



<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>



N° de mémoire 2239

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

DUTRILLAUX Mathilde

**IMPACT DES JEUX DE RÔLE SUR LA GÉNÉRALISATION DE
LA VOIX FÉMININE DES FEMMES TRANSGENRES :
ETUDE DE CAS UNIQUE**

Mémoire dirigé par

**AUGE Agnès
BARBERA Océane**

Année académique

2021-2022

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Jacques LUAUTÉ

Equipe 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
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU-KNINDI

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1 Secteur Santé

U.F.R de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

U.F.R de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. BURILLON Carole

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation (I.S.T.R)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-
Christophe**

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'Education (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

Contexte : Les personnes transgenres, dans une volonté de faire correspondre leur identité de genre avec leur expression du genre, peuvent être accompagnées par des orthophonistes pour féminiser ou masculiniser leur voix. Cependant, l'acquisition de cette nouvelle voix est longue et peut se heurter à des obstacles psychosociaux qui empêchent son utilisation, et donc son automatisation. Les thérapies cognitivo-comportementales visent à diminuer l'anxiété et les comportements d'évitement qui peuvent expliquer les difficultés de transfert auxquelles font face les personnes transgenres. La pratique des jeux de rôle permet notamment de travailler une compétence spécifique dans les situations problématiques pour la personne.

Méthode : Ce protocole consiste en une étude expérimentale d'un cas unique en lignes de base multiples auprès d'une femme transgenre. La fréquence d'utilisation de la voix féminine a été mesurée pendant 8 semaines tout en travaillant de manière séquentielle trois situations au sein de jeux de rôle. L'anxiété sociale et situationnelle, le degré d'évitement et la satisfaction vocale ont également été mesurés à titre comparatif.

Résultats : Les résultats montrent que les jeux de rôle ont permis une augmentation de la fréquence et une diversification des contextes d'utilisation de la voix féminine de manière significative dans une des trois situations étudiées. Les deux autres situations ne montrent pas d'augmentation significative de la fréquence d'utilisation de la voix féminine. La patiente ne présentait ni d'anxiété sociale ni de conduites d'évitement dans les situations étudiées, mais l'anxiété liée à l'utilisation de sa voix a diminué au fil des séances et la satisfaction vocale a augmenté en fin d'intervention.

Conclusion : Cette étude montre que les jeux de rôle peuvent être un outil intéressant pour pallier les difficultés de transfert au quotidien, notamment lorsque l'origine est psychosociale. De nouvelles études devront être réalisées sur un plus grand groupe de sujets afin de conforter ces résultats.

Mots-clefs : orthophonie, voix, transgenre, étude expérimentale en cas unique, thérapies cognitives et comportementales, jeux de rôle, généralisation, féminisation vocale

Abstract

Context : Transgender people, in a desire to match their gender identity with their gender expression, can be accompanied by speech therapists to feminize or masculinize their voice. However, the acquisition of this new voice takes a long time and can come up against psychosocial impediments that prevent its use, and therefore its automation. Cognitive-behavioral therapies aim to reduce anxiety and avoidance behaviors that may explain transfer difficulties faced by transgender people. The practice of role-playing makes it possible to work on a specific skill in problematic situations for the person.

Method : This protocol consists of a single-case experimental study in multiple baselines with a transgender woman. The frequency of use of the female voice was measured for 8 weeks while sequentially working three situations within role-playing games. Social and situational anxiety, degree of avoidance and voice satisfaction were also measured for comparison.

Results : The results show that the role-playing games allowed an increase in the frequency and a diversification of the contexts of use of the female voice significantly in one of the three situations studied. The other two situations do not show a significant increase in the frequency of use of the female voice. The patient presented neither social anxiety nor avoidance behaviors in the situations studied, but the anxiety related to the use of her voice decreased over the sessions and the voice satisfaction increased at the end of the intervention.

Conclusion : This study shows that role-playing games can be an interesting tool to overcome the difficulties of daily transfer, especially when the origin is psychosocial. New studies will have to be carried out on a larger group of subjects in order to confirm these results.

Key-words : speech therapy, voice, transgender, single-case experimental study, cognitive behavior therapies, role-playing, generalization, vocal feminization

Remerciements

Je remercie Mesdames Agnès Augé et Océane Barbéra de m'avoir encadrée pour ce mémoire et de m'avoir apporté leur expertise sur ce sujet riche et complexe qu'est la transidentité. Merci de votre confiance et de l'autonomie que vous m'avez laissée.

Je tiens aussi à remercier Madame Delphin-Combes et Monsieur Chabanat qui ont pris de leur temps pour m'aider à analyser la partie statistiques et à me fournir de la documentation à ce sujet. Ce travail aurait été bien plus fastidieux sans votre aide !

Je remercie chaleureusement la patiente qui a accepté d'expérimenter ce protocole, bien que tout nouveau et exploratoire. Encore merci pour votre confiance, votre implication et votre disponibilité, sans quoi ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je pense également à toutes les filles qui ont traversé ces cinq ans d'études à mes côtés, dans les moments de peine comme dans les moments de joie. Je pense tout spécialement à Pauline B., Marie, Camille D., Pauline G., Camille H., Romane, Aurélie, Léa et Valentine. Vous, les Marel Pampvoa, resterez à jamais dans mon cœur.

Je remercie également mes autres amis qui m'ont soutenue dans mes phases de doute et d'anxiété, mais qui ont aussi assisté à mes instants de joie et de fierté. Je leur en serai éternellement reconnaissante de leur patience, de leur écoute et de l'amour dont ils ont fait preuve à mon égard. Je remercie tout particulièrement Hélène P., Hélène H., Anatole, Sarhan, Marion et Ellie pour leur bonne humeur et leurs délires absurdes. Ne changez pas, je vous aime.

A ma famille, ma mère, mon frère et ma sœur qui m'ont aussi vue mûrir au fil de ces années et qui ont toujours été là pour moi. Je remercie tout spécialement ma mère qui s'est toujours battue pour que j'aie toutes les chances de réussir, qui s'est déplacée aux quatre coins de la France pour que j'obtienne enfin ma place à Lyon, qui m'a aidée à me relever quand je pensais tout arrêter, et qui a pris de son temps pour lire et relire ce mémoire que vous avez devant vous aujourd'hui.

Enfin, rien n'aurait été possible sans toi mon amour. Je n'ai pas les mots pour te dire à quel point je suis fière de t'avoir dans ma vie et que tu puisses être présent dans cette période charnière pour moi. Merci pour la bienveillance, l'écoute et la gentillesse que tu m'as toujours portées. Il me tarde de commencer cette nouvelle nage à tes côtés, car nul doute qu'elle sera encore plus belle que la précédente.

Sommaire

I	Partie théorique	1
1	La transidentité : généralités	2
1.1	Définition	2
1.2	La question de la transidentité : une problématique sociale	2
1.3	Le rôle du passing	3
2	Voix et transidentité.....	4
2.1	La voix en tant que marqueur du genre.....	4
2.2	Le suivi vocal des personnes transgenres	5
2.3	L'enjeu et les limites du passing vocal	6
3	Les Thérapies Cognitivo-Comportementales.....	8
3.1	Définition	8
3.2	Thérapies cognitivo-comportementales et transidentité	9
3.3	Emergence de la problématique	11
II	Méthodologie	12
1	Population.....	12
2	Matériel	12
3	Procédure	14
3.1	Design	14
3.2	Analyse	15
3.3	Contenu de l'intervention.....	16
III	Résultats	17
1	Description de la patiente	17
2	Analyse fonctionnelle des situations	17
3	La fréquence d'utilisation de la voix féminine.....	18
3.1	Situation 1 : « Echange de politesses avec un inconnu »	18
3.2	Situation 2 : « Echange de phrases avec un inconnu »	19

3.3	Situation 3 : « Conversation avec un proche ».....	20
4	Analyse qualitative du pourcentage d'utilisation de la voix féminine.....	20
5	L'anxiété sociale	21
6	L'anxiété et l'évitement situationnels	22
7	La satisfaction vocale	23
IV	Discussion.....	24
1	Mise en lien avec les recherches antérieures	24
2	Limites et perspectives	28
V	Conclusion.....	31
	Références	32

I Partie théorique

La voix est un puissant marqueur social et identitaire. Sa simple écoute permet d'accéder à de multiples informations, comme le genre qui lui est associé de manière inconsciente (Cornut, 2019; Révis, 2013). Pourtant, celui-ci ne correspond pas toujours à l'identité de genre du locuteur, c'est-à-dire à son sentiment d'appartenance au genre masculin ou féminin. Cela peut être le cas des personnes transgenres, individus dont le genre assigné à la naissance ne correspond pas à l'identité de genre vécue (Alessandrin, 2018). La voix peut alors engendrer une détresse psychique chez la personne transgenre, voire l'exposer à des discriminations si le genre perçu dans la voix ne correspond pas à celui que la personne renvoie physiquement, c'est-à-dire à son expression du genre. Les personnes transgenres peuvent donc vouloir modifier leur voix pour faire coïncider leur identité de genre avec leur expression du genre (Garnier, 2019). Les orthophonistes sont ainsi de plus en plus sollicités par les personnes transgenres pour les aider à modifier leur voix dans une perspective de bien-être social et psychologique, notamment pour qu'elles soient perçues dans le genre désiré et se sentent en adéquation avec celui-ci. Cela se fait non sans difficulté, puisque les comportements discriminatoires ou l'anticipation de ceux-ci peuvent réduire qualitativement et quantitativement les rapports sociaux, et de ce fait l'utilisation de la nouvelle voix (Testa et al., 2015). Or, la généralisation de la voix au quotidien ne peut se faire que par une pratique vocale régulière et la plus diversifiée possible. De plus, les orthophonistes peuvent manquer d'outils pour pallier les difficultés de généralisation vocale dont l'origine est psychosociale, c'est pourquoi l'intégration des thérapies cognitives et comportementales pourrait être intéressante.

Ce mémoire se propose d'étudier l'impact des jeux de rôle sur la généralisation de la voix féminine des femmes transgenres sous l'éclairage des thérapies cognitives et comportementales. Dans un premier temps, la revue de littérature sera exposée avec la notion de transidentité et les problématiques qui lui sont liées, les caractéristiques du suivi vocal des personnes transgenres et l'intérêt des thérapies cognitives et comportementales dans le transfert des acquis de l'accompagnement orthophonique dans leur vie quotidienne. Dans un deuxième temps, la méthode et les résultats seront présentés. Enfin, les apports et limites de l'étude seront discutés avant de conclure sur l'intérêt des jeux de rôle et les perspectives possibles de ce mémoire.

1 La transidentité : généralités

1.1 Définition

Le terme de *transidentité* se réfère à l'ensemble de la population transgenre (West et al., 2009). Le *genre* se définit comme le résultat de la socialisation d'un individu en tant que femme ou en tant qu'homme ; il s'exprime en termes de féminin et de masculin. Le *sexe*, quant à lui, se détermine en fonction de critères biologiques qui classent l'individu en tant que femelle ou en tant que mâle. Ces critères peuvent être génitaux, hormonaux et/ou chromosomiques. Ainsi, on parle de femme transgenre lorsque le sexe de naissance est masculin et l'identité de genre féminine, et d'homme transgenre lorsque le sexe de naissance est féminin et l'identité de genre masculine.

Le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) mentionne la transidentité sous le terme de *dysphorie de genre* ; elle peut s'accompagner ou non de démarches visant à faire coïncider l'identité de genre avec l'expression du genre. Ce processus, appelé *transition*, permet à la personne transgenre de se sentir plus en adéquation avec le genre vécu, mais également d'être identifiée dans le genre souhaité au quotidien. Il peut s'agir de modifications du statut social par un changement de pronoms (il/elle) et/ou l'adoption d'un nouveau prénom conforme au genre revendiqué qui peut être officialisé ou non sur les documents administratifs de l'individu. Il peut aussi être question d'interventions médicales, lorsque la féminisation/masculinisation du corps se fait par une prise d'hormones ou la réalisation de chirurgies plastiques, ou bien de changements physiques si la transition se fait par des modifications comportementales ou esthétiques (Holmberg et al., 2010). Le choix des démarches varie d'une personne à l'autre en fonction de ses besoins, c'est pourquoi chaque parcours de transition est différent.

La transidentité correspond ainsi à un phénomène complexe et hétérogène, touchant à la fois l'individu mais également la société à plus grande échelle.

1.2 La question de la transidentité : une problématique sociale

Selon la Haute Autorité de Santé (2020), la transidentité concernerait 0,5%-2% de la population française, soit 335 000 à 1 340 000 individus. L'instance soulève les difficultés de précarité, de socialisation et de santé auxquelles doivent faire face les personnes transgenres. En effet, ne correspondant pas aux normes traditionnelles du genre, c'est-à-dire à ce que devrait être socialement un homme ou une femme, les personnes transgenres peuvent être victimes de discriminations dites transphobes.

Environ 80% des personnes transgenres auraient été victimes de transphobie au cours de leur vie, dont 37% plus de 5 fois en 1 an. La transphobie se manifeste par des agressions physiques et verbales, une négation du genre ressenti par la personne ou encore par un refus d'accès à certains services. Elle est aussi source d'isolement social et de rejet, notamment par la famille dans 40% des cas (Alessandrin & Espineira, 2019), et peut entraîner un renoncement aux soins, à certains emplois, formations ou demandes de logements (HAS, 2020). Enfin, les personnes transgenres sont plus à risque de développer des troubles psychologiques et psychiatriques, de réaliser une tentative de suicide, de présenter des conduites addictives ou une faible estime de soi par rapport à la population générale (Meyer, 2003; Stewart et al., 2018).

La transphobie a donc des répercussions néfastes sur la qualité de vie et l'état de santé des personnes transgenres (Dayer, 2012). Ces dernières peuvent ainsi être amenées à mettre en place un ensemble de pratiques afin de ne pas dévoiler leur identité biologique et donc être exposées à des discriminations.

