

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

« TU SAIS, CE N'EST PAS LUI QUI VA SE POSER CES QUESTIONS-LÀ » : LA CONTRACEPTION ET
L'AVORTEMENT COMME TRAVAIL GENRÉ, UNE ANALYSE DE BALADOS QUÉBÉCOIS

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR

OPHÉLIE LACROIX

JANVIER 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Au beau milieu de *L'Événement*, Annie Ernaux (2001) écrit : « Je me suis rendu compte que je n'y arriverais pas seule ». Comprenez à cette page que j'en ai retenu quelque chose.

Mon premier remerciement va à Mélanie Millette, directrice de ce mémoire, pour sa perspicacité, sa rigueur et ses mots justes. Merci pour le temps, l'enthousiasme et pour l'envie, sinon l'urgence, de continuer.

Sur mon jury, je remercie Olivier Turbide, collaborateur de 1001 projets pour son œil chirurgical, son aide précieuse et sa confiance, ainsi que Christine Thoër pour ses conseils et encouragements dès le début du projet. À l'Université, je remercie les collègues du Mélab (Anaïs, Camille, Océane et les autres) pour les coups de main et les rires, ainsi que Véronique, pour la conviction qu'il y avait là quelque chose à dire.

Merci à celles qui ont tout écouté, tout épongé, tout su : à Florane pour son féminisme avant l'heure, à ma maman pour l'avoir fait avant moi, à Avril pour sa présence-métronomie, à Camille pour l'heureux hasard de cette traversée ensemble.

Je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le Fonds de recherches du Québec pour leur appui financier, ayant permis à ce mémoire de se gonfler de tout le temps et l'espace que je lui souhaitais.

Merci à mes amies-*merveilles*, à Anne Charlotte, à Étienne, à Grain et bien d'autres pour les relances et le reste. Merci à mes grands-parents pour leurs pronoms sur des étiquettes, à Nathalie pour le lac, à Véro pour le courriel des 20 anniversaires, à Manolo pour l'élan. Enfin, pour l'accompagnement ou l'inspiration : les albums de Lhasa, les garçons et Charlie.

Finalement, un merci tout spécial à toutes celles qui, à la mention de ce mémoire, m'ont confié petites et grandes gymnastiques, petits et grands maux de ventre. Je vous souhaite quelques mots-lanternes et, enfin, un peu de répit.

DÉDICACE

*À toutes celles déjà occupées
à leur propre mise au monde*

*Et à Juliette,
pour le sandwich, la veille.*

« D'avoir vécu une chose, quelle qu'elle soit, donne le droit imprescriptible de l'écrire. Il n'y a pas de vérité inférieure. Et si je ne vais pas au bout de cette expérience, je contribue à obscurcir la réalité des femmes et je me range du côté de la domination masculine du monde. »

Annie Ernaux, *L'Événement* (2001)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	2
1.1 Mise en contexte	2
1.2 Santé reproductive	2
1.3 Responsabilité de la santé reproductive	5
1.4 Santé reproductive et les médias	8
1.5 Baladodiffusion	11
1.6 Synthèse et question de recherche	13
1.7 Pertinence scientifique, sociale et communicationnelle du mémoire	13
CHAPITRE 2 ORIENTATIONS THÉORIQUES.....	15
2.1 La recherche féministe en communication	15
2.2 Le système d'oppression patriarcale	15
2.2.1 Le système d'oppression patriarcale et le travail des femmes	16
2.2.1.1 La division sexuelle du travail.....	16
2.2.1.2 Le travail reproductif	17
2.2.1.3 La santé reproductive comme travail des femmes	18
2.2.2 Le système d'oppression patriarcale et les corps des femmes.....	19
2.2.2.1 Du travail aux corps	19
2.2.2.2 La corporéité.....	20
2.2.2.3 Les expériences incarnées et le féminisme phénoménologique	20
2.2.2.4 La santé reproductive comme expériences du corps.....	21
2.3 Approches sociodiscursives	22
2.3.1 Le discours comme pratique sociale	22
2.3.1.1 Effets performatifs du discours	23
2.3.1.2 Discours et idéologie patriarcale	23
2.3.2 La baladodiffusion comme discours	24
2.4 Synthèse et formulation des sous-questions	25
CHAPITRE 3 ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	27

3.1	Positionnement épistémologique	27
3.2	Stratégie méthodologique	27
3.2.1	Recherche qualitative	27
3.2.2	L'analyse thématique	28
3.2.3	L'analyse féministe critique de discours.....	28
3.3	Collecte de données.....	29
3.3.1	Choix du matériel : les épisodes de balados	29
3.3.2	Constitution des corpus	30
3.3.2.1	Volet exploratoire	30
3.3.2.2	Volet du corpus raisonné pour l'analyse thématique	32
3.3.2.3	Volet du corpus d'extraits pour l'analyse féministe critique de discours	33
3.3.2.4	Transcription des épisodes	33
3.4	Méthode d'analyse et grille de codification	34
3.4.1	Grilles de codification	34
3.5	Dimensions éthiques de la recherche.....	36
3.6	Synthèse.....	37
CHAPITRE 4 « IL FAUT ÊTRE DISCIPLINÉE, IL FAUT ÊTRE RIGOUREUSE » : LES EXPÉRIENCES DE TRAVAIL CONTRACEPTIF ET ABORTIF DES FEMMES.....		38
4.1	« Bienvenue sur le podcast » : Résultats généraux des corpus général et raisonné.....	38
4.2	« Sauf qu'il y a beaucoup d'hommes qui ne veulent pas mettre de condom » : de la difficulté à l'impossibilité de partager la gestion de la fertilité	40
4.2.1	Reconnaissance dépolitisée de la responsabilité genrée du contrôle de la fertilité : quels engagements des hommes ?	41
4.2.2	La responsabilité féminine comme fatalité biologique	43
4.2.3	Le préservatif comme méthode masculine à la responsabilité des femmes	44
4.3	« C'est presque rendu inconscient dans le sens que c'est tout le temps dans ma tête, chaque jour de ma vie » : la gestion de la fertilité comme travail quotidien	46
4.3.1	Un travail de tous les jours multiple et exigeant.....	46
4.3.2	Un travail sur le temps long.....	47
4.3.3	La peur de l'(in)fertilité comme travail.....	48
4.3.3.1	La peur de la grossesse non planifiée	49
4.3.3.2	La peur de l'avortement	50
4.3.3.3	La peur de l'infertilité	50
4.3.3.4	La peur des hormones	51
4.4	« J'ai pris la pilule et ça c'est pas très bien passé. On peut-tu en parler ? » : Déceptions et remises en cause du contrôle médicalisé de la fertilité	52
4.4.1	Petites et grandes misères des expériences avec les prestataires de soins en santé reproductive.....	52
4.4.1.1	Relations de soins difficiles lors des soins d'interruption de grossesse.....	52
4.4.1.2	Relations de soins difficiles lors de l'accès à la contraception d'urgence.....	53
4.4.1.3	Accompagnement médical insatisfaisant pour la contraception hormonale	54
4.4.2	Petites et grandes misères des expériences de contraception hormonale	55

4.4.2.1	Charges physiques	55
4.4.2.2	Charges psychologiques	57
4.4.2.3	Charges sexuelles.....	58
4.4.3	Quitter les contraceptifs hormonaux comme expérience de (re) découverte de son corps.....	59
4.5	« Moi j'ai pas mal tout essayé » : Choisir ses contraceptions et ses avortements	60
4.5.1	Choisir sa contraception comme parcours d'essais-erreurs	61
4.5.2	Se choisir un avortement.....	62
4.5.2.1	Choisir l'issue de grossesse.....	62
4.5.2.2	Choisir les modalités de son avortement	63
4.6	Synthèse.....	64
CHAPITRE 5 « C'EST UN GROS ÉPISODE LES FILLES, ÉCOUTEZ-LE ATTENTIVEMENT » : LES BALADOS ET LE TRAVAIL CONTRACEPTIF ET ABORTIF.....		
5.1	Les femmes prenant parole dans les balados y performant du travail contraceptif et abortif	66
5.1.1	Le travail de dévoilement du parcours de santé reproductive et de contournement des stigmates	66
5.1.1.1	« Moi aussi j'ai, j'ai choisi un avortement. » : Dévoilement et justification de l'avortement .	67
5.1.1.2	« Je ne prends pas la pilule, je prends sweet fuck all. » : Dévoilement et justification de non-contraception	70
5.1.1.3	« J'ai peur de passer pour quelqu'un qui est fucking pas éduqué sur le sujet alors qu'en tant que femme je devrais » : Dévoilement et justification du niveau de connaissances en santé reproductive.....	72
5.1.2	Le travail d'éduquer les autres sur la santé reproductive.....	73
5.1.3	Le travail de recherche et de tri d'informations.....	74
5.1.3.1	Plusieurs mythes proposés puis rectifiés : le cas des saignements de privation et des produits de conception	74
5.1.3.2	Souligner la situation d'apprentissage	75
5.2	Les balados peuvent contribuer à accentuer le travail de recherche et de tri d'information sur la contraception et l'avortement chez l'auditoire	77
5.2.1	Des informations contradictoires	78
5.2.2	Des propos antiavortements	80
5.2.2.1	L'avortement serait difficile, traumatique et dangereux	80
5.2.2.2	Fausse troisième voie	81
5.2.2.3	Ambiguïté dans la dénomination des produits de conception	82
5.2.2.4	Invisibilisation du camp antiavortement.....	83
5.2.3	Des récits personnels.....	84
5.2.4	Des objets de divertissement	85
5.3	Synthèse.....	86
CHAPITRE 6 « L'AVORTEMENT N'EST PAS UN MOYEN DE CONTRACEPTION » : LA CONSTRUCTION DU CONTRÔLE PATRIARCAL DANS LES DISCOURS DE BALADOS		
6.1	Vers l'analyse féministe critique de discours	87
6.2	L'avortement comme pratique « évitable »	88

6.2.1 L'avortement comme faute personnelle féminine : la pronominalisation à la deuxième personne du singulier	89
6.2.2 L'avortement comme pratique superflue : les choix du vocabulaire de la santé reproductive .	91
6.3 L'avortement comme pratique « à éviter »	93
6.3.1 La concession	93
6.3.2 La métacommunication	94
6.3.3 La tautologie	95
6.4 L'avortement comme pratique évitable et à éviter : une synthèse réflexive	96
CHAPITRE 7 « LES FEMMES ONT D'AUTRES CHOSES À FAIRE, TU SAIS » : DISCUSSION	99
7.1 Le travail contraceptif et abortif communicationnel.....	99
7.1.1 Un travail communicationnel	99
7.1.2 Bonnes pratiques pour communiquer sur la santé reproductive	101
7.1.2.1 Utiliser la dénomination exacte des produits de grossesse	101
7.1.2.2 Expliciter le fait que l'avortement est un soin médical sécuritaire	102
7.1.2.3 Partager des ressources fiables, reconnues et en appui au libre choix	102
7.1.2.4 Ne pas contourner la thématique de la santé reproductive	102
7.1.2.5 Valoriser le choix de partager ou non des détails sur son parcours de santé sexuelle et reproductive.....	102
7.2 Anatomie du travail contraceptif et abortif	103
7.2.1 Le travail contraceptif et abortif sur un continuum : vers le travail de contrôle de la fertilité	103
7.2.2 Le travail de contrôle de la fertilité comme devoir	106
7.2.3 Le travail de contrôle de la fertilité résolument assigné aux femmes	107
7.2.3.1 L'assignation formelle.....	107
7.2.3.2 Le désengagement des hommes	108
7.2.3.3 La (re)assignation par le silence	110
7.2.3.4 L'assignation sous couvert d'autonomie	111
7.2.3.5 La surveillance et le rappel normatif.....	112
7.2.3.6 L'assignation par le recours aux émotions	113
7.2.3.7 L'assignation par l'offre de soins ou d'informations inadéquats	113
7.2.3.8 L'assignation et le système d'oppression patriarcale : une synthèse réflexive	114
7.3 Contrôler les femmes qui contrôlent leur fertilité : ce que les discours sur la santé reproductive soutiennent, renforcent, occultent.....	114
7.3.1 Contrôler les maternités.....	114
7.3.2 Contrôler les désirs	115
7.3.3 Contrôler les corps des femmes	116
7.3.4 Contrôler la force de travail et l'autonomie des femmes	118
7.4 Synthèse.....	118
CONCLUSION	120
ANNEXE A LISTE DES ÉPISODES DU CORPUS GÉNÉRAL ET RAISONNÉ	123
ANNEXE B GRILLE DE CODIFICATION POUR LE VOLET EXPLORATOIRE	126

ANNEXE C GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE POUR LE CORPUS RAISONNÉ	128
ANNEXE D COLLECTE DES ÉPISODES DE BALADOS	130
ANNEXE E GRILLE DE CODIFICATION ANALYSTE FÉMINISTE CRITIQUE DE DISCOURS	131
ANNEXE F LISTE DE RESSOURCES INFORMATIVES FIABLES ET SÉCURITAIRES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	132
BIBLIOGRAPHIE.....	133

RÉSUMÉ

Résumé

Ce mémoire porte sur un thème central de l'histoire des luttes féministes : le contrôle de la fertilité, et plus largement sur la santé sexuelle. Cette recherche en communication étudie les discours de baladodiffusion avec l'objectif de documenter la responsabilité des femmes face aux tâches de contraception et d'avortement. Sur le plan théorique, la démarche mobilise les études féministes et les approches socioconstructivistes du discours. Ces perspectives théoriques permettent de réfléchir les rapports de pouvoir genrés qui se jouent dans les discours de santé reproductive en plus d'honorer les expériences des femmes témoignant dans notre corpus. Sur le plan méthodologique, cette étude à visée exploratoire se base sur une méthodologie qualitative : une analyse thématique complétée d'une analyse féministe critique de discours. Les résultats issus de cette démarche révèlent le caractère pluriel et complexe des tâches de santé reproductive performées par les femmes dans leur quotidien et à même les épisodes des balados, en plus de dévoiler certains mécanismes de cette assignation résolument genrée. Ce mémoire s'attache ainsi à analyser les dimensions de l'idéologie patriarcale qui façonnent les discours de santé reproductive et participent à contrôler les maternités, les désirs, les corps et l'autonomie des femmes. De la sorte, cette étude introduit deux notions théoriques principales : le travail de gestion de la fertilité ainsi que la dimension communicationnelle de ce travail.

Mots-clés : Santé reproductive et sexuelle, Travail, Contraception, Avortement, Discours, Baladodiffusion, Féminisme

ABSTRACT

Abstract

This study examines a central issue in the history of feminist struggles: fertility control and, more broadly, sexual and reproductive health. Drawing on communication studies, the research analyses podcast discourse to document how responsibility for contraception and abortion-related tasks is attributed to women. Theoretically, the project builds on feminist scholarship and socioconstructionist approaches to discourse. These perspectives allow us to analyse power relations in reproductive health discourse while paying close attention to women's experiences, as set out in the dataset. Methodologically, this exploratory study adopts a qualitative approach, combining thematic analysis with critical feminist discourse analysis. The results reveal the multifaceted and complex nature of the reproductive health labour performed by women in their daily lives and as represented in podcast discourse, while also uncovering the mechanisms through which this responsibility is assigned to women. Overall, the research highlights the dimensions of patriarchal ideology that shape reproductive health discourse and contribute to the regulation of women's maternity, desires, bodies, and autonomy. In doing so, the study introduces two key theoretical concepts: fertility management labour as well as its communicative dimension.

Keywords : Sexual and Reproductive Health; Fertility Management Labour; Contraception; Abortion; Discourse Analysis; Podcasts; Feminism

INTRODUCTION

À l’aube du 40^e anniversaire de la décriminalisation de l’avortement et du 60^e anniversaire de la légalisation de la contraception hormonale au Canada, la santé reproductive demeure au cœur des enjeux contemporains. À l’automne 2024, le gouvernement du Québec publiait, dans la foulée de l’invalidation de l’arrêt *Roe v. Wade* aux États-Unis, un plan d’action pour l’accès à l’avortement intitulé *Protéger le droit des femmes de choisir* (Secrétariat à la condition féminine, 2024), alors que quelques mois plus tard, les médias rapportaient une baisse record des prescriptions de contraceptifs oraux au Québec (Dussault, 2025). Si certains ont pu penser à tort que les questions de santé reproductive avaient été réglées par leur encadrement juridique il y a quelques décennies, elles apparaissent plutôt s’épaissir et se recomposer : les enjeux d’accès aux technologies de santé reproductive semblent préoccuper davantage aujourd’hui qu’ils ne l’ont fait depuis longtemps, alors même que ces dispositifs brillent d’une impopularité nouvelle¹.

De ce portrait ambivalent est apparu le désir d’interroger les discours sur la contraception et l’avortement au Québec de manière à s’intéresser aux expériences des femmes et aux enjeux qu’elles révèlent. Ainsi, cette étude propose d’analyser les discours numériques québécois sur la santé reproductive au sujet de l’assignation féminine du travail que représentent la contraception et l’avortement.

Le premier chapitre de ce mémoire contextualise et problématise notre étude afin d’atterrir à la présentation de nos questions de recherche. Le second chapitre expose les orientations théoriques retenues pour penser notre problématique et ses objets d’intérêts. Le troisième chapitre présente et justifie les choix méthodologiques effectués pour répondre à nos questions. Le quatrième, le cinquième et le sixième chapitre exposent et analysent respectivement les résultats de notre étude permettant de répondre à chacune de nos trois sous-questions. Le septième chapitre met en relation ces résultats avec nos orientations théoriques pour répondre à notre question principale. Enfin, la conclusion mentionne les limites de cette recherche en plus d’ouvrir sur des pistes de réflexion futures.

¹ Le nombre d’avortements est également en diminution dans les dernières années au Québec (Régie de l’assurance maladie, 2024).

CHAPITRE 1

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

La problématique est construite en quatre sections : la première entend présenter ce que constitue la santé reproductive, la deuxième propose de réfléchir sa responsabilité comme étant assignée aux femmes, la troisième présente les liens entre la santé reproductive et les études médiatiques, puis, la dernière présente la baladodiffusion comme espace médiatique tout désigné pour aborder la thématique du travail de la santé reproductive. La problématique se conclut par la présentation de la question de recherche et de la pertinence communicationnelle de l'étude.

1.1 Mise en contexte

La santé reproductive est liée à de nombreux enjeux de santé publique (Black, 2019). Au Canada, de plus en plus de femmes passent la majeure partie de leur vie reproductive à utiliser des méthodes de contraception (Black, 2019) et plus d'un tiers d'entre elles ont recours à l'interruption de grossesse au cours de leur vie (Mathieu, 2016). Selon la chercheuse Heather D. Boonstra et son équipe (2006), une femme nord-américaine typique passe trois décennies de sa vie à tenter d'éviter une grossesse. Néanmoins, il est estimé qu'au Canada, 40 % des grossesses ne seraient pas planifiées, ce qui équivaut à environ 18 700 grossesses chaque année (Black *et al.*, 2015).

1.2 Santé reproductive

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé reproductive se définit comme un état complet de bien-être physique, mental et social en ce qui concerne le système reproducteur, ses fonctions et ses processus (OMS, 2023). La santé reproductive représente ainsi un pan de la santé sexuelle et implique la capacité des individus à se reproduire au moment et à la fréquence souhaitée, mais aussi la liberté de choisir de ne pas se reproduire (OMS, 2023). À ce titre, la santé reproductive recoupe l'optimisation puis la régulation de la fertilité. La santé reproductive englobe les pratiques de contrôle des naissances, soit le recours intentionnel à des méthodes visant à empêcher une grossesse (Nations Unies, 2015) ou à y mettre un terme (Claro, 2021), ainsi que les pratiques de procréation assistée (OMS, 2020). La santé reproductive peut ainsi être envisagée comme procédant selon deux logiques opérantes : une première visant à prévenir et contrôler les grossesses et une seconde voulant soutenir la procréation en cas d'enjeux de

fertilité. Ce mémoire se concentre uniquement sur la première logique en s'intéressant aux pratiques liées à la contraception et à l'interruption de grossesse.

Sur la scène internationale, l'Organisation des Nations Unies travaille, depuis plusieurs années à protéger de nombreux droits en matière de santé reproductive (Blais et Lévy, 2011) qui comprennent non seulement l'accès aux services de santé reproductive, mais aussi le droit à la contraception, le droit à l'interruption de grossesse et le droit d'obtenir de l'information sur le contrôle de la fécondité (Marques-Pereira et Raes, 2002). Ces droits s'appuient, comme stipulé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en septembre 1994, sur la capacité à prendre des décisions reproductives de manière libre et éclairée, et ce, dans des conditions assurant l'égalité entre les hommes et les femmes, puis permettant un partage des responsabilités en lien avec la planification familiale (Nations Unies, 1995).

Il est commun de distinguer les notions de contraception et d'interruption de grossesse en définissant la première comme l'ensemble des moyens visant à prévenir la fécondation d'un ovule ou son implantation dans l'utérus (Bansode *et al.*, 2023) et en envisageant la seconde comme l'action intentionnelle de mettre fin à une grossesse (MedlinePlus, 2023). Selon la sociologue Mona Claro, si la contraception et l'interruption de grossesse peuvent tout à fait être appréhendées comme : « un continuum de pratiques visant un même but » (Claro, 2021, paragr. 5), il est fréquent de les distinguer en posant la contraception comme une pratique « responsable » (Claro, 2021) *contre* l'interruption de grossesse qui suivrait un « échec contraceptif » (Moreau *et al.*, 2011).

Ces pratiques de santé reproductive s'inscrivent aussi dans une histoire de luttes féministes revendiquant pour les femmes la libre disposition de leur corps (Froidevaux-Metterie, 2018b). Ces dernières ont mené, au Canada, à la décriminalisation de la contraception, en 1969 (Black, 2019), et de l'interruption de grossesse en 1988 (Stettner, 2016). Ces dispositions permettant aux femmes² de refuser une maternité ont alors été largement considérées comme des avancées déterminantes des luttes vers l'égalité des sexes (Bajos et Ferrand, 2004) et agissent, selon l'anthropologue française Françoise Héritier-Augé, comme « le levier permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine » (Héritier-Augé, 2002,

² Le terme *femmes* est employé ici pour désigner une position située au sein de rapports de pouvoir genrés, tout en reconnaissant que les expériences de grossesse et leur refus concernent également des personnes ne s'identifiant pas comme femmes.

p. 239). Les travaux sur le contrôle de la fécondité ont donc longtemps accordé à ces pratiques de santé reproductive un caractère fortement émancipateur pour les femmes, ce qui a freiné l'émergence de perspectives sociologiques plus critiques sur le sujet (Froidevaux-Metterie, 2018 a ; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017).

Or, la contraception hormonale, « contribuant à transformer les rapports de genre à certains égards, perpétuant les asymétries par d'autres aspects » (Grino, 2014), est de plus en plus abordée, dans la littérature scientifique, sous l'angle de ses facettes plus contraignantes (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), en soulignant notamment son rôle dans la production d'une nouvelle « norme procréative » (Roux, 2023a). En effet, l'accès renforcé à des méthodes permettant d'éviter des grossesses « non désirées » et de choisir le « bon » moment pour avoir un enfant (Charton et Lévy, 2011) implique pour les éventuels parents la nécessité de désirer et programmer toute naissance (Bajos et Ferrand, 2004) et donc, aux femmes, d'éviter toute grossesse ne répondant pas aux critères du « bon » enfant au « bon » moment (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Cette norme peut ainsi être envisagée comme renforçant l'injonction au travail de prévention des grossesses (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) dans la mesure où les femmes doivent se prémunir des grossesses ne répondant pas à ces critères. Cette norme conforte également une forme de responsabilisation maternelle, c'est-à-dire une pression de performance imputée aux femmes à l'arrivée de l'enfant, puisque cette étape doit avoir été *désirée* et donc s'inscrire au sein de dispositions permettant aux femmes « d'être les meilleures mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde » (Bajos et Ferrand, 2004, p. 135). La contraception et l'interruption de grossesse peuvent ainsi être appréhendées comme des objets ambigus (Grino, 2014), symboles de révolutions dans les luttes féministes (Roux, 2023a), mais aussi de prolongement du contrôle social des femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Pour Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, ce contrôle social est lié au pouvoir médical qui encadre les pratiques de santé reproductive et aux rapports de genre qui continuent, par diverses implications concrètes et symboliques des pratiques de santé reproductive, d'assigner les femmes à la sphère procréative et domestique (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017).³

³ Notons toutefois que de formuler une critique à l'égard de l'opérationnalisation du contrôle de la fertilité dans nos sociétés ne revient d'aucune façon à amenuiser son importance pour l'agentivité des femmes : ce mémoire s'inscrit dans une posture résolument en faveur du libre choix bien qu'il propose une réflexion critique à l'égard des dispositifs opérants de santé reproductive.

1.3 Responsabilité de la santé reproductive

De nos jours, il existe une large gamme de méthodes contraceptives pour laquelle différentes classifications sont proposées, telles que les catégories technologique et non technologique, médicalisée et naturelle ou encore féminine et masculine (Claro, 2021). Si des pratiques telles que la vasectomie, le coït interrompu et l'usage de préservatif peuvent être comprises dans une catégorie de méthodes contraceptives dites « masculine » (Le Guen *et al.*, 2021), de nombreuses études révèlent qu'au sein de duos hétérosexuels dont la sexualité peut mener à la fécondation, la responsabilité du contrôle de la fertilité est assignée de manière disproportionnée aux femmes (Caddy *et al.*, 2023 ; Carson, 2018 ; Kimport, 2018). Non seulement la méthode contraceptive la plus répandue est la contraception hormonale féminine (Carson, 2018), mais il apparaît que l'usage du préservatif relève aussi largement d'une prise en charge des femmes (Thomé, 2016) qui se font assigner la responsabilité de l'acheter, le demander et l'installer (Claro, 2021). Même en ce qui concerne la contraception permanente, qui peut être décrite comme une avenue contraceptive « unisexe » et qui recoupe la vasectomie pour le système reproducteur masculin et la ligature des trompes (Casey, 2023) pour le système féminin, il est noté qu'au sein de couples hétérosexuels ayant atteint leurs objectifs de procréation, plus de femmes ont recours à cette intervention que d'hommes, et ce, malgré que la ligature des trompes soit une pratique beaucoup plus invasive et plus résolument irréversible que la vasectomie (Casey, 2023).

L'avenue d'une pilule contraceptive masculine a souvent été discutée dans les champs médiatiques et scientifiques (Wilson, 2018) soulevant notamment des questions sur la possibilité pour les femmes d'éventuellement faire confiance aux hommes dans la prévention de grossesses (Reynolds-Wright *et al.*, 2021). Au sein de la littérature, on dénote effectivement que les hommes sont souvent caractérisés, en matière de sexualité, par leur irresponsabilité et leur manque de fiabilité (Spencer, 1999 ; Terry et Braun, 2011) et par leur attitude plus pulsionnelle que préventive (Le Guen *et al.*, 2021). Cela dit, les études semblent indiquer qu'autant les femmes que les hommes manifestent une certaine volonté à partager les charges contraceptives (Reynolds-Wright *et al.*, 2021).

À partir de ce constat, il faut toutefois noter qu'à ce jour, aucun produit masculin analogue à la contraception hormonale féminine n'a encore été commercialisé (Reynolds-Wright *et al.*, 2021). Cette situation s'expliquerait en partie par des considérations de rentabilité pour l'industrie pharmaceutique, la facilité à synthétiser les hormones féminines ayant orienté la recherche en cette direction (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), mais aussi par une approche différenciée en matière d'acceptation des risques :

les effets indésirables concernant les corps des hommes susciteraient beaucoup plus de prudence que ceux des femmes, ce qui aurait freiné les recherches (Oudshoorn, 2003). Si la mise en évidence d'effets secondaires lors d'essais cliniques a ainsi permis de justifier l'arrêt du développement de méthodes contraceptives masculines (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), il n'en est rien pour leurs homologues féminins qui ont été, dès leur mise en marché, associés à d'importants effets secondaires (Roux, 2023b) et qui continuent à l'être aujourd'hui et provoquent chez ses utilisatrices divers changements sur le plan du cycle menstruel, de l'humeur, du poids, de la peau et des cheveux (Bitzer, 2013). Sans compter que la contraception hormonale est associée, encore aujourd'hui, à des risques cardiovasculaires (Spencer et Bonnema, 2011), pulmonaires (Geampana, 2018) et neurocomportementaux (Brouillard *et al.*, 2023 ; Kulkarni, 2007 ; Skovlund *et al.*, 2018) : nombre d'effets secondaires qui lorsque rapportés au corps médical ne sont pas toujours entendus et pris en charge (Turrini, 2022). En effet, il apparaît que les effets secondaires de la contraception, uniquement subis par les femmes, tendent à être ignorés, voire complètement niés par le corps médical : « le bénéfice (prévenir une grossesse) a toujours été jugé supérieur aux effets [négatifs] potentiels sur la santé et au bien-être des utilisatrices » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017, p. 129).

