdienne et 28 (68.29%) ne pouvaient choisir, par manque d'information. Notons que sept participantes (17.07%) ont opté pour l'item « autres » dans lequel elles exprimaient leur refus de faire une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Parmi les femmes du groupe B, cinq (20.83%) avaient bénéficié d'une chirurgie et treize (54.17%) l'envisagent dans un futur lointain. Deux (17.76%) des femmes du groupe B préféraient la glottoplastie de Wendler et quatre (23.53%) préféraient l'approximation crico-thyroïdienne. Huit de ces femmes (47.06%) ne pouvaient se prononcer par manque d'information.

Deux femmes (40%) étaient satisfaites de leur opération et trois (60%) ne l'étaient pas. Les critères expliquant le mieux la satisfaction étaient le fait d'avoir une

voix objectivement plus aiguë et le fait de ne plus être mégenrée au téléphone (respectivement deux réponses soit 40%). Un autre critère était que la voix soit en accord avec les attentes de l'individu (une réponse soit 20%). Après une analyse qualitative des réponses libres des participantes insatisfaites, deux critères ressortaient : l'importance de la chirurgie (deux réponses soit 66.66%) et des résultats décevants (une réponse soit 33.33%). L'analyse qualitative des réponses libres des femmes n'ayant pas bénéficié de chirurgie montrait que celles-ci l'expliquaient par l'acceptation de leur voix actuelle (quatre réponses soit 26.67%), la satisfaction des résultats obtenus lors de leur suivi orthophonique (cinq réponses soit 33.33%) et la peur des risques inhérents à la chirurgie (six réponses soit 40%). Deux femmes (5%) ont souhaité une ré-opération pour des raisons personnelles, deux femmes (5%) n'en ont pas eu besoin et 36 (90%) n'ont pas bénéficié de chirurgie.

2 Questionnaire destiné aux praticiens

2.1 Description des réponses des chirurgiens

Un seul participant a rempli notre questionnaire. Aussi, réaliser des statistiques inférentielles n'aurait pas eu de sens, les réponses ont donc été analysées de façon uniquement descriptive.

Le participant préconisait en premier l'approximation crico-thyroïdienne à ses patientes, car en cas d'échec, il y avait moins d'altération du timbre vocal. Si l'écart entre les cartilages était trop faible au scanner, ce qui aurait empêché une bascule efficace, il orientait plutôt sur une glottoplastie de Wendler. Pareillement, si les femmes Trans ne souhaitaient pas de cicatrice ou si le timbre vocal était en deçà de 100Hz, la glottoplastie était préconisée. Il considérait que l'orthophoniste devait intervenir systématiquement avant et après la chirurgie, car cette dernière élève la voix mais ne la féminise pas. Pour choisir s'il allait réaliser ce type de chirurgie, le praticien avait pour critères d'inclusion l'accord d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, l'analyse du fondamental laryngé de la patiente, et la motivation de la patiente. En revanche, il ne considérait pas le score au Transsexual Voice Questionnaire (Morsomme et al., 2019). Les critères d'exclusion le motivant à refuser une chirurgie étaient l'avis défavorable de l'orthophoniste et des demandes inadaptées lors de l'entretien avec la patiente. Le participant ne considérait pas comme critère d'exclusion l'absence de certificat de la part d'un psychiatre, l'absence de prise en charge en ALD

31 ou le fait de réaliser une ré-intervention. Le participant avait déjà opéré une patiente pour une deuxième chirurgie d'élévation de la hauteur vocale.

Lorsque le participant avait refusé de réopérer une patiente, il le justifiait par le risque élevé d'échec de la chirurgie ou le fait qu'il était impossible de réaliser une deuxième chirurgie après une approximation crico-thyroïdienne – contrairement à la glottoplastie de Wendler qui permet une deuxième chirurgie. Le participant se disait satisfait entre 50% à 70% des résultats obtenus après les chirurgies, en se basant sur la satisfaction de la patiente et de l'orthophoniste et sur l'augmentation significative de la fréquence fondamentale de la personne.

2.2 Description des réponses des orthophonistes

Parmi les 21 participants, un participant (5.88%) orientait vers une chirurgie dès le début de son suivi, un autre (5.88%) le faisait en moyenne entre 1 à 3 mois et un dernier (5.88%) au bout de 3 à 6 mois de suivi. Trois participants (17.65%) orientaient vers une chirurgie au bout de 6 à 9 mois et trois orthophonistes (17.65%) le faisaient au bout de 9 à 12 mois de suivi. Parmi les participants, huit orthophonistes (47.06%) orientaient vers une chirurgie au bout de 1 an de suivi.

Les critères justifiant ce choix ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Le mal-être de la patiente, notamment évalué par le Transsexual Voice Questionnaire (Morsomme et al., 2019) est revenu 12 fois (41.38%), la reconnaissance de la voix comme masculine par l'orthophoniste et par un jury d'écoute a été sélectionnée neuf fois (31.03%), l'instabilité de la voix lors de mesures vocales a été choisie trois fois (10.34%) et l'item « autres » qui regroupait deux absences de réponses et la justification selon laquelle l'orientation vers une chirurgie ne fait pas partie du rôle de l'orthophoniste est revenu cinq fois (17.24%). Aussi, parmi les critères poussant les orthophonistes à orienter les femmes Trans vers une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale, l'insatisfaction de la personne quant à sa voix est revenue 15 fois (48.39%) et l'atteinte du maximum des possibilités du suivi orthophonique est revenue 12 fois (38.71%). Quatre orthophonistes avaient opté pour l'item « autres » (12.90%) où ils ont exprimé leur souhait de ne jamais orienter vers une chirurgie.

Seize participants (76.19%) suivaient, au moment du questionnaire, une personne ayant choisi de ne pas se faire opérer, trois participants (14.29%) avaient déjà suivi une personne ayant choisi de ne pas se faire opérer et deux participants

(9.52%) n'avaient jamais suivi de personne refusant de se faire opérer. Au total, 19 participants (90.48%) avaient donc déjà été confrontés à cette situation. Quand la voix n'était pas assez féminine malgré le suivi orthophonique, trois participants (14.29%) mettaient fin à la prise en charge au bout de 1 an, trois participants (14.29%) le faisaient après 2 ans de suivi, un participant (4.76%) ne mettait jamais fin au suivi et 14 participants (66.67%) optaient pour l'item « autres ». L'analyse qualitative des réponses à l'item « autres » soulignait que 11 participants (78.57%) se basaient sur le ressenti de la patiente pour mettre fin au suivi, et que trois participants (21.43%) organisaient leur travail par des périodes d'accompagnement vocal suivies de pauses qui se succédaient.

Parmi les orthophonistes, cinq (23.81%) abordaient systématiquement la question des chirurgies d'élévation de la hauteur vocale lors du bilan orthophonique initial, deux (9.52%) n'abordaient jamais les chirurgies lors du bilan, 11 orthophonistes (52.38%) ne le faisaient que si la personne en parlait spontanément et trois (14.29%) préféraient attendre de mieux connaître la personne. Parmi les chirurgies existantes, 11 orthophonistes (52.38%) évoquaient la glottoplastie de Wendler et l'approximation crico-thyroïdienne, quatre (19.05%) évoquaient uniquement la glottoplastie de Wendler, aucun orthophoniste (0%) ne parlait uniquement de l'approximation crico-thyroïdienne et six orthophonistes (28.57%) optaient pour l'item « autres » dans lequel ils soulignaient l'importance d'un choix pluridisciplinaire ou l'impossibilité de répondre puisqu'ils n'avaient jamais été confrontés à cette situation.