1.3 Le rôle du passing

La personne transgenre peut parfois vouloir faire correspondre son identité de genre avec son expression du genre à l'aide de modifications corporelles (chirurgies plastiques, épilation laser, cosmétiques...), comportementales (gestuelle, démarche, langage...) ou encore physiologiques (hormones...) associées au genre féminin ou masculin. Le fait d'être bien identifié dans le genre désiré correspond au *passing*, du verbe « *to pass* » qui signifie « se faire passer pour » (Arnold, 2015). Anderson et al. (2020) ont montré que sur 26 personnes transgenres interrogées, plus de 75% déclarent que le passing est une priorité pour elles, que ce soit dans une perspective d'affirmation de soi ou pour échapper aux discriminations. En effet, Zimmerman (1992) souligne le double enjeu du passing qui, en plus de devoir refléter les codes du genre désiré, doit empêcher que le sexe biologique ne soit dévoilé ou l'identité mise en doute, ce qui peut être source de tensions et de stress au quotidien pour les personnes transgenres (Gagné et al., 1997). L'exposition à l'interlocuteur est pourtant nécessaire pour que la personne transgenre se rende compte si son passing est ambigu ou non, selon les réactions verbales et non verbales qui lui sont renvoyées et qu'elle interprète. Ainsi, certaines personnes transgenres, particulièrement celles en début de transition, expriment leur crainte d'avoir des interactions sociales et d'être *mégenrées*, c'est-à-dire de se voir attribuer un genre qui n'est pas le leur par l'usage erroné des pronoms

il/elle ou des dénominations Monsieur/Madame (Anderson et al., 2020). Néanmoins, le fait de réaliser une transition, quelle qu'elle soit, est associé à une meilleure qualité de vie et à une diminution de l'anxiété et de la dépression par rapport aux personnes n'ayant pas encore réalisé leur transition et dont c'est le souhait (Butler et al., 2019; Hyde et al., 2014; Rowniak et al., 2019). Il convient ainsi de rappeler que toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas forcément réaliser de transition, et que cette dernière peut différer d'un individu à l'autre. Le passing n'est donc pas synonyme de transition aboutie (Anderson et al., 2020).

En conclusion, les personnes transgenres se servent des marqueurs du genre identifiés comme tels par la société dans laquelle elles évoluent pour être perçues dans le genre désiré, se sentir en adéquation avec elles-mêmes ou encore éviter les comportements transphobes. La transition est donc un processus plus ou moins long qui est propre à chaque individu. Elle peut aussi concerner un aspect tout aussi personnel que social : la voix.

2 Voix et transidentité

2.1 La voix en tant que marqueur du genre

La littérature décrit plusieurs paramètres qui distinguent une voix d'homme d'une voix de femme. Tout d'abord la hauteur tonale, aussi appelée *fréquence fondamentale* (F0), semble être le marqueur de genre le plus prégnant. Elle correspond au caractère grave et aigu de la voix (Vaissière, 2020) et est en moyenne plus haute pour les femmes (145-275 Hz) que pour les hommes (80-165 Hz) (Arnold, 2012; Arnold & Pépiot, 2018, 2020; Coleman, 1976; Gelfer & Mikos, 2005; Oates & Dacakis, 1997; Spencer, 1988; Whiteside, 1998). Lorsque la F0 devient ambiguë, notamment entre 145-165 Hz, d'autres paramètres viennent indiquer l'auditeur, comme le timbre qui est défini par les *fréquences de résonance* (FR). Celles-ci caractérisent la richesse de la voix (Le Huche & Allali, 2010) et sont influencées par la longueur du conduit vocal, le degré d'aperture buccale, le lieu d'articulation et la forme des lèvres (Meunier, 2012). Les femmes présentent ainsi des FR plus hautes que celles des hommes car elles articuleraient de manière plus précise, plus antérieure avec un sourire davantage présent (Arnold, 2012; Carew et al., 2007; Kawitzky & McAllister, 2020; Pépiot, 2016, 2017; Perry et al., 2001). D'autres paramètres ont également été identifiés comme marqueurs du genre mais avec une moindre importance ; les femmes auraient en moyenne une intensité vocale plus faible (61-68 dB), une voix souvent plus soufflée,

un débit plus lent avec des voyelles plus allongées et des modulations d'intonation plus nombreuses, variées et ascendantes que les hommes. Ces derniers auraient une intensité vocale en moyenne plus forte (70-71 dB), une voix souvent plus rauque, un débit plus rapide et des modulations d'intonation plus descendantes (Arnold & Pépiot, 2020; Gelfer & Young, 1997; Gunzburger, 1989; Pépiot, 2016, 2017; Wolfe et al., 1990). L'ensemble de ces paramètres sont pris en compte par l'auditeur pour attribuer un genre à la voix. Bien que celle-ci soit en partie le résultat d'un dimorphisme sexuel, elle est essentiellement le produit d'un apprentissage social et dépend donc de facteurs linguistiques et culturels (Arnold, 2016). Il existe ainsi des différences d'expression et de perception du genre dans la voix selon la langue et la culture (Arnold & Pépiot, 2020; Hanley et al., 1966; Pépiot, 2017; Traunmüller & Eriksson, 1995). Ainsi, malgré les contraintes anatomiques, les individus peuvent modifier les caractéristiques acoustiques de leur voix dès l'âge de 4 ans pour se conformer aux stéréotypes sociaux établis dans leur société (Perry et al., 2001).

La société a donc des attentes vis-à-vis de ce qui différencie une voix féminine d'une voix masculine et les individus se conforment à ces attentes en adoptant eux-mêmes les marqueurs du genre auxquels ils s'identifient (Arnold & Candea, 2015). Les personnes transgenres peuvent donc modifier leur voix en adoptant les caractéristiques vocales du genre souhaité (Wolfe et al., 1990).

2.2 Le suivi vocal des personnes transgenres

La personne transgenre a la possibilité de féminiser/masculiniser sa voix par le biais de méthodes médicales et/ou paramédicales. Au niveau médical, la prise d'androgènes par les hommes transgenres permet une aggravation de la voix du fait des modifications laryngées, avec entre autres un épaississement des cordes vocales. Cependant, la prise d'œstrogènes et d'anti-androgènes par les femmes transgenres n'a, elle, aucun effet sur la voix si la puberté induite par les androgènes a déjà eu lieu (McNeill, 2006; Mészáros et al., 2005). Les femmes transgenres peuvent donc bénéficier d'une chirurgie qui consiste soit en un étirement ou un raccourcissement des cordes vocales, soit en une réduction de leur masse, ce qui a pour effet d'élever la F0 (Remacle et al., 2011). Elle peut s'accompagner ou non d'une *laryngoplastie*, c'est-à-dire d'une réduction du volume de la pomme d'Adam (Matar & Remacle, 2016; Neumann & Welzel, 2004; Remacle et al., 2011; Van Damme et al., 2017). Cependant, ces chirurgies entraînent souvent une altération du timbre et une diminution des

capacités vocales, c'est pourquoi l'orthophonie est privilégiée dans un premier temps (Oates & Dacakis, 1997; Wagner et al., 2003).

Au niveau paramédical, l'orthophonie permet d'adopter un comportement vocal sain tout en modifiant les paramètres vocaux impliqués dans l'identification du genre. Elle peut aussi aborder les communications verbale (lexique, tournures syntaxiques...) et non verbale (gestuelle, mimiques, distance par rapport à l'interlocuteur...) puisqu'elles interviennent également dans la perception du genre (Haas, 1979; Mulac et al., 2001; Thornton, 2008). La durée de l'accompagnement peut varier de quelques mois à quelques années, c'est pourquoi la motivation de la personne est nécessaire (Davies & Goldberg, 2006). Une sensibilisation à l'hygiène vocale et un travail respiratoire sont réalisés en amont de la féminisation/masculinisation vocale afin de prévenir le forçage et la fatigue vocale souvent présents chez les personnes transgenres essayant spontanément de modifier leur voix (Morsomme & Remacle, 2016; Schwarz et al., 2017). L'évaluation de la voix se fait à travers des mesures objectives, auditivo-perceptives et subjectives (Davies & Goldberg, 2006; Gelfer & Van Dong, 2013), puis la féminisation/masculinisation vocale est mise en place à travers des exercices formels puis fonctionnels en ciblant selon les besoins, les envies et les possibilités de la personne la hauteur tonale, le timbre, l'articulation, l'intensité, la qualité de la voix, le débit et les intonations (Girard-Monneron, 2019). Ces paramètres sont travaillés en parallèle car ils s'influencent mutuellement et permettent de lever l'ambiguïté si l'un d'entre eux devient moins prégnant (Carew et al., 2007; Honda et al., 1999).

Ainsi, l'orthophonie permet aux personnes transgenres de prendre conscience des différents paramètres vocaux permettant d'attribuer un genre à l'individu, ceci afin de trouver la voix qui leur corresponde et qui puisse les aider à renforcer leur passing.

2.3 L'enjeu et les limites du passing vocal

La voix est utilisée dès lors qu'il y a une communication verbale avec un interlocuteur, ce qui constitue autant d'occasions qui peuvent mettre en doute l'identité de la personne transgenre malgré son passing physique (Neumann & Welzel, 2004; Van Borsel et al., 2001). La féminisation/masculinisation vocale prend ainsi une place importante dans la plupart des parcours de transition (Neumann et al., 2002; Van Borsel et al., 2000). En effet, les personnes transgenres étant insatisfaites de leur voix ou ayant vécu des expériences négatives liées à leur voix sont plus exposées aux troubles psychologiques, vivent davantage dans la crainte que leur sexe biologique ne

soit découvert, sont plus exigeantes vis-à-vis de la perception du genre dans leur voix et prennent moins de plaisir à communiquer par rapport au reste de la population transgenre (Byrne et al., 2003; Dacakis et al., 2017; Holmberg et al., 2010; Junior & De Medeiros, 2020). Or, il est prouvé que l'orthophonie, par la modification des caractéristiques vocales, améliore la satisfaction vocale, l'estime de soi, le bien-être et la qualité de vie des personnes transgenres (Davies & Goldberg, 2006; Gelfer & Tice, 2013; Gelfer & Van Dong, 2013; Mészáros et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004; Quinn & Swain, 2018). Cependant, les personnes transgenres ont souvent du mal à percevoir les changements vocaux, c'est pourquoi elles se réfèrent beaucoup à leurs interlocuteurs pour évaluer les résultats de l'accompagnement vocal, d'où l'intérêt d'expérimenter leur voix dans la vie quotidienne (Dacakis et al., 2017; McNeill et al., 2008; Soderpalm et al., 2004). La satisfaction vocale est aussi très dépendante du moment où la thérapie est commencée par rapport à la transition, de l'âge de la personne et de sa situation sociale (Holmberg et al., 2010; McNeill, 2006; McNeill et al., 2008). Mais le travail vocal seul ne saurait suffire pour être identifié dans le genre désiré, puisque le passing physique peut desservir le passing vocal s'il ne coïncide pas avec celui-ci ou est perçu comme trop ambigu (Van Borsel et al., 2001).

De plus, les personnes transgenres soulignent les difficultés à utiliser systématiquement leur nouvelle voix au quotidien malgré un suivi orthophonique régulier. Cela demande une attention continue, surtout lorsqu'il s'agit de contrôler des manifestations réflexes (rire, toux, hennages) ou de réagir de manière spontanée (De Bruin et al., 2000; McNeill et al., 2008; Neumann & Welzel, 2004), ce qui peut générer de l'anxiété. La généralisation vocale, c'est-à-dire le fait d'utiliser sa nouvelle voix en toute circonstance, peut être travaillée en orthophonie en introduisant des perturbateurs pendant les séances : parler à la personne pendant ses exercices, la faire parler en mouvement, avec du bruit, ou mettre en place des conversations informelles. L'orthophoniste peut également partir de situations de la vie quotidienne que lui amène la personne, en les travaillant d'abord sous forme de jeux de rôle puis in vivo, en variant les contextes et les interlocuteurs (Davies & Goldberg, 2006). Dans tous les cas, la voix doit être utilisée le plus régulièrement possible et en dehors des séances pour se stabiliser et s'automatiser. Cependant, un mémoire réalisé par Legros en 2021 montre que les difficultés de transfert au quotidien peuvent aussi s'expliquer par des interactions sociales limitées (64,3%), un rejet ou de la transphobie de la part de l'entourage (39,3%), de la timidité ou de l'anxiété (39,3%), un état de déprime ou

de dépression (21,4%) et des difficultés techniques (25%). Ces données suggèrent donc que les facteurs psychosociaux sont aussi impliqués dans les difficultés de transfert qu'éprouvent les personnes transgenres. Les interviews menées par Arnold (2015) montrent aussi que le manque de généralisation vocale s'explique par la peur de paraître ridicule devant l'entourage, de perturber ses proches ou encore que la voix soit en décalage avec l'apparence physique. Le choix de la voix utilisée s'explique également par les enjeux de la situation de communication ; une des femmes transgenres interrogées explique par exemple qu'elle utilise toujours sa voix masculine dans le cadre de son travail, car celle-ci y est associée à l'autorité et au respect. Il est donc nécessaire que l'orthophoniste fasse préciser dans quels contextes la personne souhaite utiliser sa voix et de quelle manière pour lever les blocages entravant la généralisation vocale.

En conclusion, l'orthophonie permet aux personnes transgenres de modifier leur voix de manière non invasive, mais l'acquisition du passing vocal est parfois longue et complexe, notamment s'il existe des blocages psychosociaux. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), qui prennent en compte ces difficultés, pourraient donc être associées à la pratique orthophonique habituelle afin d'apporter une aide plus exhaustive aux patients.

3 Les Thérapies Cognitivo-Comportementales

3.1 Définition

Selon le modèle tridimensionnel, les *Thérapies Cognitivo-Comportementales* (TCC) correspondent à des psychothérapies agissant à la fois sur les comportements, les pensées et les émotions qui s'influencent mutuellement (Cottraux, 2004, 2020). Ce que les personnes pensent et ressentent influencerait leurs comportements, et les conséquences de ces derniers auraient elles-mêmes un impact sur leurs pensées et leurs émotions. Les TCC se fondent sur les théories de l'apprentissage et l'étude du traitement de l'information. Les comportements, qui correspondent à une réponse interne ou externe face à un stimulus, sont acquis par l'apprentissage et dépendent de la manière dont l'individu perçoit son environnement. Cette perception se fait à travers des schémas mentaux inconscients stockés en mémoire à long terme, reliquat des expériences passées. Les événements sont ainsi évalués différemment d'un individu à l'autre en fonction de ses croyances, valeurs et expériences, ce qui aboutit à des réactions comportementales, émotionnelles et cognitives différentes.