En ce qui concerne l'interruption de grossesse, sa pratique en contextes médicaux reconnus est réputée comme étant tout à fait sécuritaire (OMS, 2021), mais elle reste, pour la personne qui la vit, une procédure fort invasive, lorsqu'effectuée chirurgicalement et associée à de nombreux effets secondaires, lorsqu'induits de manière médicamenteuse (Lamarche-Vadel *et al.*, 2005). Bien que l'interruption d'une grossesse engage anatomiquement le corps reproducteur féminin et rende dès lors l'implication féminine inévitable à la démarche, l'engagement des hommes par rapport à celle-ci n'est pas pour autant un non-lieu (Andro et Desgrées du Loû, 2009). En effet, une grossesse comme son interruption implique symboliquement et biologiquement deux personnes (Choucroun, 2023), l'homme et la femme, ce qui invite à réfléchir à l'asymétrie de la place qu'occupe cette étape dans les trajectoires affectives, sexuelles et *parentales* de chacun (Cresson, 2006). En effet, il apparaît que les femmes prennent non seulement en charge l'interruption de grossesse, avec souvent peu, voire pas, d'assistance de l'homme concerné (Mathieu, 2016), mais qu'elles se voient aussi infligées du blâme de la démarche (Roberti-Lintermans, 2021) et d'une culpabilité afférente (Thizy, 2021).

Ce tour d'horizon, non sans souligner le caractère foncièrement sexiste du champ professionnel de la santé (Bastard *et al.*, 2001), expose comment les méthodes contraceptives hormonales et celles de l'interruption

de grossesse médicale s'inscrivent dans des processus de médicalisation du contrôle de la fécondité (Leridon *et al.*, 2002) et de féminisation de la responsabilité en matière de santé reproductive (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Les technologies de santé reproductive paraissent dès lors constituer un objet d'étude à la fois riche et contrasté : si elles peuvent paraître agir comme facteur favorisant l'égalité entre les hommes et les femmes, elles n'en restent pas moins traversées par des dynamiques de pouvoir genrées (Bajos et Ferrand, 2004) mettant en jeu l'intégrité physique et psychologique, et l'autonomie des femmes.

De fait, cette responsabilité de la santé reproductive recouvre un ensemble de tâches quotidiennes et récurrentes : des obligations organisationnelles, émotionnelles et mentales (Gentile, 2021) reconnues, dans leurs implications contraceptives, sous les appellations de « charge contraceptive » (Gonin *et al.*, 2023) ou encore, dans la culture populaire, de « fardeau contraceptif » (Lamoureux, 2021 ; Navia, 2019). La responsabilité de la santé reproductive et ses implications d'ordre matériel, financier, cognitif, temporel, émotionnel et sexuel (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) sont à envisager comme des « pratiques contraignantes, socialement utiles » (Hertzog et Mathieu, 2021, paragr. 6) et constituent donc un travail en soi (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Le fait de s'occuper de ces charges nécessaires à la prévention et l'interruption de grossesse est ainsi appelé le « travail contraceptif et abortif » (Mathieu et Thizy, 2023), puis est envisagé comme un pan du travail procréatif qui, lui, englobe toutes les tâches associées à « la production de nouveaux êtres humains — incluant son refus temporaire ou définitif » (Hertzog et Mathieu, 2021, paragr. 1). L'utilisation du terme « travail » envisagé comme toutes activités humaines « qui contribue à produire et maintenir la société » (Clair, 2023, p. 29) et utilisé, ici, à l'extérieur du monde de l'emploi, s'inscrit dans une démarche visant à souligner le manque de reconnaissance sociale à l'égard des tâches procréatives (Daune-Richard et Devreux, 1992). Cette lecture du phénomène emboîte le pas aux propositions des sociologues françaises Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas (2017) pour qui le travail contraceptif et abortif assigné aux femmes est invisibilisé.

Concrètement, le travail contraceptif s'articule à travers différentes tâches, telles que le devoir de prise de comprimés contraceptifs à heure fixe (travail matériel), l'organisation du suivi médical permettant d'accéder à la prescription de contraceptifs (travail cognitif), l'expérience d'effets secondaires des contraceptifs hormonaux (travail physique) ou le déboursement d'argent afin d'obtenir ces contraceptifs (travail financier) (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Le travail abortif s'actualise quant à lui par des tâches comme la prise de congé la journée de l'intervention (travail financier), la dissimulation de l'événement afin d'éviter le stigma (travail cognitif) ou le fait de vivre de la culpabilité ou de la tristesse

entourant l'événement (travail émotionnel) (Mathieu, 2016 ; Thizy, 2021). Il en coûte ainsi aux femmes du temps, de l'attention, du stress et des charges physiques (Bertotti, 2013) pour accéder au *privilege* du contrôle de leur fécondité.

Notons aussi que le choix des méthodes de contrôle de la fertilité représente un important pan du travail contraceptif et abortif, puisqu'il s'agit d'un processus marqué par la contradiction : les femmes se font demander de *choisir* leur méthode, mais se font proposer très peu d'options (Granzow, 2008), et par la nécessité de chercher et trier l'information sur le sujet (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Si les femmes se doivent de sélectionner une méthode qui leur « convienne », l'efficacité pour prévenir la grossesse est érigée par le corps médical comme le facteur absolu (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Les méthodes contraceptives sont, en effet, classées dans les ressources informatives non pas selon leur sécurité ou leur confort pour la femme, mais selon leur efficacité à prévenir une grossesse (Bertotti *et al.*, 2021). Pour Thomé et Rouzaud-Cornabas, il est ainsi possible de parler d'une « injonction à l'efficacité » doublée d'une « injonction au choix » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017, p. 126), faisant du choix contraceptif, une forme de travail cognitif sous contraintes qui non seulement subordonne la sécurité de la femme, mais n'est également pas étranger à des enjeux d'accès à l'information.

1.4 Santé reproductive et les médias

Selon l'OMS, l'accès à de l'information de qualité concernant les méthodes contraceptives et l'interruption de grossesse est fondamental au respect des droits reproductifs (OMS, 2023). À ce titre, les médias, en tant que lieu de diffusion et de circulation d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive, peuvent être envisagés comme jouant un rôle substantiel en ce domaine (Lackie et Fairchild, 2016) en contribuant, entre autres, à façonner les perceptions du public sur ces questions de santé (Purcell *et al.*, 2014). La régulation des naissances est passée, au cours du XX^e siècle, d'une pratique dissimulée et condamnée à une pratique discutée sur la place publique (Parry, 2013) permettant au sujet de la contraception et de l'interruption de grossesse d'obtenir une certaine couverture médiatique. Dans les dernières années, plusieurs études se sont ainsi intéressées au carrefour des médias et de la santé reproductive, mettant en relief tout un historique d'invisibilisation et de censure (Parry, 2013), lequel trouve son chemin jusqu'aux productions médiatiques contemporaines. En effet, dans les médias d'information, il apparaît qu'encore aujourd'hui, les perspectives des femmes qui demandent l'interruption de grossesse ou qui en ont fait le choix restent largement absentes des discussions (Burningham et James, 2022 ; Purcell *et al.*, 2014). De plus, du côté du cinéma, on constate que, bien que

le thème des grossesses non planifiées soit énormément investi au sein des productions hollywoodiennes, celui de l'interruption de grossesse reste particulièrement peu abordé (Hair, 2019), et ce, malgré que les cadres législatifs interdisant sa représentation à l'écran ne soient plus réellement effectifs depuis la moitié du XX^e siècle (Kirby, 2017). En ce qui concerne la contraception, il convient de souligner qu'à l'avantage de l'industrie pharmaceutique, de nombreux effets secondaires sont eux aussi invisibilisés des discours médiatiques (Roux, 2023b).

La présence médiatique de la santé reproductive des femmes est également marquée par les débats et les controverses (VanSickle-Ward et Wallsten, 2020). En effet, tout au long de la seconde moitié du XX^e siècle, la contraception et l'interruption de grossesse ont été abordées dans les médias à partir de l'argumentation de leur moralité et de leur sécurité (Kruvand, 2012). Plus récemment, des incidents de santé ont contribué à mettre de l'avant les risques associés à la prise de contraceptifs hormonaux, ce qui a notamment mené, en France, à la « crise de la pilule » lors de laquelle une proportion importante de femmes ont renoncé à la prise d'anovulants à la suite de la médiatisation de leurs dangers (Roberti-Lintermans, 2021). Si, par ailleurs, il ne faut pas manquer de souligner que de nombreux médias ont cadré la contraception hormonale comme une révolution féministe (Roux, 2023a) en marquant l'importance de son rôle au sein des projets de libération des femmes (Kruvand, 2012), la thématique de la santé reproductive reste associée, en contexte nord-américain, à un traitement médiatique variable, idéologique et parfois très hostile aux droits des femmes (Mort, 2023)⁴. Si l'interruption de grossesse reste ainsi encore largement discutée sous l'angle du débat dans les médias traditionnels canadiens (Hunt, 2021), il faut certes souligner le renouvellement des stratégies rhétoriques du camp antiavortement, désormais beaucoup plus subtiles (Saurette et Gordon, 2015). Celui-ci s'appuie désormais sur des discours d'apparence progressiste, mettant de l'avant une prétendue volonté à *protéger* les femmes (Cawthorne, 2016 ; Gordon et Saurette, 2020 ; Hunt, 2021) de la *culture* de l'avortement, mais cherchant encore et toujours à miner la possibilité des femmes à choisir pour elles-mêmes. Ce renouvellement rhétorique, suggérant être aux services des femmes, présente la caractéristique de rendre plus difficile l'identification de ces discours comme antiféministes (Duerksen et Lawson, 2017) et risque ainsi de contribuer à la légitimation de positions qui restreignent l'autonomie des femmes. De la sorte, de récents travaux sur l'avortement invitent à « se départir de la représentation manichéenne d'une bataille où s'affronteraient

⁴ La couverture médiatique, ici surtout de la thématique de l'interruption de grossesse, est, en contexte américain, polarisée selon les lignes éditoriales des grands médias en cohérence avec les convergences idéologiques entre ceux-ci et les partis politiques (Mort, 2023).

deux camps clairement définis, homogènes en leur sein et hermétique : les antiavortement versus les pro-choix » (Perrin *et al.*, 2025, p. 7) pour plutôt penser un continuum d'oppositions à l'avortement (Perrin *et al.*, 2025 ; Pronovost *et al.*, 2025), qui rend compte de l'opposition totale comme des « points d'achoppement plus discrets » (Perrin *et al.*, 2025, p. 11) au droit des femmes de choisir.

Dans un autre ordre d'idée, remarquons que les discours médiatiques sur la santé reproductive participent à l'assignation aux femmes d'un sentiment de honte à l'égard de différentes facettes de leur fécondité (Adams, 2022) en plus de participer à l'essentialisation des femmes, via notamment la promotion de contraceptifs hormonaux reprenant les codes des publicités de cosmétiques et de parfums (Roux, 2023b).

Avec l'essor des ressources Web et des réseaux sociaux, plusieurs phénomènes croisant les médias et la santé reproductive se sont mis à intéresser les scientifiques, dévoilant un rapport ambivalent entre le numérique et la santé reproductive. Plusieurs études ont ainsi souligné que les discours sur la santé reproductive diffusés sur les réseaux sociaux, tels que Twitter (X) ou Instagram, peuvent contribuer à normaliser les vécus liés à l'interruption de grossesse (Hunt *et al.*, 2022), la contraception (Sitto et Lubinga, 2021) et les menstruations (Tomlinson, 2021), mais que leur présence est aussi susceptible d'alimenter la stigmatisation des femmes en lien avec ces sujets (Kosenko *et al.*, 2019 ; Urban et Holtzman, 2023). Le même genre de tension s'opère en ce qui concerne les pratiques numériques d'information en matière de santé sexuelle et reproductive dans un contexte où la multiplicité et l'accessibilité des contenus, bien que plus grande que jamais (Lang, 2019), peuvent laisser craindre des enjeux de désinformation (Foran, 2019). Plusieurs écrits scientifiques explorent ainsi le phénomène des témoignages numériques d'expériences personnelles sur la santé reproductive, soulignant leur popularité (Nair *et al.*, 2023 ; Nguyen et Allen, 2018), mais aussi la quantité considérable d'informations inexactes qu'ils contiennent (Pfender et Devlin, 2023 ; Sütcüoğlu et Güler, 2023). Cette variabilité en termes de qualité des informations a d'ailleurs aussi été dévoilée au sein d'une étude menée sur les résultats de recherche sur le Web concernant la contraception (Marcinkow *et al.*, 2019). Ces observations renforcent l'idée selon laquelle s'informer en matière de santé reproductive est complexe et laborieux.

Autrement, quelques rares études abordent spécifiquement la thématique de la responsabilité et des charges de la santé reproductive dans les médias, notamment dans le cadre d'analyse de la presse féminine. Ces études soulignent, entre autres, un rapport ambigu, bien qu'évolutif, entre ce type de média et le sujet de l'interruption de grossesse (Pavard, 2009), le posant couramment comme « problème »

devant être « anticipé » par l'éducation sexuelle à la charge des mères et des femmes concernées (Roberti-Lintermans, 2021). Si ces écrits soulignent que la presse féminine peut contribuer à mettre en évidence certains aspects du travail contraceptif, ils démontrent aussi que les discours analysés assignent la responsabilité d'une grossesse non planifiée aux femmes (Roberti-Lintermans, 2021).

En ce qui concerne l'univers médiatique québécois, une étude a dévoilé que, dans la presse québécoise, la contraception était encore traitée comme étant davantage la responsabilité de la femme que celle de l'homme (Landreville et Moreau, 2011). De plus, il a été noté que les médias québécois ont tendance à parler « d'irresponsabilité féminine en matière de sexualité et de contraception, allant parfois jusqu'à laisser entendre qu'elles [les femmes ayant recours à l'interruption de grossesse] s'adonnent à des avortements de "convenance" sans états d'âme » (Mathieu, 2016, p. 98). S'il faut ainsi noter que la couverture, au sein des médias traditionnels, de la santé reproductive et de sa responsabilité genrée soulève des enjeux tout à fait prégnants dans la société québécoise contemporaine, il nous apparaît que l'étude des médias numériques, comme la baladodiffusion, sur ces mêmes thématiques, est susceptible d'être elle aussi fort révélatrice.

1.5 Baladodiffusion

La baladodiffusion est une forme de média qui réfère généralement à un épisode ou une série de contenus audio téléchargée ou diffusée sur Internet, soit sur demande ou via un service d'abonnement (Sharon, 2023). La baladodiffusion a d'abord été théorisée en tant que prolongement de la radio, mais les *podcasts studies* se développent désormais comme un champ de recherche distinct (Bonini, 2022). La baladodiffusion connaît, en effet, un certain essor en termes de popularité : selon l'Observateur des Technologies Médias (OTM), en 2022, plus d'un francophone sur cinq écoutait au moins un balado chaque mois au Québec, ce qui représente une augmentation de 50 % d'écoute depuis 2017 (OTM, 2022).

La pratique de la baladodiffusion est associée à une culture de la production amatrice, facilitée par des plateformes « open source » (Brown, 2020), ce qui permettrait d'accorder à ce média des caractéristiques de démocratisation et d'accessibilité (Hoydis, 2020). En effet, la baladodiffusion contribuerait à élargir le genre de voix ayant accès à un micro et à un auditoire permettant à des femmes et des personnes issues de minorités de se faire entendre (Tiffe et Hoffmann, 2017). Pour cette raison, la baladodiffusion peut prétendre, selon la chercheuse américaine Stephanie Anne Brown, perturber les représentations et les pratiques culturelles hégémoniques (Brown, 2020) et est donc à envisager comme un outil médiatique

tout désigné pour l'activisme et l'éducation féministe (Karathanasopoulou et Williams, 2023). Plusieurs études s'intéressent à la baladodiffusion à partir de perspectives féministes, notamment en opérant des analyses critiques féministes de discours de balados portant sur la criminalité (Rodgers, 2022) ou la diversité corporelle (Hynnä-Granberg, 2023).

Autrement, les balados sont reconnus pour leur fort potentiel d'exploration de sujets plus intimes (Adler Berg, 2023 ; Rodgers, 2022), tels que la santé (Hurst, 2019), la sexualité (Porter *et al.*, 2022) ou encore les événements de vie traumatiques (Diebold *et al.*, 2020). Cette particularité peut s'expliquer par la flexibilité de leur format rendant possible le partage honnête d'expériences personnelles (Peterson, 2023). De plus, les auditeurs et auditrices de balados sont susceptibles de vivre un sentiment de présence sociale en écoutant des voix leur parler directement (Heiselberg et Have, 2023a) contribuant à ce que ceux-ci développent une connexion affective envers l'hôte ou l'hôtesse (Brown, 2020 ; Rae, 2023), recoupant la notion de relation parasociale développée dans les années 1950 par Horton et Wohl (Horton et Wohl, 1956). À ce titre, les balados sont considérés comme étant des médias immersifs, dont la spécificité de l'absence d'image⁵ contribue à l'ajout de dimensions subjectives et riches à la narration (Dowling et Miller, 2019). Diverses études se sont ainsi penchées sur les discours des balados portant sur la santé, donnant à voir leur fort potentiel pédagogique (Cho *et al.*, 2017 ; Hurst, 2019), mais également sur les balados portant sur la sexualité, aussi réputés comme des outils permettant d'accroître les connaissances en santé sexuelle (Porter *et al.*, 2022).

À notre connaissance, il existe très peu d'écrits scientifiques s'intéressant spécifiquement à la santé reproductive et à la baladodiffusion. Une des rares études portant sur le sujet révèle qu'un grand nombre de balados portent sur la thématique de la fertilité (Fine *et al.*, 2023). Or, le fait que la santé reproductive soit une thématique à la fois liée à l'intimité et à des enjeux féministes invite à se pencher sur son traitement au sein de discours de balados, un média, de surcroît, fort populaire. Au Québec, les études sur la baladodiffusion sont assez peu répandues, rendant le traitement des thématiques de la santé reproductive et de la responsabilité en santé reproductive au sein de ce média absent de la littérature scientifique.

⁵ Dans les dernières années, les balados filmés, parfois appelés vidéocasts, ont connu un fort essor en raison des stratégies d'intégration des grandes plateformes de diffusion (Bonini, 2022 ; Sharon, 2023), brouillant quelque peu les frontières de la baladodiffusion, qui reste essentiellement comprise et définie par sa dimension audio (Sharon, 2023).

1.6 Synthèse et question de recherche

Comme nous l'avons présenté, les droits reproductifs sont fondamentaux, et le caractère émancipateur des technologies de santé reproductive, bien que primordial, peut être remis en cause, notamment parce que sa prise en charge révèle une profonde asymétrie en matière de division genrée du travail. En effet, le travail contraceptif et abortif est assigné aux femmes et s'avère invisibilisé (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017). De plus, les médias, et spécialement les médias numériques, entretiennent un rapport ambigu avec la thématique de la santé reproductive, marqué par la pluralité des informations et leur variabilité sur le plan de la qualité. Finalement, la baladodiffusion est une forme de média en plein essor qui est reconnue pour son potentiel d'exploration de sujets liés à l'intimité et à des revendications féministes, tels que la santé reproductive, et qui est relativement peu étudiée au sein des écrits scientifiques. Conséquemment, cette recherche souhaite répondre à la question suivante : comment les discours des balados québécois présentent-ils le travail des femmes en matière de santé reproductive ?

1.7 Pertinence scientifique, sociale et communicationnelle du mémoire

Sur le plan scientifique, cette étude enrichit les recherches francophones sur la baladodiffusion, encore rares dans le contexte québécois et pratiquement inexistantes en ce qui concerne les thématiques de santé sexuelle et reproductive. Elle contribue également aux travaux francophones sur le travail reproductif, en approfondissant la question du travail contraceptif et abortif, dont les dimensions discursives et l'inscription dans les contextes numériques restent encore peu explorées. En ce sens, cette recherche participe aux discussions académiques féministes au Québec, en remettant à l'avant-plan les enjeux de santé sexuelle et reproductive et en questionnant les rapports de pouvoir genrés dans les espaces numériques et médiatiques.

Socialement, cette étude s'inscrit dans une quête de compréhension accrue du rôle des médias numériques dans la reproduction des rapports sociaux de genre et des normes procréatives. En s'intéressant aux discours entourant la contraception et l'avortement, une thématique ramenée à l'avant-plan ces dernières années avec l'invalidation de l'arrêt Roe contre Wade aux États-Unis, cette recherche vise à documenter leur traitement médiatique et à nourrir des réflexions sur le développement d'espaces numériques plus égalitaires.

Sur le plan de la pertinence communicationnelle, cette étude s'intéresse aux discours de baladodiffusion et représente une contribution aux connaissances sur le traitement médiatique et numérique de la santé reproductive en contexte québécois.

CHAPITRE 2

ORIENTATIONS THÉORIQUES

Ce chapitre présente le cadre théorique du mémoire et se déploie en deux parties. La première partie s'applique à présenter les fondements théoriques féministes retenus pour cette étude en portant une attention particulière aux notions d'idéologie patriarcale et de travail contraceptif et abortif. La seconde partie propose, quant à elle, introduit nos orientations communicationnelles en ciblant quelques théorisations importantes en lien avec le discours.

2.1 La recherche féministe en communication

Au sein des études en communication, l'inscription du genre comme catégorie d'analyse représente un apport relativement récent, mais de plus en plus légitimé (Biscarrat, 2013) et cette recherche, en se réclamant des études médiatiques numériques et des approches féministes, s'inscrit dans cette mouvance. Il convient ainsi de souligner que, dans le champ des communications comme dans les autres sciences sociales, les études féministes constituent un apport important aux savoirs critiques tant sur le plan théorique, épistémologique que méthodologique (Bellerive et Yelle, 2016). De la sorte, l'approche féministe peut être envisagée comme « l'étude des formes que prend l'oppression des femmes par les hommes partout où elle s'exprime et en ce que sa prise en compte éclaire le fonctionnement de la société » (Devreux, 1995, p. 103). Elle constitue, à ce titre, une rupture épistémique mettant l'accent sur la subordination matérielle et symbolique des femmes (Caron, 2022), notamment en ce qui concerne les questions du travail des femmes et de leurs corps, particulièrement au diapason de la santé reproductive.

2.2 Le système d'oppression patriarcale

Selon Christine Delphy⁶, le patriarcat est un « concept majeur d'une théorie de la situation des femmes, c'est la perception que l'oppression des femmes fait système » (Delphy, 1981, p. 61). Cette lentille théorique invite à reconnaître que l'oppression des femmes n'est pas un phénomène individuel ou naturel, mais un phénomène résolument politique. Le système d'oppression patriarcale peut ainsi être compris comme une structure idéologique divisant les gens en deux catégories, les hommes et les femmes, fondée

⁶ Nous décidons de mobiliser les apports théoriques de Christine Delphy en tant que figure majeure du féminisme matérialiste en France. Cela dit, cette autrice est parfois critiquée comme ayant des perspectives transexclusives (Costello, 2023), que nous n'endossons pas.

sur une relation hiérarchique respectivement de domination et de subordination (Lazar, 2007). Cette division sexuelle impose une répartition inégale du travail et des traits humains, laquelle prend différentes formes selon le temps et le lieu. C'est pourquoi nous proposons, dans ce mémoire, d'envisager cette oppression faisant « système » à partir de notions liées au travail et au corps.

À ce titre, la présente section expose et justifie les théorisations féministes matérialistes et phénoménologiques que nous décidons de mobiliser. Il s'agit d'abord de présenter certains travaux sur la division sexuelle du travail et le travail reproductif, afin de préciser le concept de travail contraceptif et abortif, et ensuite, d'introduire les notions de corporéité et de féminisme phénoménologique, dont l'exposé clarifie la manière dont nous entendons appréhender les expériences corporelles des femmes en matière de contraception et d'avortement.

2.2.1 Le système d'oppression patriarcale et le travail des femmes

2.2.1.1 La division sexuelle du travail

Pour de nombreuses féministes, les situations différenciées des hommes et des femmes sont à saisir, non pas comme le fruit d'un destin biologique, mais comme celui de constructions sociales. Pour Danielle Kergoat, les deux groupes sociaux que constituent les hommes et les femmes sont ainsi intriqués au sein des *rapports sociaux de sexe* dont découle *la division sexuelle du travail* (Kergoat, 2001). Cette perspective place le travail « au centre de l'organisation sexuée de toute la société » (Dunezat, 2016, p. 181) et s'organise à partir des principes de séparation (il existe des travaux masculins et d'autres féminins) et de hiérarchie (les travaux des hommes *valent* plus que ceux des femmes) (Kergoat, 2001) : ce *partage* des tâches n'est donc pas fondé sur une complémentarité fonctionnelle, mais sur un rapport de pouvoir (Bereni *et al.*, 2020) au fondement de l'oppression des femmes (Delphy, 2015). De la sorte, la division sexuelle du travail assigne les hommes à la sphère productive et au travail salarié, puis les femmes à la sphère reproductive et au travail domestique (Bereni *et al.*, 2020). Ainsi, les femmes produisent du travail invisible, gratuit et au service des hommes (Clair, 2023) et cette appropriation particulière de leur force de travail s'opère non seulement dans le contexte de la famille et du mariage, mais aussi sur le marché du travail (Galerand et Kergoat, 2013).

À ce propos, il convient de signaler que l'assignation aux femmes du travail domestique, fondé sur une « disponibilité permanente » (Dunezat, 2016), reste effective malgré l'implication de celles-ci dans la vie professionnelle (Bereni *et al.*, 2020). Pour réfléchir cette superposition du travail salarié et du travail

domestique non rémunéré, Monique Haicault (1984) propose la notion de *charge mentale*. Il s'agit alors de désigner l'imbrication des charges associées à l'une et l'autre de ces dimensions, lesquelles se présentent de manière non seulement simultanée, mais éventuellement aussi contradictoire. La charge mentale se manifeste à travers les tâches quotidiennes d'attention, d'organisation, d'anticipation et d'ajustements des espaces-temps (Patron, 2022), lesquelles se superposent aux activités professionnelles des femmes en constituant une forme de « double journée ». Ces tâches exigent des femmes une mise à disposition de leur corps et de leur temps à leur famille et à leur couple, et se manifestent, en ce qui concerne cette recherche, dans les implications concrètes de planification et d'anticipation inhérentes au contrôle de la fertilité (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017).

Un autre pan important des réflexions féministes sur le travail des femmes recoupe la notion de *care*, d'abord développée comme une éthique cherchant à dépasser l'idéal moral d'autonomie et reconnaissant plutôt l'interdépendance et la vulnérabilité qui marquent les relations sociales (Clair, 2023). Le *care* en tant que travail permet d'envisager les tâches du « prendre soin » et celles impliquant un engagement relationnel (Scrinzi, 2021) et rassemble dès lors sous la même notion les activités domestiques et les activités professionnelles de soin (Clair, 2023).

2.2.1.2 Le travail reproductif

Si plusieurs féministes réfléchissent ainsi l'assignation des femmes au travail de la sphère privée, dit « reproductif », nous proposons de raisonner cette idée à partir de la notion de travail de reproduction sociale de Nancy Fraser, qui énonce une critique de l'économie politique. Pour Fraser, le capitalisme est un ordre social institutionnalisé (Lapointe, 2020) qu'elle réfléchit à partir de la division de classes entre ceux et celles qui possèdent les moyens de production, puis ceux et celles qui en ont été séparés et qui doivent donc vendre leur force de travail (Fraser et Curty, 2018). À partir de cette conception, Fraser propose que le capitalisme repose sur des conditions de possibilité qui ne sont pas strictement marchandes (Fraser et Curty, 2018) : parmi celles-ci, une en particulier nous intéresse, soit la séparation entre le travail de production économique, attribué aux hommes, et le travail de reproduction sociale, assignée aux femmes (Fraser, 2016a). Pour elle, ce travail assigné aux femmes comprend du travail affectif et matériel, comme donner naissance, élever les enfants, prendre soin des membres de la famille et effectuer les tâches ménagères (Lins, 2023) : il recoupe ainsi le travail domestique, la gestion du foyer, la santé de ses membres (Cresson, 2001), le maintien des activités sociales (Haicault, 1984) et se lie ainsi au travail du *care* ainsi qu'à la charge mentale. Ces tâches présentent la caractéristique de ne pas être

rémunérées monétairement comme c'est le cas pour le travail *productif*, mais plutôt avec de « l'amour » ou de la « vertu » (Fraser, 2016a). Cette considération se trouve aussi chez Monique Haicault, pour qui ce travail « fonctionne à l'amour » (Haicault, 1994) et Silvia Federici, qui déclare « ils [les hommes] disent que c'est de l'amour, nous [les femmes] disons que c'est du travail non payé »⁷ (Federici, 1975). Or, dans un monde où l'argent est le principal outil de pouvoir, les personnes effectuant le travail de reproduction sociale apparaissent structurellement subordonnées (Fraser, 2016a), surtout que l'importance et la valeur de ce travail sont systématiquement obscurcies malgré leur caractère essentiel au maintien de l'économie (Fourton, 2013).

La mise en relief par ces féministes du travail non rémunéré invite à critiquer les arguments de nature et de devoir maternel invoqués pour légitimer l'assignation des femmes à certains types de travail, à commencer par celui de la santé, autant dans ses dimensions professionnelles que ménagères (Cresson, 2001) : les femmes se voient, dans la sphère professionnelle comme domestique, assignées comme principales dispensatrices des soins à autrui comme à elles-mêmes, et le pan de la santé reproductive n'en fait pas exception (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017).