Lorsque la patiente était insatisfaite de l'accompagnement vocal, les orthophonistes la réorientaient vers un autre orthophoniste (19.05%), vers un autre professionnel de santé (14.29%) ou proposaient des fenêtres thérapeutiques et éventuellement un suivi à deux orthophonistes (19.05%). Treize participants (61.90%) n'avaient pas connu cette situation.

IV Discussion et Conclusion

1 Recontextualisation

La voix permet d'obtenir de multiples informations sur un locuteur (Morsomme et al., 2019). Elle est l'une des préoccupations majoritaires des personnes Trans dans le cadre de leur transition et elle est fortement corrélée à leur état de bonheur (McNeill et al., 2008). Afin de féminiser leur voix, les femmes Trans ont plusieurs options dont le suivi vocal auprès d'un orthophoniste et la chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Toutefois, la plupart des femmes Trans commencent par un suivi vocal aboutissant parfois à un relais thérapeutique auprès d'un chirurgien ORL. L'étude menée avait pour objectif d'analyser les pratiques professionnelles actuelles et plus particulièrement les critères déterminant un relais thérapeutique entre ces deux options. Pour ce faire, les données ont été recueillies par des questionnaires anonymes et auto-administrés. Il était attendu que les choix des cliniciens soient tributaires du degré de satisfaction de la voix obtenue par les femmes Trans et que cette satisfaction dépende d'une augmentation de l'identification de la voix au genre souhaité.

Ces résultats vont désormais être mis en lien avec les données de la littérature et les limites de cette étude, ainsi que ses perspectives, vont être discutées.

2 Mise en lien avec les recherches antérieures

2.1 Critères déterminant un relais thérapeutique

2.1.1 *Critères inhérents à la personne souhaitant féminiser sa voix.*

Après une analyse des résultats des participantes, deux groupes ont été déterminés au sein de la population des femmes Trans souhaitant féminiser leur voix. Ces groupes sont organisés autour du projet potentiel de réaliser une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. En effet, 58.54% des femmes interrogées envisagent ou ont déjà bénéficié d'une chirurgie alors que 41.46% ne considèrent pas la chirurgie comme un projet d'avenir. Ces dernières sont donc moins susceptibles de faire l'objet d'un relais thérapeutique entre un suivi vocal et une chirurgie. Parmi ces femmes n'envisageant pas de chirurgie, 75% pensent que l'orthophonie peut se substituer à une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale.

Les résultats du test statistique Khi2 ont mis en évidence un lien entre l'âge des participantes et leur appartenance à l'un des deux groupes ($\chi^2 = 0.13$, $p < 0.05$). En effet, le groupe des personnes envisageant une chirurgie ou ayant bénéficié d'une chirurgie est globalement plus jeune que l'autre groupe (valeur médiane de l'âge respectivement dans la catégorie 25 - 35 ans et dans la catégorie 35 - 45 ans). En revanche, les résultats du test statistique Khi2 ont mis en évidence une indépendance entre la présence d'une activité professionnelle et l'appartenance à l'un des deux groupes ($\chi^2 = 0.23$, $p < 0.05$). De fait, parmi les interrogées, les proportions de personnes ayant une activité professionnelle et de personnes n'en ayant pas sont similaires. Cependant, la totalité des personnes retraitées font partie du groupe de femmes n'envisageant pas une chirurgie.

Les femmes de notre étude susceptibles de s'orienter vers une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale ont donc tendance à être plus jeunes. Gross (1999) décrit que les chirurgies de féminisation vocale sont plus efficaces chez les patientes jeunes, qui obtiennent moins de séquelles et s'accommodent mieux de leur voix. Par ailleurs, une récente étude (Kim, 2020) ne recommande pas l'approximation cricothyroïdienne si le sujet a moins de 30 ans car son cartilage thyroïde ne serait pas encore assez ossifié et pourrait alors être déformé en postopératoire. De façon plus ou moins consciente, les participantes semblent orienter leur choix selon leur âge. Toutefois, nos résultats ne semblent pas généralisables à l'entièreté des femmes Trans cherchant à féminiser leur voix. Il existe très peu de données démographiques concernant la population Trans, et les données existantes sont le plus souvent biaisées car elles ne recensent que les personnes ayant une dysphorie de genre nécessitant des soins (Girard, 2013; World Professional Association for Transgender Health, 2013).

Parmi les femmes susceptibles d'opter pour une chirurgie ou ayant déjà bénéficié d'une chirurgie, 17.65% pensent que l'orthophonie ne leur convient pas et 29.41% pensent que l'orthophonie n'est pas utile en cas de chirurgie. Ces personnes-là semblent donc moins susceptibles de consulter un orthophoniste en première intention. Ces résultats ne sont pas surprenants. En effet, de nombreuses études ont montré que malgré des résultats efficaces, la thérapie orthophonique ne satisfait pas toutes les femmes Trans (Thomas et MacMillan, 2013; Mastronikolis et al., 2013 cités par Schwarz et al., 2017).

Au sein du groupe de femmes ayant déjà bénéficié d'une chirurgie et ou envisageant une chirurgie, seule une minorité (20.83%) a déjà bénéficié d'une telle chirurgie. Aussi, la plupart (54.17%) gardent ce projet à moyen terme dans un futur de plus de 6 mois. Les femmes insatisfaites de leur opération (60%) l'expliquent par l'importance de la chirurgie engagée (66.66%) et l'obtention de résultats décevants (33.33%). Kim (2020) a souligné que le non-respect des consignes d'hygiène vocales postopératoires entraîne une mauvaise cicatrisation et des performances vocales altérées. Parmi celles qui ont bénéficié d'une chirurgie, 40% se disent satisfaites des résultats obtenus. Les critères de satisfaction sont la diminution de la mégenération au téléphone (40%), l'obtention d'une voix objectivement plus aiguë (40%) et l'obtention d'une voix en accord avec les attentes de la personne (20%). Ces résultats tendent donc à valider notre hypothèse selon laquelle les femmes Trans basent leur satisfaction sur l'augmentation de l'identification au genre souhaité.

2.1.2 Critères inhérents aux cliniciens.

La quasi-totalité des orthophonistes interrogés (90.48%) suivent ou ont suivi des femmes Trans ne souhaitant pas bénéficier de chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Les orthophonistes interrogés ont tendance à évoquer majoritairement l'approximation crico-thyroïdienne et la glottoplastie de Wendler (52.38%). De fait, ces deux chirurgies sont régulièrement pratiquées en France (Wagner et al., 2003). Le chirurgien ORL interrogé propose également ces deux options, avec une préférence pour l'approximation crico-thyroïdienne qui altère moins le timbre vocal en cas d'échec. Notons que 19.05% des orthophonistes ne parlent que de la glottoplastie de Wendler. Les praticiens sont donc en accord avec la littérature puisqu'à ce jour, aucune chirurgie ne prévaut dans ce domaine (Schwarz et al., 2017). En outre, 52.38% des orthophonistes évoquent les chirurgies si la personne suivie en parle d'abord.

Quand la voix n'est pas suffisamment féminine malgré le suivi orthophonique, les praticiens disent arrêter l'accompagnement après 1 an (14.29%), après 2 ans (14.29%) ou jamais (4.76%). La majorité des praticiens ont choisi l'item « autres » (66.67%) qui correspond à 78.57% au ressenti de la patiente et à 21.43% à des temps de pauses dans le suivi. En moyenne, les orthophonistes déclarent majoritairement réorienter les femmes Trans sur une chirurgie après 1 an de suivi (47.06%). Certains orthophonistes réorientent les femmes Trans entre 6 à 9 mois de suivi ou 9 à 12 mois de suivi (respectivement, 17.65%). Enfin, une minorité réorientent dès le début du

suivi, après 1 à 3 mois de suivi ou après 3 à 6 mois de suivi (respectivement 5.88%). Une grande variabilité de pratiques entre les orthophonistes est donc observée.