Lorsque les schémas de l'individu sont soumis à des distorsions cognitives importantes, c'est-à-dire à un mauvais traitement de l'information, ils peuvent être à l'origine d'émotions négatives et de pensées automatiques, qui s'imposent à l'esprit. Ces pensées et émotions négatives peuvent amener l'individu à adopter des comportements inappropriés, parfois sources de souffrance. Les TCC visent ainsi à remplacer les comportements inappropriés par d'autres plus appropriés, mais également à modifier les pensées automatiques dysfonctionnelles et les émotions négatives qui découlent d'une mauvaise perception des événements (Maurer et al., 2014). Ces thérapies sont particulièrement indiquées dans les cas d'anxiété sociale, de troubles dépressifs ou encore d'addictions pour lesquels les preuves scientifiques sont nombreuses (Cariou-Rognant et al., 2019).

Puisque les TCC visent à modifier les comportements, pensées et émotions de personnes souffrant de troubles psychiques, elles peuvent aussi être utilisées dans le cadre de la transidentité.

3.2 Thérapies cognitivo-comportementales et transidentité

Les personnes transgenres sont plus à risque de développer des troubles psychiques par rapport à la population générale, notamment des troubles de l'anxiété sociale (Butler et al., 2019; Junior & De Medeiros, 2020; Millet et al., 2017). L'*anxiété sociale* correspond à la crainte d'être jugé négativement par les autres, d'éprouver de l'embarras, de l'humiliation, du rejet, ou de blesser autrui (American Psychiatric Association, 2013). Chez les personnes transgenres, elle peut être due à une identité de genre non affirmée, ou encore à une anticipation des attitudes transphobes, d'autant plus si les personnes en ont déjà été victimes (Testa et al., 2015). Si l'on transpose l'anxiété sociale au modèle tridimensionnel des TCC, la personne transgenre peut appréhender les situations sociales par des pensées automatiques (« Je vais être rejeté si l'on découvre ma transidentité »), ce qui va engendrer des émotions négatives (« Je me sens triste de ne pas être perçu comme je le voudrais ») et entraîner potentiellement des comportements inadaptés, comme un évitement des interactions sociales pour ne pas s'exposer aux difficultés réelles ou imaginées (Budge et al., 2013). Cet évitement va permettre une diminution de l'anxiété, mais va entraîner en même temps un renforcement du comportement inadapté, des émotions et cognitions associées (« Je ne serai jamais identifié comme il le faut »), car le sujet va penser que ce comportement le met hors de danger (Cottraux, 2001). Le risque est

alors que le trouble se cristallise et se pérennise, ce qui peut engendrer une détresse psychologique et une diminution de la qualité et de la quantité des interactions sociales (Graziani, 2008).

L'objectif des TCC va être de modifier les croyances que le sujet porte sur lui-même et sur les autres afin de modifier les comportements inadaptés et d'en réduire la portée émotionnelle (Boden et al., 2012). La thérapie commence par une analyse fonctionnelle du comportement inadapté qui peut se faire par l'intermédiaire de grilles. Elle précise les conditions de maintien/déclenchement du comportement, son histoire, sa fréquence, les pensées et cognitions associées ainsi que ses conséquences fonctionnelles et psychologiques au quotidien. Cette analyse permet d'émettre des hypothèses et de trouver des solutions pour modifier durablement et efficacement le comportement inadapté (Juenet et al., 2019). Suite à cet entretien, le thérapeute et le patient mettent en place des objectifs clairement définis, objectivables et mesurables en se mettant d'accord sur l'intervention. Plusieurs outils sont à la disposition du thérapeute pour traiter le trouble, mais il sera plus particulièrement question ici de la pratique des jeux de rôle qui est au cœur de ce mémoire.

Un *jeu de rôle* est une mise en scène la plus réaliste possible d'une situation relationnelle que le patient a vécue ou est amené à vivre et qui lui pose problème. Il peut être réalisé en groupe ou en prise en soin individuelle (Cariou-Rognant et al., 2019). Il a pour but de diminuer l'anxiété ressentie face à une situation donnée et d'entraîner une compétence particulière qui fait défaut au patient par exposition répétée et prolongée de la mise en scène (Cottraux, 2020). La situation est clairement définie entre le thérapeute et le patient avant que la scène ne soit jouée. Le jeu de rôle respecte un gradient de difficulté que les deux partis définissent par le biais d'une échelle de situations, de la situation la moins anxiogène à la plus anxiogène, et où l'on veut observer une augmentation du comportement approprié. Lorsque l'objectif est atteint pour une situation, une autre un peu plus anxiogène est abordée. Enfin, le patient est invité à se confronter à cette situation in vivo afin de permettre un transfert des compétences dans sa vie quotidienne. Ce type d'intervention a déjà fait ses preuves dans le cadre du bégaiement dans lequel l'anxiété sociale peut aussi entraver l'utilisation de la parole (Pandey et al., 2017). Mais si les TCC permettent de réduire les troubles psychiques des personnes transgenres, les études restent peu nombreuses à ce sujet et sont à développer (Austin & Craig, 2015; Busa et al., 2018;

Jenabi Ghods et al., 2020), et l'efficacité spécifique des jeux de rôle auprès de cette population n'a jamais été démontrée, encore moins dans le cadre de la voix.

3.3 Emergence de la problématique

Alors que l'orthophonie permet de modifier les caractéristiques vocales en fonction du genre revendiqué, la voix nouvellement acquise doit trouver sa place dans la vie quotidienne de l'individu en étant utilisée fréquemment et acceptée. Mais le transfert peut se heurter à des pensées limitantes, des émotions négatives et des comportements inappropriés qui empêchent l'individu d'expérimenter sa voix et donc de se l'approprier. Ces difficultés psychosociales peuvent être en lien avec les expériences transphobes vécues par les personnes transgenres et donc générer de l'anxiété lors des interactions sociales. Puisque la voix est un comportement social acquis, les TCC peuvent constituer un appui complémentaire à l'orthophonie par l'analyse fonctionnelle du comportement inadapté, ici la non-utilisation de la nouvelle voix lorsque c'est pourtant le désir de la personne, ou l'évitement des situations sociales. Les TCC apportent aussi un cadre structuré aux jeux de rôle en intégrant les principes d'exposition répétée, progressive, prolongée et complète de la situation, et en faisant émerger les obstacles psychosociaux au transfert vocal.

L'objectif de ce mémoire va être de répondre à la problématique suivante : quels sont les facteurs pouvant expliquer la non-généralisation de la voix féminine, et quels effets peuvent avoir les jeux de rôle sur la généralisation vocale, la satisfaction vocale et l'état d'anxiété de la personne transgenre ? Puisque la voix va être déterminante dans l'intégration sociale et le bien-être des personnes transgenres, il semble pertinent d'étudier les effets de cet outil clinique afin qu'il puisse être proposé dans la pratique orthophonique dans le cas où des difficultés de transfert seraient présentes.

La première hypothèse est que des facteurs psychosociaux (pensées limitantes, anxiété, évitement, interactions sociales limitées) impactent négativement la généralisation vocale (H1).

Ensuite, il est attendu que la pratique des jeux de rôle permette une augmentation de la fréquence et des contextes d'utilisation de la nouvelle voix (H2), mais aussi une diminution d'une éventuelle anxiété sociale et de l'anxiété ressentie dans les situations où la personne utilise peu ou pas sa nouvelle voix (H3).

Enfin, il est attendu que la pratique des jeux de rôle permette une diminution de l'évitement de ces situations (H4) et une augmentation de la satisfaction vocale (H5).

II Méthodologie

1 Population

Cette étude concerne un cas unique d'une patiente transgenre suivie en cabinet d'orthophonie. Le choix d'un cas unique s'explique par la très grande variabilité des parcours de transition et des résultats de l'accompagnement vocal, ce qui ne permet pas la constitution d'un échantillon homogène, d'autant plus qu'aucune autre étude similaire n'a été réalisée jusqu'à présent. L'orthophoniste libérale qui suit la patiente lui a proposé cette intervention en sachant qu'elle respectait les critères d'inclusion et d'exclusion. Un premier rendez-vous téléphonique a été convenu avec la patiente afin de lui présenter le projet et de décider d'un rendez-vous hebdomadaire pour mettre en place l'intervention à la place d'une de ses séances d'orthophonie habituelles.

Les critères d'inclusion à cette étude comprennent le fait d'être une femme transgenre s'identifiant en tant que femme dans son quotidien et dont le passing physique est identifié comme féminin. La revue de littérature explique en effet que dans le cas contraire, cela constituerait un obstacle à la généralisation vocale. La patiente doit également avoir bénéficié d'un minimum de 20 séances en orthophonie pour acquérir les bases de la féminisation vocale, ce qui écarte les difficultés de généralisation vocale d'ordre technique. Enfin, elle doit avoir pour plainte le fait de ne pas oser utiliser sa voix féminine au quotidien puisque ce mémoire se centre sur les obstacles psychosociaux à la généralisation vocale. Les critères d'exclusion à cette étude comprennent la présence d'une pathologie vocale qui pourrait engendrer des difficultés techniques, ou la présence d'une pathologie psychique sévère qui nécessiterait une prise en soin plus spécifique.

2 Matériel

Un questionnaire anamnestique a été adressé à la patiente avant l'intervention afin de collecter des informations sur son identité (âge, profession, situation familiale), son avancée dans sa transition (au niveau social, administratif et médical) et son rapport à sa voix (Annexe A). Cette dernière partie vise à déterminer comment la patiente perçoit le genre dans sa voix, ce qui la pousse à féminiser sa voix, les aspects qui sont pour elle encore à améliorer et les situations qui l'empêchent ou au contraire l'aident à utiliser sa voix féminine. Une notice d'information et un formulaire de consentement ont également été signés par la patiente (Annexes B et C). Enfin, un questionnaire de

satisfaction a été soumis à la patiente à la fin de l'intervention afin d'avoir son avis sur l'intervention et les bénéfices qu'elle a pu lui apporter (Annexe D).

Le *Transsexual Voice Questionnaire* (TVQ^{MTF}) (Dacakis et al., 2013) a été complété avant et après intervention par la patiente (Annexe E). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la satisfaction vocale spécifique aux femmes transgenres qui cherchent à féminiser leur voix, et vivant à plein temps dans le genre féminin (Dacakis et al., 2017; Davies & Johnston, 2015). Elle évalue la perception du fonctionnement vocal (hauteur tonale, concentration et effort physique requis) et l'impact fonctionnel de la voix dans la vie quotidienne (interactions sociales, émotions, identité de genre et autre). La version française du TVQ^{MTF} a été choisie car elle présente entre autres un haut niveau de cohérence interne (α de Cronbach = 0.96-0.97) et une bonne fiabilité test-retest (α de Cronbach = 0.96-0.97) (Morsomme et al., 2019). Le TVQ^{MTF} comporte 30 items cotés de 1 à 4 selon une échelle de Likert (1 = *Jamais ou rarement*, 2 = *Parfois*, 3 = *Souvent*, 4 = *Généralement ou toujours*), le score varie ainsi de 30 à 120. La satisfaction vocale est inversement proportionnelle au score : plus le score est élevé et moins la satisfaction vocale est importante, et moins le score est élevé et plus la satisfaction vocale est importante.

La *Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report* (LSAS-SR) (Liebowitz, 1987) a également été complétée avant et après intervention par la patiente (Annexe F). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la peur et de l'évitement vécus à travers plusieurs situations sociales. Cette échelle est la plus utilisée pour diagnostiquer une anxiété sociale et étudier les effets d'une intervention de type TCC. La version française a été choisie car elle présente un haut niveau de cohérence interne (α de Cronbach = 0.95) et une bonne fiabilité test-retest (α de Cronbach = 0.93) (Heeren et al., 2012; Yao et al., 1999). Elle comporte 24 items, dont 12 ciblés sur les interactions sociales et 12 sur la performance. Chaque item est coté de 0 à 3 selon une échelle de Likert en fonction de l'anxiété ressentie (0 = *Aucune*, 1 = *Légère*, 2 = *Moyenne*, 3 = *Sévère*) et de la fréquence d'évitement de la situation (0 = *Jamais*, 1 = *Occasionnel (0-33%)*, 2 = *Fréquent (33-66%)*, 3 = *Habituel (67-100%)*). Les scores d'anxiété et d'évitement s'additionnent pour obtenir un score global entre 0 et 144. On parle d'anxiété sociale à partir d'un score de 56 ; elle est modérée entre 56-65, marquée entre 65-80, sévère entre 80-95 et très sévère au-delà de 95.

Avant l'intervention, une échelle clinique a été construite avec la patiente pour définir trois situations qui lui posaient problème pour utiliser sa voix féminine (Annexe G). Cette échelle clinique se présente sous la forme de quatre colonnes. La première correspond à la description de la situation, la deuxième au degré d'anxiété ressenti face à cette situation, lorsque la voix féminine est utilisée, qui est coté de 0 (*faible anxiété*) à 100 (*forte anxiété*), la troisième au pourcentage d'évitement de cette situation et la quatrième au pourcentage d'utilisation de la voix féminine dans cette situation. Ces deux dernières variables sont cotées de 0% (*jamais*) à 100% (*toujours*). Les situations ont ensuite été hiérarchisées de la plus simple à la plus complexe, soit selon une fréquence d'utilisation de la voix féminine décroissante. Cette dernière a été choisie en tant que critère de difficulté plutôt que le degré d'anxiété ou d'évitement puisque l'objectif de cette étude était avant tout d'augmenter l'utilisation de la voix féminine. L'anxiété liée à l'utilisation de la voix féminine pour la situation travaillée, dite situationnelle, a été évaluée à chaque début et fin de séance afin d'observer l'effet du jeu de rôle sur l'état d'anxiété de la patiente. Les fréquences d'évitement et d'utilisation de la voix féminine ont été évaluées uniquement en début de séance puisqu'elles ne pouvaient varier au sein d'une même séance.

Enfin, un journal d'enregistrement a été créé afin de rendre compte du nombre de fois où la patiente utilisait sa voix féminine par jour pour chacune des trois situations travaillées (Annexe H). La patiente devait coter comme une utilisation le fait d'utiliser sa voix féminine au sein d'une interaction. Si elle l'utilisait de manière discontinue au cours d'une même interaction, une seule utilisation était comptabilisée ; par exemple si elle reprenait sa voix masculine pour ensuite revenir sur sa voix féminine. Une case « observations » lui permettait de noter la durée d'utilisation de sa voix féminine ou encore ses impressions. Le journal a été complété sur 8 semaines, avant et pendant la thérapie.