2.2.1.3 La santé reproductive comme travail des femmes

Dans le cadre de ce mémoire, la santé reproductive, soit l'état complet de bien-être physique, mental et social en ce qui concerne le système reproducteur, ses fonctions et ses processus (OMS, 2023), est envisagée spécifiquement dans sa logique de prévention et de refus des grossesses et à partir de la notion de travail procréatif afin d'insister sur les tâches qui y sont afférentes et disproportionnellement assumées par les femmes (Caddy *et al.*, 2023). Le travail procréatif réinvestit les considérations des féministes matérialistes que nous venons de mettre en relief, en reconnaissant l'oppression genrée qui découle de l'idée voulant que la (non) procréation soit une « affaire de femmes » (Hertzog et Mathieu, 2021, paragr. 15). Cette notion permet donc de nous prémunir contre la naturalisation des tâches de la santé reproductive (Hertzog et Mathieu, 2021) en plus de fournir des outils théoriques permettant d'envisager de manière critique les différentes configurations et implications du contrôle de la fertilité.

Dans le cadre de ce mémoire, c'est plus précisément le travail contraceptif, soit le travail de prévention des grossesses et le travail abortif, soit celui des charges impliquées à l'interruption d'une grossesse

⁷ Notre traduction.

(Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) qui sont retenus puisque nous nous intéressons à la santé reproductive dans sa logique de prévention et de refus de grossesse. Rappelons que, concrètement, ce travail est envisagé comme renvoyant aux tâches dont doivent s'occuper les femmes pour contrôler leur fertilité et prend, à ce titre, diverses formes : travail financier, physique, mental, émotionnel, sexuel, temporel, etc. La sociologue Cécile Thomé inventorie à ce propos différentes modalités concrètes du travail contraceptif en soulignant, entre autres, ce que la contraception coûte financièrement aux femmes (du paiement de certains contraceptifs aux coûts annexes des rendez-vous médicaux), la recherche de prestataire de soins, la recherche d'informations sur les différentes méthodes disponibles, la charge mentale de la prise de rendez-vous médical et du choix avec le ou la prestataire de la méthode, l'observance de la méthode choisie, du fait de subir des effets secondaires, etc. (Thomé, 2024) Thomé précise que le travail de recherche d'informations s'inscrit de nos jours dans un contexte complexe de circulation en ligne et hors ligne de savoirs contraceptifs rendant la fiabilité des informations parfois difficilement discernable. La sociologue Laurine Thizy précise quant à elle certaines modalités du travail abortif lié à l'esquive des stigmates de l'avortement en avançant que les tâches d'invisibilisation et de justification s'y inscrivent (Thizy, 2021).

Notons qu'en ce qui concerne la théorisation du travail procréatif, spécifiquement dans sa dimension visant le refus de grossesse, les recherches sont relativement peu abondantes et ont tendance à porter soit sur le travail contraceptif, soit sur le travail abortif. Comme nous nous intéressons, dans le contexte de cette recherche, à ces deux catégories de travail, nous choisissons de ne pas traiter séparément les modalités qui leur sont associées. Autrement dit, nous ne limiterons pas l'analyse à une stricte correspondance entre certaines formes de travail et l'un ou l'autre contexte (contraception ou avortement). Nous reconnaissons, par exemple, que des modalités de travail décrites dans la littérature comme propres à la contraception, comme les tâches liées à la prestation de soins médicaux, peuvent également être observées dans le cadre de l'avortement.

2.2.2 Le système d'oppression patriarcale et les corps des femmes

2.2.2.1 Du travail aux corps

Ces réflexions sur le travail des femmes en santé reproductive ne peuvent faire l'économie des questions liées aux corps, qui sont non seulement le principal outil d'engagement dans les tâches quotidiennes (Benelli, 2016), mais qui sont aussi au cœur du processus de division hiérarchisée du monde qui se base sur le marqueur biologique du sexe. En effet, le patriarcat définit les femmes par leurs « fonctions » de

disponibilité sexuelle et du dévouement maternel (Froidevaux-Metterie, 2024), lesquelles relèvent de la naturalisation des capacités reproductrices de leurs corps. Ainsi, le système d’oppression patriarcale en tant que fondement théorique remettant en cause l’ordonnement social fondé sur la domination masculine et l’infériorisation féminine, invite à cultiver l’aspiration de quitter le paradigme des femmes comme corps-objets pour investir un paradigme de corps-sujets (Froidevaux-Metterie, 2024). À cet effet, nous bonifions la conceptualisation du système d’oppression patriarcale par l’ajout de quelques prises théoriques liées aux corps de femmes.

2.2.2.2 La corporéité

Les luttes féministes ont contribué à mettre en relief la manière dont les femmes, au fil de l’histoire, ont été réduites à leur existence corporelle, surtout dans leur dimension sexuelle et procréative (Froidevaux-Metterie, 2021), de manière à ce que leur rationalité soit, de façon fort problématique, remise en question, voire complètement disqualifiée (Lennon, 2019). Loin de représenter un simple objet biologique pour les féministes, le corps féminin a ainsi plutôt été posé comme un lieu de domination masculine (Froidevaux-Metterie, 2018b) et réfléchi à partir de nombreuses théorisations. Ainsi, la notion de différence sexuelle est investie par certaines féministes pour saisir les modalités de *l’être-au-monde* des femmes (Hansen, 2013). Cela se lie au concept de corporéité (*embodiment*) que nous choisissons de mobiliser dans le cadre de ce mémoire pour envisager la dynamique de « co-constitution du corps et du monde social » (Young, 2021, p. 68). Il s’agit alors de penser le corps féminin non pas comme un objet ahistorique et préculturel (Grosz, 1994), mais comme un lieu de transformations et d’affirmations essentiel à l’étude de l’oppression et de *l’empuissance* des femmes (Matich *et al.*, 2019) au prisme de luttes économiques, politiques, sexuelles et intellectuelles (Grosz, 1994).

2.2.2.3 Les expériences incarnées et le féminisme phénoménologique

Dans son livre *Le Deuxième Sexe*, Simone de Beauvoir avance que « la femme, comme l’homme, est son corps : mais son corps est autre chose qu’elle » (de Beauvoir, 1949, p. 69) invitant ainsi à réfléchir la question du corps féminin et de son intrication à la domination masculine. Si de Beauvoir souligne alors l’importance du corps et des données biologiques dans la compréhension des femmes, elle refuse l’idée que ceux-ci condamnent à la subordination (de Beauvoir, 1949). L’égalité n’étant, en effet, « pas antinomique de la sexuation » (Froidevaux-Metterie, 2018 a, p. 34), le féminisme phénoménologique beauvoirien, posant le corps non pas comme une chose, mais comme une situation (Garrau, 2018) invite

à réfléchir, au-delà de la peur du différentialisme (Froidevaux-Metterie, 2018b) la dimension incarnée et sexuée de l'être-au-monde féminin et d'accorder ainsi son importance au *corps vécu* (Grosz, 1994).

Il s'agit donc de reconnaître comment les femmes *éprouvent* leur sexualité sur une base quotidienne, tant sur le plan intime que sur le plan social, au fil des bouleversements incarnés accompagnant la ménarche, la grossesse, l'accouchement ou la ménopause (Froidevaux-Metterie, 2018b). Ces nombreux *événements corporels* invitent à envisager le corps comme étant au cœur du processus de subjectivation des femmes comme sujets « femmes » (Ussher, 2005). Cette subjectivité incarnée, puis éventuellement sexuée et féconde, apparaît révélatrice, non pas, seulement, de l'oppression des femmes, mais permet également d'envisager leur émancipation (Froidevaux-Metterie, 2020), ce qui est particulièrement pertinent à l'étude de la maîtrise de la procréation, un sujet qui cristallise à la fois des aspirations à l'autonomie et des formes renouvelées de contraintes sociales et politiques imposées aux femmes.

2.2.2.4 La santé reproductive comme expériences du corps

La corporéité et le féminisme phénoménologique sont des entrées conceptuelles qui permettent de penser le rôle des expériences incarnées des femmes au sein des discours sur la contraception et l'interruption de grossesse. Il s'agit ainsi de considérer que les femmes sont habilitées à parler de santé reproductive à la lumière de leurs vécus corporels, de les reconnaître ainsi comme actrices de leur propre existence (Froidevaux-Metterie, 2018b), et de poser que ni le pouvoir médical ni le pouvoir patriarcal (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) ne peuvent les déposséder de ces expériences.

En attachant ces considérations à l'idée selon laquelle la baladodiffusion représente pour les femmes un espace médiatique adapté à l'expression de leurs expériences intimes et incarnées (Karathanasopoulou et Williams, 2023) et en considérant qu'il s'agit d'un support médiatique reconnu pour son caractère immersif (Dowling et Miller, 2019) et donc pour ses liens spécifiques avec les corps en expériences d'écoute (Turner-McGrievy *et al.*, 2013), il nous apparaît que les mises en récit des expériences des femmes en santé reproductive au sein des balados sont à appréhender à partir d'une attitude phénoménologique féministe. De la sorte, nous nous appliquerons à reconnaître, étudier attentivement et honorer les récits des femmes au sujet de leur corps (Vinit et Thiboutot, 2022).

Ainsi, il s'agit d'analyser les modalités par lesquelles les femmes *vivent* et mettent en récit leurs expériences menstruelles, contraceptives et abortives. L'intérêt est porté aux manières dont elles parlent

des étapes physiologiques, aux bouleversements *incarnés* et aux différents processus engageant le corps féminin (Froidevaux-Metterie, 2018b) au prisme de la santé reproductive. Cette recherche s'engage donc à reconnaître les récits des corps *vécus* dans leurs dimensions subjectives, en considérant ces discours comme des invitations à l'approfondissement de la compréhension des formes de dépossession liées à la médicalisation (Garrau, 2018) et des injonctions contradictoires dont les femmes sont la cible (Froidevaux-Metterie, 2018b) sur le plan des potentialités reproductrices de leur corps.

2.3 Approches sociodiscursives

Dans le cadre de ce mémoire, nous étudions un ensemble de discours, soit des épisodes de balados sur la santé reproductive. La présente partie cherche ainsi à préciser notre manière d'envisager l'objet « loin d'être homogène » que constitue le discours (Bernard Barbeau et Durocher, 2023) en précisant, notamment, l'approche sociodiscursive choisie.

2.3.1 Le discours comme pratique sociale

La notion de discours apparaît relativement instable au sein de la littérature, puisque sa définition varie énormément d'un auteur ou d'une autrice à l'autre (Maingueneau, 2021). Cela dit, dans le cadre de ce mémoire, le discours sera envisagé à partir d'une conception épistémologique le posant comme forme de pratique sociale, ce qui implique de l'envisager comme étant à la fois socialement constitutif et socialement constitué (Fairclough *et al.*, 2011). Cette relation dialectique unissant les événements discursifs et les situations sociales en appelle à reconnaître l'influence sociale du discours et donc à réfléchir les éventuels effets de pouvoir des pratiques discursives. De la sorte, les perspectives critiques du discours invitent à considérer que la réalité sociale n'est pas à découvrir, mais qu'elle est constituée à partir de productions discursives complexes (Hardy *et al.*, 2004) inscrites dans des contextes idéologiques particuliers. Les analystes critiques du discours s'appliquent ainsi à regarder simultanément les structures micro et macro de l'ordre social : l'intérêt est donc posé à la fois sur l'utilisation du langage et l'interaction verbale, ainsi que sur les luttes de pouvoir, la domination et les inégalités (Van Dijk, 2015). À cet effet, il est à considérer que les textes et les discours représentent des terrains de mise en œuvre, négociation et reproduction des asymétries de pouvoir tant sur le plan social que politique (Van Dijk, 2015) et qu'ils sont donc partie prenante de la création et du maintien des ordres sociaux genrés et hiérarchiques (Lazar, 2007).

2.3.1.1 Effets performatifs du discours

En s'appuyant sur John L. Austin et Judith Butler, cette étude reconnaît les effets performatifs des discours sur la réalité. L'idée phare est alors de considérer que les mots choisis et prononcés dans les discours produisent des conséquences effectives, concrètes dans le champ social. En effet, selon Austin, certains énoncés, lorsque proférés, accomplissent l'acte qu'ils désignent (Austin, 1991). Par exemple, la déclaration « Je vous déclare mari et femme », dans le contexte d'un mariage, change le statut des objets de discours en question (Määttä, 2023). Butler propose une lecture analogue de la performativité du discours en réfléchissant le phénomène par lequel les propos haineux tenus par une personne agissent sur celle-ci en faisant d'elle, dépendamment de la nature du propos, une personne raciste, misogyne, xénophobe, etc. (Butler, 2018) Dans ce projet, il s'agit donc de reconnaître les discours comme ayant le pouvoir de véhiculer et réifier des normes contraceptives et abortives en plus d'agir comme vecteur de construction, d'affirmation et de négociation de l'idéologie du genre (Määttä, 2023).

2.3.1.2 Discours et idéologie patriarcale

En cohérence avec les prises théoriques présentées au sujet du système d'oppression patriarcale, nous envisageons, dans nos considérations sur le discours, son articulation avec l'ordre social patriarcal. Ainsi, considérer que les pratiques sociales sont à la fois reflétées dans les discours et constituées par le discours implique ici de se rappeler que les pratiques sociales sont structurées par des dynamiques de pouvoir genrées et structurent aussi celles-ci (Lazar, 2007). Pour notre projet, il s'agit donc de reconnaître que la naturalisation féminine de la responsabilité des tâches de santé reproductive est à la fois reflétée dans les discours, mais y est également (re) produite.

Or, Michelle Lazar souligne que les mécanismes discursifs du pouvoir patriarcal fonctionnent de manières subtiles et complexes (Lazar, 2007), les rendant parfois difficilement discernables selon les contextes et les communautés. Cette considération revêt des formes particulières en santé reproductive, notamment en ce qui concerne les stratégies discursives plus récentes du mouvement antiavortement. En effet, Paul Saurette et Kelly Gordon, qui ont documenté les changements de rhétoriques du mouvement antiavortement canadien des dernières années, mettent en relief comment celui-ci s'accapare de stratégies de plaidoyer semblant soutenir les droits des femmes (Gordon et Saurette, 2020), mais étant plutôt au service de perspectives cherchant à leur limiter l'accès à l'avortement et ainsi à intervenir dans leurs décisions au sujet de ce qu'elles font avec leur corps (Bourgeois, 2014). Cette vision stricte et traditionnelle de la santé reproductive est à envisager à partir de ses liens avec le système d'oppression

patriarcale façonnant les discours et étant façonnée par ceux-ci. Ajoutons que le caractère subtil et complexe des mécanismes discursifs se manifeste aussi par l'importance des absences et silences (Lazar, 2007), qui, en santé reproductive, concernent notamment l'invisibilisation de la responsabilité des hommes dans la reproduction, la contraception, la grossesse et l'avortement (Bourgeois, 2014).

Il s'agit donc de reconnaître, pour ce projet, que les choix discursifs participent à la (re) production d'une certaine vision de la santé reproductive patriarcale, nuisible aux femmes par l'exploitation de leur force de travail (Delphy, 2015). Ainsi, l'analyse de ce qui est dit comme de ce qui est mis sous silence permet de souligner quels processus de marginalisation sont à l'œuvre (Bourgeois, 2014), de manière à tenter d'y débusquer l'idéologie patriarcale en lien avec la thématique de la santé reproductive.

2.3.2 La baladodiffusion comme discours

Cette recherche s'intéresse à la baladodiffusion en tant que discours. Il convient ainsi de rappeler qu'il s'agit de contenus parlés et audio téléchargeables sur Internet (Rime *et al.*, 2022) que nous appréhendons en tant que lieux de luttes de pouvoir et de (re) production sociale (Lazar, 2007), à savoir en tant que site de (re) production de l'idéologie patriarcale.

Nous souhaitons préciser quelques choix de vocabulaire en lien avec ce type spécifique de discours. D'abord, l'usage du terme *panéliste* pour renvoyer à toutes personnes prenant la parole au sein des épisodes de balados. Nous distinguerons ainsi deux grandes catégories de panéliste : 1) les hôtes ou hôte, des panélistes associés à la série balado, présents d'épisode en épisode et occupant souvent un rôle d'animation, ainsi que 2) les invitées et invités, des panélistes qui ne participent à la série que dans le cadre d'un épisode précis, souvent pour leur expertise en lien avec la thématique investie.

Nous utilisons le terme hôte et hôtesse plutôt qu'animateur ou animatrice, puisque cela nous semble plus adapté aux contenus balados qui nous intéresse, soit des balados conversationnels abordant beaucoup de récits personnels et intimes (Berg, 2021), et au sein desquels les panélistes hôtes ont des rôles qui diffèrent des autres *animateurs* de radio (Heiselberg et Have, 2023). En effet, les aptitudes qui leur sont sollicitées sont avant tout, selon la littérature et notre connaissance du corpus, de l'ordre de la création de liens parasociaux, amicaux et intimes (Adler Berg, 2023) avec les autres panélistes et l'*auditoire imaginé* (Sharon et John, 2024) et de l'ordre du dévoilement de soi (Heiselberg et Have, 2023). Le panéliste hôte n'est ainsi pas strictement caractérisé pour ses fonctions d'intervieweur ou de facilitateur, mais est plutôt un interlocuteur des *discussions* que constituent les épisodes : son rôle n'est pas seulement de poser des

questions, ou d'encadrer la progression des propos, mais aussi de commenter, de répondre, de partager des histoires personnelles, un peu comme il est attendu d'une personne interviewée⁸. C'est pour cet écart par rapport aux codes plus journalistiques de l'intervieweur et de l'interviewé (Schwings, 2024) que nous décidons de signifier la distinction entre les types de panélistes selon leur lien à la série balado plutôt que selon leur rôle *attendu* dans les échanges.

2.4 Synthèse et formulation des sous-questions

Considérant ce cadre théorique mobilisant des approches féministes et de discours, nous pouvons poser des itérations plus précises de notre question de recherche et proposer des sous-questions. Rappelons que la question de recherche annoncée est la suivante : comment les discours des balados québécois abordent-ils le travail des femmes face à la santé reproductive ?

À la lumière des théorisations féministes présentées, posant le corps comme lieu de domination patriarcale et le travail comme notion indispensable à la compréhension du système d'oppression patriarcale, nous proposons de formuler la question : **Que révèlent les balados québécois portant sur la santé reproductive au sujet du travail contraceptif et abortif et de l'idéologie patriarcale ?**

Nous décidons également de préciser cette question en trois sous-questions, posant chacune l'accent sur des dimensions spécifiques du cadre théorique.

Ainsi, les théorisations féministes de la division sexuelle du travail invitent à poser deux sous-questions plus spécifiques. La première de ces questions s'articule à partir de la lentille de la phénoménologie féministe et met l'accent sur les récits d'expériences incarnées des femmes et la seconde met davantage l'accent sur l'articulation entre les perspectives féministes matérialistes et les approches socioconstructivistes.

⁸ Il est d'autant plus pertinent d'établir cette distinction pour notre terrain à cause des thématiques qui nous intéressent. Nous savons déjà que les panélistes hôtesses sont très souvent des expertes expérientielles des sujets discutés et partagent ainsi leurs vécus en lien avec leur cycle menstruel, leur fertilité, leurs méthodes contraceptives, au même titre que leurs invitées.

- 1. Comment aborde-t-on les expériences des femmes en matière de travail contraceptif et abortif dans les épisodes de balados québécois ?**
- 2. Quelles formes de travail contraceptif et abortif sont performées à même les épisodes de balados québécois ?**

À leur tour, les éléments théoriques liés au système d'oppression patriarcale et au discours inspirent une troisième sous-question visant spécifiquement à être abordée à partir d'une méthode d'analyse féministe critique de discours que nous explicitons dans le prochain chapitre :

- 3. Comment se (re)produit l'idéologie patriarcale au sein des prises de parole qui qualifient ou évaluent la contraception et l'avortement dans les balados ?**

CHAPITRE 3

ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente les orientations méthodologiques du mémoire en détaillant mon⁹ positionnement épistémologique et en justifiant le choix d'une méthodologie qualitative. La description des méthodes sélectionnées, soit l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2021b) et l'analyse féministe critique du discours (AFCD) (Lazar, 2007), ainsi que les modalités de la collecte et de l'analyse des données complètent cette partie.

3.1 Positionnement épistémologique

Tel que l'implique le cadre théorique, ce mémoire se positionne épistémologiquement au sein des perspectives socioconstructivistes et des études féministes. Les perspectives socioconstructivistes considèrent que la réalité sociale se construit à travers les interactions et donc qu'elle ne peut être *découverte* (Hardy *et al.*, 2004), puisqu'elle est constamment en train de se construire : ces perspectives réfutent, à ce titre, une conception purement positiviste du savoir. Ces perspectives s'articulent en adéquation aux épistémologies féministes qui, en reconnaissant la disqualification empirique et historique des femmes à la production de connaissances (Caron, 2022), critiquent les savoirs hégémoniques ayant inscrit la domination masculine au sein des disciplines et invitent à adopter une approche insistant sur la nature située des connaissances (Haraway, 2007). Ces considérations impliquent le refus d'une prétention à l'objectivité et, encore ici, d'une vision positiviste de la création des savoirs, pour préconiser une approche reconnaissant les limites, l'intrication sociale et les conditions matérielles associées à la position spécifique du chercheur ou de la chercheuse (Millette, 2023). À cet effet, il convient d'explicitier que je suis une femme blanche, sans handicap, cisgenre, hétérosexuelle et contrôlant sa fertilité.

3.2 Stratégie méthodologique

3.2.1 Recherche qualitative

Cette recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative, puisqu'elle vise à explorer en profondeur un phénomène précis, en l'occurrence des discours sur la santé reproductive dans les balados québécois. Notons que la recherche qualitative est à envisager comme une « démarche discursive de

⁹ Le présent chapitre sur la méthodologie est rédigé à la première personne du singulier (je) afin de marquer l'implication subjective de la chercheuse, tel que l'appelle le positionnement épistémologique décrit.

contextualisation, d'explicitation ou de théorisation d'expériences vécues ou de phénomènes observés » (Paillé et Mucchielli, 2021c, p. 11). De ce fait, la recherche qualitative s'inscrit de manière cohérente au sein de projets aux visées descriptives et contextualisantes en représentant une activité de production de sens qui dépasse les considérations strictement techniques, pratiques ou numériques (Paillé et Mucchielli, 2021a). Ce choix s'inscrit ainsi en congruence avec mon mémoire, puisque je vise à produire des interprétations et descriptions d'expériences humaines, ici sur le plan de la mise en discours, des luttes de pouvoir genrées et de la santé reproductive.

3.2.2 L'analyse thématique

Comme cette recherche vise à documenter le travail contraceptif et abortif et qu'elle est portée par des visées en partie descriptives, j'ai opté pour une analyse thématique afin de passer à « l'examen discursif » les thèmes abordés dans le corpus raisonné (Paillé et Mucchielli, 2021b). L'analyse thématique est une méthode ayant comme fonction de repérer et de documenter les thématiques d'un corpus en lien avec les objectifs de la recherche. Il s'agit, ici, de repérer les formes que prend le travail contraceptif et abortif au sein du corpus, mais aussi d'en documenter les récurrences, les recoupements et les contradictions. Cette méthode s'incarne par un travail de thématisation servant à classer le corpus dans un certain nombre de catégories représentatives et alignées aux objectifs de la recherche. L'analyse thématique sert à répondre aux sous-questions #1 et #2.

3.2.3 L'analyse féministe critique de discours

Pour compléter cette démarche d'analyse thématique et en renforcer le caractère critique, je choisis d'effectuer une partie de mon analyse à partir d'une approche d'analyse critique féministe du discours (AFCD). Cette perspective étudie les façons complexes et parfois subtiles via lesquelles les asymétries de pouvoirs genrées sont discursivement produites, soutenues, mises en doute ou contestées au sein de communautés et de contextes spécifiques (Lazar, 2014). De cette manière, l'AFCD s'inscrit dans la lignée des analyses critiques du discours, mais pose un regard spécifique sur les inégalités sociales liées au genre (Lazar, 2007). L'AFCD implique de considérer que le système d'oppression du genre, plaçant les hommes en position de pouvoir et les femmes en position subordonnée, est structurel, hégémonique et institutionnalisé, puis qu'il relève de mises en œuvre discursives. L'AFCD s'intéresse à révéler les relations de genre et au pouvoir qui les sous-tendent, en ne manquant pas de reconnaître que « les femmes », comme « les hommes » ne constituent pas des blocs monolithiques. De plus, de façon cohérente à l'analyse critique du discours ainsi qu'à l'épistémologie féministe des connaissances, l'AFCD engage la

subjectivité (Willey-Sthapit *et al.*, 2022), et donc aussi la réflexivité, du chercheur ou de la chercheuse qui la pratique et n'a pas, à cet effet, de prétention à la neutralité. De plus, il convient de souligner que l'AFCD est une pratique se voulant multidisciplinaire et accordant une grande importance au contexte dans lequel le discours émerge. Aussi, le programme de l'AFCD en est un d'émancipation et de transformation : il s'agit ainsi d'articuler une pratique visant à débusquer les nœuds discursifs entretenant des liens particuliers avec le système d'oppression patriarcale (Lazar, 2007). De cette manière, l'AFCD s'intéresse aux inégalités des rapports sociaux au sein des discours (ici, médiatiques) et représente une méthode et approche méthodologique appropriée pour répondre à la question de recherche, soit les inégalités de rapports sociaux au sein des discours sur la santé reproductive. Plus précisément, L'AFCD sert à répondre à la sous-question #3.

3.3 Collecte de données

3.3.1 Choix du matériel : les épisodes de balados

Alors que l'analyse thématique et l'analyse critique féministe de discours peuvent s'appliquer à de nombreux types de données, incluant les productions écrites et orales, les différentes formes de médias ou les images (Willey-Sthapit *et al.*, 2022), cette recherche propose une analyse d'épisodes de baladodiffusion. Rappelons que ces contenus axés sur le son et la parole (Dowling et Miller, 2019) sont disponibles publiquement dans la sphère numérique (Sharon, 2023) et qu'ils représentent des objets médiatiques d'intérêt pour l'étude de sujets associés à l'intimité (Brown, 2020) en plus de représenter des terrains d'analyse intéressants à l'étude de la (re) production des normes patriarcales (Karathanasopoulou et Williams, 2023).

La baladodiffusion étant un format médiatique marqué par de nombreuses évolutions et hybridations médiatiques (Kiberg et Spilker, 2023), il convient de préciser les paramètres à partir desquels ce média est réfléchi dans le cadre de cette recherche. Premièrement, bien que les balados-vidéos, parfois appelés *videocast*, aient connu un certain essor dans les dernières années, il apparaît pertinent de souligner que la baladodiffusion, dans son essence, reste à envisager avant tout comme un média auditif (Sharon, 2023), c'est pourquoi seules les versions audio des balados sont considérées dans le cadre de cette recherche. Deuxièmement, il apparaît essentiel de distinguer l'*émission* de balado et l'*épisode*, puisque l'univers de la baladodiffusion est très orienté vers la sérialité, soit vers une structure de contenus par épisodes (Rime *et al.*, 2022) et que, dans le langage commun, les mots *balados* ou *podcast* peuvent référer autant à une émission (à une série) qu'à un épisode. Cela dit, l'épisode représente l'unité de discours alors que

l'émission représente l'ensemble regroupant ces unités. En ce qui concerne cette recherche ce sont les épisodes de balados qui sont à l'étude. La logique soutenant ce choix étant que la thématique du travail contraceptif et abortif apparaît trop précise pour faire l'objet d'émissions (de séries) en entier, l'idée de cibler des épisodes spécifiques pertinents apparaît donc plus adéquate.

3.3.2 Constitution des corpus

La constitution du corpus s'effectue en deux temps, soit à partir d'une étape d'exploration suivie d'une étape de sélection. Le premier volet que nous appellerons ici exploratoire cherche ainsi à produire une liste d'épisodes de balados et à faire ressortir certaines caractéristiques, alors que le second volet vise à sélectionner, à partir de critères reposant sur ces caractéristiques, les épisodes les plus pertinents pour la constitution d'un corpus raisonné (Charaudeau, 2009).

3.3.2.1 Volet exploratoire

Le premier volet s'inspire de la méthode ethnographique¹⁰ de la baladodiffusion de Lundström et Lundström (2021). Cette méthode propose d'appréhender la recherche sur les balados en trois étapes : l'*exploration*, visant l'identification de balados spécifiques, l'*engagement*, impliquant l'écoute des balados choisis et l'*examination*, visant le développement de concepts en vue de l'analyse de ces balados. De cette façon, à l'étape d'*exploration*, une collecte a été effectuée à partir de mots-clés dans des plateformes de diffusion de balados spécifiques afin de composer une banque d'épisodes de balados québécois et francophones¹¹ traitant de santé reproductive. Il est à noter qu'à ma connaissance, il n'existe aucun inventaire exhaustif des productions en baladodiffusion au Québec, celles-ci sont plutôt réparties dans différentes bases de données, ce qui nécessite d'effectuer la collecte dans plus d'une plateforme afin d'accéder à différents catalogues. Puisqu'il existe un nombre très important de services de diffusion en continu (Sharon, 2023), j'ai décidé de cibler les plateformes Ohdio, YouTube et Spotify. La plateforme Ohdio a été sélectionnée parce qu'elle propose une vaste sélection de contenus audio francophones exclusifs, les plateformes YouTube et Spotify ont été retenues en raison de leur forte popularité (Kiberg et

¹⁰ Je traduis et reprends la nomenclature des auteurs, soit « Podcast Ethnography » (Lundström et Lundström, 2021). Je souhaite cependant souligner qu'il ne s'agit pas, ici, d'effectuer une véritable ethnographie immersive et sur le temps long, mais plutôt de réaliser une brève analyse de contenu en reprenant les principes de prise de contact et de reconnaissance en baladodiffusion que développent Lundström et Lundström avec leur méthode.