Parmi les critères mesurables motivant à orienter les femmes Trans vers une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale, 31.03% des orthophonistes évoquent la reconnaissance objective de la voix de la personne comme masculine et 41.38% des orthophonistes décrivent le mal-être de la personne, objectivable par des échelles d'auto-évaluation. En effet, la réponse clinique doit permettre de supprimer l'écart entre la voix de la patiente et la voix qu'elle considère appropriée à son genre, car celui-ci peut être à l'origine de souffrance (Friedenberg, 2002; Hancock et al., 2011). De plus, 10.34% des orthophonistes considèrent que l'instabilité dans le temps de la voix obtenue est également un critère déterminant pour une orientation chirurgicale. En effet, lors de situation non contrôlées comme le rire, il a été démontré que les voix plus masculines des femmes Trans réapparaissent (Mastronikolis et al., 2013). Enfin, parmi les critères non mesurables déterminant un relais thérapeutique, les orthophonistes interrogés choisissent l'insatisfaction de la personne par rapport à sa voix (48.39%) et l'atteinte du maximum des possibilités thérapeutiques (38.71%). McNeill et al. (2008) ont relevé une corrélation positive entre le sentiment de bonheur des femmes Trans et l'auto-évaluation de la féminité de la voix. L'attitude des orthophonistes de suggérer un relais thérapeutique en orientant sur une chirurgie tient donc compte des données de la littérature. Ces résultats tendent à valider notre hypothèse initiale selon laquelle les cliniciens orientent les femmes Trans vers une chirurgie en fonction du degré de satisfaction de leur voix. Cependant, d'autres facteurs rentrent en jeu dans cette décision, tels que le niveau de connaissances des professionnels.

2.2 Nécessité de répondre à un besoin d'information

2.2.1 *Besoin de formation des femmes Trans.*

2.2.1.1 *Asymétrie d'information.*

Cette recherche a permis de mettre en lumière un réel besoin d'information des femmes Trans souhaitant féminiser leur voix.

Le chirurgien ORL considère que l'orthophonie doit être présente avant et après une éventuelle chirurgie d'élévation de la hauteur vocale (en période préopératoire et

postopératoire), en accord avec les standards de soins recommandés par la World Professional Association for Transgender Health (2013). Pourtant, seule une minorité des femmes Trans semble partager l'avis du chirurgien. Les femmes pour qui la chirurgie est un projet, et qui sont donc susceptibles de vivre un relais thérapeutique, pensent majoritairement que l'orthophonie n'est nécessaire qu'après une chirurgie (41.18%) et que l'orthophonie n'est pas utile en cas de chirurgie (29.41%). Ces avis vont donc à l'encontre recommandations actuelles et de l'étude de Neumann et Welzel (2004) qui préconisent un suivi vocal parallèle au suivi chirurgical. Une asymétrie d'information semble donc exister entre les praticiens et les potentielles intéressées.

De fait, les femmes Trans répondant à l'étude déclarent majoritairement obtenir des informations sur les chirurgies par internet (33.33%) et via des groupes de paroles sur les réseaux sociaux (28%). La véracité et la récence des informations obtenues ne peuvent donc être vérifiées. Les femmes Trans trouvent également des informations auprès des professionnels de la voix (16%), des associations d'auto-support (10.67%), de proches (8%) et par d'autres professionnels de santé (4%). Qu'elles aient ou non le projet de bénéficier d'une chirurgie, les participantes obtiennent leurs informations de la même façon. Ce résultat n'était pas attendu car il était supposé que les femmes envisageant une chirurgie auraient davantage obtenu des informations par des professionnels de la voix et de la santé que les autres.

Concernant les choix des chirurgies, le chirurgien ORL interrogé aborde l'approximation crico-thyroïdienne et la glottoplastie de Wendler. La majorité des orthophonistes interrogés (52.38%) évoquent également ces deux chirurgies. Parmi les femmes ayant bénéficié ou envisageant une chirurgie, 11.76% préfèrent la glottoplastie de Wendler et 23.53% l'approximation crico-thyroïdienne. Notons une nouvelle fois qu'une grande majorité des participantes de ce groupe (47.06%) ne peut se prononcer du fait d'un manque d'information sur les chirurgies. En outre, les femmes Trans n'envisageant pas de chirurgie d'élévation de la hauteur vocale déclarent à 8.33% être favorables aux chirurgies, à 41.67% être non favorables aux chirurgies et à 50% ne pas disposer d'assez d'information pour émettre un avis. Un travail plus poussé sur le degré d'information des femmes Trans, quant aux possibilités thérapeutiques auxquelles elles ont droit, semble pertinent.

Le chirurgien ORL interrogé se considère satisfait entre 50% à 70% des résultats obtenus après chirurgie. Parmi les femmes Trans ayant bénéficié d'une

chirurgie d'élévation de la hauteur vocale, 40% se considèrent satisfaites de leur opération. Les critères de satisfaction semblent donc concorder entre les chirurgiens ORL et les femmes Trans. Celles-ci basent leur satisfaction sur la diminution de mégenération dans leur quotidien et une voix qu'elles considèrent comme objectivement plus aiguë et féminine (respectivement 40%). Le chirurgien évoquait un fondamental laryngée plus aigu et la satisfaction commune de la personne suivie, de l'orthophoniste et du chirurgien.

Enfin, notre étude a permis de montrer que les cliniciens s'appuient sur les ressentis et les envies des femmes Trans pour adapter leurs soins et éventuellement orienter les personnes vers une thérapie plus adaptée. Il paraît donc essentiel que les femmes Trans soient informées au mieux des possibilités thérapeutiques existantes afin de performer leur rôle de « patient-expert » défini par Girard (2013).

2.2.1.2 *Persistance d'idées reçues.*

Concernant le lieu de réalisation d'une potentielle chirurgie, les femmes Trans choisissent la France (64%), la Belgique (12%), l'Asie (10%), l'Europe (8%) et les États-Unis (6%). La Belgique et l'Europe sont autant choisis par les femmes Trans ayant bénéficié ou souhaitant bénéficier d'une chirurgie que par les autres participantes. Toutefois, la France et l'Asie sont plus fréquemment choisies par les femmes ne souhaitant pas bénéficier de chirurgie (respectivement 59.38% et 60%) alors que les États-Unis sont davantage choisis par les femmes envisageant une chirurgie (66.67%).

Ces choix sont justifiés par la prise en charge financière des soins sous l'ALD 31 (32%), la réputation des chirurgiens (24%), le suivi postopératoire (16%), la facilité des démarches (12%) et la peur d'aller à l'étranger (6%). L'item « autres » (10%) regroupent les réponses des personnes refusant une opération. Les femmes ayant bénéficié ou souhaitant bénéficier d'une chirurgie choisissent autant la réputation des chirurgiens, le suivi postopératoire et la facilité des démarches que les autres participantes. En revanche, elles choisissent moins fréquemment la prise en charge ALD 31 que les autres (37.50% des réponses à ce critère). Cela peut être dû au fait que leurs réponses sont plus réparties entre les différentes propositions, et qu'elles considèrent avec le même degré d'importance la réputation des chirurgiens et la prise en charge de l'ALD 31, alors que les femmes ne souhaitant pas de chirurgie priorisent

le remboursement financier de l'ALD 31. Par ailleurs, 60% des personnes ayant choisi l'Asie sont des femmes qui n'envisagent pas de chirurgie. Quatre des cinq personnes ayant choisi l'Asie justifient leur choix par les performances des chirurgiens asiatiques qu'elles considèrent meilleures que celles des chirurgiens français. L'autre personne a déclaré avoir envie de voyager. Aussi, aucune de ces personnes n'a obtenu des informations par des professionnels de la voix (orthophonistes, phoniâtres et chirurgiens ORL). Ces choix peuvent être justifiés par l'expertise que la personne pense détenir, ne la poussant pas à s'informer davantage (Girard, 2013), ce qui peut entretenir certaines idées reçues.