3 Procédure

3.1 Design

Cette étude suit un format de type *Single-Case Experimental Design* (SCED). Les SCED consistent à comparer le patient à lui-même grâce à des mesures répétées et régulières, avec au minimum trois mesures par phase. Le patient est donc son propre sujet contrôle (Krasny-Pacini & Evans, 2018). La phase A correspond à la ligne de base avant thérapie, elle permet d'obtenir une ligne de tendance stable représentative

du comportement de la personne. La phase B, quant à elle, correspond à la période d'intervention et a pour but de montrer une modification du comportement mesuré. Le critère de jugement, autrement dit la mesure choisie, correspond ici à la fréquence d'utilisation de la voix féminine par jour à travers les trois situations travaillées de manière séquentielle. Il s'agit donc d'un SCED en lignes de base multiples à travers les contextes, les trois situations correspondant chacune à un contexte. Chaque situation présente une phase A et une phase B de durées variables selon le nombre de séances alloués pour chaque jeu de rôle. Les deux premières séances ont été dédiées à l'anamnèse et aux évaluations (LSAS-SR, TVQ, échelle clinique des situations, questionnaire anamnestique), puis huit séances ont été consacrées à l'intervention. Enfin, la neuvième séance a permis de reproposer les mêmes évaluations de début d'intervention, hormis le questionnaire anamnestique qui a été remplacé par un questionnaire de satisfaction. Le journal a été complété à partir de la deuxième séance tout au long des 8 semaines.

3.2 Analyse

Les résultats ont été interprétés à l'aide de l'analyse visuelle de graphiques et d'indicateurs statistiques. Les représentations visuelles et leurs indicateurs sont issus de l'outil en ligne <https://manolov.shinyapps.io/Overlap/> (Manolov & Solanas, 2018) et les indicateurs statistiques de l'outil en ligne <http://www.singlecaseresearch.org/> (Vannest et al., 2016). Les paramètres pris en compte sont le niveau, la tendance, la variabilité des données et le chevauchement des points.

Pour chaque phase, le niveau est représenté par la moyenne des données et la tendance par une ligne de tendance. La variabilité est déterminée par l'inclusion ou non des données dans une enveloppe de deux écarts-types autour de la médiane appelée *Standard Deviation Bands* (2-SDB). La ligne de base est représentative des comportements du sujet si au moins 80% des points se situent dans son enveloppe de tendance. Un effet de l'intervention est démontré si un minimum de deux points consécutifs se trouvent au-dessus de l'enveloppe de la ligne de base. Enfin, le *Dual Criterion* (DC) prend en compte le niveau et la tendance de la ligne de base. Il montre un effet positif si une majorité des points de la phase B se situent au-dessus des lignes de moyenne et de tendance de la phase A (Krasny-Pacini & Evans, 2018).

Un traitement statistique a aussi été appliqué afin de déterminer la taille de l'effet de l'intervention. Le *Non-overlap of All Pairs* (NAP) établit le pourcentage de non-

chevauchement des points entre les phases. S'il est inférieur à 66%, la probabilité d'un effet de l'intervention est nulle, ou au contraire élevée s'il est supérieur à 92% (Pustejovsky et al., 2014). Il est complété par un calcul du Tau-U, dont la valeur est comprise entre [-1 ; 1], qui indique la corrélation entre les deux phases avec un Intervalle de Confiance (IC) à 90%. La taille de l'effet est significative si la p-value est strictement inférieure à 0,05 (Ioannidis, 2018).

3.3 Contenu de l'intervention

L'intervention s'est déroulée sur 8 séances au sein du cabinet où la patiente est habituellement reçue. Les séances ont duré 1 h à raison d'une fois par semaine. Lors de la première séance d'intervention, la situation la plus simple a été abordée, c'est-à-dire celle pour laquelle l'utilisation de la voix féminine était la plus fréquente. Les émotions, cognitions et comportements associés à cette situation ont été définis avec la patiente, ainsi que le niveau d'anxiété ressenti sur une échelle de 0 à 100. Puis, le jeu de rôle a été défini le plus précisément possible (attitude de l'interlocuteur, lieu...) avant d'être joué pour une durée maximale de 5 mn. La patiente jouait son propre rôle et nous celui de l'interlocuteur. La consigne donnée à la patiente était qu'elle utilise sa voix féminine tout le long du jeu de rôle ; si ce n'était pas le cas, celui-ci était interrompu afin de rappeler la consigne. A la fin du jeu de rôle, un retour était fait par la patiente et nous-mêmes afin de discuter des améliorations possibles. Le jeu de rôle était ensuite répété à plusieurs reprises afin de diminuer l'anxiété ressentie par la patiente et de mettre en application les conseils apportés. A l'issue de la séance, le niveau d'anxiété était de nouveau demandé, et une tâche en rapport avec la situation travaillée était attribuée à la patiente pour la semaine suivante.

Lors des séances suivantes, un retour de la tâche demandée était fait par la patiente ainsi que sur les différentes situations où elle avait pu utiliser sa voix féminine au cours de la semaine. Le niveau d'anxiété était de nouveau demandé, ainsi que le degré d'évitement et d'utilisation de la voix féminine dans cette situation. La situation était retravaillée dans le cas où la fréquence d'utilisation de la voix féminine était inférieure à 90%. Dans le cas contraire, une autre situation était abordée toujours en respectant le gradient de difficulté. Les mesures du degré d'anxiété et d'évitement devaient servir d'hypothèses quant à la non-généralisation de la voix féminine, mais ne constituaient pas en soi un critère pour passer d'un jeu de rôle à un autre.

III Résultats

Dans cette partie, la patiente ainsi que les résultats des différentes variables de cette étude seront présentés. La fréquence d'utilisation de la voix féminine sera interprétée à l'aide d'une analyse visuelle, de statistiques non paramétriques et d'une analyse qualitative. Les autres variables, à savoir l'anxiété sociale, l'anxiété/l'évitement situationnels et la satisfaction vocale seront analysées de manière qualitative étant donné le faible nombre de mesures et l'absence de lignes de base.

1 Description de la patiente

Juliette est une femme transgenre de 26 ans, actuellement au chômage. Elle est célibataire et vit seule en appartement. Ses proches n'habitent pas à proximité de chez elle, mais elle communique régulièrement à distance avec eux. Son coming-out, réalisé il y a un an, a globalement été bien accueilli dans toutes ses sphères sociales. Juliette n'a pas vécu d'expériences de discrimination ou de rejet. Suite à son coming-out, elle change son prénom et ses pronoms dans le sens d'une identité de genre féminine et féminise son apparence physique. Elle a commencé depuis peu un traitement hormonal et envisage par la suite de faire une demande de changement d'état civil. Elle n'a réalisé aucune chirurgie de féminisation vocale. Juliette a réalisé à ce jour 48 séances d'orthophonie à raison de deux séances par semaine de 30 mn. Elle souhaite féminiser sa voix afin d'être identifiée comme femme lorsqu'elle s'exprime, mais actuellement l'utilisation de sa voix féminine se limite à des échanges de politesses avec des inconnus. Juliette voudrait donc pouvoir l'utiliser davantage sur la durée avec des inconnus et ses proches.

2 Analyse fonctionnelle des situations

Les trois situations définies par la patiente correspondent, dans l'ordre croissant de difficulté, à un « Echange de politesses avec un inconnu » (saluer, remercier, s'excuser, refuser...) (situation 1), un « Echange de phrases avec un inconnu » (fournir une information, demander un service...) (situation 2) et une « Conversation avec un proche » (résumer sa journée, partager un centre d'intérêt...) (situation 3). Ces situations ont fait l'objet d'une analyse fonctionnelle (émotions, pensées, sensations, comportements, conséquences) détaillée dans l'Annexe I.

La patiente présente des émotions négatives et des pensées limitantes lors de ses interactions avec des inconnus dans le cas où elle compte utiliser sa voix féminine. Son anxiété se traduit par des tensions motrices et des difficultés respiratoires qui

rendent sa voix féminine instable. Elle exprime sa peur que celle-ci ne redevienne progressivement masculine au cours de l'échange et que l'interlocuteur ne se mette à douter de son genre. Plus l'interaction s'annonce être longue, plus cette peur est présente. Selon les circonstances, Juliette peut soit renoncer à utiliser sa voix féminine, auquel cas elle est identifiée en tant qu'homme ; soit l'utiliser mais de manière inappropriée, rendant sa voix ambiguë aux yeux de l'interlocuteur. Par ailleurs, la patiente ne semble pas éviter les interactions sociales à cause de sa voix. Concernant les échanges avec ses proches, Juliette ne semble pas présenter d'émotions négatives, mais elle pense qu'il est nécessaire que sa voix féminine soit parfaitement maîtrisée afin de ne pas prendre de mauvaises habitudes si on ne la corrige pas. De ce fait, elle n'utilise jamais sa voix féminine dans ce type d'interaction.

3 La fréquence d'utilisation de la voix féminine

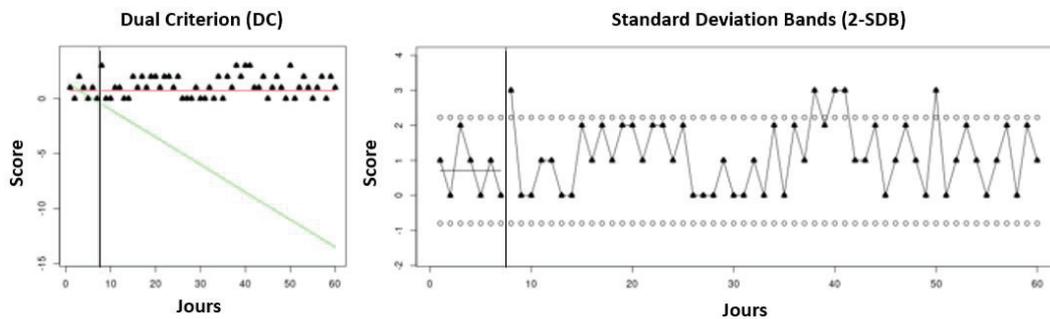
D'après les données recueillies par le biais du journal rempli quotidiennement par la patiente, la fréquence d'utilisation de sa voix féminine a été établie avant et après intervention. Les graphiques indiquent le nombre de jours en abscisse et la fréquence d'utilisation de la voix féminine en ordonnée. La barre verticale noire sépare la phase A (à gauche) de la phase B (à droite). La situation 1 a été travaillée sur quatre séances et les situations 2 et 3 chacune sur deux séances.

3.1 Situation 1 : « Echange de politesses avec un inconnu »

Sept points ont été recueillis en phase A, et 53 en phase B comme présenté sur la figure 1. La moyenne de la phase A ($M = 0.71$, $ET = 0.74$) a augmenté de 65% en phase B ($M = 1.17$, $ET = 0.96$). La ligne de base n'est pas stable puisque seulement 42,86% de ses points se trouvent dans son enveloppe, elle n'est donc pas représentative du comportement de la patiente. La courbe de tendance négative de la phase A, qui est projetée en phase B, n'est donc pas un indicateur pertinent. La 2-SDB montre un maximum de deux points consécutifs au-dessus de l'enveloppe de tendance, ce qui semble suggérer un effet de l'intervention. Cependant, le calcul du NAP montre un non chevauchement des points de 63%, ce qui est insuffisant pour montrer un effet de l'intervention. Après avoir corrigé la tendance de la ligne de base, le Tau-U montre également une absence d'effet de l'intervention ($\tau = 0.269$, $p = 0.249$, 90% IC [-0.129, 0.641]).

Figure 1

Situation 1 : fréquence de la voix féminine en fonction des jours



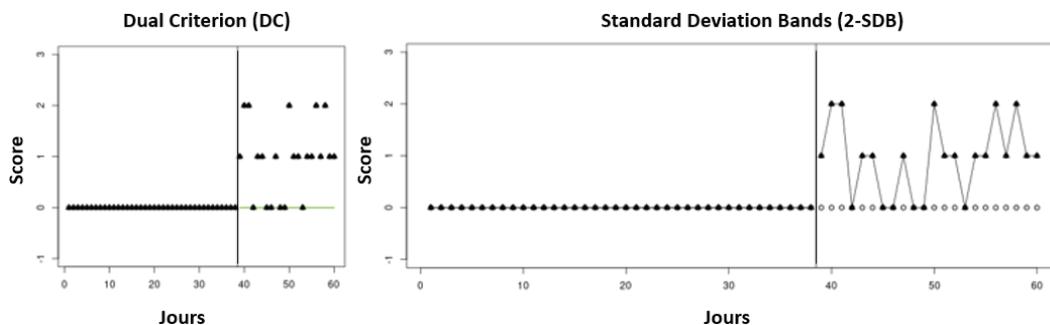
Note. Les points des deux graphiques représentent la fréquence d'utilisation de la voix féminine en fonction des jours. A gauche, le DC présente la moyenne de la phase A en rouge, et sa courbe de tendance en vert (à gauche de la barre verticale noire). Les moyenne et tendance de la phase A sont ainsi projetées en phase B (à droite de la barre verticale noire). A droite, la 2-SDB est représentée par l'intervalle entre les lignes en pointillé.

3.2 Situation 2 : « Echange de phrases avec un inconnu »

Trente-huit points ont été récoltés en phase A, et 22 en phase B, comme présenté en figure 2. La moyenne de la phase A ($M = 0$, $ET = 0$) a augmenté en phase B ($M = 0.95$, $ET = 0.71$). La ligne de base est stable et représentative du comportement de la patiente puisque 100% de ses points se trouvent dans son enveloppe. Le DC indique qu'une majorité des points en phase B se situent strictement au-dessus de la moyenne et de la tendance de la ligne de base, et la 2-SDB montre un maximum de sept points consécutifs au-dessus de l'enveloppe de tendance. Ces deux résultats semblent donc suggérer un effet positif de l'intervention, ce qui est conforté par le calcul du NAP, qui indique un non chevauchement des points de 86%, et celui du Tau-U qui montre un effet positif et significatif de l'intervention ($\tau = 0.727$, $p = 0.000$, 90% IC [0.471, 0.984]).