¹¹ Je décide de ne pas inclure de balados francophones de provenance européenne afin de ne cibler que des contenus partageant un même contexte géographique, médical, culturel et juridique, lesquels influencent grandement l'accès aux soins de santé reproductive (Shaw, 2013).

Spilker, 2023 ; Paul *et al.*, 2017) et de leurs affordances permettant de découvrir facilement des épisodes spécifiques de balados. Il convient ainsi de souligner que cette étape d'identification d'épisodes n'a pas de prétention à l'exhaustivité, mais s'inscrit plutôt dans une logique visant la compréhension fine d'un phénomène précis.

Les mots-clés recherchés dans les barres de recherche de ces applications de diffusion en continu ont été choisis, en cohérence avec nos questions de recherche afin de cibler des contenus québécois portant sur la contraception et l'avortement. Ainsi, les termes « contraception », « pilule », « avortement », « interruption de grossesse », puis « santé reproductive » ont été recherchés dans les barres de recherche des onglets *balados* au sein des plateformes. Cela dit, comme la plateforme YouTube ne propose pas un tel onglet, j'ai respectivement ajouté les mots « podcast québécois » et « balado québécois » aux requêtes afin de restreindre les résultats (et ainsi éviter de récolter des vidéos plutôt que des balados). Toujours dans une logique de ne cibler que des balados québécois, j'ai ajouté le mot « Québec » aux requêtes sur Spotify. La liste exhaustive des mots-clés recherchés par plateforme est jointe en annexe (annexe D).

La collecte initiale d'épisodes de balado s'est ainsi opérée à l'automne 2024 de manière systématique sur chacune des trois plateformes en ne conservant que les épisodes répondant aux critères suivants 1) balado en français, 2) de production québécoise 3) semblant (à la lecture du titre et de la description de l'épisode) traiter de santé reproductive dans une logique de prévention et de refus de grossesse, soit de contraception et d'avortement et 4) d'une durée minimale de 10 minutes¹². À la suite de cette première étape d'*exploration*, 47 épisodes ont été identifiés, constituant un corpus général (annexe A).

Le volet exploratoire s'est alors poursuivi avec la deuxième étape de Lundström et Lundström, soit celle de l'*engagement*. De cette façon, les 47 épisodes identifiés ont été écoutés en prenant des notes sur chacun dans un journal de bord. Comme le propose la démarche, c'est à cette étape que plusieurs métadonnées des épisodes (durées, dates de publication, bases de données de provenance, etc.) ont été colligées au sein d'une grille de codification (Lundström et Lundström, 2021). Cette grille a pris la forme d'un fichier de logiciel tabulateur et a été bonifiée grâce à la troisième et dernière étape d'*examination*. Il s'agissait alors d'identifier différentes caractéristiques des épisodes, notamment en lien avec le dispositif énonciatif (les noms des panélistes, les commanditaires, la présence ou non de références, etc.) et le

¹² Ce paramètre sert à éviter de récolter des extraits d'épisodes ou d'autres formats que l'épisode de balados, tel que des extraits de radio directe sur Spotify et Ohdio, ou des « shorts » sur YouTube.

capital thématique (durée d'apparition consacrée à l'événement-thème, soit la santé reproductive) des épisodes (Charaudeau, 2009) et de les colliger de manière systématique pour l'ensemble de ce premier corpus. Pour ainsi dire, j'ai opérationnalisé cette grille de manière à la fois déductive et inductive : j'ai commencé par y cibler des métadonnées puis ai ajouté des caractéristiques saillantes dans mon journal de notes d'écoute. Voir la version finale de la grille en annexe (annexe C).

3.3.2.2 Volet du corpus raisonné pour l'analyse thématique

Une fois la grille de codification remplie pour les 47 épisodes de balados, j'ai procédé, à partir des informations colligées, pour établir les critères de constitution du corpus raisonné sur lequel les analyses fines allaient avoir lieu. La taille souhaitée pour le corpus raisonné a été déterminée en prenant en considération les pratiques de recherche en analyse d'épisodes de balado et le format d'une transcription de balados (près de 10 000 mots pour un épisode d'une heure). En considérant que les quelques articles identifiés en analyse de discours de balados se basent sur des corpus allant de 3 épisodes jusqu'à 20 épisodes (Apirakvanalee et Zhai, 2023 ; Bartlett et Masta, 2023 ; Hynnä-Granberg, 2023 ; Lindgren, 2023 ; Yang et Kavka, 2024), je souhaitais bâtir un corpus entre 10 et 20 d'épisodes, selon l'atteinte d'une saturation des données.

Pour bâtir ce corpus raisonné, j'ai suivi plusieurs logiques de sélection que je précise au fil des phrases suivantes. J'ai d'abord décidé de ne conserver que des épisodes présentant un capital thématique suffisant, donc traitant d'avortement ou de contraception pendant minimalement 10 minutes. Ensuite, j'ai choisi de ne garder que des épisodes en format discussion, soit le format le plus présent du corpus. J'ai considéré qu'un épisode avait un format discussion lorsque 1) plus d'une personne prenait la parole (exclusion des monologues), 2) que des échanges avaient lieu (il ne s'agit pas seulement d'entendre plus d'une voix, mais que celles-ci interagissent) et lorsque 3) le montage était minimal donnant l'impression d'échanges fluides et entiers se distinguant d'un traitement journalistique classique. J'ai également eu le souci de former un corpus représentant la diversité des types de panélistes invitées, donc de former un corpus présentant un équilibre entre les 4 types de panélistes les plus présents, soit des panélistes en lien avec l'institution médicale, les services sociaux, l'expertise expérientielle et la santé alternative¹³. De manière plus globale,

¹³ Les panélistes liés l'institution médicale se présentent à partir de rôle professionnel pratiqué à même l'institution médicale (soit des personnes pharmaciennes, médecins, infirmières, etc.), les panélistes liés aux services sociaux se présentent à partir de leur rôle professionnel en relations d'aide, en interventions et en services communautaires (soit des personnes professionnelles en sexologie, en travail social, etc.), les panélistes à l'expertise expérientielle

j'ai également cherché à constituer un corpus d'analyse représentatif du corpus global, en excluant les épisodes aux positionnements plus marqués, qu'ils soient ancrés dans des perspectives plus traditionnelles, comme les deux épisodes abordant des visions chrétiennes, ou qu'ils s'inscrivent dans une démarche plus affirmée d'inclusion associée à la gauche politique. Ainsi, j'ai sélectionné les épisodes, en m'assurant d'abord d'un équilibre thématique, soit 8 épisodes sur l'avortement et 8 épisodes sur la contraception. L'ensemble de ce corpus raisonné de 16 épisodes a été soumis à notre analyse thématique.

3.3.2.3 Volet du corpus d'extraits pour l'analyse féministe critique de discours

Pour l'analyse féministe critique de discours, nous avons produit un sous-corpus d'extraits pertinents plutôt que de travailler avec des transcriptions d'épisodes en entier. Cette décision se justifie par le niveau d'interprétation et de contextualisation nécessaire à cette méthode (Lazar, 2007) et vise ainsi à affiner l'analyse en réduisant la quantité de données à l'étude pour cette étape. Comme l'AFCD me sert à répondre à la sous-question #3, soit *Comment se (re)produit l'idéologie patriarcale au sein des prises de parole qui qualifient ou évaluent la contraception et l'avortement dans les balados ?*, je décide de cibler une stratégie de qualification des pratiques de santé sexuelle et reproductive documenter dans la littérature scientifique, soit le fait de distinguer la contraception et l'avortement (Claro, 2021 ; Mathieu et Ruault, 2014). La collecte de ces extraits s'est donc effectuée simultanément à la démarche de codification du corpus raisonné pour l'analyse thématique en classant à part les extraits explicitant une distinction entre la contraception et l'avortement (voir annexe C, dernière ligne). Ce sous-corpus est ainsi composé de 11 extraits constitués en moyenne de 66 mots provenant de sept épisodes différents.

3.3.2.4 Transcription des épisodes

Les épisodes de balados étant des objets médiatiques audio, l'analyse du discours de ceux-ci nécessite leur transcription. Pour produire ces transcriptions, nous avons utilisé le logiciel de transcription *Sonix*. Ce logiciel permet de générer des itérations de transcription avec les tours de paroles. J'ai ensuite révisé l'ensemble des itérations produites afin de m'assurer des termes transcrits et de les corriger au besoin. Comme la transcription s'est effectuée de manière automatique, je n'ai pas sélectionné une convention

inclus toutes les personnes partageant des savoirs issus de leur parcours de santé reproductive et les panélistes de la santé alternative inclus toutes les personnes se présentant à partir d'un rôle professionnel de soin de santé de santé hors de l'institution (naturopathie, monde du yoga, services de counseling autre, etc.)

de transcription particulière, et ai plutôt décidé de travailler avec celle des réglages de base du logiciel *Sonix*¹⁴.

3.4 Méthode d'analyse et grille de codification

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué une analyse thématique d'un corpus raisonné et une analyse féministe critique du discours d'un sous-corpus du premier. Pour procéder à ces étapes, j'ai utilisé le logiciel N-Vivo afin de codifier et annoter les textes de transcription d'épisodes de balado du corpus. J'ai choisi ce logiciel parce que ses fonctions d'étiquetage et d'annotation répondaient bien à mes besoins et parce que je le maîtrisais déjà bien. L'utilisation d'une telle plateforme permet aussi de rassembler et colliger l'ensemble des données dans un seul et même endroit, ce qui simplifie la démarche et évite la perte de données, mais aussi d'ajouter des mémos, et ultimement de croiser des données facilement.

3.4.1 Grilles de codification

L'analyse thématique comme l'analyse de discours s'appuient sur une stratégie de codification du corpus à la fois inductive et déductive. Cela implique la création de grilles hybrides construites à partir de la littérature, mais aussi à partir des éléments émergeant du corpus. Le choix de cette approche hybride en appelle, d'une part, à l'un des fondements épistémologiques de l'analyse de discours selon lequel l'analyste du discours baigne nécessairement dans différents ensembles de discours qui le ou la socialise, ce qui ne permet pas de revendiquer la poursuite d'une démarche purement inductive (Willey-Sthapit *et al.*, 2022) et d'autre part, reconnaît la nécessité de partir du texte pour laisser émerger de nouveaux éléments d'analyse (Fereday et Muir-Cochrane, 2006). Ainsi, l'approche hybride est judicieuse dans la mesure où elle favorise une analyse approfondie du corpus, tout en maintenant la souplesse nécessaire pour identifier des thèmes émergents. La codification hybride renforce de la sorte la rigueur

¹⁴ Il convient de surligner que j'ai déterminé que la transcription automatique révisée était suffisamment riche pour l'opération de nos méthodes, malgré certaines limites. En effet, en ne suivant pas une convention très détaillée, j'ai délibérément perdu certains détails prosodiques et paralinguistiques, tout en m'exposant à des risques de variations ponctuelles. Néanmoins, la transcription conserve l'essentiel des éléments permettant de suivre le déroulement des échanges et de comprendre le contenu. Ce choix n'affecte donc pas l'analyse thématique (qui constitue la majorité de l'étude), mais pourrait être remise en cause dans le cadre d'une analyse de discours. Je souhaite donc préciser que cette décision relève de contraintes temporelles et logistiques : le recours à des conventions plus rigoureuses aurait été particulièrement chronophage pour des gains de précision marginaux (les transcriptions du corpus comportent en moyenne 6 110 mots et varient entre 20 et 55 pages).

méthodologique, en combinant l'appui des cadres théoriques avec l'expertise et l'expérience des chercheurs.

Ainsi pour l'analyse thématique, en mobilisant le cadre théorique, les sous-questions #1 et #2 de recherche et en réalisant la thématisation des données, j'ai dégagé des catégories plus saillantes de manière à former un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2021b) présenté dans l'annexe C. Cet arbre thématique reprend non seulement la structure de nos sous-questions, mais s'avère aussi cohérent avec les principes explicités dans le cadre théorique : soit, la mise en avant de la notion de travail contraceptif et abortif, l'hypervigilance envers les expériences incarnées des femmes et l'engagement envers la perspective socioconstructiviste admettant de poser les discours des balados du corpus comme des lieux de (re)production du système d'oppression patriarcale.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai aussi mobilisé une approche d'analyse féministe critique du discours (Lazar, 2007) en procédant en deux temps : une première étape d'analyse fine de chaque extrait et une seconde étape de contextualisation et de recoupements des observations. Ainsi, j'ai d'abord porté une attention fine aux éléments linguistiques (lexiques, structures syntaxiques, modalités énonciatives, etc.) en annotant manuellement, et un à un, les extraits du sous-corpus afin de repérer des marqueurs discursifs évocateurs au regard de notre question de recherche, soit témoignant de l'intrication de ces discours au système d'oppression patriarcale et plus précisément, participant à (re)construire une vision restrictive de l'avortement. Dans un second temps, j'ai effectué des recoupements à l'aide d'une grille de codification spécifique à cette étape (annexe E) afin de dégager des régularités et saillances discursives au sein du sous-corpus, le tout en prenant grand soin de contextualiser les observations afin qu'elles rendent compte des relations de pouvoir genrées qui les traversent. De la sorte, la grille AFCD rassemble des observables énonciatifs (qui parle et à qui s'adresse l'énoncé) et rhétoriques (quels procédés servent à montrer le positionnement des locuteurs et locutrices, et à l'étayer), en plus de mettre en contexte chaque extrait. Notre grille inclut également une colonne consacrée aux « commentaires sur les rapports de pouvoir genrés » pour répondre à la nécessité méthodologique d'opérer un passage analytique entre les traces discursives et le niveau idéologique englobant. Comme l'indique Lazar (2007), l'idéologie patriarcale opère de manière diffuse, subtile, complexe et naturalisée, ce qui explique qu'elle soit difficile à traduire par des traces discursives isolables de façon systématique. La colonne de commentaires sert ainsi à colliger des entrées interprétatives mettant en relation des observables discursifs, leurs conditions de production et

des outils conceptuels du système d'oppression patriarcale (partie 2.2), afin de faire émerger des récurrences nous informant sur les liens unissant les extraits à l'étude et l'idéologie patriarcale.

3.5 Dimensions éthiques de la recherche

Sur le plan éthique, il convient d'abord de mentionner que, comme j'analyserai des discours médiatiques disponibles dans le domaine public, aucune demande d'approbation éthique officielle n'a été nécessaire, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'aucune question de cet ordre ne doit être posée. Comme le proposent Guillaume Latzko-Toth et Madeleine Pastinelli, il est nécessaire de réfléchir au-delà du caractère public des contenus numériques en se demandant comment la nouvelle publicité donnée aux discours analysés peut évoluer, et si celle-ci peut mener à des retombées négatives éventuelles pour les personnes concernées (Latzko-Toth et Pastinelli, 2022). À cet effet, je soulève deux points importants : d'abord, les risques associés à l'adoption d'une posture critique face à l'opérationnalisation de la santé reproductive, un sujet historiquement sensible et récemment mis en tensions sur les plans juridique et politique en contexte nord-américain (Mort, 2023) et, deuxièmement, les risques de reconduction de stigmates envers les personnes livrant des témoignages au sein des discours analysés causés par la nouvelle publicisation de ceux-ci. En ce qui concerne le premier point, l'idée est de rédiger ce mémoire avec vigilance pour éviter que les propos ne puissent servir à appuyer les revendications d'instances ou d'individus cherchant à réduire l'agentivité des femmes : cette recherche, en congruence avec l'un des principes éthiques de la science en général, entend ne pas nuire au bien-être de la société, mais plutôt être à son service (Crête, 2021). Autrement, pour ce qui est des risques associés à la nouvelle mise en visibilité des discours analysés, je choisis de considérer que les personnes responsables de l'animation des balados ainsi que les personnes invitées, bien qu'elles traitent de sujets à caractère intime, choisissent de rendre publique cette forme d'intimité. Aussi, j'ai décidé de ne pas anonymiser entièrement les balados du corpus, puisque cela aurait retranché un vaste pan du contexte nécessaire à l'analyse des rapports sociaux que cette recherche vise à documenter. Les épisodes sont donc nommés, ce qui implique qu'il serait éventuellement possible d'identifier les personnes impliquées. Cela dit, dans les chapitres 4 et 5, les noms et prénoms des panélistes témoignant de leurs propres expériences de santé reproductive ont été remplacés par l'initiale de leur prénom, de manière, non pas à garantir un quelconque anonymat, mais pour rendre leur identification un peu moins évidente à la lecture de ce mémoire.

3.6 Synthèse

Ce chapitre a présenté les orientations méthodologiques de cette recherche. Il a d'abord explicité le positionnement épistémologique, ancré dans une perspective constructiviste et féministe, puis justifié le recours à une approche qualitative. Cette approche combine une analyse thématique, mobilisée pour répondre aux sous-questions de recherche 1 et 2, et une analyse féministe critique de discours, mobilisée afin de répondre à la sous-question 3.

Le chapitre a ensuite détaillé la démarche de constitution du corpus d'épisodes de baladodiffusion, inspirée de l'ethnographie de la baladodiffusion proposée par Lundström et Lundström (2021), ainsi que les critères ayant guidé la sélection des données en vue de la création d'un corpus raisonné. Il a également présenté et justifié les grilles d'analyse mobilisées pour l'examen du corpus. Enfin, ce chapitre a exposé les principales considérations éthiques propres à cette étude.

CHAPITRE 4

« IL FAUT ÊTRE DISCIPLINÉE, IL FAUT ÊTRE RIGOUREUSE » : LES EXPÉRIENCES DE TRAVAIL CONTRACEPTIF ET ABORTIF DES FEMMES

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS SUR LA CONTRACEPTION ET PARENTHÈSE SUR LA MÉNOPAUSE¹⁵

Le chapitre 4 est consacré à la présentation et l'analyse de résultats permettant de répondre à notre première sous-question : Comment aborde-t-on les expériences des femmes en matière de travail contraceptif et abortif dans les épisodes de balados québécois? Nous y présentons d'abord des résultats plus généraux au sujet de notre corpus général et raisonné et enchaînons avec nos observations résultant de notre analyse thématique sur les expériences des femmes, rassemblées en quatre grandes catégories : les difficultés à partager les charges de travail avec les hommes, le caractère quotidien des tâches de santé reproductive, les expériences médicalisées de santé reproductive et les choix en matière de contraception et d'avortement.

4.1 « Bienvenue sur le podcast » : Résultats généraux des corpus général et raisonné

M., FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

Notre corpus général est composé de 47 épisodes de balados, provenant de 34 émissions différentes, toutes publiées entre 2019 et 2024. À noter qu'aucune date frontière n'a été déterminée pour baliser le plus ancien épisode, nous n'avons tout simplement pas trouvé de balados québécois portant sur la santé reproductive avant 2019.

Notons que 33 de ces 47 épisodes, soit 70,2 % du corpus, ont été publiés en 2023 ou 2024, soit après le renversement de l'arrêt *Roe v. Wade* (juin 2022), une décision juridique qui protégeait jusque-là le droit à l'avortement dans l'ensemble des États-Unis. Il serait ainsi possible d'envisager que cet événement a rehaussé, dans une certaine mesure, l'intérêt pour ces thématiques dans l'écosystème des balados québécois. Cette interprétation serait toutefois à réfléchir en prenant en compte le développement important des balados au Québec dans les dernières années, comme le témoignent les statistiques d'écoute à la hausse (OTM, 2022), mais aussi l'investissement important des gouvernements dans des projets de baladodiffusion (Nadeau-Besse, 2024). Bien qu'une statistique spécifique pour le Québec ne

¹⁵ À noter que la référence des citations contenues dans les titres apparaît dessous ces derniers à la manière de cet exemple.

soit pas disponible, il convient de noter que, dans le monde, au cours de l'année 2024, 193 millions de balados ont publié leurs premiers épisodes (Leu, 2025). Ainsi, il serait à garder en tête que s'il y a plus de balados sur la santé reproductive, il y a aussi plus de balados en général.

La majorité des épisodes du corpus (68,2 %) prennent la forme d'une discussion¹⁶ alors que 25,5 % prennent la forme d'une entrevue et que 6,3 % prennent la forme d'un monologue. Ainsi, le corpus est sensiblement composé de discussions entre femmes au sujet de la santé reproductive. Les épisodes du corpus général sont d'une durée moyenne d'environ une heure, soit exactement 52 minutes. Les épisodes se classent surtout dans les genres suivants : sexualité et relations, divertissement, maternité, bien-être et vulgarisation médicale.

Tel qu'en témoigne notre grille de codification (annexe B), nous remarquons une grande diversité de types de panélistes (rappel : nous utilisons le terme panéliste pour renvoyer aux hôtesse et aux invitées, donc à toutes les personnes prenant parole dans les épisodes). Il est très fréquent, pour les hôtesse, comme pour les invitées, de se classer dans plus d'une catégorie de panéliste simultanément. Ainsi, la majorité des hôtesse n'assurent pas strictement des rôles d'animation, mais participent aussi aux discussions à partir d'expertises professionnelles et expérientielles : non seulement plusieurs hôtesse sont formées en sexologie ou travaillent dans le domaine de la santé reproductive, mais elles partagent pratiquement toutes des informations sur leur propre santé reproductive. Ce partage de récits personnels est tout aussi présent chez les invitées qui sont, certes, sollicitées pour leurs savoirs expérientiels de santé reproductive dans quelques occurrences, mais qui le sont la plupart du temps pour leur posture professionnelle.

Cela dit, nous observons une homogénéité assez forte sur le plan des caractéristiques démographiques des panélistes : celles-ci sont pratiquement toutes des femmes blanches hétérosexuelles, cisgenres, jeunes (dans la vingtaine ou la trentaine) et n'appartenant pas à la diversité capacitaire. De plus, la majorité des épisodes sont composés exclusivement de femmes : seuls 13 épisodes de notre corpus global comptent un homme comme hôte ou cohôte¹⁷ et neuf comme invités (sur ces neuf épisodes, cinq présentent néanmoins plus de femmes invitées et que d'hommes invités), pour un total de 19 épisodes

¹⁶ Selon la classification explicitée à la section 3.3.2.2.

¹⁷ Nous signalons ces informations afin de contextualiser les discours analysés, mais désirons souligner que celles-ci relèvent d'un exercice de compilation imparfait, sollicitant notre interprétation. Effectivement, les panélistes sont loin d'explicitier systématiquement leurs identités et leurs rapports aux différents systèmes d'oppression.

(40 % du corpus) où l'on entend un homme parler. Dans ces cas, ceux-ci ont tendance à prendre un angle historique ou politique pour discuter d'avortement, ou encore médical ou journalistique pour traiter de contraception. Pour le reste du corpus, les angles investis sont plutôt ceux du bien-être, de la sexualité et des relations, et du divertissement. Ajoutons que les trois seuls épisodes prenant la forme de monologue sont assurés par des panélistes masculins et qu'un seul épisode met en scène des panélistes s'identifiant comme appartenant à la diversité de genre. Notons aussi que le bassin de personnes prenant parole dans les balados au sujet de la santé reproductive semble relativement restreint : plusieurs personnes prennent parole dans plusieurs épisodes du corpus, tantôt dans un rôle d'hôtesse, tantôt dans un rôle d'invitée¹⁸.

De plus, au sein du corpus général, 24 épisodes (51 %) portent sur l'avortement, 23 épisodes portent sur la contraception (49 %) et aucun épisode du corpus n'annonce aborder simultanément les deux sujets. En effet, parmi les titres des 47 épisodes, aucun ne contient à la fois les mots *contraception* et *avortement*. De plus, quatre émissions du corpus proposent un épisode sur l'avortement et un autre sur la contraception. Ces observations montrent que la contraception et l'avortement sont, au sein du corpus, abordé comme deux sujets distincts. Ce découpage thématique témoigne déjà d'une conception particulière de la santé reproductive qui différencie les soins de prévention des grossesses et de ceux de refus des grossesses plutôt que de les considérer comme un continuum de pratiques aux mêmes visées (Claro, 2021).

4.2 « Sauf qu'il y a beaucoup d'hommes qui ne veulent pas mettre de condom » : de la difficulté à l'impossibilité de partager la gestion de la fertilité

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

Les résultats de l'analyse thématique du corpus raisonné permettent de constater que la responsabilité féminine du contrôle de la fertilité est parfois reconnue par les locutrices, mais que cette assignation genrée du travail contraceptif et abortif est peu remise en question sous prétexte que le partage des charges est au mieux, difficile, au pire, impossible.

Ainsi, nous constatons certaines occurrences de l'expression « charge contraceptive » (12 occurrences, dans 3 épisodes), laquelle vise à reconnaître le partage inégal des tâches de contrôle de la fertilité. Cela

¹⁸ Pour illustrer cette affirmation : trois hôtesse d'épisodes sont panélistes invitées d'un autre épisode du corpus, et 4 panélistes invitées sont invitées à plus d'un épisode du corpus. Sans compter que 13 émissions comptent plus d'un épisode.

dit, ces prises de paroles sont strictement portées par des professionnelles en sexologie. Cela n'empêche pas les femmes de reconnaître que le contrôle de la fertilité est un mandat qui leur revient, mais cette reconnaissance a tendance à être posée comme une fatalité plutôt que comme une situation à changer ou qui pourrait être autrement. S'il arrive que les femmes discutent des possibilités d'implication des hommes (surtout de l'usage du préservatif), de nombreuses discussions au sein du corpus réinscrivent le contrôle de la fertilité comme un travail féminin allant de soi. Nous scrutons cet aspect en trois moments : d'abord, la reconnaissance dépolitisée du désengagement des hommes, ensuite, l'argument de la fatalité biologique de cette répartition des tâches et, finalement, l'assignation féminine de la responsabilité des préservatifs.

4.2.1 Reconnaissance dépolitisée de la responsabilité genrée du contrôle de la fertilité : quels engagements des hommes ?

Premièrement, dans le corpus, plusieurs femmes reconnaissent le partage inégal et genré des charges de santé reproductive. Parmi ces façons, nous remarquons que de nombreuses femmes se questionnent sur l'existence d'une pilule contraceptive masculine, en demandant par exemple si cela existe ou pourquoi cela n'est pas utilisé. En voici un exemple représentatif :

« Mais il n'y a pas quelque chose comme une nouvelle méthode de contraception que maintenant les hommes peuvent prendre ? »

L., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Si ce type de propos reconnaît l'existence d'un certain déséquilibre genré sur le plan des méthodes de contraception, il nous semble offrir du même souffle une prétendue justification à cette asymétrie, en laissant entendre que le non-engagement des hommes s'explique, non pas par leur exploitation de la force de travail des femmes (Delphy, 2015), mais plutôt par l'absence concrète de pilule contraceptive masculine. En effet, nous observons que les quelques propos abordant cette question dans le corpus tendent à suggérer que la prise de pilule par l'homme serait l'unique modalité d'implication. Autrement dit, ces discussions suivent la forme suivante : la possibilité de reconnaître le travail contraceptif et d'espérer un engagement masculin s'ouvre brièvement, pour se refermer dès que l'absence de pilule masculine est convoquée, passant alors sous silence les autres modalités d'implication, et renforçant par le fait même l'idée que le partage de la charge est pratiquement impossible.

Cela dit, dans d'autres cas, plus rares, la reconnaissance de la responsabilité du contrôle de la fertilité prend la forme de discussions suggérant des modalités de participation pour les hommes. Parmi ces

modalités, nous retrouvons l'utilisation de préservatifs, la méthode du retrait et la vasectomie, mais aussi l'implication dans des méthodes prises en charge par les femmes, soit la connaissance partagée du cycle menstruel et des périodes de fertilité, ainsi que l'appui financier pour l'achat de méthodes de contraception. De la sorte, nous notons qu'à plusieurs occurrences, des femmes discutent de la possibilité pour les partenaires sexuels d'avoir tous les deux la même application logicielle de suivi de la fertilité, ou encore d'avoir tous les deux des notifications sur leur téléphone pour rappeler la prise journalière d'un contraceptif oral.

« Que penses-tu de te faire un calendrier mon cher ami, ou de te mettre une petite application gratuite ? »

A., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

D'autres femmes témoignent aussi de la possibilité pour les partenaires masculins de s'impliquer financièrement dans l'achat d'une contraception d'urgence ou d'un moyen de contraception, comme la pilule ou le stérilet. Néanmoins, ces propositions d'implication sont souvent accompagnées d'une vive gratitude envers les hommes qui les pratiquent, marquant d'une part la rareté du phénomène, et d'autre par, le double standard alors que les femmes pratiquant ces formes de travail ne reçoivent pas de tels éloges. Tout se passe comme si les hommes participant au contrôle de la fertilité pratiquaient de « petits gestes d'héroïsme » (Terry et Braun, 2011). Voici un extrait représentatif de cette récurrence, formulée par une participante au sujet de l'appui financier de son ancien partenaire sexuel.

« Quel gentil jeune homme, il a payé ma contraception »

M., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Malgré cette reconnaissance aux hommes accomplissant ces gestes, nous tenons à mettre de l'avant une prise de parole en particulier qui abonde dans un sens différent (et qui n'est donc pas représentative des propos tenus dans le corpus) soulignant les limites du soutien financier. Il s'agit d'un témoignage d'une panéliste formée en sexologie.