2.2.2 Absences de consensus des pratiques.

Les réponses des orthophonistes sont globalement nuancées et réparties parmi les différents items. De fait, les questions du temps de suivi avant un relais thérapeutique et les critères déterminant une réorientation ne font pas l'objet de consensus parmi les réponses. Les items revenant le plus souvent ne dépassent pas les 50% des réponses. Les pratiques professionnelles semblent donc varier selon les praticiens, comme l'avaient déjà souligné Davies et Golberg (2006).

Aussi, certains orthophonistes (28.57%) ont répondu « autres » à la question sur les chirurgies abordées. Ils indiquent choisir délibérément de ne pas informer sur les chirurgies existantes et d'avoir un avis défavorable à ce sujet. Cette posture questionne leur éthique professionnelle, puisque l'orthophoniste est un professionnel de santé paramédicale soumis à la déontologie. L'article 35 du code de déontologie médicale stipule que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. » (Décret n°2004-802, 2004).

Le niveau d'information des praticiens quant aux possibilités thérapeutiques des femmes Trans semble être variable selon les professionnels. Peu de littérature existe à ce jour sur la procédure des suivis vocaux des orthophonistes et certains se sentent démunis face au suivi des personnes Trans et LGBT+ (Hancock & Haskin, 2015). Dans le cadre d'une pratique en accord avec les bonnes pratiques actuelles, il est important que les professionnels puissent être formés afin de fournir un soin de qualité (Matthews et al., 2020).

3 Limites et perspectives

3.1 Limites de notre recherche

Une première limite de notre recherche est le mode de distribution de nos questionnaires. En effet, notre choix s'est porté sur une plateforme en ligne permettant de diffuser au plus grand nombre les questionnaires, pour des résultats plus représentatifs de la population, et d'assurer l'anonymat des participants. En revanche, le contrôle des conditions de passation du recueil de données était rendu impossible.

Une deuxième limite concerne les effectifs des participants. Le nombre de personnes varie de façon importante entre chacun des groupes (41 femmes Trans pour 21 orthophonistes et une unique réponse des chirurgiens). Aussi, nos résultats statistiques doivent être interprétés avec un certain recul quant à leur manque de représentativité. Les praticiens ne suivent que les personnes venant les consulter, aussi une part importante de la population des femmes Trans ne rencontre pas d'orthophonistes ou de chirurgiens ORL (Girard, 2013). Leur avis n'est donc pas pris en compte dans notre étude.

Enfin, il aurait été pertinent de savoir si les femmes Trans interrogées avaient commencé leur transition et si elles avaient déjà débuté un travail de féminisation de leur voix, ainsi leur niveau d'information sur les différentes options thérapeutiques existantes aurait pu être estimé.

3.2 Perspectives cliniques et impact pour la profession

Le nombre important d'items à chaque question, dans une volonté de simplifier la tâche des participants, entraîne des difficultés d'interprétation. Il serait pertinent de fractionner davantage les questions et d'en augmenter le nombre afin de s'assurer de la donnée recherchée. Dans le même sens, l'usage de questions à choix multiple permet plus de richesse d'information mais les données obtenues semblent moins sensibles. Il serait judicieux d'en diminuer le nombre dans les questionnaires. Nous avons tenté de joindre un maximum d'associations de professionnels afin que le protocole gagne en justesse avec un nombre plus conséquent de réponses, ce travail reste à poursuivre afin d'enrichir le recueil. Enfin, il serait intéressant de reproduire la recherche sur plusieurs années dans une perspective longitudinale afin d'obtenir davantage d'information sur les pratiques et d'observer d'éventuels changements.

Notre recherche a permis de déterminer quelques-uns des critères caractéristiques du relais thérapeutique entre le suivi vocal orthophonique et les chirurgies d'élévation de la hauteur vocale. Actuellement, il y a peu de consensus sur le suivi des personnes Trans et l'expertise des cliniciens est donc variable. De fait, peu de professionnels accompagnent des personnes Trans. Ce travail se veut donc informatif sur les pratiques actuelles, dans l'esprit de l'ouvrage collectif de Klein Dallant (2019).

4 Conclusion

Depuis quelques années, les questions Transidentitaires gagnent en visibilité au sein de notre société. La dépsychiatisation récente de « l'incongruence de genre » pose la question du genre non plus uniquement sous le prisme médical mais aussi social. En outre, la voix donne des informations sur le locuteur, c'est un marqueur important d'identité du genre en Occident. Elle préoccupe les personnes Trans dans leur « passing ». De fait, l'autoévaluation de la féminité de la voix est corrélée au sentiment de bonheur des femmes Trans (McNeill et al., 2008). Ainsi, des professionnels de la voix interviennent dans le cadre des féminisations en proposant un suivi vocal ou une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale.

Notre étude s'intéressait au relais thérapeutique entre l'accompagnement vocal orthophonique et l'intervention chirurgicale par un chirurgien ORL. Elle cherchait à mettre en exergue les critères déterminant ce relais, afin de mieux connaître les pratiques professionnelles actuelles et améliorer le suivi des femmes Trans. Notre analyse a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle les cliniciens, pour guider la femme Trans vers un éventuel relais thérapeutique, s'appuient sur le degré de satisfaction de sa voix qui repose sur l'augmentation d'identification de la voix dans le genre souhaité. Un réel besoin d'information a également été mis à jour tant pour les professionnels, chez qui il n'y a pas de consensus des pratiques, que pour les femmes Trans qui ne peuvent ainsi accomplir leur rôle de « patient-expert » (Girard, 2013). Peu d'orthophonistes se sentent aujourd'hui prêts à accompagner des femmes Trans, non pas par conviction mais par manque d'information (Hancock & Haskin, 2015). Nous espérons que ce travail permettra de les renseigner davantage et de consolider l'expertise des professionnels de la voix. Une étude plus poussée des attentes des professionnels français sur le sujet permettrait d'évaluer les besoins actuels et de systématiser les connaissances nécessaires à leur pratique.

RÉFÉRENCES

- Adler, R. K., Hirsch, S., & Pickering, J. (2018). *Voice and Communication Therapy for the Transgender/Gender Diverse Client : A Comprehensive Clinical Guide, Third Edition* (3^e éd.). Plural Publishing.
- Alessandrin, A. (2014). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : Ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos : Revue de l'association française de sociologie*, 9. <http://journals.openedition.org/socio-logos/2837>
- Alessandrin, A., & Esteve-Bellebeau, B. (2015). *Genre : L'essentiel pour comprendre* (Des ailes sur un tracteur). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01918295>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4^e éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arcourt, A. (2018). *Etat des lieux de la demande et de la plainte vocale lors d'une transition M-to-F* [Mémoire d'Orthophonie, Université de Nantes]. theses.unistra.fr.
- Arnold, A. (2015). Voix et transidentité : Changer de voix pour changer de genre ? *Langage et Société*, 151(1), 87-105. <https://doi.org/10.3917/lis.151.0087>
- Avery, J. D., & Liss, J. M. (1996). Acoustic characteristics of less-masculine-sounding male speech. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 99(6), 3738-3748.
<https://doi.org/10.1121/1.414970>

- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations : Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672-684.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>
- Bellandese, M. (2009). Fundamental frequency and gender identification in standard esophageal and tracheoesophageal speakers. *Journal of Communication Disorders*, 42(2), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2008.08.005>
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *Journal of Sex Research*, 3(2), 107-127. <https://doi.org/10.1080/00224496709550519>
- Benjamin, H. (1967). The Transsexual Phenomenon. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 29(4), 428-430. <https://doi.org/10.1111/j.2164-0947.1967.tb02273.x>
- Byrne, L. A., Dacakis, G., & Douglas, J. M. (2003). Self-perceptions of pragmatic communication abilities in male-to-female transsexuals. *Advances in Speech Language Pathology*, 5(1), 15-25. <https://doi.org/10.1080/14417040510001669011>
- Calliope. (1989). *La parole et son traitement automatique* (Masson).
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The Effectiveness of Oral Resonance Therapy on the Perception of Femininity of Voice in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Casado, J., Rodríguez-Parra, M., & Adrián, J. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. Without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049-2058.
<https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>

- Chan, R. W., Fu, M., Young, L., & Tirunagari, N. (2007). Relative Contributions of Collagen and Elastin to Elasticity of the Vocal Fold Under Tension. *Annals of Biomedical Engineering*, 35(8), 1471-1483. <https://doi.org/10.1007/s10439-007-9314-x>
- Cojean, A. (2019). Agression transphobe de Julia à Paris : Un homme condamné à six mois de prison ferme. *Le Monde.fr*.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/22/agression-transphobe-a-paris-un-homme-condamne-a-six-mois-de-prison-ferme_5465638_3224.html
- Dacakis, G., Oates, J., & Douglas, J. (2017). Associations between the Transsexual Voice Questionnaire (TVQMtF) and self-report of voice femininity and acoustic voice measures. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(6), 831-838. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12319>
- Davies, S., & Goldberg, J. (2006). Clinical Aspects of Transgender Speech Feminization and Masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196.
https://doi.org/10.1300/J485v09n03_08
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Gallimard.
- de Campos, D., Ellwanger, J. H., do Nascimento, P. S., da Rosa, H. T., Saur, L., Jotz, G. P., & Xavier, L. L. (2013). Sexual Dimorphism in the Human Vocal Fold Innervation. *Journal of Voice*, 27(3), 267-272. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.12.008>
- Décret n°2002-721, 2002-721 (2002).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413069>
- Décret n°2004-802, 2004-802 (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339&categorieLien=id>

Décret n°2010-125, 2010-125 (2010).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021801916&categorieLien=id>

Dhejne, C., Vlerken, R. V., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria : A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>

Elchacar, M., & Salita, A. L. (2018). Les appellations des identités de genre non traditionnelles. Une approche lexicologique. *Langage et société*, 165(3), 139-165.

Espineira, K. (2008). *La transidentité : De l'espace médiatique à l'espace public*. L'Harmattan. http://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=26730

Fitch, W. T., & Giedd, J. (1999). Morphology and development of the human vocal tract : A study using magnetic resonance imaging. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 106(3), 1511-1522. <https://doi.org/10.1121/1.427148>

Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité* (Vol. 4). Gallimard.

Friedenberg, C. B. (2002). Working with Male-to-Female Transgendered Clients : Clinical Considerations. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 29(Spring), 43-58. https://doi.org/10.1044/cicsd_29_S_43

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall.

Gelfer, M. P., & Schofield, K. J. (2000). Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male. *Journal of Voice*, 14(1), 22-33. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80092-2](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80092-2)

- Gelfer, M. P., & Tice, R. (2013). Perceptual and Acoustic Outcomes of Voice Therapy for Male-to-Female Transgender Individuals Immediately After Therapy and 15 Months Later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Girard, L. (2013). *La demande de soins des personnes transsexuelles en France : Prise en charge médicale et respect de la dignité* [Thèse de Doctorat en Ethique Médicale, Université René Descartes - Paris V]. www.theses.fr.
<http://www.theses.fr/2013PA05D007/document>
- Gray, M., & Courey, M. (2019). Transgender Voice and Communication. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(4), 713-722. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.03.007>
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 13(2), 246-250.
[https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- Hancock, A. (2017). An ICF Perspective on Voice-related Quality of Life of American Transgender Women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.E1-115.E8.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>
- Hancock, A., Childs, K., & Irwig, M. (2017). Trans Male Voice in the First Year of Testosterone Therapy : Make No Assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 60(9), 2472-2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-Language Pathologists' Knowledge and Attitudes Regarding Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206-221.
https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095

- Hancock, A., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice Perceptions and Quality of Life of Transgender People. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2018). Acoustic Predictors of Gender Attribution, Masculinity–Femininity, and Vocal Naturalness Ratings Amongst Transgender and Cisgender Speakers. *Journal of Voice*, 34(2), 300.E11-300E.26.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.10.002>
- Hirschfeld, M. (1910). *Die transvestiten*. Pulvermacher.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335-340. PubMed.
- Kim, H.-T. (2020). Vocal Feminization for Transgender Women : Current Strategies and Patient Perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43-52. PubMed.
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102>
- Klein Dallant, C. (2019). *Voix et Transidentités : La prise en charge vocale des personnes Transgenres*. Ortho Edition.
- Lacheret, A. (2011). Le corps en voix ou l'expression prosodique des émotions. *Evolutions Psychomotrices*, 23(90), 25-37.
- Larousse. (1976). *Grande Encyclopédie Larousse*. Librairie Larousse.
- Lattner, S., Meyer, M. E., & Friederici, A. D. (2005). Voice perception : Sex, pitch, and the right hemisphere. *Human Brain Mapping*, 24(1), 11-20.
<https://doi.org/10.1002/hbm.20065>

- Lechien, J., Delvaux, V., Kathy, H., Khalife, M., Piccaluga, M., Harmegnies, B., & Saussez, S. (2014). Transgender voice and communication treatment : Review of the literature. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie*, 135(2), 97-103.
- Leung Yeptain, Oates Jennifer, & Chan Siew Pang. (2018). Voice, Articulation, and Prosody Contribute to Listener Perceptions of Speaker Gender : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(2), 266-297. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-17-0067
- Loret, A. (2018). *La féminisation vocale proposée aux femmes transgenres : Analyse des pratiques orthophoniques actuelles* [Mémoire d'Orthophonie, Université de Strasbourg]. Sudoc.
<http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=229660029&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E0c4e9389-61,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R87.89.175.70,FN>
- Macé, É. (2010). Ce que les normes de genre font aux corps / Ce que les corps trans font aux normes de genre. *Sociologie*, 1(4), 497-515.
<https://doi.org/10.3917/socio.004.0497>
- Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler Glottoplasty : An Effective Pitch Raising Surgery in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>
- Matthews, J.-J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, Training, and Attitudes of Students and Speech-Language Pathologists About Providing Communication Services to Individuals Who Are Transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148

- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of Voice in the Transgender Client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>
- Morsomme, D., & Remacle, A. (2016). Féminiser la voix. In C. Klein Dallant, *De la voix parlée au chant : Bilans, rééducations, pathologies de la voix parlée et chantée* (p. 622).
- Morsomme, D., Revis, J., & Thomas, E. (2019). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of Dacakis and Davies' "Transsexual Voice Questionnaire (Male to Female)" in French. *Journal of Voice*, 33(5), 807.E13-807.E24.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.001>
- Mueller, S., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2017). Transgender Research in the 21st Century : A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 174(12), 1155-1162.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060626>
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153-167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech Pathology Considerations in the Management of Transsexualism—A Review. *British Journal of Disorders of Communication*, 18(3), 139-151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Gender Incongruence*. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>

- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2012). Endoscopic and Stroboscopic Presentation of the Larynx in Male-to-Female Transsexual Persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117-126.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Paltura, C., & Yelken, K. (2019). An Examination of Vocal Tract Acoustics following Wendler's Glottoplasty. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 71(1), 24-28.
<https://doi.org/10.1159/000494970>
- 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]. tel.archives-ouvertes.fr.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00821462>
- Peretti, M.-L. (2009). *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*. L'Harmattan.
- Peretti, M.-L. (2013). La transgenralité, une variable dans la construction de l'identité. *Le Journal des Psychologues*, 310(7), 58-62. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/jdp.310.0058>
- Pintaux, T. (2019). *Féminisation de la voix : Comment aider les femmes transgenres à s'entraîner quotidiennement ? Création d'un livret d'exercices* [Mémoire d'Orthophonie]. Université de Picardie - Jules Verne.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for Male-to-Female Transsexualism : Voice Results. *Journal of Voice*, 25(1), 120-123.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>
- Schilt, K., & Westbrook, L. (2009). Doing gender, doing heteronormativity : « Gender Normals, » Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality.