Figure 2

Situation 2 : fréquence de la voix féminine en fonction des jours



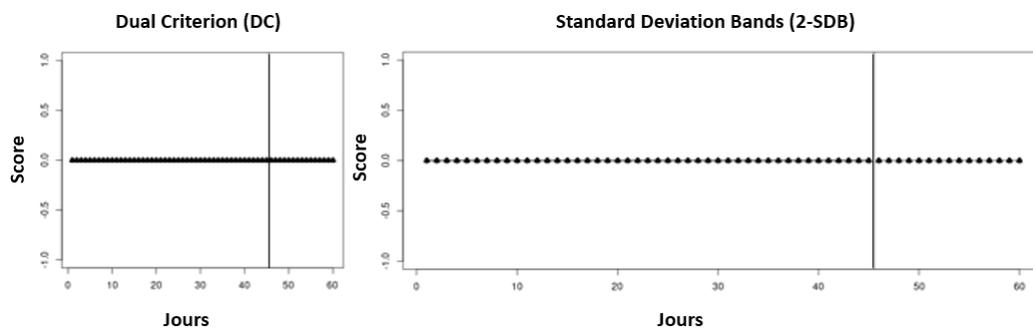
Note. Les points des deux graphiques représentent la fréquence d'utilisation de la voix féminine en fonction des jours. A gauche, le DC présente la moyenne et la courbe de tendance de la phase A en vert (à gauche de la barre verticale noire). Les moyenne et tendance de la phase A sont ainsi projetées en phase B (à droite de la barre verticale noire). A droite, la 2-SDB est représentée par l'intervalle entre les lignes en pointillé.

3.3 Situation 3 : « Conversation avec un proche »

Quarante-cinq points ont été récoltés en phase A, et 15 en phase B, comme présenté en figure 3. La moyenne de la phase A ($M = 0$, $ET = 0$) est identique à celle de la phase B ($M = 0$, $ET = 0$). La ligne de base est stable puisque 100% de ses points se trouvent dans son enveloppe, elle est donc représentative du comportement de la patiente. Tous les points de la phase A sont strictement identiques à ceux de la phase B. Il n'y a donc pas d'effet de l'intervention, ce qui est confirmé par le calcul du Tau-U ($\tau = 0$, $p = 1.000$, 90% IC [-0.286, 0.286]).

Figure 3

Situation 3 : fréquence de la voix féminine en fonction des jours



Note. A gauche, le DC, et à droite, la 2-SDB. Les points des deux graphiques représentent la fréquence d'utilisation de la voix féminine en fonction des jours. La moyenne, la tendance et l'enveloppe ne sont pas visibles puisque tous les points sont à zéro.

4 Analyse qualitative du pourcentage d'utilisation de la voix féminine

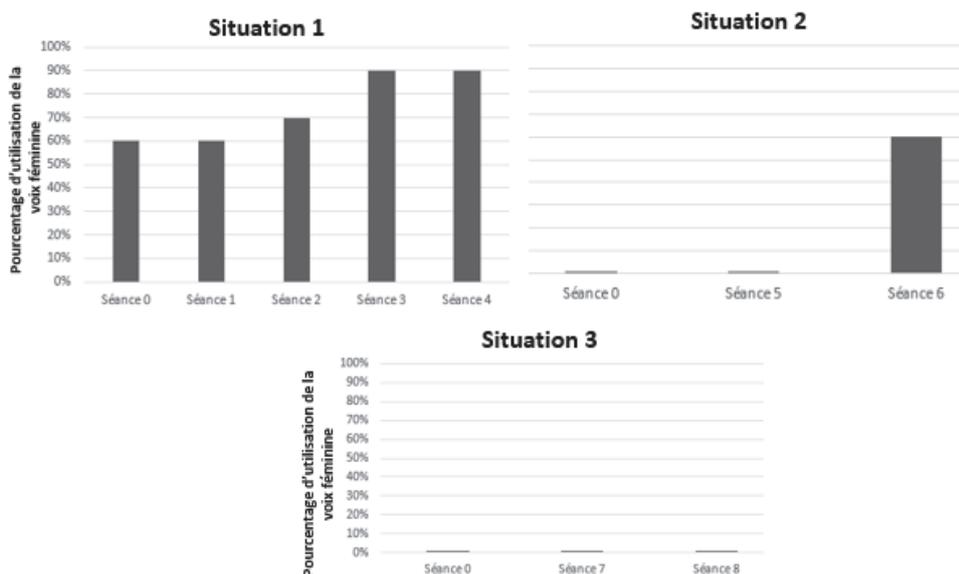
Le pourcentage d'utilisation de la voix féminine pour une situation donnée était demandé à la patiente à chaque fois en début de séance tant que la situation était travaillée. La situation 1 a été évaluée lors des séances 1-4, la situation 2 lors des séances 5-6 et la situation 3 lors des séances 7-8. Les graphiques de la figure 4 montrent le pourcentage d'utilisation de la voix féminine pour chacune des trois situations en fonction de la séance. La séance 0 correspond à la mesure initiale avant le début de l'intervention pour chaque situation.

On constate de manière générale que le pourcentage d'utilisation de la voix féminine a augmenté au fil des séances, hormis la situation 3 où il n'a pas du tout évolué du début jusqu'à la fin de l'intervention. Pour la première situation, la fréquence a stagné à 60% entre la mesure initiale et la première séance, puis elle a augmenté à 90% jusqu'à la séance 4. La deuxième situation ne montre aucune utilisation de la voix féminine lors de la mesure initiale, ni lors de la séance 5. En revanche, la fréquence

d'utilisation de la voix féminine a augmenté de 60% entre les séances 5 et 6, ce qui montre une augmentation importante suite au travail de cette situation. Ainsi, les pourcentages d'utilisation de la voix féminine pour les deux premières situations n'ont pas augmenté avant qu'elles ne soient travaillées en séance. La patiente explique qu'elle ose dorénavant utiliser sa voix féminine systématiquement dans les situations 1 et 2, et que dans le cas où elle est mal identifiée elle n'hésite pas à reprendre son interlocuteur. Enfin, elle constate qu'il est toujours impossible d'utiliser sa voix féminine avec ses proches dans la situation 3, car elle n'arrive pas à se défaire de sa voix masculine qui reste la plus spontanée. De plus, la fatigue psychique que le contrôle vocal induit altérerait, selon elle, la spontanéité de l'échange. La patiente n'a pas déclaré de changements quant au nombre d'interactions sociales auxquelles elle a été exposée pendant toute la durée de l'intervention.

Figure 4

Pourcentage d'utilisation de la voix féminine en fonction des séances pour chaque situation



Note. La séance 0 correspond à la mesure initiale avant intervention pour chaque situation. Le pourcentage d'utilisation de la voix féminine a été demandé au début des séances 1-4 pour la situation 1, au début des séances 5-6 pour la situation 2, et au début des séances 7-8 pour la situation 3.

5 L'anxiété sociale

Le degré d'anxiété sociale a été évalué au début et à la fin de l'intervention. Il s'avère que la patiente ne présente pas d'anxiété sociale puisque son score est égal à 42, soit inférieur à 56. Il a néanmoins diminué à 36 après l'intervention. Les résultats sont répertoriés dans le tableau 1.

Tableau 1

Résultats de la Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Report avant/après intervention

	Score total /144	Anxiété totale /72	Anxiété des interactions sociales /36	Anxiété des situations de performance /36	Evitement total /72	Evitement des interactions sociales /36	Evitement des situations de performance /36
Evaluation pré-intervention	42	30	15	15	12	6	6
Evaluation post-intervention	36	15	5	10	11	3	8

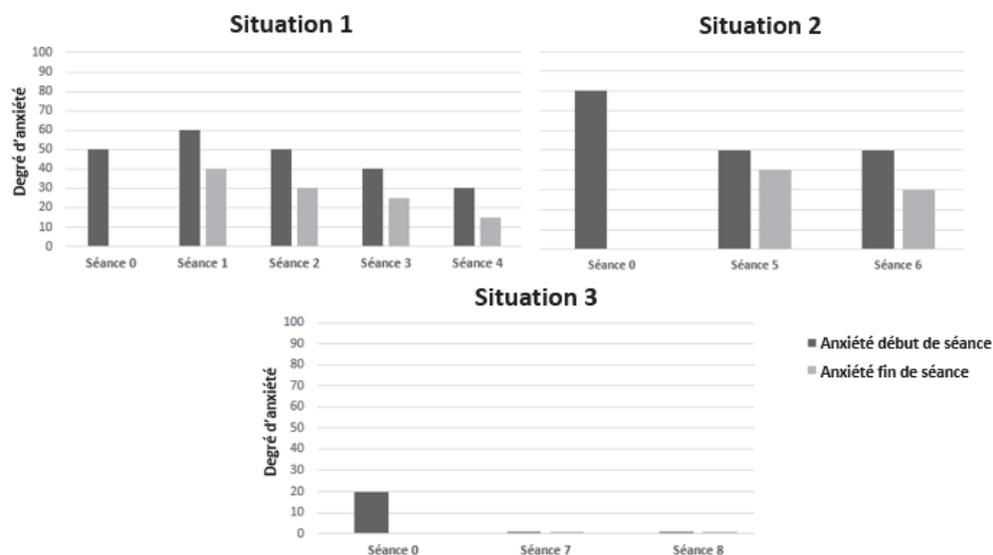
Le score d'anxiété totale a diminué de 15 points entre le début et la fin de l'intervention, et plus précisément de 10 points pour l'anxiété des interactions sociales et de 5 points pour l'anxiété de performance. L'évitement total, quant à lui, a seulement diminué de 1 point. En effet, l'évitement des interactions sociales a diminué de 3 points mais l'évitement des situations de performance a, elle, augmenté de 2 points.

6 L'anxiété et l'évitement situationnels

L'anxiété était demandée systématiquement en début et fin de séance tant qu'une situation était travaillée. Les résultats sont présentés dans la figure 6. La séance 0 correspond à la mesure initiale avant intervention ; en dehors de cette séance, l'anxiété faisait l'objet de deux mesures par séance. On constate de manière générale que l'anxiété a diminué au fil des séances pour les trois situations abordées, mais également au sein d'une même séance. Pour la situation 1, l'anxiété a augmenté de 50 à 60 entre la mesure initiale et la séance 1 avant de diminuer à 15 à la fin de la séance 4. L'anxiété diminuait en moyenne de 15-20 points entre le début de la séance et la fin de la séance. De plus, d'une séance à l'autre, l'anxiété de début de séance diminuait progressivement. La situation 2 montre quant à elle une diminution de 80 à 50 entre la mesure initiale et la séance 5, puis de 50 à 30 à la fin de la séance 6. L'anxiété diminuait en moyenne de 10-15 points entre le début et la fin de la séance. Enfin, la situation 3 montre une anxiété initiale à 20, puis une absence d'anxiété au cours des séances suivantes. La patiente a cependant précisé qu'il ne s'agissait pas vraiment d'anxiété dans cette situation, c'est pourquoi cette mesure initiale semble peu fiable. Enfin, la patiente ne présentant pas de conduites d'évitement par rapport aux situations définies, cette variable n'a pas été prise en compte pendant l'intervention. Mais elle aurait été analysée de la même manière que le pourcentage d'utilisation de la voix féminine avec une mesure en début de séance.

Figure 5

Degré d'anxiété ressenti sur une échelle de 0 à 100 en fonction des séances pour chaque situation



Note. La séance 0 correspond à la mesure initiale avant intervention pour chaque situation. Le degré d'anxiété a été demandé au début et à la fin des séances 1-4 pour la situation 1, au début et à la fin des séances 5-6 pour la situation 2, et au début et à la fin des séances 7-8 pour la situation 3.

7 La satisfaction vocale

La satisfaction vocale a été évaluée au début et à la fin de l'intervention. Le score a diminué de 67 à 50 points, ce qui traduit une augmentation de la satisfaction vocale. Les résultats des différentes sous-échelles sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2

Résultats du Transsexual Voice Questionnaire avant/après intervention

	Score total /120	Interactions sociales /28	Emotions /24	Identité de genre /20	Concentration requise /12	Hauteur tonale /16	Aspects physiques /16	Autre /4
Evaluation pré-intervention	67	12	11	16	9	11	7	1
Evaluation post-intervention	50	9	9	11	9	4	6	1

La satisfaction vocale s'est améliorée dans les interactions sociales, le rapport aux émotions et à l'identité de genre, et par rapport à la hauteur tonale et aux aspects physiques de la voix. En revanche, le score est resté inchangé en ce qui concerne la concentration requise pour utiliser la voix et son impact professionnel (autre). La patiente explique que sa voix s'est stabilisée, semble plus féminine et en accord avec ce qu'elle renvoie physiquement. Mais pour les interactions très longues, la concentration requise pour maintenir sa voix féminine reste importante.

IV Discussion

Cette étude visait à déterminer les facteurs pouvant expliquer la non-généralisation de la voix féminine, mais aussi l'effet des jeux de rôle sur la généralisation vocale, la satisfaction vocale et l'état d'anxiété de la personne transgenre. Un SCED en lignes de base multiples a été mis en place auprès d'une femme transgenre afin de mesurer quotidiennement la fréquence d'utilisation de sa voix féminine dans trois situations ; celles-ci ont ensuite été travaillées sous forme de jeux de rôle de manière séquentielle. L'anxiété situationnelle et le pourcentage d'utilisation de la voix féminine étaient demandés lors de chaque séance, tandis que le degré d'anxiété sociale et la satisfaction vocale ont été évalués au début et à la fin de l'intervention. Nous nous attendions à ce que des facteurs psychosociaux impactent négativement la généralisation vocale (H1), que la pratique des jeux de rôle permette une augmentation de la fréquence et des contextes d'utilisation de la nouvelle voix (H2), une diminution d'une éventuelle anxiété sociale/de l'anxiété ressentie (H3) et de l'évitement (H4) pour les situations où la personne utilise peu ou pas sa nouvelle voix, et une augmentation de la satisfaction vocale (H5).