« Il m'a payé ma pilule du lendemain, ce qui était super, merci de payer 50 % de la pilule, mais tu payes pas le 50 % du voyage [déplacement à la pharmacie] que je dois faire. Puis la charge mentale que je dois faire pour aller la chercher, puis d'encore confronter le pharmacien pour la quatrième fois cette année pour lui demander un plan B, puis de voir le jugement dans son regard. Tu sais, il y a comme tout ça qui vient avec. C'est comme : "Oui, merci de me l'avoir payé à moitié." Mais il y a quand même l'expérience. Tu la vivras pas la frustration. »

A., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

Ce témoignage met en lumière le décalage entre la participation financière, finalement minimale du partenaire masculin, et la charge logistique, émotionnelle et sociale assumée par la femme dans l'accès à la contraception d'urgence. Cet extrait met ainsi en relief la manière dont le simple partage des coûts ne suffit pas à lui seul à rééquilibrer le travail de gestion de la fertilité.

4.2.2 La responsabilité féminine comme fatalité biologique

Toujours au sujet de l'implication des hommes, nous observons que plusieurs femmes remettent en question la logique d'assignation de la responsabilité de contrôle de la fertilité en évoquant la mécanique de cette dernière. En effet, à plusieurs occurrences, des panélistes reviennent sur la caractéristique de l'appareil reproducteur masculin de pouvoir participer à de nombreuses grossesses chaque année (alors que l'appareil reproducteur féminin ne peut dépasser une grossesse chaque 9 mois). L'argument, ici, est celui développé dans le populaire ouvrage *Éjaculer en toute responsabilité : une nouvelle façon de penser la charge contraceptive* (Ejaculate responsibly : a whole new way to think about abortion) de Gabrielle Blair (Blair, 2022), classé succès de librairie au palmarès du New York Times. Ce manifeste propose de considérer que le fait que les hommes soient fertiles en tout temps justifie que ceux-ci devraient être responsables de la contraception. Dans notre corpus, que ce genre d'argumentaire s'appuie sur la création d'images invitant à envisager un renversement dans l'assignation strictement féminine de la responsabilité contraceptive. Les deux extraits suivants en sont des illustrations représentatives.

« Ça ne serait pas plus logique de décharger le fusil que de mettre une armure ? »¹⁹

L., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« Tu sais, une femme, elle peut avoir une relation sexuelle avec 100 hommes, puis elle peut juste tomber enceinte une fois, mettons en un an. C'est ça. Puis pour un homme, l'inverse. Il a une relation sexuelle avec 100 femmes. Il peut mettre 100 femmes enceintes. »

C., À HUIS CLOS, L'AVORTEMENT

Bien que ces suggestions proposent un renouvellement d'idées reçues sur la contraception, nous constatons que l'argument de la grossesse dans le corps des femmes reste abondamment évoqué afin de

¹⁹ Cette métaphore de la charge contraceptive invite à envisager l'appareil reproducteur masculin comme un fusil — et les spermatozoïdes comme des munitions — puis l'appareil reproducteur féminin comme une cible. Cette métaphore suggère ainsi qu'il serait plus logique et sécuritaire de retirer les balles du fusil (de le « décharger »), c'est-à-dire de neutraliser le potentiel fertilisant des spermatozoïdes, plutôt que de placer un gilet pare-balle sur la cible (lui mettre une « armure »), c'est-à-dire de recourir à des méthodes contraceptives agissant sur l'appareil reproducteur féminin.

justifier l'assignation de la responsabilité contraceptive à celles-ci (c'est-à-dire justifier l'assignation aux femmes de la charge contraceptive par le fait que ce sont elles qui peuvent vivre physiquement les effets d'une grossesse). Ces propos, plus fréquents que les précédents s'apparentent aux extraits suivants :

« Au final, si tu t'échappes pis tu y viens dedans, bin c'est elle qui va avoir des problèmes après »

M., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« S'il y a une fécondation, c'est toi qui subis la grossesse, tu sais. »

A., ENTRE ELLE ET LUI, PROBLÈMES DE COUPLE, ANXIÉTÉ ET AVORTEMENT

Nous remarquons aussi que ce genre de discours est souvent accompagné de réflexions au sujet de l'éventuelle (non) confiance portée à un homme qui se chargerait de contrôler la fertilité, suggérant, dans une certaine mesure, que les réflexions sur le partage de la charge contraceptive sont finalement vaines et que cette responsabilité féminine est une « fatalité ». Voici, deux extraits reflétant bien ce cas.

« Moi, je suis pas sûre que je ferais confiance au partenaire pour qu'il ait pris son contraceptif adéquatement. »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

« Est-ce que la femme aurait une confiance absolue en l'homme qui prend la méthode contraceptive parce que c'est quand même elle qui subit la conséquence ? »

A., ENTRE ELLE ET LUI, PROBLÈMES DE COUPLE, ANXIÉTÉ ET AVORTEMENT

4.2.3 Le préservatif comme méthode masculine à la responsabilité des femmes

Finalement, une des thématiques saillantes quant à l'implication des hommes dans le contrôle de la fertilité est la question du préservatif. À ce sujet, les données confirment que de nombreuses femmes témoignent des difficultés à convaincre leurs partenaires à l'utilisation de cette méthode. C'est le cas d'A. qui témoigne comme invitée de son parcours contraceptif et abortif dans le 5 à 7 *podcast*.

« Si j'ai un *one-night* ou une nouvelle fréquentation, il y a un condom qui se met là. Mais tu sais, ils mettent tellement de pression à ne pas en mettre que je suis comme OK, mais si je tombe enceinte là... »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Cette citation est assez représentative des propos tenus dans le corpus sur le sujet : les femmes doivent négocier avec leur partenaire sexuel pour les convaincre d'utiliser un préservatif et semblent ainsi être seules à se soucier des possibilités de grossesse. Il convient de souligner l'asymétrie des deux positions de

négociation décrites par les femmes : l'homme présente des préférences érotiques, alors que la femme se porte garante de mandats bénéfiques aux deux parties, soit la gestion de la fertilité et la protection contre les infections transmises sexuellement et par le sang. La citation suivante, issue d'un épisode du balado *Entre elle et lui*, illustre bien ce genre de négociation.

F. (homme) : OK. Mais tu sais, c'est vrai qu'avoir un rapport sexuel, tu sais, quand t'es bien *horny* là, pas de condom, tu le sais que c'est bien mieux. Puis c'est, c'est beaucoup plus chaleureux pour ta verge...

A.M (femme) : Mais c'est pas chaleureux pour ta charge mentale.

ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

Cet extrait montre la tâche indispensable au contrôle de la fertilité que représente le fait de réclamer le port du préservatif. Nos résultats donnent à voir que, dans de nombreux cas, si le préservatif en vient bel et bien à être utilisé c'est parce que la femme s'est portée garante, non seulement de le requérir, mais bien souvent aussi de produire un plaidoyer servant à convaincre le partenaire de la pertinence de son utilisation. Autrement dit, si les femmes n'effectuent pas le travail de demander le préservatif, et éventuellement d'argumenter cette demande, il n'est pas du tout garanti que celui-ci sera effectivement utilisé. Comme le souligne la sociologue Cécile Thomé, « Si beaucoup de femmes [...] prennent en charge cet objet [le préservatif] c'est ainsi parce que les hommes semblent être majoritairement défaillants. » (Thomé, 2016, p. 77)

Pour Thomé, l'utilisation du préservatif exige des femmes un travail d'anticipation, qu'elle remarque surtout par l'achat et l'installation de l'objet qui, fort souvent, leur revient (Thomé, 2016). Le travail de négociation des femmes que nos résultats montrent ne fait ainsi que renforcer sa proposition voulant que le préservatif soit finalement une méthode de contraception à responsabilité féminine, bien qu'il soit associé à la contraception masculine dans l'imaginaire commun (Thomé, 2016).

À ce sujet, nous nous devons cependant de bien distinguer « cette *responsabilité* du préservatif d'un *contrôle* de l'utilisation de celui-ci. » (Thomé, 2016, p. 78 ; italique de l'autrice) En effet, « dans le cadre de relations non consenties, le contrôle sur cet objet redevient masculin, comme l'est le contrôle de l'acte, qui est imposé par le partenaire » (Thomé, 2016, p. 78). Sur ce point, la thématique du refus de préservatif, et plus particulièrement du retrait non consenti du préservatif par les partenaires sexuels masculins, est récurrente dans notre corpus. Ce phénomène souvent appelé *stealth* dans les médias (Czechowski *et al.*, 2019) est désormais reconnu au Canada comme une forme d'agression sexuelle, car, lorsque le port

du préservatif est une condition à la relation sexuelle, le retrait de celui-ci à l'insu du ou de la partenaire constitue une violation au consentement (Cour suprême du Canada, 2022). Quelques femmes témoignent ainsi de leurs expériences comme victime de retrait non consenti du préservatif, dont une femme qui explique la situation de grossesse et l'avortement ayant suivi cette agression sexuelle. Notons cependant qu'à l'exception d'une professionnelle en sexologie qui utilise le terme « *stealthing* », ce genre de situation, bien que posée comme problématique, n'est pas discutée avec la connotation d'une agression sexuelle. Si une étude approfondie permettrait d'éclairer ce phénomène précis (ce qui dépasse le mandat de la présente recherche), la présence de ce genre de propos confirme la gravité des enjeux associés à l'utilisation du préservatif par les hommes. Il apparaît non seulement que le préservatif ne parvient pas à lui seul à rétablir l'asymétrie de la charge contraceptive, mais plus encore qu'il peut s'avérer un outil de manifestation violente du système d'oppression patriarcale, à savoir : l'agression sexuelle.

4.3 « C'est presque rendu inconscient dans le sens que c'est tout le temps dans ma tête, chaque jour de ma vie » : la gestion de la fertilité comme travail quotidien

R., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

Abordons à présent la deuxième catégorie d'expériences de travail contraceptif et abortif qui se dégage des données, qui regroupe des observations mettant en évidence le caractère quotidien des tâches liées à la santé reproductive. En effet, à la lumière de l'analyse thématique, nous constatons que les charges découlant du contrôle de la fertilité sont non seulement nombreuses, mais qu'elles sont inscrites de manière quotidienne dans la vie des femmes, voire qu'elles y sont omniprésentes. Les prises de parole des femmes nous amènent à considérer que ces charges ont pour elles des dimensions concrètes exigeant des gestes répétitifs, mais aussi des dimensions plus abstraites qui se manifestent chez elles par un souci constant envers la fertilité.

4.3.1 Un travail de tous les jours multiple et exigeant

Nos résultats mettent en évidence que la gestion de la fertilité sollicite les ressources temporelles et énergétiques des femmes de façon quotidienne. De nombreux témoignages soulignent, en effet, combien l'observance des méthodes choisies pour contrôler la fertilité peut être chronophage et énergivore, autant pour des méthodes dites « naturelles » que pour des méthodes hormonales.

Nous relevons divers propos de femmes marquant la vigilance ininterrompue nécessaire afin de maximiser les chances qu'une méthode atteigne sa visée contraceptive. Qu'il s'agisse, comme dans le premier extrait,

de prendre un contraceptif oral à heure fixe chaque jour, ou, comme dans le second extrait, de surveiller régulièrement la glaire cervicale²⁰, le contrôle de la fertilité exige une rigueur quotidienne :

« Le comprimé, il faut le prendre à chaque jour à peu près à la même heure ».

K., FEMMES À MARIER, LE CYCLE MENSTRUEL

« Mais il faut observer la glaire plusieurs fois par jour, parce que ça se peut qu'on la manque »

K., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Ces témoignages nous informent que certaines modalités du travail de contrôle de la fertilité nécessitent une vigilance constante et des gestes répétés de la part des femmes, leur imposant des contraintes logistiques (la femme doit faire en sorte que son emploi du temps lui permette effectivement d'effectuer ces gestes) et cognitives (elle doit maintenir une attention soutenue et éviter toute omission susceptible de compromettre l'efficacité de la méthode contraceptive).

4.3.2 Un travail sur le temps long

Nous observons de manière proéminente, soit dans la majorité des épisodes, que les femmes partagent avoir commencé la contraception hormonale très tôt dans leur vie fertile et très souvent avant l'âge adulte : plusieurs témoignent avoir commencé la pilule contraceptive comme adolescente à 14, 15 ou 16 ans. En voici deux extraits représentatifs :

« Je vais toujours me souvenir, la première fois qu'on m'a mis une pilule contraceptive dans mes mains, j'avais quatorze ans »

K., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

« Moi j'ai pris la pilule quand j'avais seize ans, du fait que j'avais des règles trop douloureuses et abondantes »

I., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

En commençant à prendre des contraceptifs hormonaux comme adolescentes, plusieurs locutrices, désormais adultes, témoignent aussi de l'importante quantité de temps passé à utiliser ces médicaments

²⁰ La glaire cervicale, aussi appelée cervix ou mucus cervical est une sécrétion produite au niveau du col de l'utérus dont la texture et l'apparence se modifient au fil du cycle menstruel et des périodes de fertilité. Certaines méthodes contraceptives reposent sur l'observation de ces changements afin de tenter de déterminer le moment de l'ovulation, selon le principe que la fécondation est possible jusqu'à cinq jours avant et un jour après l'ovulation (Faucher *et al.*, 2019b).

et dispositifs, qu'elles comptent souvent par décennies. En voici deux exemples illustrant bien cette récurrence du corpus :

« Moi, c'était *Yasmin* que je prenais. Puis j'ai pris ça pendant presque toute ma vie. Pendant presque 20 ans finalement. »

I., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

« Ça faisait, je sais pas, au-dessus de dix ans que j'étais là-dessus »

R., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

La contraception s'inscrit ainsi sur le temps long — et c'est aussi le cas pour l'avortement. En effet, nous remarquons que plusieurs femmes rapportent que certaines charges associées à l'interruption de grossesse perdurent bien au-delà de l'intervention elle-même. Cela se manifeste, entre autres, par les témoignages abondants de femmes disant penser minimalement chaque année à un avortement passé, sans que cela soit pour autant particulièrement souffrant. Au sein de notre corpus, plusieurs femmes disent parfois songer à quoi ressembleraient leurs vies si elles n'avaient pas choisi d'avoir recours à l'avortement, notamment en calculant le temps écoulé depuis ce choix afin de se figurer l'âge qu'aurait l'« enfant »²¹ si elles avaient choisi de poursuivre leur grossesse. Nous remarquons que ces réflexions ne prennent pas la forme d'expression de regrets, mais plutôt de soulagement ou de reconnaissance à avoir choisi de ne pas poursuivre la grossesse. La citation ci-dessous est un exemple représentatif de ces prises de paroles.

« Ça fait, je sais pas là, peut-être huit ans que c'est arrivé. Puis des fois, je me dis, tu sais j'aurais un *kid* de huit ans en ce moment. »

C., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

4.3.3 La peur de l'(in)fertilité comme travail

Nous constatons que les femmes témoignent de diverses peurs en lien avec le contrôle de la fertilité, et que quatre d'entre elles sont récurrentes, aussi nous leur consacrons les sous-sections suivantes : la peur de la grossesse non planifiée, la peur de l'avortement, la peur de l'infertilité et la peur des hormones. Ces peurs peuvent être considérées à la fois comme participant à structurer le travail contraceptif et abortif, puis comme des modalités de travail, en tant que charges émotionnelles.

²¹ Nous mettons le mot *enfant* entre guillemets pour signifier que nous ne cherchons d'aucune façon à humaniser les produits de grossesse.

4.3.3.1 La peur de la grossesse non planifiée

Au sein des données, plusieurs femmes témoignent de leur peur constante de vivre une grossesse non planifiée, laquelle nous apparaît exister pratiquement indépendamment du niveau de risque réel de grossesse auquel les femmes ont été exposées. C'est-à-dire que nous remarquons que les femmes n'ont pas à avoir eu une relation sexuelle particulièrement à risque de fécondation pour craindre d'être enceintes. Autrement dit, la crainte d'être enceinte habite de nombreuses femmes dès qu'elles ont eu un rapport sexuel, nonobstant le niveau de protection utilisé. Les expériences racontées par les femmes soulignent plutôt le caractère insidieux de cette peur, qui semble les accompagner au quotidien, malgré l'usage d'une méthode pour contrôler la fertilité, et qui est donc loin de se limiter aux moments suivant une relation sexuelle « non protégée ». Il apparaît que l'attente des menstruations à la suite d'un rapport sexuel (« protégé » ou non) représente un terrain fertile à l'expérience de peur, se manifestant pour certaines dans leurs corps sous forme de stress, comme c'est le cas dans l'extrait suivant.

« Moi aussi c'est quelque chose qui me stresse, les grossesses non désirées »

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

Quelques femmes vont ainsi partager les stratégies qu'elles mettent en place pour se rassurer face à cette crainte. Par exemple, en effectuant de nombreux tests de grossesse ou en vérifiant que le préservatif n'a pas brisé lors de chaque rapport sexuel.

« Moi ce que je fais c'est que je fais vérifier le condom. Fait qu'après chaque rapport sexuel, je vais mettre de l'eau dans le condom pour être sûre que le condom a pas pété. »

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

« Mes tests étaient négatifs, mais tu sais, ça faisait comme trois semaines que j'avais pas eu mes règles, fait que j'étais comme : c'est vraiment douteux. »

R., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

Ces expériences représentent des modalités de travail émotionnel, qu'Arlie Hochschild désigne comme « l'acte par lequel on essaie de changer le degré d'une émotion ou d'un sentiment » (Hochschild, 2003, p. 32) en ce sens où les femmes doivent contenir leurs inquiétudes, leurs peurs, leurs stress d'une éventuelle situation de grossesse pour que cela n'apparaisse pas hors norme et pour que cela ne nuise pas à leurs relations et occupations. Ces expériences illustrent également comment les femmes pour qui tomber enceinte est possible sont conscientes des possibilités de grossesse de leur corps. Cela contraste

avec l'idée reçue que les femmes s'adonneraient à des avortements de plaisir, souvent associée à une supposée insouciance ou légèreté des femmes face à leur fertilité (Charton, 2011).

4.3.3.2 La peur de l'avortement

La deuxième peur que nous notons est celle de l'avortement : plusieurs femmes témoignent craindre le soin de l'avortement lui-même ou alors craindre l'éventualité des jugements d'autrui sur ce choix.

« Ça fait peur pareil d'avoir à le faire. Ça fait peur pareil, c'est sûr. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Quelques propos du corpus semblent suggérer que c'est surtout le caractère inconnu de la pratique ou le fait d'avoir de mauvaises informations sur l'avortement qui rend son éventualité apeurante :

« Juste l'idée d'un avortement, ça me faisait peur. Puis la façon dont je m'en étais fait parler, on me l'avait expliqué comme étant genre un curetage. Que là t'as un aspirateur qui te rentre dans la noune puis ça me faisait peur. On dirait que j'avais..., puis je n'étais pas au courant que j'avais pas les bonnes informations puis que je me faisais pas les bonnes idées. »

A., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

4.3.3.3 La peur de l'infertilité

La peur de la grossesse non planifiée a son pendant inverse : la peur de l'infertilité. En effet, différentes femmes formulent des craintes au sujet d'éventuelles difficultés en lien avec les capacités reproductives de leur corps. Nous observons que plusieurs femmes expriment l'inquiétude que la contraception et l'avortement nuisent à leur fertilité future comme c'est le cas dans l'extrait suivant, au cours duquel il est question de la fertilité après la contraception hormonale :

« J'ai fait comme ok, ça se peut que je sois infertile puis je le sais pas »

K., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

Ces résultats confirment et renforcent l'idée que le travail de contrôle de la fertilité reste indissociable de la plus vaste catégorie du travail procréatif (Hertzog et Mathieu, 2021). Ici, comme l'indiquent les travaux sur le travail procréatif, la « constellation de normes » régissant les choix des femmes en matière de procréation (Hertzog et Mathieu, 2021, paragr. 33) apparaît dans son caractère pluriel et en quelque sorte antinomique : le travail des femmes pour éviter et refuser des grossesses se révèle dans ses témoignages, comme étant façonné par l'importance de maintenir sa capacité à concevoir dans le futur. Autrement dit,

prévenir et refuser une grossesse ne doit surtout pas signifier ne plus jamais pouvoir choisir d'en poursuivre une.

4.3.3.4 La peur des hormones

Comme la peur de l'infertilité est entre autres associée aux éventuels effets secondaires des contraceptifs hormonaux, elle se lie à une peur plus précise et très saillante au sein du corpus : la peur des hormones, que la sociologue Cécile Thomé (2024) appelle l'« hormonophobie ». Cette crainte se manifeste dans le corpus par des propos selon lesquels il faut absolument éviter la consommation d'« hormones ». Soulignons le raccourci contenu dans ce genre de prises de parole où la catégorie « hormones » est utilisée non pas en son sens strict (soit englobant toutes les hormones), mais réfère plutôt aux molécules pharmaceutiques utilisées dans la contraception hormonale (soit des hormones jouant un rôle dans le cycle menstruel). Les extraits suivants illustrent bien le genre de propos tenus à ce sujet. En guise de mise en contexte, le premier extrait est la réponse d'une panéliste à la question « quel moyen de contraception conseillerez-vous à vos filles ? ».

« Honnêtement, moi je pense que je vais dire à mes filles pour vrai genre “condom”. Je veux dire, tu touches pas à rien. Dans le fond, là, si le gars il t'aime assez, tu te mets pas de chimique dans le corps, point barre. On vaut ça. »

A., MÈRE-VEILLEUSES, CONTRACEPTIFS HORMONAUX

« Ce sont des hormones puis tu sais, on s'inflige ça »

A., ENTRE ELLE ET LUI, PROBLÈMES DE COUPLE, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ

« La pilule ? C'est des hormones synthétiques en fait, qui viennent comme complètement arrêter ton cycle naturel. »

J., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Si le sentiment de peur n'est pas explicitement formulé dans ces extraits, il demeure néanmoins sous-jacent aux discours analysés. En effet, les panélistes présentent les « hormones » comme des substances artificielles, intrusives ou imposées au corps, et opposent ces dernières à une conception valorisée du « naturel ». Ainsi, au-delà des effets secondaires qui leur sont associés (sur lesquels nous reviendrons à la partie 4.4), c'est leur caractère perçu comme non naturel qui semble alimenter une forme de méfiance diffuse, participant à la construction d'un rapport anxiogène aux contraceptifs hormonaux.

4.4 « J’ai pris la pilule et ça c’est pas très bien passé. On peut-tu en parler ? » : Déceptions et remises en cause du contrôle médicalisé de la fertilité

M. SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

La troisième catégorie d’expériences de travail contraceptif et abortif que nous présentons convoque l’institution médicale ainsi que les vécus liés à la contraception médicalisée. Cette partie dévoile une articulation complexe entre la prise en charge médicale du contrôle de la fertilité et les tâches nécessaires à celui-ci, marquant comment cette articulation participe à intensifier le travail.

4.4.1 Petites et grandes misères des expériences avec les prestataires de soins en santé reproductive

Au sein du corpus, plusieurs femmes racontent des expériences avec des professionnels et professionnelles de la santé en lien avec la santé reproductive en témoignant, très souvent d’expériences insatisfaisantes. Signalons ici qu’il ne s’agit pas d’avancer que toutes les femmes reçoivent des soins inadéquats, mais plutôt de reconnaître que les mauvaises expériences racontées sont à envisager comme rendant plus exigeant et lourd le travail contraceptif et abortif des femmes qui les vivent. À ce propos, plusieurs femmes témoignent aussi d’expériences positives avec des prestataires de soins en soulignant leur surprise de recevoir des soins dans un contexte exempt de jugements. Cela dit, nous constatons que les expériences négatives avec des prestataires de santé racontées par les femmes sont le plus souvent en lien avec les trois situations suivantes : le contact avec des prestataires d’avortement contribuant à rendre le soin plus difficile, avec des prestataires de contraception d’urgence moralisateurs ou enfin avec des prestataires offrant un accompagnement insuffisant en lien avec la prise de la pilule contraceptive. Ces expériences constituent autant de tâches émotionnelles, cognitives, physique de recherche et de tri d’informations.

4.4.1.1 Relations de soins difficiles lors des soins d’interruption de grossesse

La première situation racontée par de nombreuses femmes est celle d’avoir reçu des soins d’avortement par des prestataires ayant contribué à rendre leur avortement plus difficile. Les propos allant dans ce sens témoignent surtout de relations de soins en contexte d’avortement manquant d’empathie et étant empreints de jugements. Les extraits suivants illustrent bien cette idée, la première propose un constat général sur les prestataires offrant des contextes de soins d’avortement inadéquats et les deux autres font partie des quelques exemples précis de comportements de prestataires de soins posés comme problématiques. Notons que ces trois extraits sont issus de témoignages de femmes racontant des avortements passés.

« Dans les cliniques, il reste du travail à faire parce que justement, c'est pas nécessairement très empathique. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« C'était pas prévu évidemment [la grossesse]. Puis elle est allée chez le médecin justement. Puis lui il lui a pas demandé, il a juste tourné l'écran, puis il a fait entendre le cœur dans les haut-parleurs du bureau »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« Puis là, t'as l'infirmière qui te le répète 22 fois. T'es sûre ? T'es sûre ? T'es sûre ? »

S., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

Dans ces trois cas, il apparaît que les attitudes des prestataires de soins peuvent contribuer à rendre l'expérience de l'avortement plus difficile, en jouant, notamment sur une éventuelle culpabilité chez la bénéficiaire du soin. Ces témoignages illustrent comment l'avortement n'est pas toujours compris comme un soin légitime, ce qui constitue en soi un frein à son accès. Ce genre d'expériences s'inscrit plus largement dans un contexte québécois loin d'être exempt de barrières structurelles d'accès aux soins d'avortement, comme le mentionne la chercheuse Isabelle Côté : « Le mépris et le manque de respect auxquels les femmes font face dans les services [d'avortement] constituent un autre facteur limitant l'accès » (Côté, 2013, p. 78).

4.4.1.2 Relations de soins difficiles lors de l'accès à la contraception d'urgence

Au fil des épisodes, plusieurs femmes témoignent de leurs expériences associées à la prise d'un contraceptif oral d'urgence, aussi appelée la pilule du lendemain ou le plan « b », accessible au Québec derrière le comptoir des pharmacies ou encore sous ordonnance médicale d'une infirmière ou d'un médecin (Guilbert *et al.*, 2024). La contraception d'urgence est une méthode de contrôle de la fertilité permettant de prévenir le développement d'une grossesse à la suite d'un rapport sexuel potentiellement fécondant.

L'obtention de ce genre de moyen pour contrôler la fertilité nécessite ainsi une consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé à la suite d'un rapport sexuel susceptible d'être fécondant et implique donc de dévoiler ledit rapport sexuel à ce prestataire de soins. Plusieurs femmes racontent des expériences de consultation afin d'obtenir une contraception d'urgence en décrivant le jugement ou l'attitude moralisatrice de la part du pharmacien ou de la pharmacienne consultée. C'est le cas dans les deux extraits suivants.

« [t'auras pas à] confronter le pharmacien pour la quatrième fois cette année pour lui demander un plan B, puis de voir le jugement dans son regard. »

A., APÉRO SEXO, MON TEST DE GROSSESSE EST POSITIF

« Il [le pharmacien] était comme : “tu t’es pas protégée, comment ça ? T’étais dans l’inaccessibilité ?” Voyons, de quoi je me mêle ? Tu sais clairement qu’il y a personne qui prend ça comme moyen de contraception, le plan b. »

J., 5 À 7 PODCAST, L’AVORTEMENT

Ajoutons que plusieurs femmes relatent l’importance des effets secondaires associés à la prise de contraceptifs d’urgence, rendant les attitudes de prestataires d’autant plus dérangeantes, comme le témoigne l’extrait suivant.

« T’es là, *esti*, à avoir mal au cœur pendant douze heures, tu fais pas ça pour le *fun*. [...] De l’empathie ce serait pas mauvais. »

J. 5 À 7 PODCAST, L’AVORTEMENT

4.4.1.3 Accompagnement médical insatisfaisant pour la contraception hormonale

Plusieurs femmes dans les données racontent leur expérience avec des prestataires de soins leur prescrivant une contraception hormonale en décrivant le manque d’accompagnement et d’informations partagées lors des consultations médicales. Il en résulte que de nombreuses femmes partagent l’impression de ne pas avoir reçu suffisamment d’informations avant d’amorcer la prise de contraception hormonale. C’est le cas de plusieurs femmes, comme dans l’extrait suivant, se rappelant la première fois qu’elles se sont fait prescrire la pilule contraceptive.

« On m’a comme donné le rôle de cobaye de toute cette industrie-là, mais sans vraiment m’aiguiller sur qu’est-ce qui se passe dans mon corps en ce moment »

K., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

Cet extrait, comme plusieurs autres du corpus, met aussi en relief la manière dont les femmes ont l’impression que la pilule est prescrite « automatiquement » aux jeunes femmes, sans évaluer d’autres options. Pour d’autres panélistes, les expériences d’accompagnement médical décrites concernent, comme c’est le cas dans l’extrait suivant, le manque d’informations sur les risques et effets à plus long terme associés aux méthodes de contraception.