Gender and Society, 23(4), 440-464. JSTOR.

<https://doi.org/10.1177/0891243209340034>

Schwarz, K., Fontanari, A. M. V., Costa, A. B., Soll, B. M. B., da Silva, D. C., de Sá Villas-Bôas, A. P., Cielo, C. A., Bastilha, G. R., Ribeiro, V. V., Dorfman, M. E. K. Y., & Lobato, M. I. R. (2018). Perceptual-Auditory and Acoustical Analysis of the Voices of Transgender Women. *Journal of Voice*, 32(5), 602-608.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.07.003>

Schwarz, K., Fontanari, A. M. V., Schneider, M. A., Soll, B. M. B., Silva, D. C. da, Spritzer, P. M., Dorfman, M. E. K. Y., Kuhl, G., Costa, A. B., Cielo, C. A., Bôas, A. P. V., & Lobato, M. I. R. (2017). Laryngeal surgical treatment in transgender women : A systematic review and meta-analysis. *The Laryngoscope*, 127(11), 2596-2603.

<https://doi.org/10.1002/lary.26692>

Sironi, F. (2011). *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*. Odile Jacob.

Smith, D. R. R., & Patterson, R. D. (2005). The interaction of glottal-pulse rate and vocal-tract length in judgements of speaker size, sex, and age. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118(5), 3177-3186. <https://doi.org/10.1121/1.2047107>

Smith, E., Junger, J., Pauly, K., Kellermann, T., Neulen, J., Neuschaefer-Rube, C., Derntl, B., & Habel, U. (2018). Gender incongruence and the brain – Behavioral and neural correlates of voice gender perception in transgender people. *Hormones and Behavior*, 105, 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.001>

Sokhi, D. S., Hunter, M. D., Wilkinson, I. D., & Woodruff, P. W. R. (2005). Male and female voices activate distinct regions in the male brain. *NeuroImage*, 27(3), 572-578.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.04.023>

- SOS Homophobie. (2019). *Rapport sur l'homophobie* (23^e éd.). KTM Editions.
- Spencer, L. E. (1988). Speech characteristics of male-to-female transsexuals : A perceptual and acoustic study. *Folia Phoniatrica*, 40(1), 31-42.
<https://doi.org/10.1159/000265881>
- Thomas, M.-Y., Espineira, K., & Alessandrin, A. (2012). *La Transyclopédie : Tout savoir sur les transidentités* (Des ailes sur un tracteur).
- Thornton, J. (2008). Working with the transgender voice : The role of the speech and language therapist. *Sexologies*, 17(4), 271-276.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.003>
- Van Borsel, J., de Pot, K., & De Cuypere, G. (2008). Voice and physical appearance in female-to-male transsexuals. *Journal of Voice : Official Journal of the Voice Foundation*, 23(4), 494-497. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.018>
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379-384.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>
- Vuille, M., Malbois, F., Roux, P., Messant, F., & Pannatier, G. (2009). Comprendre le genre pour mieux le défaire. *Nouvelles Questions Féministes*, 28(3), 4-15. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/nqf.283.0004>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-Raising Surgery in Fourteen Male-to-Female Transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157-1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Warner, M. (1991). Introduction : Fear of a Queer Planet. *Social Text*, 29, 3-17. JSTOR.

Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians*.

Wilson, P., Sharp, C., & Carr, S. (1999). The prevalence of gender dysphoria in Scotland : A primary care study. *British Journal of General Practice*, 49(449), 991.

World Professional Association for Transgender Health. (2013). *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme* (No 7).
https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf

Zimman, L. (2018). Transgender voices : Insights on identity, embodiment, and the gender of the voice. *Language and Linguistics Compass*, 12(8), e12284.
<https://doi.org/10.1111/lnc3.12284>

ANNEXES

Annexe A

Questionnaire destiné aux femmes Trans

QUESTIONNAIRE

1. Êtes-vous favorable aux chirurgies d'élévation vocale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne dispose pas d'assez d'informations sur les chirurgies

2. Avez-vous bénéficié d'une chirurgie d'élévation vocale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Non mais cela fait partie de mes projets dans un futur proche (dans les 6 mois)
 Non mais cela fait partie de mes projets futurs
 Non et cela ne fait pas partie de mes projets futurs

3. Si oui, êtes-vous satisfaite de votre opération ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

4. Si oui, sur quels critères basez-vous votre satisfaction ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Ma voix est objectivement plus aiguë
 On ne me mégenre plus au téléphone
 Ma voix est en accord avec mes attentes

Autre : _____

5. Si non, pourriez-vous expliquer pourquoi ?

6. Comment avez-vous obtenu des informations sur la chirurgie vocale ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Professionnel de la voix (chirurgien orl/orthophoniste)
 Autre professionnel de santé
 Internet (articles scientifiques, sites web...)
 Associations d'auto-support
 Groupes de parole (Facebook, Twitter...)
 Proches/connaissances

7. Quelle chirurgie préféreriez-vous/avez-vous choisi ? *

Une seule réponse possible.

- Glottoplastie de Wendler
 Approximation crico-thyroïdienne
 Je ne dispose pas d'assez d'informations pour choisir
 Autre : _____

8. Si vous deviez vous faire opérer, où iriez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- En France
- En Belgique
- En Europe
- Aux États-Unis
- En Asie

9. Pourquoi ? *

10. Avez-vous eu besoin d'une ré-opération ? *

Une seule réponse possible.

- Je n'ai pas été opérée
- Non, j'ai été satisfaite du résultat obtenu
- Non, j'ai eu quelques difficultés mais l'orthophonie m'a permis de les résoudre
- Oui, pour des raisons fonctionnelles (essoufflement, voix très instable...)
- Oui, pour des raisons personnelles (ma voix ne me correspondait pas)

12. Tribune libre, n'hésitez pas à faire part de votre ressenti et de vos remarques



13. Quel est votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 20 ans
- Entre 20 et 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 35 et 40 ans
- Entre 40 et 45 ans
- Entre 45 et 50 ans
- Plus de 50 ans

14. Avez-vous une activité professionnelle ? *

Une seule réponse possible.

- Je suis étudiante
- J'ai une activité professionnelle
- Je n'ai pas d'activité professionnelle
- Je suis retraitée

Annexe B

Questionnaire destiné aux praticiens

PARTIE DESTINÉE AUX CHIRURGIENS

La partie destinée aux orthophonistes est à la page suivante. Si vous êtes orthophoniste, merci de ne pas répondre à cette partie.

1. Quel type d'opération préconisez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Glottoplastie de Wendler
 Approximation crico-thyroïdienne
 Aucune de ces opérations
 Autre : _____

2. Quelle est pour vous la place de l'orthophonie ?

Une seule réponse possible.