1 Mise en lien avec les recherches antérieures

La non-généralisation de la voix féminine a pu être expliquée par des facteurs psychosociaux. Legros (2021) montrait que les difficultés de transfert pouvaient être dues entre autres par des interactions sociales limitées et de l'anxiété vis-à-vis de la réaction de l'interlocuteur, ce qui était le cas de la patiente. L'hypothèse H1 est donc validée. L'analyse fonctionnelle a révélé que la patiente présentait des réactions anxieuses et des pensées limitantes qui conditionnaient l'utilisation de sa voix féminine. L'anticipation de la réaction de l'interlocuteur, dans le cas où sa voix serait ambiguë ou redeviendrait masculine, la poussait à ne pas utiliser sa voix féminine, ou alors de manière inappropriée, afin de ne pas expérimenter de malaise, voire de rejet. Elle n'avait cependant jamais subi de discrimination transphobe, bien que ce soit souvent le cas chez les personnes transgenres (Alessandrin & Espineira, 2019). La patiente présentait aussi des croyances dysfonctionnelles sur ses performances, comme le fait qu'elle n'avait pas le droit à l'erreur au risque de prendre de mauvaises habitudes vocales. D'autre part, la patiente sortait très peu de chez elle étant donné qu'elle était au chômage et qu'elle vivait loin de ses proches, ce qui limitait les occasions de s'approprier sa nouvelle voix. Cependant, la non-généralisation de sa

voix féminine ne s'expliquait pas seulement par des facteurs psychosociaux. La patiente éprouvait des difficultés à maintenir continuellement son attention sur les interactions longues et spontanées, ce qui est une problématique fréquente chez les personnes transgenres (Neumann & Welzel, 2004). La fatigue engendrée par le maintien de la voix féminine et l'anxiété d'en perdre le contrôle peut donc aussi expliquer le choix de ne pas l'utiliser. Enfin, le choix d'utiliser ou non sa voix féminine dépendait aussi des conséquences de ce choix. Le fait d'utiliser sa voix féminine permettait à la patiente d'être identifiée en tant que femme par des inconnus, ce qui est souvent l'enjeu de base d'une féminisation vocale (Neumann et al., 2002; Van Borsel et al., 2000). Mais elle ne se sentait pas pour autant moins féminine lorsqu'elle utilisait sa voix masculine, et ses proches l'identifiaient comme femme peu importe la voix utilisée. Il se peut également que des peurs inconscientes qui n'ont pu être explicitées l'en empêchaient également, comme la crainte d'être ridicule ou de perturber son entourage (Arnold, 2015). La prise en compte de ces facteurs permet donc de comprendre pour quelles raisons la généralisation vocale n'a pas lieu et de déterminer les ressources sur lesquelles la personne peut s'appuyer pour changer.

La pratique des jeux de rôle a augmenté la fréquence d'utilisation de la voix féminine dans une des trois situations travaillées, ce qui valide partiellement l'hypothèse H2. Elle a sans doute très peu augmenté dans la première situation puisque la patiente semblait déjà utiliser fréquemment sa voix féminine dans ce contexte. La deuxième situation a montré une augmentation significative de la voix féminine puisque la patiente ne l'utilisait jamais dans ce contexte avant l'intervention ; cette dernière a donc permis une diversification des contextes d'utilisation de cette voix. Néanmoins, cette augmentation n'aurait peut-être pas été significative si la patiente avait déjà utilisé sa voix féminine de manière ponctuelle dans ce contexte. Enfin, la troisième situation n'a montré aucune amélioration entre le début et la fin de l'intervention, ce qui, comme nous l'avons évoqué plus haut, peut s'expliquer par plusieurs facteurs : l'absence de motivation de la patiente, des craintes inconscientes, une anxiété de performance, une anticipation de la fatigue psychique que cela allait engendrer ou encore une crainte de perdre en spontanéité dans les échanges. L'efficacité du jeu de rôle est donc tributaire des facteurs qui sous-tendent l'utilisation de la voix féminine. Toutefois, ce format a l'avantage de travailler une compétence spécifique de manière très fonctionnelle, ce qui a permis d'augmenter la fréquence du comportement souhaité, ici l'utilisation de la

voix féminine, comme cela a déjà été montré dans d'autres études (Cariou-Rognant et al., 2019; Pandey et al., 2017).

Le degré d'anxiété sociale ainsi que l'anxiété situationnelle ont diminué suite à l'intervention, ce qui est attesté par les études antérieures par rapport à la pratique des jeux de rôle (Cariou-Rognant et al., 2019; Cottraux, 2020) et valide donc l'hypothèse H3. Mais en l'absence de mesures répétées, il n'est pas possible de déterminer si cette diminution est due à l'intervention. La patiente ne présentait pas d'anxiété sociale, malgré sa forte prévalence chez les personnes transgenres (Butler et al., 2019; Millet et al., 2017). Comme nous l'avons dit, la patiente n'a jamais vécu d'expérience de discrimination et bénéficiait également du soutien de ses proches, ce qui peut expliquer qu'elle puisse être à l'aise dans les relations sociales (Budge et al., 2013). Cette absence d'anxiété peut aussi s'expliquer par le fait que la patiente ait bien avancé sa transition et qu'elle soit sous traitement hormonal (Butler et al., 2019; Hyde et al., 2014; Rowniak et al., 2019; Testa et al., 2015). La prévalence des troubles anxieux serait également plus importante chez les hommes transgenres (71,1%) que chez les femmes transgenres (59,8%) (Bouman et al., 2017). Néanmoins, si la patiente ne ressentait pas d'anxiété lors des interactions sociales, cela pouvait être le cas si elle utilisait sa voix féminine. Gagné et al. (1997) ont expliqué que les personnes transgenres pouvaient être anxieuses à l'idée que leur condition transidentitaire soit dévoilée. Dans le cas de cette patiente, celle-ci acceptait d'être identifiée comme un homme dans le cas où elle utilisait sa voix masculine, mais elle ne voulait pas se retrouver dans la situation où elle utiliserait sa voix féminine et que son interlocuteur se mette à douter de son genre. Les manifestations anxieuses doivent donc être prises en compte pour anticiper les stratégies inadaptées et améliorer la qualité de vie des personnes transgenres.

Nous nous attendions à ce que les jeux de rôle permettent une diminution de l'évitement situationnel. Cependant, la patiente ne présentait pas ce type de comportement, ce qui est cohérent par rapport à son absence d'anxiété sociale. L'hypothèse H4 n'est donc pas validée. Les TCC ont pour visée de diminuer les stratégies d'évitement (Cottraux, 2020), stratégies souvent présentes chez les personnes transgenres (Budge et al., 2013). Or, l'évitement des interactions sociales peut empêcher l'utilisation de la voix féminine, et donc limiter l'impact de l'accompagnement orthophonique, c'est pourquoi ce comportement doit être repéré

afin de traiter les facteurs qui l'entretiennent. De plus, l'évitement d'une situation maintient l'anxiété ressentie vis-à-vis de celle-ci, tandis que l'anxiété peut entraîner un évitement des situations sociales ; ces deux comportements sont donc liés et requièrent des thérapies particulières pour être levés.

Enfin, la satisfaction vocale a augmenté suite à l'intervention. L'orthophonie et les TCC permettent d'améliorer la qualité de vie et l'estime de soi des personnes transgenres, ce qui inclut la satisfaction vocale (Davies & Goldberg, 2006; Gelfer & Tice, 2013; Jenabi Ghods et al., 2020; Mészáros et al., 2005). L'hypothèse H5 est donc validée. Mais encore une fois, en l'absence de mesures répétées, ce changement ne peut être attribué à l'intervention. La patiente exprime tout de même avoir davantage confiance en ses capacités vocales et que sa voix paraît plus féminine suite à la thérapie. Les aspects qui se sont le plus améliorés concernent la hauteur tonale et l'identité de genre. Le fait d'utiliser plus souvent sa nouvelle voix a pu avoir un impact sur l'acceptation de celle-ci et la construction de son identité féminine. D'un autre côté, la réduction des tensions musculaires et l'amélioration du contrôle respiratoire peuvent expliquer que la fréquence se soit stabilisée et ait augmenté. L'impact sur les interactions sociales et les émotions fut plus modéré sans doute car la patiente ne limitait pas ses interactions sociales à cause de sa voix et que l'utilisation de sa voix masculine ne provoquait pas de détresse psychique. Enfin, les efforts physiques ont légèrement diminué, ce qui peut être lié au fait que la patiente maîtrisait davantage sa nouvelle voix. En revanche, l'attention requise pour l'utiliser et son impact professionnel sont restés inchangés entre le début et la fin de l'intervention. Comme nous l'avons dit précédemment, la patiente témoignait de la fatigue psychique que sa voix féminine engendrait lors des interactions longues ou complexes. L'acquisition de nouveaux automatismes peut s'avérer longue, d'autant plus que la voix masculine a été utilisée pendant des années et s'est ancrée dans les habitudes de la patiente. Cet apprentissage nécessite donc de la répétition et une utilisation prolongée de la nouvelle voix, ce qui correspond à deux des principes mis en œuvre dans les jeux de rôle. L'intervention étant relativement courte, nous pouvons supposer que cette charge mentale aurait diminué avec le temps. En ce qui concerne l'impact professionnel, nous rappelons que la patiente étant au chômage et non en recherche d'emploi, cet aspect était donc peu pertinent dans son cas. En conclusion, la satisfaction vocale permet de cibler les objectifs de l'accompagnement orthophonique et peut être améliorée au

moyen d'un entraînement vocal, à condition que la voix féminine soit régulièrement employée et son utilisation renforcée de manière positive.

2 Limites et perspectives

Plusieurs limites peuvent être relevées par rapport à cette étude, tout d'abord en ce qui concerne le choix de la patiente. Il s'agissait d'une femme motivée, déjà bien avancée dans sa transition, sans expérience de discrimination et ne présentant pas d'anxiété sociale. De ce fait, le travail de la voix au quotidien s'est révélé plutôt simple puisque la patiente osait se confronter aux interactions sociales, mais nous pouvons nous demander si ce type d'intervention aurait été approprié pour une personne plus fragile sur le plan psychique. Un soutien psychologique aurait pu permettre dans un premier temps de diminuer les résistances psychiques avant de se consacrer au travail orthophonique. De plus, nous partions du principe que l'utilisation des TCC était pertinente dans un cas d'anxiété sociale, mais bien que la patiente n'en présentait pas, nous avons jugé que la présence d'émotions et de pensées limitantes justifiait la mise en place de cette intervention. Ce protocole pourrait être répliqué en spécifiant dans les critères d'inclusion que la personne doit présenter une anxiété sociale qui aurait été diagnostiquée précédemment ou à l'aide de l'échelle que nous avons utilisée. Enfin, puisqu'il s'agissait d'une étude de cas unique, les résultats de cette étude ne sauraient s'appliquer à l'ensemble de la population transgenre, d'autant plus qu'aucune autre étude similaire n'a été réalisée dans ce domaine. De nouvelles études devront répliquer ce protocole en y intégrant un plus grand nombre de participants, en suivi individuel ou sous forme de groupe thérapeutique, avec notamment des hommes transgenres pour qui les problématiques vocales sont certainement différentes.

Concernant les outils d'évaluation, l'utilisation de la LSAS-SR n'était pas assez spécifique pour la patiente puisque la plupart des items ne concernaient pas directement l'utilisation de la voix, or l'anxiété était plus présente dans ce contexte. A notre connaissance, aucune échelle ne se centre uniquement sur cet aspect ou n'est spécifique aux personnes transgenres. Par rapport au TVQ, la grille ne spécifie pas sur quelle voix la personne doit se baser pour répondre aux questions. Nous avons pris le parti de demander à la patiente de répondre en fonction de la voix la plus utilisée, mais la voix de référence pouvait varier selon les items. En l'absence d'une autre échelle aussi spécifique, nous recommandons de bien questionner la personne sur le référentiel sur lequel elle s'appuie. A propos de l'échelle clinique des situations, celle-

ci faisait l'objet d'une analyse qualitative et se basait donc sur le ressenti de la patiente qui peut être sujet à des biais de jugement. Le journal vocal a également été créé dans une visée clinique. Puisque c'était à la patiente de le remplir, il y avait un risque qu'elle oublie de noter certaines interactions qu'elle avait eues. La mise en place d'un tel outil ne peut donc se faire que si la personne est assidue et motivée. De plus, il n'était pas possible de différencier le nombre d'interactions sociales de la fréquence d'utilisation de la voix féminine à moins de s'appuyer sur les observations de la patiente, ce qui dépendait également de son ressenti. Nous aurions pu lui demander de noter le nombre de fois où elle était exposée à des interactions sociales en plus de coter le nombre de fois où elle utilisait sa voix féminine, ce qui nous aurait permis d'obtenir un ratio. Mais nous ne savions pas si cet outil allait initialement fonctionner, et nous pensions qu'il était déjà assez contraignant de coter uniquement l'utilisation de la voix féminine. Si ce protocole avait été encadré par une équipe de recherche, nous aurions pu envisager de mesurer de manière quantitative l'utilisation de la voix féminine par le biais d'enregistrements, mais dans un cadre clinique cela n'était pas envisageable. Enfin, nous avons choisi un format SCED afin de mesurer la fréquence d'utilisation de la voix féminine dans les différentes situations, mais nous aurions pu également en faire de même pour l'anxiété situationnelle. Il aurait alors fallu la mesurer au moins 3 fois avant le début de l'intervention pour obtenir une ligne de base, et au moins 3 fois par séance afin d'augmenter la fiabilité des mesures.

A propos du contenu de l'intervention, nous avons fait le choix de cibler uniquement trois situations assez larges. Or, les TCC consistent souvent en une gradation plus progressive avec des situations très précises. Nous manquions cependant de temps pour en aborder davantage, et si les situations avaient été trop spécifiques nous n'aurions certainement pas pu mesurer de changements prégnants au niveau statistique. Si l'intervention avait été plus longue, les situations auraient pu être déclinées selon plusieurs modalités : l'utilisation ou non du téléphone, le nombre de personnes impliquées ou encore le degré de familiarité avec l'interlocuteur. Ensuite, il se peut que les jeux de rôle travaillaient plus la durée d'utilisation de la voix que son utilisation en contexte dans le cas de cette patiente, puisqu'elle exprimait des difficultés à utiliser sa voix sur le long terme. Il aurait donc fallu lui proposer une intervention contrôle, comme une tâche de lecture, pour s'assurer que ce n'était pas le travail de la durée en lui-même qui a permis une augmentation de la fréquence d'utilisation de

la voix féminine. De plus, l'intervention a eu lieu sur la même période que l'une des séances d'orthophonie habituelles de la patiente, ce qui a pu créer un effet d'interaction. Ce protocole devra donc être répliqué sans qu'une autre intervention n'ait lieu de manière concomitante. Concernant le critère de passage d'un jeu de rôle à l'autre, il n'a pu être strictement appliqué puisque la patiente manifestait explicitement son envie de continuer à travailler une situation ou de passer à la suivante. Nous avons donc assoupli le protocole afin de nous accorder aux besoins de la patiente. Enfin, nous avons conduit cette intervention en nous référant aux principes des TCC sans y être nous-mêmes formées. Cette étude pourrait être reprise par un professionnel formé à ces thérapies pour analyser de manière plus précise les situations travaillées et faire face aux difficultés potentielles rencontrées au cours des jeux de rôle. La patiente s'est bien prêtée à l'exercice, mais nous aurions pu être confrontées à un refus ou d'autres mécanismes d'auto-défense, comme la crainte que le jeu de rôle ne corresponde pas à la réalité, qu'il soit infantilisant ou intimidant.