« Puis, moi, ce que je n’ai pas aimé c’est justement ça, c’est que c’était pas en toute connaissance de cause. Si on m’avait dit que mettre un stérilet après ça, ravoir ses règles, ça prendrait plusieurs mois, voire années. J’aurais peut-être été dans le plus naturel, mais on me

l'a pas dit. Tu sais, on m'a juste parlé de l'effet immédiat, qu'est ce que ça va faire là ? Ça va réduire tes douleurs, Ça va réduire tes règles. »

I., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Ces partages d'expériences traduisent une approche médicale documentée dans la littérature française (Roux, 2023b ; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), où la contraception hormonale semble être envisagée comme une solution évidente et standardisée. Dans ce cadre, la diversité des vécus et les besoins des femmes sont minimisés, ce qui rend plus difficile l'accès à de l'information de qualité sur le sujet. Dans ce contexte, la responsabilité de s'informer et de naviguer parmi les options contraceptives repose de manière encore plus saillante sur les femmes, alors que les prestataires de soins ne contribuent pas pleinement à alléger le travail contraceptif de recherche et de tri des informations.

4.4.2 Petites et grandes misères des expériences de contraception hormonale

Nous observons de manière très saillante dans nos données que des femmes témoignent des difficultés rencontrées lors de la prise de contraceptifs hormonaux en identifiant des formes de charges physiques, émotionnelles et sexuelles. Il s'agit de reconnaître que les effets secondaires racontés par les femmes leur sollicitent des tâches de gestion et d'ajustement. Sans faire l'inventaire exhaustif des charges racontées par les femmes, nous analysons plutôt sur celles qui sont les plus récurrentes dans le corpus.

4.4.2.1 Charges physiques

La douleur afférente à la prise de contraception hormonale est énormément discutée au fil des épisodes du corpus. Ainsi, de nombreux témoignages présentent des expériences de douleurs liées à la pose, au port et au retrait d'un stérilet, comme dans l'extrait suivant.

« Se le faire retirer [le stérilet], ça fait vraiment moins mal que de se le faire mettre. »

M., FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

Plusieurs témoignages soulignent d'ailleurs des douleurs très vives et contraignantes. Voici deux exemples parmi les témoignages les plus marqués en ce sens.

« J'ai pris la décision de le faire enlever [le stérilet] parce que je me disais c'est pas une vie là, à un moment donné, tout le temps avoir mal. »

C., PROBLÈMES DE COUPLE, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ, ENTRE ELLE ET LUI

« Avant j'étais sur la pilule, mais depuis j'ai mon *criss* de stérilet, juste parce que je veux pas avoir la charge mentale d'y penser à tous les jours. Mais, ma fille, osti que j'ai mal au ventre ! Des fois je suis genre couchée à terre, même pas capable de me lever debout pis je me dis "crisse, je vais me faire amputer tabarnak !" »

R., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Cet extrait donne à voir un cas où le travail physique de contraception est particulièrement ostentatoire : un cas où la gestion de douleurs corporelles constitue une tâche particulièrement accaparante. L'extrait met non seulement en évidence que la contraception par stérilet *exige* à R. d'endurer des douleurs très vives, mais signale aussi que ces douleurs apparaissent pour la panéliste comme étant préférables à la charge mentale de la contraception orale. Cela met en avant le caractère particulièrement prenant de ce dernier pan du travail contraceptif pourtant largement invisibilisé (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017).

D'autres partages d'expériences portent plutôt sur la pilule contraceptive, surtout pour témoigner de maux de tête ou de migraines, comme c'est le cas dans l'extrait suivant.

« Au début, quand j'avais commencé à prendre la pilule contraceptive, ça me donnait de gros maux de tête, des migraines. »

J., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Un effet secondaire discuté à quelques reprises dans le corpus est celui de la crise cardiaque. Dans un épisode une hôtesse témoigne avoir vécu cet effet secondaire très sérieux et un autre partage qu'une de ces bonnes amies a vécu la même chose.

« J'ai fait un AVC sur la pilule. »

M., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« Une de mes amies a fait un AVC avec sa pilule, fait que... pis elle était sur un pont, pis elle conduisait, pis là elle essayait d'appeler, mais dans son cerveau elle n'était plus capable de faire le 911 »

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Étant donné la gravité de la crise cardiaque comme enjeu de santé, vivre un tel événement à la suite de la prise de contraception hormonale, ainsi que composer avec le risque (aussi minime soit-il) de subir un trouble cardiovasculaire nous apparaît comme une forme de travail physique particulièrement exigeante.

Nous remarquons aussi que plusieurs femmes discutent de la difficulté à retrouver un cycle menstruel stable après avoir arrêté la prise de contraceptifs hormonaux. Un épisode du corpus est d'ailleurs dédié

pratiquement en entier au parcours d'une invitée pour « retrouver » ses menstruations. Ce phénomène représente un effet très concret, constituant une forme de travail physique, avec des impacts notables, notamment sur les possibilités de projets de grossesse désirée. Voici deux extraits illustrant ce propos :

« Parfois les règles ne reviennent pas pendant six mois »

R., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

« J'ai perdu mes menstruations pendant longtemps après avoir retiré le stérilet et tout ça »

J., PHARMACIENNE, LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Ces effets secondaires imposent aux femmes une série de charges de travail : des charges associées au fait de se confronter aux changements provoqués par la contraception (par exemple : ressentir la douleur ou composer avec le report d'un projet de grossesse) et celles associées au fait de chercher à les atténuer (par exemple : changer de moyen de contraception, éviter certaines activités, consulter pour la fertilité, etc.).

4.4.2.2 Charges psychologiques

Plusieurs femmes racontent des expériences mettant en évidence les charges psychologiques liées à la contraception hormonale. Au sein du corpus, une forte présence de témoignages associe la prise de contraception hormonale à une intensification des symptômes anxieux ou à des modifications sur le plan de l'humeur.

En effet, de nombreuses femmes rapportent l'augmentation de leur anxiété, comme c'est le cas dans l'extrait suivant qui se distingue comme l'un des plus évocateurs à ce sujet.

« J'ai eu le stérilet avec hormones, j'ai fait dix attaques de panique par jour pendant six mois. Je pensais que je crevais. Fait que là, ils me l'ont enlevé. »

A., MÈRE-VEILLEUSES, CONTRACEPTIFS HORMONAUX

Sinon, toujours en lien avec l'anxiété, une femme raconte avoir été diagnostiquée d'un trouble d'anxiété généralisée alors qu'elle prenait de la contraception hormonale, mais n'avoir plus jamais refait de crise de panique de sa vie une fois avoir changé de moyen de contraception. Elle se questionne sur l'appui médical qu'elle a reçu au fil de ce parcours dans l'extrait suivant :

« Tu sais, par rapport à mon trouble d'anxiété, j'ai consulté beaucoup puis il y a aucun professionnel de la santé qui s'est penché sur ma méthode de contraception comme étant peut-être un indicatif de ça. »

M., FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

Enfin, certaines femmes rapportent des modifications importantes de leur humeur, prenant notamment la forme d'irritabilité, comme c'est le cas dans l'extrait représentatif suivant :

« Ce stérilet-là m'allait pas du tout, surtout pour le côté caractère. Il y avait de la musique qui jouait puis je me sentais agressive. J'étais vraiment "On peut-tu fermer cette musique-là", ça m'agressait. Alors qu'aujourd'hui, la musique c'est ma vie, mais ça me rendait vraiment agressive puis moins patiente. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Il s'agit ici de reconnaître que la contraception impose aux femmes un travail sur les émotions (Hochschild, 2003) visant à diminuer l'intensité de leur anxiété ou de leur irritabilité afin que les contrecoups de la contraception n'affectent pas trop leurs vies. À ce travail s'en greffe un second : le travail sur la perception de soi (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) qui renvoie au fait que les femmes *doivent* ajuster leur perception d'elles-mêmes au gré des effets secondaires. Par exemple, dans les extraits plus haut, J. est contrainte à ne plus se voir plus comme une mélomane et M. est appelée à se concevoir comme une personne anxieuse.

4.4.2.3 Charges sexuelles

Finalement au sein du corpus, plusieurs femmes témoignent d'effets secondaires ayant des impacts sur leurs vies sexuelles. C'est le cas de récits de douleurs pendant les actes sexuels, notamment liés au port d'un stérilet, lesquels sont discutés à quelques occurrences dans le corpus, comme dans l'extrait suivant :

« Et pour être honnête avec vous, ça a été des douleurs sexuelles dans certaines positions des fois. Notre vie sexuelle était super affectée parce que ça me tentait plus de baiser. »

C., PROBLÈMES DE COUPLE, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ, ENTRE ELLE ET LUI

Sur le plan des charges sexuelles, c'est surtout la thématique de la perte de libido qui est discutée dans le corpus. Quelques femmes témoignent en effet de leur perte de libido qu'elles associent à leur contraception hormonale, comme c'est le cas dans l'extrait qui suit :

« Je pensais que j'étais brisée. Je pensais que j'étais en préménopause parce que j'avais des effets importants, que oui, la pilule peut apporter. T'sais sécheresse vaginale, pas de libido, mais pas du tout. »

J., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Ajoutons sur ce point qu'une pharmacienne commente spécifiquement cette thématique en soulignant le manque de données probantes et fiables pour confirmer une corrélation entre ce symptôme et la contraception hormonale.

« Mais c'est sûr que c'est aussi un gros sujet, la libido et la contraception. Honnêtement, c'est dommage, mais on a vraiment peu de données là-dessus. Tu sais, je pourrais pas dire "Ah c'est sûr que ça créer une baisse de libido" ou quoi que ce soit. »

K., PHARMACIENNE, FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

Retenons ici que, comme pour les charges psychologiques, les femmes payent le prix de la contraception en adaptant leur sexualité. Ainsi, l'ajustement des scripts sexuels et de la temporalité des relations sexuelles aux douleurs, à la sécheresse vaginale ou à la diminution de libido représente autant de charges sexuelles que les femmes doivent effectuer.

4.4.3 Quitter les contraceptifs hormonaux comme expérience de (re) découverte de son corps

Dans une suite logique à la forte présence d'expériences négatives par rapport à la contraception hormonale dans le corpus, une grande quantité de témoignages de femmes racontent leur expérience d'arrêt de la prise de contraceptifs hormonaux. Ces témoignages prennent pratiquement toujours la forme d'un récit vantant les aspects positifs de cette cessation et invitant les autres femmes à essayer à leur tour. Lorsque les femmes vantent les aspects positifs de l'arrêt de la pilule, c'est en majorité à cause de la cessation des effets secondaires indésirables, comme dans les deux extraits représentatifs suivants.

« Elle a arrêté la pilule. Toutes les détresses psychologiques qui étaient associées avec la prise de la pilule ont arrêté. »

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

Puis un beau jour, je me suis dit "ça fait des années que je prends ma pilule en continu. *What if* que ça a des changements sur moi ?" J'ai arrêté de la prendre. Je n'ai plus jamais refait d'anxiété depuis. »

M., ELLES PODCAST, LA CONTRACEPTION FÉMININE ET LES HORMONES

Pour d'autres, il s'agit plutôt de mettre en relief la reprise de contact avec leur corps et leur cycle menstruel.

« J'ai tellement aimé arrêter la pilule contraceptive, je me suis tellement sentie différente dans mon corps, puis j'ai comme reconnecté avec plein de facettes »

R., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

« J'ai arrêté la pilule contraceptive il y a genre 2-3 ans. Puis on dirait qu'à chaque année, j'ai de nouvelles découvertes sur mon corps, pis j'ai de nouveaux symptômes, de nouveaux symptômes prémenstruels »

Dans certains cas, les femmes affirment vouloir à présent « partager la bonne nouvelle » en informant les femmes autour d'elles des bénéfices d'une telle décision. L'extrait suivant illustre cette volonté de partager l'information (un peu comme s'il s'agissait d'un secret bien gardé) de la manière la plus ostentatoire.

« Un changement que j'ai fait dans ma vie il y a quelques années, ça a été d'arrêter la pilule contraceptive. Il y a peut-être trois, deux ans et demi, trois ans. Puis après ça, j'ai été un messenger de la pilule, comme un messenger avec mes amies et tout de ne plus la prendre. »

R., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

4.5 « Moi j'ai pas mal tout essayé » : Choisir ses contraceptions et ses avortements

J. SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

L'analyse thématique a révélé la très grande importance vouée à la notion de choix dans nos données. Ainsi, des phrases similaires aux extraits suivants abondent dans le corpus :

« Fait qu'il faut vraiment que ce soit le choix de la cliente qui contrôle son corps »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

« Le meilleur moyen de contraception, c'est individuel à chaque. »

K., PHARMACIENNE, FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

« La contraception c'est une zone qui est très grise, puis c'est en fonction de chaque personne, puis de s'adapter en fonction de tes priorités, puis tes besoins à toi. »

J., LE SUCCÈS PAR LE BIEN-ÊTRE, LE CYCLE MENSTRUEL ET LES HORMONES

Ces propos, surtout portés par des personnes parlant davantage à partir d'une posture professionnelle que personnelle, suggèrent qu'il en tient à chaque femme de sélectionner la méthode de son choix. Cela dit, nous observons que l'importance de choisir, et éventuellement de *bien* choisir, comment contrôler sa fertilité représente pour les femmes beaucoup de « travail cognitif sous contrainte » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Il nous apparaît que choisir sa contraception et choisir d'avorter représentent pour les femmes non pas par une seule prise de décision ponctuelle, mais plutôt comme une série de petits choix, qui, eux, se déploient à leur tour en une série de charges de travail. Nous développons ces réflexions autour de deux axes : les choix en matière de contraception et les choix liés à l'avortement.

4.5.1 Choisir sa contraception comme parcours d'essais-erreurs

La première facette de la thématique du choix dans les données concerne les méthodes contraceptives. Les femmes témoignent qu'il ne s'agit pas d'un simple choix théorique, mais plutôt d'un processus d'expérimentation concret à laquelle elles doivent s'adonner. Ces dernières attestent qu'il ne s'agit pas de simplement sélectionner une méthode semblant être adéquate sur papier, mais qu'il faut l'essayer, l'expérimenter, ce qui implique d'effectuer du travail physique, cognitif, temporel, etc. Or, ces expérimentations ne sont pas nécessairement concluantes, ce qui signifie de reprendre le processus du début et d'assumer de nouveau les charges qui en découlent. L'extrait suivant présentant le propos d'une hôtesse reflète bien cette idée :

« Trouver la bonne méthode contraceptive, c'est beaucoup d'essais erreurs. »

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

Dans les épisodes, de nombreuses femmes racontent ce que l'on pourrait appeler leur *parcours contraceptif*. Nous entendons par *parcours contraceptif* l'exploration, souvent chronologique, des différentes méthodes de contraception utilisées par une femme au cours de sa vie. La plupart des récits de parcours contraceptif du corpus prennent la forme d'un exposé des méthodes essayées avant de trouver une méthode convenant aux besoins. Les deux extraits suivants sont les introductions au récit de parcours contraceptif de deux hôtesse :

« Moi j'ai pas mal tout essayé. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« Je suis comme tombée dans une grande, grande aventure de quels moyens de contraception m'allaient ou pas »

M., FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

Les femmes font alors le récit des effets secondaires et des désagréments qu'elles ont vécus au fil de leurs essais de méthodes contraceptives (voir section 4.2.3.2). Cela étant dit, nous observons que ces « grande[s] grande[s] aventure[s] » ne sont en quelque sorte jamais terminées : de nombreuses femmes témoignent avoir utilisé des méthodes et les avoir trouvées adéquates pour un temps, mais avoir dû reconsidérer leur choix face à l'ajout de paramètres, tel qu'un projet de grossesse, un changement dans les pratiques sexuelles, un changement du portrait de santé, un changement de mode de vie, etc.

4.5.2 Se choisir un avortement

À ces charges de travail liées aux choix contraceptifs s'ajoutent celles liées aux choix de l'avortement : le choix d'avoir recours ou non à la pratique, mais aussi, le cas échéant, le choix des modalités de son avortement. En effet, nous observons que les femmes discutent beaucoup des décisions entourant l'avortement : pour certaines, il s'agit de témoigner du parcours décisionnel d'un avortement passé et pour plusieurs autres, il s'agit de se projeter dans l'éventualité d'une grossesse non désirée.

4.5.2.1 Choisir l'issue de grossesse

Nous remarquons l'invisibilisation quasi totale de l'état de grossesse comme paramètre de décision à la poursuite ou l'interruption de celle-ci. Les discussions sur le processus de décision d'un avortement (que cet avortement soit passé ou projeté) s'articulent presque toutes autour de la question du désir parental et des configurations matérielles, économiques et relationnelles des femmes, lesquelles sont données comme pouvant permettre ou non l'élaboration d'un projet familial désirable. Ainsi, les effets corporels et psychologiques de la grossesse, tout comme ses risques, se voient occultés au sein du corpus, bien que la thématique de la grossesse non désirée soit en filigrane de l'ensemble des discussions (le corpus portant en entier sur la prévention et le refus de grossesses). Pour ainsi dire, au sein des épisodes, les femmes ne se demandent à peu près pas si elles sont prêtes à vivre une grossesse, elles se demandent seulement si elles sont prêtes à avoir un enfant. Si l'on peut comprendre que l'attention soit posée sur le désir de parentalité, du fait que ce projet engage un statut plus permanent que la grossesse (« toute la vie » contre neuf mois), il n'en reste pas moins que cette invisibilisation systématique de la question du souhait ou non de vivre une grossesse prolonge l'invisibilisation du point de vue des femmes comme sujets dont l'expérience est légitime et importante (Froidevaux-Metterie, 2023).

Ces prises de paroles sur le désir de maternité traitent souvent de considérations très concrètes, à savoir la situation relationnelle (célibataire, en couple), les moyens financiers, le type de logement habité, la disponibilité temporelle et le degré de maturité. L'exemple suivant, d'une personne qui se projette dans un avortement éventuel, est assez représentatif de cette récurrence.

« Imagine-moi *live* si je tombais enceinte, puis que je décidais de le garder. J'ai pas de chum, mon appart est laid, j'ai une *business* dans trois différentes régions. Tu sais. Qu'est-ce que je ferais avec un enfant, avec un bambin, tu sais ? »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Ajoutons au sujet des choix d'issues de grossesses que la thématique de l'adoption est assez peu discutée au sein du corpus. Cette thématique n'est abordée que dans deux épisodes, chaque fois par des femmes témoignant de leur avortement. Dans un cas, la femme aborde le sujet pour déconstruire l'argumentaire antiavortement suggérant que les personnes n'étant pas prêtes à avoir un enfant peuvent simplement aller dans cette direction. Dans l'autre cas, la femme aborde le sujet pour souligner que, si elle revivait une grossesse non planifiée, elle choisirait d'aller dans cette direction.

En somme, nous constatons que plusieurs panélistes tentent plus ou moins clairement de répondre à la question suivante : « Si je vivais une grossesse non planifiée maintenant, aurais-je recours à l'avortement ? », illustrant qu'un certain type de travail lié au choix de l'issue de la grossesse s'effectue de manière asynchrone et indépendante à une situation de grossesse non planifiée.

4.5.2.2 Choisir les modalités de son avortement

Au-delà du choix de l'avortement lui-même, nous nous rendons compte que les discussions dans les balados traitent aussi beaucoup des choix concernant les modalités de l'avortement. Une fois l'avortement choisi, l'actualisation de celui-ci se déploie en toute une gamme de choix : choisir l'avortement par instrument ou par voie médicamenteuse, choisir à qui et à quel moment celui-ci est dévoilé, choisir qui les accompagne dans le processus, etc.

À ce propos, plusieurs femmes mettent l'emphasis sur le dévoilement de la situation de grossesse non planifiée au partenaire sexuel concerné ainsi qu'à leurs parents. Dans plusieurs cas, les femmes semblent se mettre beaucoup de pression à dévoiler l'information à certaines personnes, un peu comme si elles avaient l'obligation de le faire. L'extrait suivant illustre bien ce phénomène, alors qu'une femme raconte sa grossesse non planifiée et son avortement :

« J'étais comme "OK, fuck, faut que je le dise à mes parents" là. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Pourtant, pour d'autres, il s'agit plutôt de choisir de ne pas dévoiler l'avortement, pour éviter d'être la cible de jugements ou pour se protéger contre d'éventuelles influences de la part de proches.

« Je me sentais déjà assez coupable sans que j'aie besoin, en plus d'avoir à entendre les commentaires des autres. J'avais peur que ça influence mon choix. Puis écoute, je vais être honnête, je vais le dire : j'avais quand même honte un peu de ça. »

Nous constatons aussi que plusieurs femmes racontent leur avortement en mettant l'emphasis sur les choix à faire durant la procédure elle-même qui, dans les cas racontés, sont souvent dépeints comme prenant les femmes par surprise. Les choix dont il est ici question comprennent la sélection par la femme mettant fin à une grossesse de la personne l'accompagnant à la clinique, le choix de la prise de médicament (ex. antidouleur) pendant et après la procédure, le choix de regarder ou non l'échographie et/ou les produits de conception, le choix de savoir ou non le sexe des produits de conception et parfois aussi le choix de la clinique.

Les deux extraits de témoignages suivants sont ceux de femmes racontant, pour le premier, le choix de regarder les produits de conception, et pour le deuxième, le choix de regarder l'échographie.

« Ils m'ont demandé si je voulais voir ce qu'ils avaient enlevé. Ils m'ont dit "Veux-tu voir ou pas du tout ?". J'étais comme "Ah oui, j'aimerais ça voir". Tu sais. Pis t'as tout le temps dans ta tête, l'idée que ce qu'on t'aspire, c'est un petit corps là, tu sais. Mais heille, c'est ça, là. C'était rien là, c'était genre une bulle de *bubble tea* là, Tu sais l'affaire molle dans le fond d'un vieux jus, là. »

C., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

« Ouais, bien, t'as le choix de regarder ou pas regarder [l'échographie]. Puis là, ils m'ont dit "Est-ce que vous voulez regarder ou pas ?" Puis là j'ai dit oui. Ils ont dit "Vous êtes sûre que vous voulez regarder ?" J'ai dit "oui". Fait qu'ils ont tourné l'écran. »

S., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

Retenons que, pour la contraception comme pour l'avortement, le fait de choisir représente certaines charges de travail qui ne sont pas singulières, circonscrites ou ponctuelles, mais s'inscrivant plutôt dans la durée. Cela vaut autant pour le choix d'une méthode contraceptive, à réactualiser tout au long de la vie, que pour l'avortement, qui se déploie en une série de décisions.

4.6 Synthèse

Ce chapitre a fourni des réponses à la question suivante : Comment aborde-t-on les expériences des femmes en matière de travail contraceptif et abortif dans les épisodes de balados québécois ?

Nos résultats mettent en lumière un éventail d'expériences vécues et racontées par les femmes de notre corpus en santé reproductive et surtout du travail de gestion de la fertilité. Nous avons ainsi analysé

différentes dimensions de ces expériences à commencer par les difficultés rencontrées par certaines femmes au prisme de l'éventuel partage des tâches de santé reproductive avec le partenaire masculin. Les femmes de notre corpus, non sans reconnaître l'asymétrie de cette division du travail, expérimentent, d'une part, de sérieuses difficultés à articuler des stratégies permettant de dépasser ce constat (même les méthodes dites « masculines » étant prises en charge par elles) et ont tendance, d'une autre, à poser cette asymétrie comme une fatalité.

Nos résultats précisent également que le travail des femmes pour contrôler la fertilité en est un inscrit dans la quotidienneté et qui comporte des dimensions matérielles, très concrètes sur le plan de l'organisation temporelle, budgétaire et énergétique, mais aussi d'autres, beaucoup moins tangibles, prenant surtout la forme de peurs, de soucis, ou de vigilances constantes envers la fertilité.

Notre analyse met également en évidence de nombreux témoignages de femmes relatant des expériences de santé reproductive négatives en lien avec l'institution médicale. Ces récits sont notamment ceux d'expériences négatives avec des prestataires de soins de santé reproductive qui tantôt n'allègent pas suffisamment le travail de recherche et de tri d'informations (accompagnement insuffisant lors de la prescription de contraception hormonale), tantôt accentuent par leur attitude le travail émotionnel (culpabilisation de l'avortement et de la contraception d'urgence). Ces expériences négatives de l'institution médicale prennent aussi la forme de très nombreux témoignages au sujet des effets secondaires incommodes de la contraception hormonale — ce qui mène plusieurs femmes à cesser ce mode de la contraception hormonale et à partager le récit de leur décision d'arrêter.

Enfin, l'analyse de notre corpus révèle que le contrôle de la fertilité s'articule, pour les femmes panélistes, comme une série de choix à ajuster et à réévaluer tout au long de la vie, et ce, pour la contraception comme pour l'avortement. Ces choix s'accompagnent chaque fois de formes renouvelées de travail de contrôle de la fertilité.

CHAPITRE 5

« C’EST UN GROS ÉPISODE LES FILLES, ÉCOUTEZ-LE ATTENTIVEMENT » : LES BALADOS ET LE TRAVAIL CONTRACEPTIF ET ABORTIF

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Dans ce chapitre nous exposons et examinons les résultats de notre analyse thématique participant à répondre à notre deuxième sous-question : Quelles formes de travail contraceptif et abortif sont performées à même les épisodes de balados québécois ?

Nous répondons à la question en deux temps, à partir des résultats de notre analyse thématique : d’abord en proposant que les femmes qui prennent parole dans les épisodes du corpus y effectuent du travail contraceptif et abortif, et ensuite, en montrant que certaines caractéristiques du corpus contribuent à assigner des charges de travail à l’auditoire.

5.1 Les femmes prenant parole dans les balados y performent du travail contraceptif et abortif

Comme mentionné dans la présentation du corpus général, ce sont en très vaste majorité des femmes qui prennent parole autant comme invitées que comme hôtesse dans les épisodes de balados du corpus et nous argumentons que certaines charges de travail sont effectuées à même ces prises de paroles. Plus précisément, nous identifions trois grands types de travail : les locutrices du corpus assument un travail de dévoilement et de contournement des stigmates, un travail de transmission des savoirs, puis un travail de recherche et de tri d’informations.

5.1.1 Le travail de dévoilement du parcours de santé reproductive et de contournement des stigmates

Tout d’abord, nos analyses proposent que les femmes prenant parole dans les balados y assument le travail de dévoiler leur parcours de santé reproductive et de contourner les stigmates liés à ces « confessions ». Les femmes prennent alors en charge la mise en œuvre de « stratégies actives, conscientes, matérielles, de sélection de l’information et de dissimulation » (Thizy, 2021, p. 2). En effet, les invitées, parfois conviées à l’épisode pour partager leurs vécus personnels, mais plus souvent pour parler comme expertes de la santé féminine, tout comme les hôtesse, en viennent à dévoiler différents choix et expériences jonchant leurs trajectoires de santé reproductive. Cela, toujours en mettant en place tout un ensemble de stratégies visant « à contrôler le récit » (Thizy, 2021, p. 8) pour se prémunir des

jugements d'autrui sur leurs pratiques sexuelles, contraceptives ou reproductives à risque d'être jugées déviantes (Thizy, 2021). Ces modalités de travail sont accentuées par le genre des épisodes de notre corpus, à savoir des balados de type talk-show confessionnel, où prévaut l'attente discursive forte de partager des informations personnelles (Adler Berg, 2023).

Ce travail s'actualise comme une série de charges associée à la gestion du « secret », tantôt en sélectionnant les contextes et modalités de dévoilement, tantôt en ne partageant pas certaines informations (Thizy, 2021). Dans la prochaine partie, nous présentons trois formes de dévoilement particulièrement saillantes dans le corpus : le dévoilement d'un avortement, le dévoilement d'une non-contraception et le dévoilement d'un défaut de connaissance en santé reproductive. À noter qu'il ne s'agit pas de juger du caractère stigmatisant des pratiques dévoilées, mais plutôt d'observer les manifestations concrètes de travail de contournement du stigmat.

5.1.1.1 « Moi aussi j'ai, j'ai choisi un avortement. » : Dévoilement et justification de l'avortement

J., SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

Premièrement, comme documentés par Laurine Thizy (2021), nous constatons que l'avortement est associé dans notre corpus à des charges de travail de contournement des stigmates lié aux dévoilements d'expériences avec l'avortement. Cette forme de travail est particulièrement présente, puisque plusieurs épisodes reçoivent une personne spécifiquement conviée à témoigner de ses expériences avec l'avortement. Cela dit, nous remarquons aussi que les hôtes des balados portant sur l'avortement dévoilent de manière pratiquement systématique si elles ont eu ou non recours à l'avortement dans leurs vies. C'est le cas des deux hôtes suivantes :

« Aujourd'hui, on va parler d'un sujet que moi, pour ma part, ça m'est jamais arrivé puis que je connais vraiment pas »

R., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« Moi aussi j'ai, j'ai choisi un avortement. »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Ce dévoilement quasi systématique des locutrices crée un espace où l'aveu de l'expérience personnelle en lien avec l'avortement devient une norme implicite : pour participer à la conversation au même titre que les autres panélistes, les femmes doivent être transparentes sur leur rapport au sujet, ce qui passe par le dévoilement du recours ou non à la pratique. Tout se passe comme si les femmes *devaient* aux autres leur

histoire par rapport à l'avortement, un peu comme si elles devaient s'en justifier : de manière significative, les invitées comme les hôtesse se voient demander dans les épisodes d'explicitement leurs choix de contraception actuels et passés ainsi que leur rapport personnel à l'avortement.

De plus, lorsqu'une femme dévoile avoir eu recours à l'avortement, elle partage une information encore susceptible de lui valoir du jugement (Thizy, 2021), nous remarquons ainsi qu'elles se justifient. Ces justifications sont de deux ordres : d'abord, la justification de la situation de grossesse non planifiée et, ensuite, la justification du choix de l'avortement lui-même.