- Pas d'orthophonie
 Orthophonie en préopératoire
 Orthophonie en post-opératoire
 Orthophonie en pré et post-opératoire

3. Quels sont vos critères d'inclusion ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Analyse du fondamental laryngé
 Score au TVQ
 Motivation de la patiente
 Accord d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux
Autre : _____

4. Quels sont vos critères d'exclusion ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Absence de certificat de la part d'un psychiatre
 Absence d'ALD 31
 Ré-intervention
 Entretiens avec la patiente
Autre : _____

5. Pourquoi pratiquez-vous cette intervention ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Contexte (reprise d'une patientèle, lieu d'exercice)
 Parce qu'elle apporte un réel mieux dans la féminisation de la voix
 Parce que la personne le souhaite
Autre : _____

6. Avez-vous déjà opéré une patiente pour une deuxième chirurgie d'élévation vocale ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Si vous avez refusé de ré-opérer, pourquoi ?

8. Êtes-vous satisfait des résultats obtenus ?

Une seule réponse possible.

- À plus de 70%
 Entre 50 et 70%
 Entre 30 et 70%
 Moins de 30%

PARTIE DESTINÉE AUX ORTHOPHONISTES

La partie destinée aux chirurgiens est à la page précédente. Si vous êtes chirurgien, merci de ne pas répondre à cette partie.

9. Parlez-vous des chirurgies d'élévation vocale dès le bilan ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
 Non, systématiquement
 Si la patiente m'en parle
 Je préfère attendre de mieux connaître la patiente

10. De quelle chirurgie parlez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Glottoplastie de Wandler
 Approximation crico-thyroïdienne
 Des 2 précédentes
 Autre : _____

11. En moyenne, au bout de combien de temps d'accompagnement vocal orientez-vous la patiente vers une chirurgie ?

Une seule réponse possible.

- Dès le début
 Entre 1 à 3 mois d'accompagnement
 Entre 3 à 6 mois d'accompagnement
 Entre 6 à 9 mois d'accompagnement
 Entre 9 à 12 mois d'accompagnement
 Après 1 an d'accompagnement vocal

12. Sur quels critères mesurables choisissez-vous d'orienter vers une chirurgie d'élévation vocale ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Voix instable (mesures vocales)
 Reconnaissance de la voix comme masculine (jury d'écoute, ressenti...)
 Mal-être de la patiente (TVQ...)

Autre : _____

13. Sur quels critères choisissez-vous d'orienter vers une chirurgie d'élévation vocale ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Atteinte du maximum des possibilités de l'accompagnement vocal
- Insatisfaction de la patiente concernant sa voix

Autre : _____

14. Suivez-vous une personne qui a choisi de ne pas se faire opérer ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Cela m'est déjà arrivé

15. Si oui, quand arrêtez-vous la prise en charge si la voix n'est pas suffisamment féminine ?

Une seule réponse possible.

- Au bout d'un an
- Après deux ans
- Jamais
- Autre(s)

17. Comment gérer vous les patientes insatisfaites ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Réorientation vers un autre orthophoniste
- Réorientation vers un autre professionnel
- Je n'ai pas connu cette situation

Autre : _____

Annexe C

Notice d'information

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données portant sur l'accompagnement vocal des personnes Trans.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle au responsable du projet (Lucile GIRARD-MONNERON) ou à la personne réalisant le recueil de données (Laura BAKANOV).

Ce travail a pour but de mettre en avant les déterminants, s'il y en a, aboutissant au relais entre l'accompagnement vocal des personnes Trans avec un orthophoniste et une chirurgie d'élévation de la hauteur vocale. Il est réalisé par le biais d'un questionnaire anonyme adressé aux personnes Trans et aux praticiens les entourant dans leur parcours.

Votre collaboration à ce recueil de données n'entraînera évidemment pas de participation financière de votre part. Les données seront analysées de façon confidentielle à partir du mois de mai 2020, date fin de recueil des informations. Elles seront ensuite présentées devant un jury pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste.

Législation – Confidentialité :

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable du projet (Lucile GIRARD-MONNERON). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé.e des résultats globaux de ce mémoire, qui pourra faire l'objet d'une présentation ultérieure. Cependant, aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

La finalité de ce travail est double :

- rendre compte des pratiques actuelles orthophoniques lors de l'accompagnement vocal des personnes Trans, afin de faire évoluer la pratique, permettre un suivi de meilleure qualité et peut-être susciter l'intérêt pour ce travail.
- informer davantage les personnes Trans et développer la relation entre l'orthophoniste et les personnes Trans.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information, et vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments distingués.

Directeur du mémoire :

Lucile GIRARD-MONNERON ; orthophoniste et docteur en science de la vie et de la santé, éthique médicale
lucilegirard@orange.fr
Enseignante au centre de formation orthophonique d'Amiens

Étudiante :

Laura BAKANOV, étudiante en Master 2 Orthophonie
bakanov.laura@gmail.com
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Université Claude Bernard Lyon

Annexe D

Tableaux récapitulatifs des résultats des femmes Trans

Tableau D1

Répartition en Groupes A et B des Femmes Trans ayant répondu au Questionnaire

Répartition	Femmes ayant répondu au questionnaire	
	<i>n</i>	%
Groupe A	17	41.46
Groupe B	24	58.54
Total	41	100

Tableau D2

Effectifs et Pourcentages des Groupes A et B selon leur Avis sur l'Orthophonie

Avis sur l'orthophonie	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		<i>n</i>	%
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Se substitue à une chirurgie	18	75	1	5.88	19	46.34
Nécessaire avant une chirurgie	4	16.67	1	5.88	5	12.20
Nécessaire après une chirurgie	0	0	7	41.18	7	17.07
Inutile en cas de chirurgie	0	0	5	29.41	5	12.20
Ne me convient pas	2	8.33	3	17.65	5	12.20
Total	24	100	17	100	41	100

Tableau D3

Effectifs et Pourcentages des Groupes A et B selon leur Avis sur la Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale

Avis sur la chirurgie d'élévation de la hauteur vocale	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		n	%
	n	%	n	%		
Avis favorable	1	8.33	17	100	18	43.90
Avis défavorable	10	41.67	0	0	11	26.83
Ne dispose pas d'assez d'information	12	50	0	0	12	29.27
Total	24	100	17	100	41	100

Tableau D4

Effectifs et Pourcentages des Groupes A et B selon leur Choix de Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale

Choix de la chirurgie	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		n	%
	n	%	n	%		
Glottoplastie de Wendler	0	0	2	11.76	2	4.88
Approximation crico-thyroïdienne	0	0	4	23.53	4	9.76
Ne dispose pas d'assez d'information	20	83.33	8	47.06	28	68.29
Autres	4	16.67	3	17.65	7	17.07
Total	24	100	17	100	41	100

Tableau D5

Effectifs et Pourcentages des groupes A et B selon leurs Sources d'Information sur les Chirurgies (réponse à choix multiple possible)

Sources d'information	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		n	%
	n	%	n	%		
Professionnel de la voix	6	14.29	6	18.18	12	16
Autre professionnel de santé	1	2.38	2	6.06	3	4
Internet	14	33.33	11	33.33	25	33.33
Associations d'auto-support	5	11.90	3	9.09	8	10.67
Groupe de parole	11	26.19	10	30.30	21	28
Proches	5	11.90	1	3.03	6	8
Total	42	100	33	100	75	100

Tableau D6

Effectifs et Pourcentages des Groupes A et B selon leur Choix de Lieu de Réalisation d'une Potentielle Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale (réponse à choix multiple possible)