Suite à cette étude, les orthophonistes peuvent se rendre compte que la généralisation vocale dépend de nombreux facteurs : la motivation, les ressources attentionnelles et psychiques, l'accueil du coming-out, le passing, les antécédents de discrimination ou encore l'insertion sociale de la personne. Une évolution est attendue uniquement si la personne désire changer ses habitudes vocales, si elle a les ressources suffisantes pour le faire et qu'elle ne fait pas face à trop d'obstacles limitant ce changement, auquel cas un suivi psychologique serait d'abord nécessaire. L'analyse fonctionnelle du comportement vocal peut donc être utilisée afin d'avoir une idée globale de l'écosystème de la personne, d'autant plus si des difficultés de transfert sont ressenties. La pratique des jeux de rôle permet de cibler une situation concrète et motivante, avec un cadre sécurisé permettant à la personne d'expérimenter sa voix sans craindre de répercussions négatives. De plus, les jeux de rôle peuvent permettre d'améliorer la satisfaction vocale et de diminuer l'anxiété sociale et situationnelle, favorisant ainsi le bien-être de la personne. L'attribution d'une tâche en fin de séance permet également une continuité entre le contenu de la séance d'orthophonie et le quotidien de la personne, ce qui encourage le transfert de nouvelles compétences. La bienveillance du thérapeute est alors nécessaire pour renforcer positivement les progrès de la personne, d'autant plus si elle s'avère anxieuse à l'idée de s'exposer à la situation.

V Conclusion

La généralisation de la voix nouvellement acquise représente l'enjeu final de l'accompagnement vocal des personnes transgenres. Elle permet à ces dernières de se sentir en accord avec le genre ressenti et d'être correctement identifiées dans leur quotidien. Entre injonctions sociétales et quête d'identité, la personne transgenre doit composer entre ce que sa voix est, ce qu'elle veut qu'elle soit et ce qu'on lui demande qu'elle soit. De nombreux facteurs expliquent alors que cette voix n'arrive pas à trouver sa place : la crainte qu'elle ne soit pas acceptée, par soi ou par les autres, qu'elle soit difficile à apprivoiser, qu'elle ne révèle le sexe biologique de la personne concernée, ou encore le fait qu'elle n'ait pas l'opportunité de se faire entendre.

Cette étude se proposait d'intégrer des outils issus des thérapies cognitivo-comportementales, l'analyse fonctionnelle et les jeux de rôle, afin de permettre à une femme transgenre d'utiliser plus fréquemment sa voix féminine. Il s'est avéré que cela pouvait être deux outils très complémentaires, l'un permettant de mettre en évidence les leviers et les obstacles à la généralisation vocale, l'autre en proposant de travailler la voix dans un contexte proche de la parole naturelle. Les résultats ont pu être interprétés en regard de ces deux supports : la fréquence d'utilisation de la voix féminine a effectivement augmenté dans la situation où la patiente désirait y voir un changement et où elle se sentait armée pour le faire. La diminution de l'anxiété associée à l'augmentation de la satisfaction vocale ont également permis à la patiente de prendre confiance en ses capacités et à intégrer sa nouvelle voix à son identité. Les orthophonistes peuvent donc être encouragés à employer ces outils dans le cas où des difficultés de transfert seraient présentes, pour améliorer le bien-être de la personne, ou bien pour faire le point sur les objectifs de l'accompagnement vocal.

Les perspectives possibles de ce mémoire seraient de reproduire ce protocole sur une plus longue durée, avec un plus grand nombre de participants, soit en prise en soin individuelle, soit sous forme de groupe thérapeutique. Des mesures objectives et des mesures contrôles pourraient être intégrées afin de réduire les biais et d'augmenter la fiabilité des résultats. Les jeux de rôle pourraient aussi être expérimentés in vivo sous le regard du clinicien afin qu'il puisse directement observer le comportement de la personne en contexte et servir de soutien au changement.

Références

- Alessandrin, A. (2018). *Sociologie des transidentités*. Le Cavalier Bleu.
- Alessandrin, A., & Espineira, K. (2019). *Sociologie de la transphobie*. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Anderson, A. D., Irwin, J. A., Brown, A. M., & Grala, C. L. (2020). "Your picture looks the same as my picture" : An examination of passing in transgender communities. *Gender Issues*, 37(1), 44-60.
- Arnold, A. (2012). Le rôle de la fréquence fondamentale et des fréquences de résonance dans la perception du genre. *Travaux Interdisciplinaires du Laboratoire Parole et Langage d'Aix-en-Provence*, (28), 1-18. <https://doi.org/10.4000/tipa.207>
- Arnold, A. (2015). Voix et transidentité : changer de voix pour changer de genre ? *Langage et société*, (1), 87-105. <https://doi.org/10.3917/lis.151.0087>
- Arnold, A., & Candea, M. (2015). Comment étudier l'influence des stéréotypes de genre et de race sur la perception de la parole ? *Langage et société*, (2), 75-96. <https://doi.org/10.3917/lis.152.0075>
- Arnold, A., & Pépiot, E. (2018). Étude des variations de fréquence fondamentale relatives au genre chez des bilingues Anglais/Français. *Actes des XXXIle Journées d'Études sur la Parole*, 178-186. https://www.isca-speech.org/archive/JEP_2018/pdfs/189259.pdf

- Arnold, A., & Pépiot, E. (2020). Différences acoustiques inter-genres chez des bilingues Anglais/Français : une étude des formants vocaliques et de la qualité de voix. *Journées d'Études sur la Parole*, 1, 480-483.
- Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy : Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21-29. <https://doi.org/10.1037/a0038642>
- Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy : Evidence from social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(5), 287-291.
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety : A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16-26.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals : the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545-557.
- Busa, S., Janssen, A., & Lakshman, M. (2018). A review of evidence based treatments for transgender youth diagnosed with social anxiety disorder. *Transgender Health*, 3(1), 27-33.
- Butler, R. M., Horenstein, A., Gitlin, M., Testa, R. J., Kaplan, S. C., Swee, M. B., & Heimberg, R. G. (2019). Social anxiety among transgender and gender nonconforming individuals : The role of gender-affirming medical interventions. *Journal of abnormal psychology*, 128(1), 25-31.

- Byrne, L. A., Dacakis, G., & Douglas, J. M. (2003). Self-perceptions of pragmatic communication abilities in male-to-female transsexuals. *International Journal of Advances in Speech Language Pathology*, 5(1), 15-25. <https://doi.org/10.1080/14417040510001669011>
- 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>
- Cariou-Rognant, A. M., Chaperon, A. F., & Duchesne, N. (2019). *L'affirmation de soi par le jeu de rôle : en thérapie comportementale et cognitive*. Dunod.
- Coleman, R. O. (1976). A comparison of the contributions of two voice quality characteristics to the perception of maleness and femaleness in the voice. *Journal of speech and hearing research*, 19(1), 168-180. <https://doi.org/10.1044/jshr.1901.168>
- Cornut, G. (2019). *La Voix*. Que sais-je.
- Cottraux, J. (2001). *Répétition des scénarios de vie (La): Demain est une autre histoire*. Odile Jacob.
- Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 24(3), 151-159.
- Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Elsevier Health Sciences.
- Dacakis, G., Davies, S., Oates, J. M., Douglas, J. M., & Johnston, J. R. (2013). Development and preliminary evaluation of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(3), 312-320.

- Dacakis, G., Oates, J., & Douglas, J. (2017). Associations between the Transsexual Voice Questionnaire (TVQ MtF) 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. M. (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
- Davies, S. M., & Johnston, J. (2015). Exploring the Validity of the Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 39(1).
- Dayer, C. (2012). En quoi les discriminations nuisent-elles à la santé ? *Bulletin des médecins de Suisse*, 93(13), 1-3.
- De Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 52(5), 220–227. <https://doi.org/10.1159/000021537>
- Gagné, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over : Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society*, 11(4), 478-508.
- Garnier, S. (2019). Le genre et la norme, questions à l'œuvre dans la prise en charge orthophonique des personnes transgenres. Dans C. Klein-Dallant (dir.), *Voix et Transidentités* (pp. 91-100). Ortho-édition.
- Gelfer, M. P., & Mikos, V. A. (2005). The relative contributions of speaking fundamental frequency and formant frequencies to gender identification based on isolated

vowels. *Journal of Voice*, 19(4), 544-554.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2004.10.006>

Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and Acoustic Outcomes of Voice Therapy for Male-to-Female Transgender Individuals Immediately After Therapy and 15 Months Later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>

Gelfer, M. P., & Van Dong, B. R. (2013). A preliminary study on the use of vocal function exercises to improve voice in male-to-female transgender clients. *Journal of Voice*, 27(3), 321-334. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.008>

Gelfer M. P., & Young, S. R. (1997). Comparisons of intensity measures and their stability in male and female speakers. *Journal of Voice*, 11(2), 178-186.
[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(97\)80076-8](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(97)80076-8)

Girard-Monneron, L. (2019). Le travail de féminisation/masculinisation vocale avec les personnes transgenres : place et action de l'orthophonie face à une problématique sociale. Dans C. Klein-Dallant (dir.), *Voix et Transidentités* (pp. 63-90). Ortho-édition.

Graziani, P. (2008). *Anxiété et troubles anxieux*. Armand Colin.

Gunzburger, D. (1989). Voice adaptation by transsexuals. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 3(2), 163–172. <https://doi.org/10.3109/02699208908985279>

Haas, A. (1979). Male and female spoken language differences : Stereotypes and evidence. *Psychological Bulletin*, 86(3), 616-626. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.616>

- Hanley, T. D., Snidecor, J. C., & Ringel, R. L. (1966). Some Acoustic Differences among Languages. *Phonetica*, 14, 97-107.
[http://wexler.free.fr/library/files/hanley%20\(1966\)%20some%20acoustic%20differences%20among%20languages.pdf](http://wexler.free.fr/library/files/hanley%20(1966)%20some%20acoustic%20differences%20among%20languages.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Sexe, genre et santé – Rapport d'analyse prospective 2020*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020?fbclid=IwAR2FZUeG8wImm2PjaqTuOxk-x8l5hpdEoCzuoQEnPpg0QKZXMunfWriKzyg
- Heeren, A., Maurage, P., Rossignol, M., Vanhaelen, M., Peschard, V., Eeckhout, C., & Philippot, P. (2012). Self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale : Psychometric properties of the French version. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 44(2), 99–107. <https://doi.org/10.1037/a0026249>
- Holmberg, E. B., Oates, J., Dacakis, G., & Grant, C. (2010). Phonetograms, aerodynamic measurements, self-evaluations, and auditory perceptual ratings of male-to-female transsexual voice. *Journal of Voice*, 24(5), 511-522.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.02.002>
- Honda, K., Hirai, H., Masaki, S., & Shimada, Y. (1999). Role of vertical larynx movement and cervical lordosis in F0 control. *Language and Speech*, 42(4), 401-411. <https://doi.org/10.1177/00238309990420040301>
- Hyde, Z., Doherty, M., Tilley, M., McCaul, K., Rooney, R., & Jancey, J. (2014). The first Australian national trans mental health study : Summary of results.
- Ioannidis, J. P. A. (2018). The proposal to lower P-value thresholds to .005. *Jama*, 319(14), 1429-1430.

- Jenabi Ghods, M., Rahgoi, A., Fallahi-Khoshknab, M., & Nourozi, M. (2020). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression, Stress, Anxiety of Male to Female Transsexuals. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 7(1), 1-10.
- Juenet, C., Mollard, E., Juenet, N., & De la Chapelle, G. (2019). *Pratique des thérapies cognitivo-comportementales au quotidien*. Lavoisier.
- Junior, C. N. V., & De Medeiros, A. M. (in press). Voice And Gender Incongruence : Relationship Between Vocal Self-Perception And Mental Health Of Trans Women. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>
- Kawitzky, D., & McAllister, T. (2020). The effect of formant biofeedback on the feminization of the voice in transgender women. *Journal of Voice*, 34(1) 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.07.017>
- Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation : A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164–179.
- Legros, A. (2021). *Généralisation de la voix féminisée ou masculinisée chez les personnes transgenres : réalisation d'un protocole* [Mémoire, Université de Rouen]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-ROUEN/dumas-03282406v1>
- Le Huche, F., & Allali, A. (2010). *La voix : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole* (4^e éd., Vol. 1). Elsevier Masson.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

- Manolov, R., & Solanas Pérez, A. (2018). Analytical options for single-case experimental designs : Review and application to brain impairment. *Brain Impairment*, 19(1), 18-32.
- Matar, N., & Remacle, M. (2016). Aspect chirurgical de la féminisation vocale. Dans C. Klein-Dallant (Ed.), *De la voix parlée au chant : bilans, rééducations et pathologies de la voix parlée et chantée* (pp. 326-338).
- Maurer, D., Thibaut, F., & Granger, B. (2014). Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Dans M. Vinot-Coubetergues (Ed.), *Les fondements des psychothérapies : De Socrate aux neurosciences* (pp. 229-262).
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of Conservative Voice Treatment in Male-to-Female Transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 57(2), 111-118. <https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meunier, C. (2012). Phonétique acoustique. Dans P. Auzou, V. Rolland-Monnoury, S. Pinto, & C. Ozsancak (dirs.), *Les dysarthries* (pp. 164-173). De Boeck Supérieur.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology and otology*, 120(7), 521-523. <https://doi.org/10.1017/s0022215106001174>

- 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>
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population : A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38.
- Morsomme, D., & Remacle, A. (2016). Féminiser la voix. Dans C. Klein-Dallant (Ed.), *De la voix parlée au chant : bilans, rééducations et pathologies de la voix parlée et chantée* (pp. 344-357).
- Morsomme, D., Révis, 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.
- Mulac, A., Bradac, J. J., & Gibbons, P. (2001). Empirical support for the gender-as-culture hypothesis : An intercultural analysis of male/female language differences. *Human Communication Research*, 27, 121-152.
- 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)
- Neumann, K., Welzel, C., Gonnermann, U., & Wolfradt, U. (2002). Satisfaction of MtF Transsexuals with operative voice therapy : A questionnaire-based preliminary study. *International Journal of Transgenderism*, 6(4).
- Oates, J., & Dacakis, G. (1997). Voice change in transsexuals. *Venereology*, 10(3), 178-187. <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.560095150854389>

- Pandey, M. K., Mishra, P., & Shukla, A. (2017). Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in an Adult with Stammering. *Indian Journal of Clinical Psychology, 45*(1), 79-82.
- Pépiot, E. (2016, novembre). *Voix de femmes, voix d'hommes: une étude du voice onset time, de la répartition consonnes/voyelles et du débit de parole chez des locuteurs francophones et anglophones américains* [Conférence]. Journées d'Études sur la Parole, Paris, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03004419/>
- Pépiot, E. (2017). Gender identification from speech in Parisian French and American English speakers. In *Research Papers – Languages and Literature* (Vol. 55, Book 1, Part B, pp. 60-72). University of Plovdiv, Bulgaria. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03004709>
- Pépiot, E., & Arnold, A. (2020, 8-19 juin). *Différences acoustiques inter-genres chez des bilingues Anglais/Français: une étude des formants vocaliques et de la qualité de voix* [Conférence]. 6e conférence conjointe Journées d'Études sur la Parole (JEP, 33^e éd.), Nancy, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02798575/>
- Perry, T. L., Ohde, R. N., & Ashmead, D. H. (2001). The acoustic bases for gender identification from children's voices. *The Journal of the Acoustical Society of America, 109*(6), 2988-2998. <https://doi-org/10.1121/1.1370525>
- Pustejovsky, J. E., Hedges, L. V., & Shadish, W. R. (2014). Design-comparable effect sizes in multiple baseline designs: A general modeling framework. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 39*(5), 368-393.