Ainsi, de façons presque systématiques, les panélistes, en témoignant de leur avortement, vont amener des précisions sur le contexte de la grossesse non planifiée en soulignant, notamment, les méthodes mises en place pour contrôler leur fertilité lorsqu'elles sont tombées enceintes. De la sorte, il nous apparaît que plusieurs panélistes semblent anticiper un éventuel reproche d'irresponsabilité lié au fait d'être tombées enceintes et cherchent, d'emblée, à le désamorcer. Plusieurs récits sont partagés dans le corpus : préservatifs percés, pilule du lendemain non efficace, retrait non consenti du préservatif, erreur dans l'interprétation du moment de l'ovulation, oubli de pilule, etc. En voici deux exemples représentatifs :

« J'avais l'anneau contraceptif, puis j'ai pris la pilule du lendemain. Puis un mois après, mes règles sont pas apparues. J'ai passé un test, puis j'étais enceinte. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« J'avais oublié ma pilule une journée, tsé tu penserais jamais, tu es comme UNE journée c'est pas si pire. Puis c'est ça, c'est arrivé. »

J., SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

Mentions, d'ailleurs, que les médecins prenant parole dans le corpus, vont référer à ce genre de cas comme des « échecs de contraception ».

« Ces trois-là, là c'est la même affaire, c'est de l'œstrogène et de la progestérone, ça a le même niveau d'échec, c'est-à-dire 90 échecs par 1000 personnes dans une utilisation standard. »

DRE GROULX, ELLES PODCAST, LA CONTRACEPTION FÉMININE ET LES HORMONES

« Il y a beaucoup d'échecs au niveau de la contraception. »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

De manière un peu moins fréquente, des femmes vont plutôt justifier leur grossesse non planifiée en pointant l'insouciance qui les habitait au moment de tomber enceinte. Cela prend la forme de témoignage regrettant d'avoir pensé que « ça n'arrivait qu'aux autres » ou de ne pas avoir fait attention.

« Tu sais, c'est le genre d'affaires que tu penses qui arrive juste aux autres »

L., SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

« J'étais plus sur la pilule et dans le fond, on n'a pas fait attention. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

En ce qui concerne les justifications de l'avortement lui-même, comme mentionné dans la section sur les expériences du choix de l'avortement, les femmes de notre corpus vont surtout s'appuyer sur des critères associés au désir ou non de parentalité et de projet familial. Aucune d'elles ne met de l'avant le désir de ne pas vivre l'état de grossesse. Certaines femmes justifient la décision d'avorter en évoquant leur âge, la relation dans laquelle elles sont au moment de la grossesse (en couple stable ou pas), leur niveau de maturité, le logement qu'elles habitent, leur situation financière et leur disponibilité à élever un enfant.

« J'avais 22 ans et je venais de retourner chez mes parents »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« Tu sais, c'est pas parce que je n'aime pas les enfants. Ce n'est pas parce que je n'ai pas d'amour à te donner. Mais tu sais, je le sais que t'aurais pas un bon papa. Je le sais que t'aurais pas une belle vie. »

S., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

La présence de justifications est non seulement quasi systématique, mais aussi intime et détaillée rejoint une modalité du travail abortif que les sociologues Marie Mathieu et Lucile Ruault appellent la « police des récits » (Mathieu et Ruault, 2014, p.42) et qui contraint les femmes à expliciter les circonstances ayant mené à la grossesse non planifiée ainsi que les motifs de son refus. Ce contexte de « police des récits » contribue à reproduire des critères sociaux d'évaluation de la validité du recours à l'avortement selon le contexte, lesquels opèrent dès lors une hiérarchisation des avortements. À partir de ce que nous observons dans le corpus, un avortement suivant une grossesse non planifiée survenue sous contraception hormonale chez une adolescente ou jeunes adultes n'ayant pas beaucoup de ressources pour élever un enfant serait « préférable » à un avortement chez une femme dans la trentaine ou étant déjà mère. Ces contextes d'interruption de grossesse restent d'ailleurs largement invisibilisés dans le corpus, alors qu'un seul avortement d'une femme dans la trentaine est discuté. Cette hiérarchisation indissociable d'un

contexte de « police des récits » (Mathieu et Ruault, 2014, p.42) agit de sorte que certains contextes d'avortement semblent plus légitimes en fonction de divers critères, comme l'âge, le niveau économique, la classe sociale, les pratiques sexuelles, le « sérieux » des stratégies contraceptives en amont, etc. Nous observons cette hiérarchisation alors que plusieurs femmes témoignant de leur avortement mettent de l'avant certains de ces critères dans une logique d'« atténuation » de la faute.

5.1.1.2 « Je ne prends pas la pilule, je prends sweet fuck all. » : Dévoilement et justification de non-contraception

A., MÈRE-VEILLEUSE – LA CONTRACEPTION HORMONALE

La deuxième forme de dévoilement présente dans les données est celle des témoignages de femmes confessant ne pas utiliser de moyen de contraception. Nous observons que la question « Quel moyen de contraception utilisez-vous ? » est presque systématiquement posée dans les épisodes sur le sujet. Ainsi, les invitées et les hôteses sont appelées à partager leurs méthodes du moment, dans le cadre de discussions prenant parfois l'allure d'examens où la mauvaise réponse est de ne pas utiliser de méthode. En effet, dans le corpus, plusieurs prises de paroles suggèrent que la non-contraception est regrettable, voire irresponsable. C'est le cas de l'intervention d'une médecin invitée et de son usage du mot *malheureusement* pour introduire une statistique sur le phénomène.

« On a malheureusement encore 15 % de femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Ou encore de l'exemple d'une invitée qui prédit une vive réaction de l'auditoire face à son annonce :

« C'est la polémique assurée-là, on vient de dire qu'on ne veut pas d'enfant pis qu'on n'a pas de moyens de contraception. Le monde vont capoter. »

C., PROBLÈMES DE COUPLE, ENTRE ELLE ET LUI, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ

La contraception apparaissant dès lors préférée à la non-contraception, nous constatons que les femmes ont tendance à justifier ou tenter de justifier ce *choix* performant alors un travail d'esquive et d'anticipation des stigmates. C'est le cas dans l'extrait suivant, dans lequel une hôtesse se voit demander pourquoi elle n'a jamais pris de contraceptifs hormonaux.

« Je n'ai pas de bonne raison. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

En filigrane, il apparaît ici que le fait de ne pas vouloir de contraception hormonale dans son corps n'est pas jugé comme une raison recevable. Nous observons que ce travail se manifeste notamment par l'utilisation d'humour pour aborder la thématique de la « non-contraception ». Plusieurs femmes disent à la blague utiliser les prières ou le destin comme méthode contraceptive. L'extrait qui suit en est l'exemple le plus ostentatoire du corpus :

« On se disait que notre moyen de contraception c'était la prière et qu'on faisait tout le temps : au nom du père, du saint et du fils pis on prenait un *shot*. C'est à ne pas essayer à la maison. C'est quand j'étais plus jeune. On prenait un *shot*, puis on se donnait un coup de poing dans le ventre en niaisant tsé. »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Ce genre de recours à l'humour pour atténuer la prétendue « faute » de la non-contraception s'accompagne souvent d'autres justifications poursuivant le même objectif, parmi lesquelles les plus fréquentes sont le fait de souligner son jeune âge, d'expliquer qu'on se croyait infertile ou de mentionner les difficultés rencontrées avec les méthodes hormonales.

De plus, nos observations révèlent aussi une assignation féminine très franche de ce travail de dévoilement et de justification. Au sein du corpus, seuls deux hommes se voient demander leur moyen de contraception, dont un dans un contexte d'entrevue de couple. Ces derniers répondent d'ailleurs tous deux à la question sur un ton humoristique, permettant d'envisager qu'ils se moquent quelque peu de la question et qu'ils ont une posture diamétralement opposée aux panélistes féminines sur le plan de la responsabilité.

« Moi c'est pas compliqué, il y a pas de conversation à avoir parce que je me mets toujours toujours un casque de bain avant de plonger dans la piscine. Toujours. Je mets toujours un condom. »

F., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

« J'y viens d'en face au lieu de venir en dedans »

M., ENTRE ELLE ET LUI, PROBLÈMES DE COUPLE, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ

Ajoutons que F. qui affirme dans le premier extrait toujours utiliser un préservatif, remet en cause son affirmation quelques minutes plus tard en avançant que le désir sexuel « masculin » est fort susceptible d'interférer avec l'utilisation de cet objet :

« Mais tsé nous on est des hommes, quand on est bandé là osti que il y a pas... C'est pas tout brillant ce qui se passe dans nos têtes. »

Ces cas étant les deux uniques formes de « dévoilement » masculin de (non) contraception du corpus, nous constatons qu'aucun homme ne s'y voit demander de *justifier* sa (non) contraception. Si ce n'est que du propos pour le moins questionnable de F. au sujet l'irrépressibilité du désir sexuel masculin, aucun homme ne cherche au sein du corpus à légitimer son rapport au contrôle de la fertilité.

Non seulement cela, mais nous remarquons aussi que l'énoncé « utiliser un moyen de contraception » revête une signification particulière spécifiquement axée vers le travail féminin. Plusieurs femmes estiment que les méthodes à responsabilité plutôt masculines, comme le préservatif et le retrait ne sont pas des réponses suffisantes à cette question. L'échange ci-dessous mettant en scène deux hôtesses d'un épisode du balado *Sexe Oral* illustre bien cette différenciation de statut.

M. : Vous, c'est quoi que vous utilisez ?

L. : Le condom (rires). Ouin, je pense que je vais apprendre beaucoup aujourd'hui.

M. : As-tu déjà pris une méthode de contraception ?

L. : Non, j'ai jamais, j'ai jamais eu de stérilet, jamais eu de pilule, jamais.

SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

En effet, dans cet extrait, la réponse de L. annonçant utiliser le préservatif comme méthode de contraception ne satisfait manifestement pas à M. qui repose sa question.

5.1.1.3 « J'ai peur de passer pour quelqu'un qui est fucking pas éduqué sur le sujet alors qu'en tant que femme je devrais » : Dévoilement et justification du niveau de connaissances en santé reproductive

J., 5 à 7 podcast, *L'avortement*

La troisième et dernière catégorie de dévoilement renvoie aux panélistes qui révèlent en connaître très peu sur la santé reproductive et insister sur le fait qu'elles devraient en connaître plus. Typiquement, c'est en début d'épisode, au cours de l'introduction, que les hôtesses vont annoncer ne pas en connaître beaucoup sur le sujet et vivre une certaine appréhension à l'idée d'en discuter durant tout l'épisode. L'extrait suivant est caractéristique de ces discours.

« C'est un peu stressant d'aborder ce sujet-là, surtout qu'en étant quelqu'un qui a jamais pris aucun moyen de contraception, vraiment, j'étais un peu gênée, mal à l'aise de poser mes questions parce que j'étais un peu un genre de — ah j'ai 26 ans, puis je connais rien là-dedans. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« Moi je, je connais pas très bien mon anatomie pour être honnête »

L., FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

« Ouin, je pense que je vais apprendre beaucoup aujourd'hui. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Nous observons que trois justifications reviennent particulièrement au sujet du manque de connaissance en santé reproductive : d'abord, la perception du sujet comme étant trop complexe, ensuite la faible présence de ce thème dans les discours publics, y compris à l'école et, finalement, l'absence d'expériences personnelles liées à l'avortement ou la prise de contraception hormonale.

En effet, il est fréquent que les femmes panélistes se justifient de ne pas en connaître beaucoup au sujet de l'avortement sous prétexte qu'elles ne l'ont pas vécu, ou encore qu'elles ne connaissent personne qui l'a vécu. Voici un exemple illustrant le premier et le second cas.

« Moi personnellement, j'ai jamais subi un avortement. Fait que je sais pas le processus. Comment ça marche ? Je sais absolument rien. »

J., SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

« Parce que c'est vrai que, en tout cas, théoriquement, on dirait qu'on ne connaît pas personne qui a vécu ça dans notre gang. Pis nous, ça nous est jamais arrivé non plus. [...] Donc on connaît pas grand-chose. »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

5.1.2 Le travail d'éduquer les autres sur la santé reproductive

Une deuxième forme de travail que nos résultats nous amènent à observer le travail d'éducation à la santé reproductive comme étant performée à même les épisodes de balados. En effet, comme mentionné dans la présentation du corpus, ce sont en très grande majorité des femmes qui prennent parole et donc qui contribuent à partager de l'information sur la contraception et l'avortement.

Dans nos données, le travail d'éducation est signalé entre autres par des formules reconnaissant le caractère difficile ou important des thématiques que constituent la contraception et l'avortement. Nous remarquons que les hôtesses soulignent presque systématiquement, en début ou en fin d'épisode, qu'elles et leurs invitées s'engagent à parler de ces sujets malgré leur caractère rebutant : malgré que

l'avortement soit réputé tabou, polarisant et délicat et malgré que la contraception soit sous-discutée, complexe et « pas très sexy ».

Ces apartés brisent en quelque sorte le quatrième mur en signifiant à l'auditoire que des efforts particuliers sont déployés pour rendre possible le partage d'informations (éventuellement des efforts dans le choix de vocabulaire, dans le dosage de l'humour, dans l'anticipation d'objections, etc.) Ces apartés sont à envisager comme des tâches concrètes de travail d'éducation, dans la mesure où ceux-ci participent à cadrer les informations présentées dans l'épisode, ce qui façonne et, éventuellement, facilite le partage de savoirs. Un des exemples les plus ostentatoires de cette pratique est la citation suivante :

« Aujourd'hui, on va parler d'un sujet quand même assez lourd, puis j'aimerais ça qu'on ne rentre pas trop dans un débat ou dans nos opinions, parce que le sujet, c'est vraiment une question de valeurs. Tu sais, c'est vraiment une question de perception de chaque personne. Fait qu'on va parler d'avortement. Ça vous va ? »

M., INTERCOM JAUNE, AVORTEMENT ET ITSS

5.1.3 Le travail de recherche et de tri d'informations

En plus du travail de dévoilement et d'éducation, nous constatons que les femmes prenant paroles dans les épisodes de balados effectuent le travail de recherche et de tri d'informations. Nous remarquons que celles-ci (surtout les hôtesse) questionnent et apprennent de manière explicite, observable, à même les épisodes et pratiquent ainsi des formes de travail contraceptif et abortif liées au renseignement sur les méthodes disponibles. Ces tâches de recherche et tri d'information sont représentées par des processus de démystification dans lesquels s'engagent les panélistes, puis explicitées par des déclarations de panélistes signifiant qu'elles sont en train d'apprendre ou encore que l'épisode cherche à éduquer.

5.1.3.1 Plusieurs mythes proposés puis rectifiés : le cas des saignements de privation et des produits de conception

Une des façons dont se manifeste le travail de recherche et de tri d'informations au sein des épisodes est par les nombreux processus de démystification qui y sont performés. En effet, il est commun que les hôtesse suggèrent des informations erronées et que l'invitée rectifie les faits. Ces mythes concernent surtout l'impact de la contraception et de l'avortement sur la fertilité, les caractéristiques des produits de

conception, ainsi que les saignements de privation²² et l'aménorrhée²³ sous contraception hormonale. La citation ci-dessous portant sur ce sujet, est tirée de l'épisode Sexe Oral sur la contraception, est un exemple type de ce phénomène :

« Moi j'avais l'impression d'avoir cinq ans de sang de pognés en dedans. »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

En ce qui concerne les caractéristiques des produits des conceptions, nous remarquons que plusieurs conversations du corpus s'articulent de manière à démystifier l'image « humanisé » que certains s'en font.

« T'as tout le temps dans ta tête l'idée que ce qu'on t'aspire, c'est un petit corps là, tu sais. Genre OK. Tu sais. Mais *heille*, c'était rien là, c'était genre une bulle de *bubble tea* là, tu sais l'affaire molle dans le fond d'un vieux jus, là. »

C., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

« Désolé, mais c'est pas un bébé miniature, hein ? Non, je sais pas si vous le savez là, mais ça ressemble à un tas de morve dans les premières semaines. »

C., INTERCOM JAUNE, AVORTEMENT ET ITSS

5.1.3.2 Souligner la situation d'apprentissage

Au-delà de ces exemples de démystifications, nous constatons que certaines prises de parole signifient explicitement que le segment d'épisode ou l'épisode en entier constitue une situation d'apprentissage : c'est le cas de panélistes qui témoignent être en train d'apprendre ou encore de prises de parole déclarant que l'épisode se veut informatif.

Pour le premier cas, précisons que ce sont surtout les hôtessees qui témoignent explicitement des apprentissages que leur procure l'épisode, le plus fréquemment sous la forme d'écoutes actives dirigées aux invitées. Les deux exemples suivants sont représentatifs de cette récurrence.

« Moi j'apprends tellement d'affaires »

J., SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

²² Les menstruations sous contraception hormonale sont appelées *saignements de privation* ou *hémorragie de privation* (Faucher et al., 2019b).

²³ L'aménorrhée renvoie à l'absence de menstruations chez une personne avec utérus en âge de procréer. Elle peut être physiologique, comme pendant la grossesse et l'allaitement, d'origine hormonale pendant la prise de contraceptifs ou peut représenter un symptôme d'une pathologie sous-jacente (Pinkerton et Goje, 2024).

« Ah ouin, je ne savais pas ça ! »

M., ELLES PODCAST, LA CONTRACEPTION FÉMININE ET LES HORMONES

Dans le deuxième cas, nous observons que les hôtesse soulignent très fréquemment que leur épisode constitue une source d'information sur la santé reproductive, comme c'est le cas dans les deux extraits suivants.

« C'est un gros épisode les filles. Pour vrai, écoutez-le attentivement. Peut-être que vous allez même le réécouter. Il y a eu beaucoup d'informations avec mes trois invitées expertes en hormones qui se sont transmises. Beaucoup de choses que je ne connaissais pas. »

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

« Donc ça va être une discussion vraiment très très riche et intéressante, et je vous assure que vous allez apprendre des affaires, assurément. »

K., GÉNÉRATION SIDECHICK, TOUT SUR LES HORMONES

Nous notons aussi quelques occurrences de références à d'autres épisodes du corpus comme source d'informations. C'est le cas dans la citation ci-dessous tirée du 5 à 7 Podcast et faisant référence à l'épisode sur l'avortement de Sexe Oral.

« Tu sais, je connais l'aspect technique. Sexe Oral avaient reçu une infirmière qui en avait parlé, puis j'avais écouté le podcast »

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

À ces déclarations s'ajoutent certains choix formels récurrents dans les épisodes du corpus, qui mettent en évidence l'apport de connaissances de l'épisode pour l'auditoire, tels que l'introduction du thème de la contraception ou de l'avortement en insistant sur le fait que ce dernier a été largement sollicité par l'auditoire, ou encore la structuration de l'épisode autour de questions du public.

Ces modalités de travail informatif performé en dehors du contexte médical et à même les balados sont intéressantes, puisqu'elles mettent en abîme simultanément deux facettes du travail de tri et de recherche d'informations identifiée par la sociologue Cécile Thomé : d'une part le fait que les femmes pratiquent ce travail à travers les conversations entre femmes et, d'une autre, que celles-ci effectuent des recherches en ligne (Thomé, 2024).

5.2 Les balados peuvent contribuer à accentuer le travail de recherche et de tri d'information sur la contraception et l'avortement chez l'auditoire

En plus du travail effectué par les panélistes au sein des épisodes de balados, nos résultats nous amènent à considérer une autre dimension du travail contraceptif et abortif se produisant à même les épisodes : celui du travail de recherche et de tri d'informations de l'auditoire. En effet, à plusieurs égards, la qualité des informations relayées dans les balados peuvent être remise en cause comme ne contribuant pas réellement à réduire le travail informationnel des auditrices, et même, au contraire, pouvant rendre ce travail plus saillant.

Il ne s'agit pas ici de prétendre connaître la réception des épisodes par l'auditoire, mais plutôt de s'intéresser aux effets perlocutoires possibles des discours de notre corpus. En cohérence avec notre cadre théorique invitant à considérer que les mots choisis et prononcés dans les épisodes produisent des conséquences effectives dans le champ social (Austin, 1991), nous faisons la proposition analytique que les discours du corpus peuvent avoir l'effet de renforcer le travail contraceptif et abortif informationnel.

Nommons que nous nous engageons dans cette proposition analytique sans pour autant perdre de vue l'ancrage situationnel de notre corpus, largement constitué d'épisodes de balados empruntant aux logiques du talk-show confessionnel, dont la visée n'est pas nécessairement informative. Nous spécifions donc qu'analyser les effets de ces discours en termes de travail contraceptif et abortif informationnel ne revient pas à révéler, en creux, des attentes acontextuelles ou naïves quant à la qualité ou à l'exhaustivité des informations véhiculées. Il s'agit plutôt d'examiner ce que ce genre de contenu testimonial donne à voir des éventuels obstacles, brouillages ou contraintes qui peuvent jalonner la trajectoire informationnelle en matière de santé sexuelle et reproductive.

De la sorte, nous détaillons cette proposition à partir de quatre manifestations différentes. D'abord, les discours des épisodes contiennent souvent des informations contradictoires, ce qui exige, pour l'auditoire, d'aller chercher des informations supplémentaires et de faire de la contre-vérification. Ensuite, plusieurs épisodes peuvent être considérés comme véhiculant des discours antiavortements, donc dépeignant de manière déformée ou incomplète cette pratique de soin. Troisièmement, les discours des épisodes du corpus se composent des savoirs surtout fondés sur des anecdotes et très peu sur des études savantes, ce qui est à risque de véhiculer des idées inexacts ou incomplètes. Finalement, les épisodes du corpus apparaissent devoir répondre à des impératifs de rentabilité susceptibles de restreindre leur portée éducative.

5.2.1 Des informations contradictoires

En premier temps, nous notons la présence d'informations contradictoires au sein des contenus du corpus, c'est-à-dire des informations nécessitant des recherches d'appoint aux auditrices désireuses de se faire véritablement une tête sur les sujets. Selon nos observations, ces contradictions apparaissent principalement à travers deux oppositions majeures non mutuellement exclusives : l'opposition entre contraception hormonale et contraception « naturelle », puis l'opposition entre savoirs professionnels et expériences personnelles.

Ainsi, un phénomène particulièrement saillant est la divergence des perspectives sur la contraception. Nous observons que deux grands pôles se dessinent en lien avec cette thématique : d'une part, des discours favorables à la contraception hormonale, qui expriment un fort scepticisme face à l'efficacité des méthodes dites « naturelles » ; d'autre part, des discours valorisant la contraception naturelle, qui remettent en question la sécurité des méthodes hormonales.

De la sorte, les professionnelles de l'institution médicale ont tendance à nier l'efficacité des méthodes dites « naturelles » alors que des femmes pratiquant ce genre de méthodes partagent en être tout à fait satisfaites. Les deux extraits suivants présentent bien la distance entre les perspectives, d'abord d'une pharmacienne, annonçant de pas considérer la méthode du calendrier comme étant contraceptive à cause de son (in) efficacité, et ensuite d'une naturopathe parlant de sa propre contraception naturelle.

« Mettons qu'on commence avec les contraceptions pas hormonales, il y a la méthode du calendrier que des fois les personnes peuvent utiliser. Je dirais que ça par exemple, je le considère pas vraiment comme une méthode de contraception efficace. »

K., PHARMACIENNE, FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

« Je n'utilise plus de contraception hormonale depuis mes 31 ans, donc ça fait près de dix ans maintenant et c'est simplement avec la symptothermie, la contraception naturelle. Donc je suis mon cycle et que j'arrive à contrôler les naissances. Donc j'ai une fille, mais elle était voulue et puis voilà. »

K., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Nous observons le même genre de divergences de perspectives au sujet de la contraception hormonale, comme l'illustrent les extraits suivants. D'un côté, une médecin pose l'implant contraceptif comme la

meilleure méthode de contraception en insistant sur le critère de l'efficacité, de l'autre, une représentante de la santé alternative met en garde contre d'éventuels enjeux de santé de la pilule²⁴.

« Alors dans le *top des tops* c'est l'implant contraceptif, parce que ça, c'est en fait, c'est une demi-grossesse par 1000 en fait, on prend 1000 femmes pendant un an, puis on les suit, puis on regarde les grossesses qui vont survenir. »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

« La pilule vient directement nous mettre en carence des vitamines qu'on a besoin pour avoir une belle santé hormonale, puis une belle humeur aussi. Une belle santé mentale en fait. »

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Soulignons ici que la divergence de perspectives ne paraît pas relever d'opinions individuelles, mais semble plutôt structurée par les rôles professionnels des locutrices : les professionnelles de la santé institutionnalisée préfèrent la contraception hormonale et les professionnelles des méthodes alternatives soutiennent plutôt la contraception naturelle. De plus, les représentantes de l'institution médicale accordent une très grande importance au critère de l'efficacité des méthodes contraceptives, alors que les critères privilégiés des professionnelles de la santé alternative sont plutôt axés sur le *bien-être*, ou la santé globale.

Toujours sur le plan des informations contradictoires, les analyses montrent un certain écart entre les propos divulgués à partir de postures professionnelles et ceux divulgués à partir de savoirs issus de l'expérience. Les informations partagées par un camp comme par l'autre s'infirmement mutuellement. C'est-à-dire qu'il est commun que les femmes partagent des expériences de santé reproductive et que les représentants de l'institution médicale cherchent à démentir leur propos. Cela se manifeste dans le corpus, surtout en lien avec les effets secondaires de la contraception hormonale. Voici un extrait représentatif, où une médecin répond à une question au sujet des liens unissant la prise de contraceptifs oraux et la perte de poids soutenus par plusieurs utilisatrices comme étant un effet secondaire.

« Non, mais c'est vrai, elles changent leurs habitudes, puis là, elles ont pris la pilule, en même temps, et elles sont "ah c'est la pilule qui m'a fait engraisser". La pilule des fois je dis, elle a le dos large. »

²⁴ À noter que toutes les méthodes contraceptives hormonales fonctionnent selon le même genre de mécanisme d'action. L'idée est de modifier les taux hormonaux associés au cycle menstruel afin d'éviter que ne se produise l'ovulation. Sur cette base, il est commun de les envisager comme un tout (Faucher *et al.*, 2019a).

Voici un autre exemple, illustrant une modalité plus subtile de cette façon d'infirmier les expériences des femmes, ici en invoquant le manque de données scientifiques comme justification pour suspendre, dans une certaine mesure, la reconnaissance de leurs vécus :

« On n'a pas beaucoup de données, par exemple, sur ce lien-là. Tu sais. On en entend beaucoup parler, on entend beaucoup parler de dépression, d'anxiété en lien avec la pilule, mais on n'a pas beaucoup de données à ce sujet-là, tu sais. »

K., PHARMACIENNE, FEMMES À MARIER, CYCLE MENSTRUEL & CONTRACEPTION

5.2.2 Des propos antiavortements

Dans un deuxième temps, bien que les épisodes du corpus raisonné semblent être en faveur de l'avortement, plusieurs panélistes y tiennent des propos partageant des similitudes avec les discours du mouvement antiavortement²⁵. Nous considérons que les discours antiavortements ont l'effet de renforcer le travail de contrôle de la fertilité en sollicitant des charges de reconnaissance et de filtrage de l'information. Nous considérons sur ce point que les propos cherchant spécifiquement à dissuader le recours à un soin médical interfèrent avec le parcours de recherche d'informations fiables et sécuritaires. Nous dégageons ainsi quatre tendances du corpus se rapprochant de stratégies associées au mouvement antiavortement, que nous classons pour cette raison sur le continuum des oppositions à l'avortement²⁶ (Perrin *et al.*, 2025). Nous leur consacrons chacune une partie.

5.2.2.1 L'avortement serait difficile, traumatique et dangereux

Premièrement, la présence d'une rhétorique similaire à celle des mouvements antiavortements se manifeste dans le corpus, notamment par le fait que l'avortement est souvent dépeint comme un événement difficile, dangereux, et à éviter. Il ne s'agit pas ici d'invalider les témoignages des femmes par rapport à cet événement de leur parcours, mais plutôt de souligner l'abondance, dans le corpus, de

²⁵ Rappelons que nous avons exclus les épisodes aux positionnement plus marqués au moment de raisonner le corpus (voir partie 3.3.2.2). Ainsi, bien que certains épisodes de notre corpus général véhiculent des propos explicitement antiavortement (surtout pour des motifs religieux), ceux-ci ne font pas partie des observations présentées dans cette partie.

²⁶ Dans la mesure où nous argumentons que les propos analysés dans cette section s'inscrivent sur un continuum d'oppositions à l'avortement, nous les qualifions d'antiavortement (titre 5.2.2.1) afin de rendre explicite cette dimension.

formules rappelant que l'avortement serait *universellement* épouvantable, triste ou difficile. Voici quelques exemples assez représentatifs de ce genre de discours.