Lieu pour une potentielle chirurgie	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		n	%
	n	%	n	%		
France	19	67.86	13	59.09	32	78.05
Belgique	3	10.71	3	13.64	6	12
Europe	2	7.14	2	9.09	4	8
États-Unis d'Amérique	1	3.57	2	9.09	3	6
Asie	3	10.71	2	9.09	5	10
Total	28	100	22	100	50	100

Tableau D7

Effectifs et Pourcentages des Raisons du Choix de Lieu de Réalisation d'une Potentielle Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale (réponse à choix multiple possible)

Raison du choix du lieu	Répartition en groupes				Population totale	
	Groupe A		Groupe B		n	%
	n	%	n	%		
Réputation des chirurgiens	6	23.08	6	25	12	24
Prise en charge ALD 31	10	38.46	6	25	16	32
Suivi postopératoire	4	15.38	4	16.67	8	16
Facilité	3	11.54	3	12.50	6	12
Peur	0	0	3	12.50	3	6
Autres	3	11.54	2	8.33	5	10
Total	26	100	24	100	50	100

Tableau D8

Effectifs et Pourcentages des Femmes ayant bénéficié d'une Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale selon leur avis postopératoire

Avis postopératoire	Femmes ayant bénéficié d'une chirurgie	
	n	%
Satisfaction	2	40
Non satisfaction	3	60
Total	5	100

Tableau D9

Effectifs et Pourcentages des critères de satisfaction des Femmes ayant bénéficié d'une Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale (réponse à choix multiple possible)

Critères de satisfaction	Femmes ayant bénéficié d'une chirurgie	
	<i>n</i>	%
Voix objectivement plus aiguë	2	40
Diminution de la mégenration au téléphone	2	40
Voix en accord avec les attentes	1	20
Total	5	100

Tableau D10

Effectifs et Pourcentages des Critères expliquant la Non Satisfaction des Femmes ayant bénéficié d'une Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale

Critères de non satisfaction	Femmes ayant bénéficié d'une chirurgie	
	<i>n</i>	%
Importance de la chirurgie	2	66.67
Résultats décevants	1	33.33
Total	3	100

Tableau D11

Raisons pour lesquelles les Femmes Trans n'ont pas bénéficié de Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale

Raisons	Femmes n'ayant pas bénéficié d'une chirurgie	
	<i>n</i>	%
Acceptation de la voix actuelle	4	26.67
Satisfaction des résultats du suivi orthophonique	5	33.33
Peur des risques inhérents à la chirurgie	6	40
Total	15	100

Tableau D12

Effectifs et Pourcentages des femmes Trans selon leur besoin d'une ré-opération

Besoin d'une ré-opération	Femmes Trans		
	<i>n</i>	%	
Non	Non opérée	36	90
	Satisfaite de la chirurgie	2	5
Oui	Raisons fonctionnelles	0	0
	Raisons personnelles	2	5
	Total	40	100

Annexe E

Tableaux récapitulatif des résultats des praticiens

Tableau E1

Effectifs et Pourcentages des Périodes Moyennes avant Réorientation des Personnes Trans selon les Orthophonistes

Période moyenne avant réorientation	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Dès le début	1	5.88
Entre 1 à 3 mois	1	5.88
Entre 3 à 6 mois	1	5.88
Entre 6 à 9 mois	3	17.65
Entre 9 à 12 mois	3	17.65
Après 1 an	8	47.06
Total	21	100

Tableau E2

Effectifs et Pourcentages des Orthophonistes Suivant ou non une Personne Trans qui ne désire pas de Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale

Suivi d'une personne refusant ce type de chirurgie	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Oui		
Suivi terminé	3	14.29
Suivi en cours	16	76.19
Non	2	9.52
Total	21	100

Tableau E3

Répartition des Orthophonistes selon la Période Moyenne avant Réorientation des Femmes n'Envisageant pas de Chirurgie

Période moyenne avant réorientation	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Après 1 an	3	14.29
Après 2 ans	3	14.29
Jamais	1	4.76
Autres	14	66.67
Total	21	100

Tableau E4

Raison du Choix de l'Item « Autres » du Tableau E3 par les Orthophonistes

Raisons	Orthophonistes ayant répondu « autres »	
	<i>n</i>	%
Selon le ressenti de la personne Trans	11	78.57
Autres	3	21.43
Total	14	100

Tableau E5

Répartition des Orthophonistes selon l'Évocation des Chirurgies dès le bilan

Évocation des Chirurgies	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Oui, systématiquement	5	23.81
Non, systématiquement	2	9.52
Si la personne en parle	11	52.38
Préfère attendre de mieux connaître la personne	3	14.29
Total	21	100

Tableau E6

Effectifs et Pourcentages des Chirurgies d'Élévation de la Hauteur Vocale abordées par les Orthophonistes

Chirurgies d'élévation de la hauteur vocale abordées	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Glottoplastie de Wendler	4	19.05
Approximation crico-thyroïdienne	0	0
Les deux chirurgies précédentes	11	52.38
Autres	6	28.57
Total	21	100

Tableau E7

Effectifs et Pourcentages des Critères Quantifiables d'Orientation vers une Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale (réponse à choix multiple possible)

Critères quantifiables	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Instabilité de la voix	3	10.34
Voix reconnue masculine par un jury aveugle	9	31.03
Mal-être de la personne Trans	12	41.38
Autres	5	17.24
Total	29	100

Tableau E8

Effectifs et Pourcentages des Critères Non Quantifiables d'Orientation vers une Chirurgie d'Élévation de la Hauteur Vocale (réponse à choix multiple possible)

Critères non quantifiables	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Atteinte du maximum des possibilités	12	38.71
Insatisfaction de la personne Trans	15	48.39
Autres	4	12.90
Total	31	100

Tableau E9

Réactions des Orthophonistes face aux personnes Trans Insatisfaites du Suivi (réponse à choix multiple possible)

Réactions	Orthophonistes	
	<i>n</i>	%
Réorientation vers un autre orthophoniste	4	16.67
Réorientation vers un autre professionnel	3	12.50
Situation jamais vécue	13	54.17
Autres	4	16.67
Total	24	100

Tableau E10*Réponses du Chirurgien aux Différents Items du Questionnaire*

VARIABLES	CHIRURGIEN	
	<i>n</i>	%
Chirurgie préconisées		
Glottoplastie de Wendler	0	0
Approximation crico-thyroïdienne	0	0
Aucune	0	0
Autres : les deux	1	100
Total	1	100
Place de l'orthophonie		
Pas d'orthophonie	0	0
En préopératoire	0	0
En postopératoire	0	0
En pré et en post opératoire	1	100
Total	1	100
Critères d'inclusion aux chirurgies (plusieurs réponses possibles)		
Analyse fondamental laryngé	1	33.33
Score TVQ	0	
Motivation de la personne Trans	1	33.33
Accord avec les autres cliniciens	1	33.33
Total	3	100
Critères d'exclusion aux chirurgies (plusieurs réponses possibles)		
Absence de certificat d'un psychiatre	0	0
Absence d'ALD 31	0	0
Ré-intervention	0	0
Entretien patiente	1	50
Autres	1	50
Total	2	100

VARIABLES	CHIRURGIEN	
	<i>n</i>	%
Raison de la pratique d'une telle intervention (plusieurs réponses possibles)		
Contexte	0	0
Source de mieux-être pour la personne Trans	1	50
Souhait de la personne Trans	1	50
Total	2	100
Déjà effectué acte de ré-opération		
Oui	1	100
Non	0	0
Total	1	100
Raisons du refus de réopérer		
Risque d'échec élevé	1	50
Impossibilité anatomique	1	50
Total	2	100
Estimation de la satisfaction des résultats		
Supérieure à 70%	0	0
Entre 50% et 70%	1	100
Entre 30% et 70%	0	0
Inférieure à 30%	0	0
Total	1	100