- Quinn, S., & Swain, N. (2018). Efficacy of intensive voice feminisation therapy in a transgender young offender. *Journal of communication disorders*, 72, 1-15.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.02.001>
- 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>
- Révis, J. (2013). *La voix et soi : ce que notre voix dit de nous*. De Boeck Solal.
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals : a quantitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 17(9), 1826-1854.
- 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. (2017). 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>
- Soderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 29(1), 18-30.
<https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- 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>

- Stewart, L., O'Halloran, P., & Oates, J. (2018). Investigating the social integration and wellbeing of transgender individuals : A meta-synthesis. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 46-58.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 65–77.
<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000081>
- 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>
- Traunmüller, H., & Eriksson, A. (1995). *The frequency range of the voice fundamental in the speech of male and female adults* [Unpublished manuscript]. Department of Linguistics, University of Stockholm.
http://www2.ling.su.se/staff/hartmut/f0_m&f.pdf
- Vaissière, J. (2020). *La phonétique* (4^{ème} éd.). Que sais-je.
- Van Borsel, J., De Cuyper, G., Rubens, R., & Destaecke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 427-442.
- Van Borsel, J., De Cuyper, G., & Van den Berghe, H. (2001). Physical appearance and voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 15(4), 570-575.
[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(01\)00059-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(01)00059-5)
- Van Damme, S., Cosyns, M., Deman, S., Van den Eede, Z., & Van Borsel, J. (2017). The effectiveness of pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals : a

systematic review. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e1-244.e5.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.04.002>

Vannest, K. J., Parker, R. I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). *Single Case Research : web based calculators for SCR analysis* [Calculateur en ligne].
<http://www.singlecaseresearch.org/>

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.

West, C., Zimmerman, D. H., & Malbois, F. (2009). Faire le genre. *Nouvelles Questions Féministes*, 28(3), 34-61. <https://doi.org/10.3917/nqf.283.0034>

Whiteside, S. P. (1998). Identification of a speaker's sex: a study of vowels. *Perceptual and Motor Skills*, 86(2), 579-584. <https://doi.org/10.2466/pms.1998.86.2.579>

Wolfe, V. I., Ratusnik, D. L., Smith, F. H., & Northrop, G. (1990). Intonation and fundamental frequency in male-to-female transsexuals. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55(1), 43-50. <https://doi.org/10.1044/jshd.5501.4>

Yao, S. N., Note, I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999). Social anxiety in patients with social phobia : validation of the Liebowitz social anxiety scale : the French version. *L'encéphale*, 25(5), 429-435.

Zimmerman, D. H. (1992). They were all doing gender, but they weren't all passing : Comment on Rogers. *Gender & Society*, 6(2), 192-198.

Annexes

Annexe A : Questionnaire anamnestique	I
Annexe B : Notice d'information	III
Annexe C : Formulaire de consentement.....	VI
Annexe D : Questionnaire de satisfaction	VII
Annexe E : Transsexual Voice Questionnaire (TVQ) version française	X
Annexe F : Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report (LSAS-SR)	XI
Annexe G : Echelle clinique des situations	XII
Annexe H : Journal d'enregistrement de la voix féminine	XIV
Annexe I : Analyse fonctionnelle des situations	VI

Annexe A
Questionnaire anamnestique

Date remplissage du questionnaire :

<u>Informations administratives</u>

- Genre :

- Âge :

- Profession :

- Situation familiale :

- Nombre et fréquence des séances d'orthophonie réalisées jusqu'à présent :

- Où en êtes-vous dans votre transition (au niveau social, administratif, médical...) ? Auprès de quelles personnes avez-vous réalisé votre « coming-out » ?

- Utilisation d'un traitement hormonal (si oui depuis quand) :

- Chirurgie du larynx réalisée ou non (si oui précisez) :

Annexe B

Notice d'information

Utilisation des jeux de rôle auprès des femmes transgenres : impact sur la généralisation de la voix « féminine » au quotidien et la satisfaction vocale.

Directrices du mémoire :

BARBERA Océane, orthophoniste, oceanebarbera@gmail.com – 04 78 42 22 61
AUGE Agnès, orthophoniste et psychothérapeute, agnes@wanadoo.fr – 04 78 83 83 05

Etudiante : DUTRILLAUX Mathilde, étudiante en Master 2 Département d'Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Université Claude Bernard Lyon 1.
dutrillauxmathilde@orange.fr

Contact Responsable Mémoire au département d'orthophonie (ISTR):
memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Madame,

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur l'intérêt des jeux de rôle auprès des femmes transgenres, et leur impact sur la généralisation de la voix « féminine » au quotidien et la satisfaction vocale.

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 particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle aux responsables de l'étude, Mmes BARBERA Océane et AUGE Agnès, et/ou à la personne réalisant le recueil de données, Mlle DUTRILLAUX Mathilde.

But de l'étude : cette étude a pour but de déterminer si les jeux de rôle peuvent aider les femmes transgenres à utiliser davantage leur voix « féminine » au quotidien, mais aussi à améliorer leur satisfaction vocale. Cette étude visera aussi à déterminer les liens existant entre une éventuelle anxiété sociale, la généralisation de la voix au quotidien et la satisfaction vocale.

Déroulement de l'étude et méthode :

Fin novembre : un questionnaire administratif vous sera proposé en début d'étude, ainsi qu'une grille mesurant votre satisfaction vocale et la fréquence d'utilisation de votre voix « féminine » dans plusieurs situations de la vie quotidienne, ainsi que votre niveau d'anxiété face à ces différentes situations. 3 situations qui vous posent problème seront ainsi travaillées en séance.

Début décembre-Fin février :

L'intervention s'étalera sur un maximum de 10 séances. A chaque séance, plusieurs mises en situation de jeux de rôle vous seront proposées afin de travailler votre voix « féminine » et de réduire l'anxiété générée par ces situations. En début de séance et en fin de séance, une échelle vous sera proposée afin d'évaluer votre niveau d'anxiété face à la situation travaillée. Entre chaque séance, il vous sera demandé de mettre en application dans votre quotidien la mise en situation travaillée en séance. Un retour vous sera ensuite demandé lors de la séance suivante.

Fin février : les mêmes grilles que celles du début de suivi vous seront de nouveau proposées, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Frais : Votre collaboration à ce recueil de donnée n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité :

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (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 des responsables de l'étude (les Directrices du Mémoire). 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 informée des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : La finalité de cette étude est de mieux comprendre si les jeux de rôle peuvent avoir un impact sur la généralisation vocale et la satisfaction vocale des femmes transgenres. Cette étude pourrait ainsi permettre de proposer plus fréquemment ce type d'outil en fin de suivi afin d'améliorer l'efficacité de la prise en soin et le bien-être des femmes transgenres.

Risques potentiels : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

Annexe C
Formulaire de consentement
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussignée,, déclare avoir pris connaissance de la notice d'information et accepte de participer à l'étude de l'étudiante DUTRILLAUX Mathilde, et de ses directrices de mémoire, Mmes BARBERA Océane et AUGÉ Agnès.

En signant ce formulaire :

- J'accepte que l'étudiante et les directrices de mémoire aient accès à mes résultats et aux divers documents remplis tout au long du projet.
- J'accepte que les résultats de cette étude effectuée dans le cadre d'un mémoire orthophonique soient publiés dans une revue scientifique (toutes les données me concernant seront anonymisées).

Date et signature :

- D'une manière générale, avez-vous l'impression d'utiliser plus fréquemment et de manière plus diversifiée votre voix féminine depuis le début de l'intervention (si oui dans quelle(s) situation(s) et pour quelle(s) raison(s), si non, pourquoi) ?

- D'une manière générale, avez-vous l'impression d'avoir augmenté vos interactions sociales depuis le début de l'intervention (si oui dans quelle(s) situation(s) et pour quelle(s) raison(s))?

- D'une manière générale, vous sentez-vous moins anxieuse à l'idée d'utiliser votre voix féminine depuis le début de l'intervention (si oui dans quelle(s) situation(s) et pour quelle(s) raison(s), si non pourquoi) ?

- Y a-t-il des situations qui vous empêchent encore d'utiliser ou d'être à l'aise avec votre voix au quotidien (si oui lesquelles et pour quelle(s) raison(s)) ?

➤ Sur une échelle de 1-10, comment percevez-vous votre voix à présent (1: peu féminine, 10 : très féminine) ? Décrivez brièvement pour quelle raison.

➤ Commentaire libre :

Annexe E

Transsexual Voice Questionnaire (TVQ) version française

TVQ^{MtF} Authorised French Translation

Échelle d'évaluation

1 = jamais ou rarement
2 = parfois
3 = souvent
4 = généralement ou toujours

Nom: _____

Date: _____

Sur base de votre expérience de vie actuelle en tant que femme, veuillez cocher la réponse qui vous correspond le mieux:

	1	2	3	4
1. On m'entend difficilement dans un milieu bruyant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis nerveuse quand je sais que je dois utiliser ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens moins féminine à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le ton de ma voix parlée est trop grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La hauteur de ma voix est imprévisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma voix m'empêche de vivre comme une femme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'évite de téléphoner à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis tendue quand je parle avec les autres à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ma voix devient rauque, enrrouée ou voilée lorsque j'essaie de parler avec une voix féminine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis difficilement identifiée comme femme à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La hauteur de ma voix ne varie pas assez quand je parle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens mal à l'aise quand je parle avec des amis, des voisins ou ma famille à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'évite de parler en public à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le son de ma voix est artificiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je dois me concentrer pour que ma voix soit comme je veux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cela me frustre de devoir essayer de modifier ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mes difficultés de voix limitent ma vie sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quand je n'y prête pas attention, la hauteur de ma voix devient plus grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mon rire sonne comme celui d'un homme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ma voix ne reflète pas mon apparence physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je fais beaucoup d'efforts pour parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ma voix se fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ma voix me limite dans les types de métiers que je peux exercer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai l'impression que ma voix ne reflète pas qui je suis vraiment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai moins envie d'aller vers les autres à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je suis fortement embarrassée par la manière dont les autres perçoivent ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ma voix me lâche en cours de conversation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cela m'affecte profondément d'être perçue comme un homme à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. L'étendue de ma voix parlée est limitée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je souffre de discrimination à cause de ma voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez fournir une évaluation générale de votre voix:

<i>Actuellement, ma voix est:</i>	<input type="checkbox"/>				
	Très féminine	Assez féminine	De genre neutre	Assez masculine	Très masculine
<i>Ma voix idéale serait:</i>	<input type="checkbox"/>				
	Très féminine	Assez féminine	De genre neutre	Assez masculine	Très masculine

Annexe F

Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report (LSAS-SR)

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Date:/...../.....

Nom: Prénom: Sexe: Âge:

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	ÉVITEMENT 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

Propositions de situations :

- Téléphoner en public
- Participer au sein d'un petit groupe
- Parler à des gens qui détiennent une autorité
- Jouer, donner une représentation ou une conférence
- Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien
- Prendre la parole à une réunion
- Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien
- Essayer de « draguer » quelqu'un
- Résister aux pressions d'un vendeur insistant
- Demander son chemin à quelqu'un dans la rue
- Demander un renseignement à un vendeur en magasin
- Commander quelque chose par téléphone
- Acheter une place à un guichet
- Demander l'addition
- Interpeller quelqu'un dans un lieu public
- Chanter en public
- Elever la voix pour attirer l'attention de quelqu'un
- Raconter son week-end ou une anecdote à un collègue/proche
- Faire un compliment
- Se présenter à un entretien d'embauche
- Émettre une critique qui diffère de celle de l'interlocuteur
- Répondre à une injure
- Parler devant son miroir
- Parler seul dans sa voiture
- Parler à son animal de compagnie
- ...

Annexe H

Journal d'enregistrement de la voix féminine

Journal d'enregistrement de la voix féminine à destination de la patiente

Pour chaque jour de la semaine, inscrivez le nombre de fois où vous avez pensé à utiliser votre voix féminine pour chacune des situations travaillées en séance (lignes numérotées). Inscrive également le nombre d'utilisation de votre voix féminine dans votre vie quotidienne en dehors de ces situations (ligne "général")

Que vous utilisiez votre voix féminine de manière continue ou discontinue au sein d'une même interaction, comptabiliser comme une seule utilisation de votre voix (vous pouvez néanmoins spécifier dans vos observations la durée d'utilisation de votre voix).

Dans la case « semaine », inscrire la date de début de semaine.

Dans la case « observations », précisez vos impressions, les freins/aides à l'utilisation de votre voix féminine, les situations évitées/expérimentées, les évènements particuliers qui expliquent l'utilisation ou non de votre voix féminine etc.

Situation 1 :

Situation 2 :

Situation 3 :

Situation 4 :

Situation 5 :

...

Semaine	L	M	Me	J	V	S	D	Observations
....								
Général								
1								
2								
3								
4								
5								

Annexe I

Analyse fonctionnelle des situations