« Tu sais, c'est jamais facile un avortement, »

M., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

« Tu sais, c'est pas le *fun*. Genre, ça a l'air niais dit de même, simplement. Mais, crime, c'est pas aller chez le dentiste. Déjà que je vais aller chez le dentiste, c'est pas le fun. En tout cas. »

R., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« L'interruption de grossesse, c'est pas quelque chose de joyeux non plus. »

S., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

« C'est quand même intense, là. Tu sais, je veux dire, on te passe le *hoover* dans le vagin tu sais, je veux dire. »

C., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

5.2.2.2 Fausse troisième voie

La deuxième tendance que nous observons est celle de la fausse troisième voie qui renvoie, dans la littérature sur les oppositions à l'avortement, à la stratégie rhétorique qui revendique d'ajouter un troisième camp plus « modéré » au débat opposant les camps pour et contre l'avortement (Cannold, 2002 ; Cawthorne, 2016). Dans un contexte, comme le Canada, où les soins d'avortement sont accessibles et bénéficient d'une certaine acceptabilité sociale (Norman *et al.*, 2016), cette position tierce ne serait en fait qu'une stratégie subtile pour réinscrire les questions liées à l'avortement dans les débats publics. En effet, cette stratégie, en cherchant à générer des discussions sur cet « enjeu », pose le risque que le camp *contre* l'avortement « gagne du terrain ». L'idée maîtresse est que la réinscription de l'avortement comme *débat* n'est pas une position réellement modérée (Cawthorne, 2016), parce qu'elle participe à remettre en cause la légitimité de l'avortement comme soin de santé.

Cette position faussement modérée est repérable dans notre corpus, notamment à partir de propos suggérant que toutes les opinions se valent en matière d'avortement. Ce genre de propos est présent dans quelques introductions d'épisode et prend une forme comparable à l'extrait suivant :

« J'aimerais ça qu'on ne rentre pas trop dans un débat, puis tu sais, dans nos opinions, parce que le sujet, c'est vraiment une question de valeur. Tu sais, c'est vraiment une question de perception de chaque personne. »

Nous constatons aussi que cette fausse troisième voie prend la forme de propositions soulignant l'importance de ne pas « encourager » l'avortement. L'extrait suivant d'une personne venant de témoigner que son avortement illustre exactement ce phénomène. La panéliste insiste alors sur le fait de raconter son avortement ne revient pas à en faire la promotion.

« Moi je donne pas l'encouragement de le faire [d'avorter] »

M., LES FALLOPES, L'AVORTEMENT

Cela dit, ce genre de propos ne contiennent pas toujours le mot « encouragement », l'extrait suivant est, à cet égard, plus représentatif :

« Tu sais, on ne veut pas remplir les cliniques d'avortement puis qu'ils en fassent 50 par jour à tous les jours. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

5.2.2.3 Ambiguïté dans la dénomination des produits de conception

La troisième tendance repérée concerne les expressions utilisées pour référer aux produits de conception qui ont tendance à les « humaniser » (Mikołajczak et Bilewicz, 2015). À ce propos, nous constatons que le mot « bébé » est souvent utilisé au sein du corpus comme synonyme des mots *embryon*, *foetus* ou encore *produits de grossesse* ou *produits de conception* et est donc très présent. Il est notamment commun que le mot « bébé » soit utilisé lors d'explication du cycle menstruel (toujours, en ce qui concerne ce corpus, dans un contexte d'épisode sur la santé reproductive dans une logique de refus et de prévention des grossesses). Voici un exemple représentatif de cet usage.

« C'est ta progestérone qui va faire en sorte qu'il va arrêter la prolifération qui se passait au niveau de l'intérieur de ton utérus qui préparait le petit nid pour un **bébé** »

DRE GROULX, ELLES PODCAST, LA CONTRACEPTION FÉMININE ET LES HORMONES

Ainsi, nous comptabilisons 109 occurrences du mot « bébé » dans le corpus raisonné, contre 25 mentions du mot « foetus » et 14 mentions du mot « embryon »²⁷. S'il ne faut pas exclure que certaines occurrences

²⁷ Ces chiffres ont été obtenues avec l'outil Texte Recherche intégré dans Nvivo, la plateforme utilisée pour la codification de nos données. Le recours ponctuel à la quantification est ici justifié à la fois par la faisabilité technique de l'opération (rendue possible par l'outil et par la simplicité des expressions concurrentes) et par la pertinence analytique de rendre visible une asymétrie lexicale marquée, moins facilement perceptible sans un appui quantitatif.

de *bébé* ne s'inscrivent pas au service d'un propos suivant une logique de prévention ou de refus de grossesse, ou encore que certaines occurrences servent à infirmer cette désignation ou à en nuancer l'usage, cette donnée nous apparaît néanmoins révélatrice et témoignant d'une forme de fétichisation du fœtus et de la maternité.

Ajoutons que, dans quelques cas du corpus, cette « humanisation » des produits de conception prend des formes un peu plus ostentatoires. En voici les exemples les plus marqués :

« Tu avais la vie d'un petit enfant entre les mains. »

S., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

« Il y a une étude qui démontre qu'après je sais pas combien de semaines qu'un fœtus devient un vrai, un vrai humain. »²⁸

J., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

5.2.2.4 Invisibilisation du camp antiavortement

La dernière observation que nous notons concernant les tendances antiavortements du corpus consiste au fait que les oppositions à l'avortement et les enjeux qui en découlent sont très peu discutés dans le corpus. Cette tendance au silence revêt un caractère antiavortement en manquant de sensibiliser la population et laissant ainsi libre cours à des actions tirant parti de ce mutisme (le camp antiavortement a dès lors le champ libre pour partager de la désinformation ou offrir des services aux femmes vivant des grossesses non planifiées ancrées dans des perspectives antiavortements, etc.)(Gonin *et al.*, 2014) Si certains épisodes contiennent des passages évoquant l'existence de personnes opposées à la pratique de ce soin, cela prend surtout la forme d'inquiétudes par rapport à la situation aux États-Unis, sans mention qu'il existe des oppositions à l'avortement au Canada. Dans le corpus, nous observons une seule prise de parole, celle d'une infirmière pratiquant des avortements, mettant en garde par rapport à des ressources hostiles à ce soin au Québec.

« Tu sais, quand tu googles avortement, mettons, tu as des risques de tomber sur des pages anti-choix et il y a encore des centres de grossesse au Québec, tu sais où c'est des centres qui se font passer pour des outils de support à la décision pour les femmes, mais qu'en fait, ils vont vraiment influencer les femmes à poursuivre une grossesse. »

²⁸ Soulignons que cette information est fausse : il n'y a pas de consensus scientifique sur la question de déterminer le début de la « vie » humaine (Wiebe *et al.*, 2014).

Cet appel à la vigilance, unique dans le corpus, souligne, certes, l'existence d'oppositions organisées à l'avortement au Québec et les éventuels impacts sur une personne cherchant à obtenir le soin, mais n'offre que très peu d'outils pour reconnaître une ressource antiavortement.

5.2.3 Des récits personnels

La troisième manifestation que nous observons au sujet de la qualité des informations véhiculées concerne le recours aux récits personnels de santé reproductive au sein du corpus. En effet, tous les épisodes du corpus raisonné présentent au moins un récit personnel, donc un partage de récits subjectifs de santé reproductive, vécu par la panéliste ou une connaissance. Nous remarquons cette pratique tant chez les hôtes, parlant de leurs expériences ou celles de leurs proches, que chez les expertes invitées qui parlent d'elle-même ou de récits de clientes²⁹.

Selon la perspective phénoménologique féministe mobilisée par notre cadre théorique, les récits personnels constituent des sources d'information essentielles, permettant de saisir comment s'articule le pouvoir patriarcal dans les expériences vécues. Toutefois, si la présence de récits personnels enrichit la portée informationnelle du corpus, leur usage massif présente néanmoins le risque de se substituer à des données issues de recherches empiriques à plus large portée. Ce risque est d'autant plus marqué que, selon nos observations, les récits personnels privilégiés mettent majoritairement de l'avant des expériences marquantes, surprenantes, susceptibles de capter l'attention et de susciter de vives réactions chez l'auditoire. Cette tendance dans la sélection semble davantage obéir à une économie des « bonnes anecdotes », afin de produire un épisode intéressant à écouter, qu'à une volonté de refléter une réalité statistiquement représentative.

Voici trois extraits illustratifs.

« J'ai deux patientes jusqu'à date dans ma carrière qui ont été enceintes en étant vierges. »

DRE GROULX, ELLES PODCAST, LA CONTRACEPTION FÉMININE ET LES HORMONES

²⁹ Nous utilisons ici le mot cliente plutôt que patiente non pas pour souligner le caractère pécuniaire de la relation entre celle-ci et la professionnelle de la santé, mais plutôt pour ne pas pathologiser inutilement l'accompagnement de personnes a priori en parfaite santé. À savoir, des personnes menstruées, fertiles, ménopausées, etc.

« Encore une fois, ce n'est pas une méthode qui est à 100 %. Je connais des gens, j'ai ma cousine, euh ma tante. Elle s'est fait installer un stérilet et elle est tombée enceinte, il me semble. »

A., ENTRE ELLE ET LUI, À QUI LA RESPONSABILITÉ DE SE PROTÉGER SEXUELLEMENT

« Une de mes amies a fait un AVC sur la pilule fait que.. elle était sur un pont pis elle conduisait pis elle essayait d'appeler, mais son cerveau était pu capable de faire le 911 »

M., LE CANAL VAGINAL, OPTIONS DE CONTRACEPTION

Ce genre de recours aux récits personnels peut influencer la manière dont les auditeurs perçoivent les risques et bénéfices liés aux soins de santé reproductive, interférant dès lors avec leur capacité à exercer pleinement leur droit en matière de choix de santé libres et éclairés. Cette conjoncture informationnelle laisse également entrevoir un déficit de données probantes accessibles et pertinentes dans ce domaine, soulignant un enjeu majeur pour l'information et l'autonomie des individus.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que les récits personnels constituent un trait assez caractéristique de la baladodiffusion et que la surabondance de ce genre de propos (personnels ou anecdotiques) n'est pas étrangère au fait qu'il est beaucoup plus facile, moins coûteux et moins chronophage de produire ce genre de contenus par rapport à des formats plus narratifs ou fortement documentés (Berg, 2021).

5.2.4 Des objets de divertissement

Ces différents constats nous amènent à souligner que les épisodes de balados, tout en remplissant une fonction pédagogique, doivent également répondre à plusieurs impératifs, dont celui de la rentabilité. Par conséquent, les balados du corpus ne se présentent pas uniquement comme des outils éducatifs, mais aussi comme des objets de divertissement et de consommation. Cette double nature façonne les contenus, privilégiant parfois l'attrait et l'accessibilité au détriment de la rigueur pédagogique.

Nous relevons plusieurs éléments allant à ce sens, à commencer par le fait que la pratique de fournir des ressources sur la santé reproductive est très peu répandue au sein du corpus. Nous constatons que les épisodes n'ont pas tendance à mentionner ou référencer leurs sources ni à fournir des ressources fiables pour poursuivre les réflexions des épisodes. En effet, seuls 29,7 % des épisodes du corpus général partagent dans leurs descriptions des ressources informatives supplémentaires ou y présentent les références des propos tenus. Toujours pour notre corpus général, seuls 19,1 % des épisodes mentionnent dans leurs descriptions que les propos tenus ne remplacent pas ceux d'une consultation avec une

professionnelle de la santé ou qu'ils ne reflètent pas nécessairement l'avis d'un ordre professionnel en santé.

De surcroît, 42,6 % des épisodes présentent dans leurs descriptions des liens commerciaux ou des liens d'autopromotions, incluant des liens vers les pages de médias sociaux des panélistes ou du balado. Ces chiffres peuvent être interprétés comme témoignant de l'inscription des balados dans un modèle économique capitaliste qui enjoint les épisodes à répondre à certaines exigences de rentabilité (Berg, 2021). Il s'agit de reconnaître que, s'ils remplissent une fonction éducative, les balados doivent aussi s'inscrire dans une logique de rentabilité, logique qui est susceptible, de manière plus ou moins explicite, d'influencer la forme et le contenu des épisodes au-delà des seuls critères pédagogiques.

5.3 Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons détaillé les dimensions de notre analyse nous permettant de répondre à la question suivante : Quelles formes de travail contraceptif et abortif sont performées à même les épisodes de balados québécois ?

Nos résultats montrent que les femmes panélistes réalisent des formes de travail à même les épisodes des balados, à savoir : le travail de dévoilement et de contournement des stigmates, le travail d'éduquer les autres à la santé reproductive et le travail de recherche et de tri d'informations en santé reproductive lié à l'autoéducation.

De plus, nos analyses révèlent que les épisodes des balados fournissent des informations parfois contradictoires, partagent une certaine gamme de propos reprenant la rhétorique de mouvements antiavortements, se basent surtout sur des récits personnels et sont conçus de manière à répondre à des objectifs commerciaux susceptibles d'être parfois incompatibles à une visée pédagogique. Il apparaît ainsi que les dimensions idéologiques et commerciales des informations partagées dans les épisodes des balados peuvent participer à créer de la confusion, ce qui est à reconnaître comme influençant le travail de recherche et de tri d'information sur la contraception et l'avortement assigné aux auditrices.

CHAPITRE 6

« L'AVORTEMENT N'EST PAS UN MOYEN DE CONTRACEPTION » : LA CONSTRUCTION DU CONTRÔLE PATRIARCAL DANS LES DISCOURS DE BALADOS

C., ENTRE ELLE ET LUI, PROBLÈMES DE COUPLE, AVORTEMENT ET ANXIÉTÉ

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats de notre volet méthodologique d'analyse féministe critique de discours en vue de répondre à notre troisième et dernière sous-question : Comment se (re) produit l'idéologie patriarcale au sein des prises de paroles qualifiant ou évaluant la contraception et l'avortement dans les balados ? Nous commençons par contextualiser notre démarche pour ensuite explorer les deux idées maîtresses qui s'en dégagent : celle que l'avortement serait « évitable », suivi de celle que l'avortement serait « à éviter ». Nous complétons ce chapitre par une synthèse réflexive articulant ces deux dimensions.

6.1 Vers l'analyse féministe critique de discours

Lors de l'analyse thématique, il nous est apparu que de nombreuses prises de parole proposaient de distinguer la contraception et l'avortement tant sur le plan du format, de la forme (en leur consacrant des épisodes distincts ou en ne les faisant jamais figurer ensemble dans les titres de balados) que du fond (en exprimant à maintes reprises qu'une pratique serait préférable à l'autre). Nous ne sommes pas les premiers à observer une telle distinction : plusieurs autrices ayant déjà remarqué cette dernière disent de cette distinction qu'elle témoigne d'une vision particulière de la santé reproductive (Claro, 2021 ; Mathieu et Ruault, 2014). En effet, en refusant de poser la contraception et l'avortement sur un continuum visant le contrôle des naissances, cette perspective a plutôt tendance à encourager la contraception et discréditer l'avortement (Claro, 2021). Distinguer la contraception et l'avortement peut ainsi s'avérer problématique : il semble s'agir d'une façon très répandue de donner un sens péjoratif à l'avortement. Pour Mathieu et Ruault, « entretenir cette polarisation est central dans le processus de stigmatisation de l'avortement, assimilé à la marque d'un mode de vie irresponsable » (Mathieu et Ruault, 2014, p. 49).

Nous pencher spécifiquement sur les extraits marquant la contraception et l'avortement comme des pratiques distinctes apparaît pertinent pour comprendre comment s'opère la disqualification de l'avortement au sein des discours. Ainsi, comme présentées au chapitre 3, nous avons constitué un sous-corpus à partir d'extraits distinguant explicitement la contraception et l'avortement afin de mener une

analyse féministe critique de discours (Lazar, 2007) en lien avec notre sous-question #3, qui, en prenant en compte le sous-corpus³⁰, pourrait être reformulé comme suit : Comment se construit l'idéologie patriarcale au sein de prises de paroles distinguant la contraception et l'avortement dans les balados québécois sur la santé reproductive ?

Nous verrons que deux grandes idées se dégagent des résultats : d'abord, l'avortement est une pratique « évitable », et ensuite l'idée que l'avortement est une pratique « à éviter ». Nous décrirons comment ces deux significations laissent entendre que l'avortement est une procédure dont les femmes devraient se passer. Nous dédions une sous-section à l'une et l'autre de ces conceptions afin d'exposer les mécanismes discursifs qui y sont à l'œuvre et argumentons que ceux-ci participent à la (re) production d'une vision restrictive et moralisatrice de l'avortement ancré dans la dimension patriarcale plus spécifique du contrôle des corps et des sexualités des femmes (Froidevaux-Metterie, 2018a).

6.2 L'avortement comme pratique « évitable »

Comme annoncé, l'analyse du sous-corpus constitué d'extraits distinguant explicitement la contraception et l'avortement met en évidence plusieurs stratégies discursives qui participent à construire l'avortement comme une pratique évitable, donc, comme pratique qui *peut ne pas avoir lieu* [CNTRL, 2012b]. Il ressort de l'analyse que les discours promeuvent l'idée selon laquelle il serait possible de se donner les moyens de ne pas avoir besoin de l'avortement. Or, pour ne pas avoir besoin de l'avortement, il faut que seules les grossesses complètement désirées aient lieu, donc que les méthodes utilisées pour prévenir et programmer les grossesses soient 100 % efficaces. Cette conception soutient que si les femmes, à qui l'on assigne ce travail de prévention des grossesses, effectuaient *correctement* ce travail, elles pourraient se passer de l'avortement. Autrement dit, ce serait parce que les femmes n'assument pas *dument* leur *responsabilité reproductive*, et qu'elles en sont donc « fautives » que des avortements sont pratiqués.

Soulignons que cette proposition occulte le fait qu'aucune méthode de contraception n'a un taux d'efficacité parfait et que celles-ci ne sont pas nécessairement « facilement accessible[s], simple[s] d'usage[s] et adapté[s] à toutes les femmes » (Mathieu et Ruault, 2014, p. 49). De la sorte, l'idée de l'avortement « évitable » s'appuie sur le mythe de la contraception 100 % efficace qui suggère faussement qu'en utilisant *correctement* la contraception hormonale, l'efficacité contraceptive complète peut être

³⁰ Nous faisons ici référence au sous-corpus composé de 11 extraits constitués en moyenne de 66 mots explicitant une distinction entre la contraception et l'avortement (voir 3.3.2.3).

atteinte, alors même les données empiriques démontrent que ce n'est pas le cas (Guttmacher Institute, 2020)³¹.

Cela dit, cette construction particulière de la santé reproductive repose selon nos observations sur deux mécanismes complémentaires : d'abord, 1) la construction de l'avortement comme faute personnelle féminine (l'avortement serait dû à une mauvaise contraception des femmes), ensuite, 2) la construction de l'avortement comme pratique superflue découlant de l'*anomalie reproductive* que représente la grossesse non planifiée (en lien avec le mythe de la contraception 100 % efficace).

Dans la présente section, nous analysons ces deux mécanismes à partir de traces discursives, en particulier la pronominalisation à la deuxième personne du singulier (tu) pour le premier mécanisme (1) et la (non) désignation de l'avortement et de la grossesse non planifiée pour le second (2).

6.2.1 L'avortement comme faute personnelle féminine : la pronominalisation à la deuxième personne du singulier

Au sein du sous-corpus, une des traces discursives appuyant l'idée que l'avortement est une faute personnelle féminine (et donc que de « meilleurs agissements » de ces dernières permettraient de ne pas y avoir recours) est l'emploi récurrent de pronoms et de déterminant personnels à la deuxième personne du singulier. Ces déterminants et pronoms suggèrent que les femmes, placées comme référents de ces déterminants et pronoms, sont les uniques responsables de la fertilité et de l'avortement. Voici deux extraits illustrant bien ce motif dans lesquels des locutrices s'adressent à l'auditoire des balados.

« C'est pas pour **t'**empêcher de tomber enceinte, c'est pour interrompre **ta** grossesse. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« Des fois c'est, il s'est passé une certaine situation qui fait que **tu** tombes enceinte, mais c'est important, je pense, de se rappeler que c'est pas un moyen de contraception que **tu** peux utiliser à chaque fois que **t'**as une relation sexuelle. »

A., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE SA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

Dans ces deux extraits, les « tu », « t' » et « ta », des pronoms et déterminants personnels singuliers ont comme effet d'assigner à une seule personne la responsabilité des conséquences de relations sexuelles

³¹ Sur toutes les méthodes contraceptives utilisées aux États-Unis, aucune ne présente un taux d'échec nul (0 grossesse sur 12 mois) et ce, autant pour l'usage courant que pour l'usage théorique (« parfait »).

fécondantes, lesquels impliquent pourtant nécessairement deux partenaires sexuels. En effet, ces formulations, en ne portant aucune marque de ce qui lie le partenaire sexuel ne portant pas la grossesse aux conséquences du rapport sexuel fécondant, effacent la coresponsabilité de la gestion reproductive en plus de naturaliser son assignation aux femmes. En effet, dans ces deux exemples, il n'est pas question d'une grossesse générique (ce qui aurait pu être formulé par « une grossesse »), ni d'une grossesse associée à deux personnes (ce qui aurait pu être formulé par « votre grossesse »), mais bien d'une grossesse en particulier associée à une personne spécifique, à l'occurrence de la personne la vivant dans son corps (« ta grossesse »). Ce choix discursif, dans le contexte spécifique d'un refus de grossesse, occulte le caractère partagé de la conception et créer ainsi l'effet d'une assignation exclusive et individuelle de la responsabilité de la fertilité à la personne portant la grossesse. Nous argumentons que ces choix discursifs relèvent d'une mécanique de naturalisation prenant la distinction biologique de l'état corporel de grossesse comme justification à l'assignation de la responsabilité du contrôle de la fertilité.

Cette responsabilité individuelle et féminine du contrôle de la fertilité est d'autant plus renforcée dans ces deux extraits par le statut particulier des pronoms et déterminant à la deuxième personne du singulier dans le contexte. Dans les deux cas, les locutrices s'adressent à l'éventuel auditoire du balado, un auditoire « imaginé » (Sharon et John, 2024) et non pas à une interlocutrice tangible et identifiable. Ainsi, dans les deux extraits les « tu », « t' » et « ta » produisent des interpellations directes qui ne sont pourtant ni singulières (l'auditoire n'est pas composé d'une seule personne) ni spécifiques (la locutrice ne sait pas précisément qui l'écoute). Nous analysons, sur ce point, que ces usages instaurent un rapport de proximité entre la locutrice et l'éventuel auditoire, où l'emploi du « **tu** » donne l'illusion d'un échange personnel et intime entre les deux parties (ce n'est pas le « vous » de politesse et ses déterminants équivalents qui sont utilisés, mais bien le « tu »). Ce rapport de familiarité et de proximité de l'hôtesse envers cet auditoire imaginé est une pratique commune en baladodiffusion (Sharon et John, 2024). Or, il est possible d'analyser que cette tentative à établir un lien direct et personnel avec l'auditrice *lambda*, « imaginée », confère à la locutrice un certain statut qui façonne, et dans une certaine mesure justifie, l'émission de conseils et de rappels normatifs sur l'intimité de l'auditrice, à savoir sa fertilité (donc son corps et sa sexualité).

Nous verrons au chapitre 5 comment ces rappels participent à assigner aux femmes les tâches qui en découlent. Pour l'instant il est à retenir que l'usage de pronoms personnels à la deuxième personne contribue au climat de surveillance de la sexualité et des corps des femmes.

Au-delà de cette dimension, le recours à ces pronoms et déterminants spécifique soutient l'individualisation de la responsabilité de gestion de la fertilité en présentant la caractéristique d'éviter de signifier que les locutrices contrôlent elles aussi leur fertilité³². En effet, celles-ci recourent au « tu », là où un « nous » aurait signifié leur inclusion à ces considérations et les auraient, dès lors, collectivisé.

6.2.2 L'avortement comme pratique superflue : les choix du vocabulaire de la santé reproductive

Les analyses montrent aussi que certaines structures discursives participent à construire l'avortement comme une conséquence à des décisions jugées ou qualifiées de *répréhensibles* de la part des femmes, à savoir, des *choix* contraceptifs *incorrects* sur le plan de l'efficacité. Ces structures discursives sont surtout liées, dans nos extraits, aux modalités de désignation de l'avortement et de la grossesse non planifiée. Nous argumentons que l'avortement est présenté comme superflu à partir de constructions discursives jouant sur l'interdétermination entre l'avortement et la grossesse non planifiée, ces traces discursives partagent la caractéristique d'éviter de désigner explicitement le phénomène de santé reproductive. Nous illustrons cet argument à partir de l'analyse des deux extraits suivants.

« Je pratique dans des cliniques de planification des naissances, puis je pratique aussi dans des cliniques d'avortements, alors je vois **les échecs de la contraception**. »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

« Puis moi, honnêtement, dans ma vie, je me suis toujours dit je ne suis pas contre l'avortement, je ne suis vraiment pas contre l'avortement, mais ce n'est pas un moyen de contraception. Non, je me disais tout le temps, tu sais, si c'est dans le cas d'un viol ou de l'inceste, OK, ou si c'est une pilule contraceptive que t'es tombée dans le 0,2 %, ça arrive. »

C. LES FALOPPES, L'AVORTEMENT

Commençons par analyser l'extrait de *Sexe Oral* dans lequel nous identifions la création de cette imprécision sémantique à partir du syntagme **échecs de contraception** qui agit comme un hyperonyme (un synonyme moins précis) dont le sens inclut à la fois celui de la grossesse non planifiée et de l'avortement (CNTRL, 2012 c), brouillant dès lors leur identification. Dans cet extrait, la médecin mentionne voir « les échecs de contraception » dans le cadre de son travail à la fois dans des cliniques de planification des naissances ainsi que dans des cliniques d'avortements. Il est impossible de déterminer si cette expression est utilisée pour renvoyer à tout ce qui peut suivre une contraception s'étant avérée inefficace (donc, à la fois l'état de grossesse non planifiée et l'avortement) ou si cela renvoie seulement à

³² Les deux locutrices affirment plus tôt dans leur épisode respectif contrôler leur fertilité.

la situation de grossesse non planifiée. Comme la médecin précise travailler en clinique d'avortements juste avant l'utilisation de l'expression, cela contribue au quiproquo : celle-ci *voit* (« je vois ») nécessairement des avortements dans le cadre de sa pratique, suggérant une certaine équivalence entre « avortement » et « échec de contraception ».

Une autre forme d'imprécision concerne l'utilisation de déterminant ou de pronom indéfini, comme les pronoms « *c'* » et « *ça* » dans l'extrait *Les Faloppes*. Dans ce cas, l'interdétermination tient au fait d'un écart entre ce que ces pronoms désignent logiquement (la situation de grossesse) et ce à quoi ils renvoient dans le discours (« l'avortement ») : il y a donc un écart entre le référent grammatical de ces pronoms et l'interprétation logique stricte de ce passage. En effet, selon le fonctionnement syntaxique du français, un pronom neutre comme *c'* ou *ça* reprend généralement le dernier nom accessible dans le discours (Le Robert, 2025), qui est ici « l'avortement ». Or, une interprétation stricte du propos invite plutôt à envisager la situation de grossesse comme référent : le *résultat* d'un viol, d'un inceste ou d'une inefficacité de contraception hormonale, n'étant pas un avortement, mais bien une situation de grossesse.

En présentant l'avortement comme la suite automatique d'une grossesse non planifiée, le discours évacue la dimension décisionnelle de l'avortement. Cette logique implique que tout se joue en amont, dans la capacité à éviter la grossesse, et que l'avortement n'est donc qu'une issue par défaut, acceptable dans certains contextes précis (selon le dernier extrait : en cas d'agression sexuelle ou si tout a été fait pour tenter d'éviter son recours). Néanmoins, soulignons qu'une grossesse non planifiée ne conduit pas nécessairement à un avortement : elle ouvre un espace de choix, dans lequel la personne concernée peut décider, en fonction de ses circonstances, et sans devoir se justifier, d'interrompre ou non la grossesse.

L'indistinction entre l'avortement et la grossesse non planifiée dans ces discours participe de logiques patriarcales en proposant que les femmes ne dissocient pas ces deux réalités, et donc qu'une femme vivant une grossesse non planifiée miserait nécessairement sur l'avortement pour contrôler sa fertilité au lieu d'assurer une contraception efficace en amont. Dit autrement, ce flou sémantique cadre la grossesse non planifiée comme une anomalie, plutôt qu'une possibilité reproductive ordinaire, et comprend l'avortement comme évitable, n'en tienne qu'aux femmes d'être responsables et d'utiliser d'autres méthodes de gestion de la fertilité estimées plus morales. Cette manière de construire le sens de l'avortement signale l'éventuelle *insouciance* des femmes qui *détourneraient* l'avortement en se permettant d'anticiper la pratique. Les femmes, ainsi esquissées comme « déviantes » (Mathieu et Ruault,

2014, p. 37) et incapables de faire des choix reproductifs raisonnés (Duerksen et Lawson, 2017), apparaissent plausiblement fautives d'une mauvaise gestion de leur fertilité (malgré, répétons le, qu'aucune méthode, indépendamment de son utilisatrice, ne soit 100 % fiable sur le plan de l'efficacité contraceptive). En plus de laisser entendre que les femmes ne sont pas les mieux placées pour choisir pour leur propre corps, ces résultats nous permettent de conclure que les avortements sont construits dans notre corpus comme résultant de l'incapacité des femmes à prévenir les grossesses et qu'ils sont, dès lors, *évitables*.

6.3 L'avortement comme pratique « à éviter »

Le fait que l'avortement soit construit comme une pratique *évitable* agit comme condition d'existence à la seconde mécanique qui nous intéresse, soit la constitution de l'avortement comme pratique *à éviter*. Il faut, en effet, concevoir que l'avortement puisse être évité pour que l'invitation à effectivement l'éviter s'avère porteuse. Il s'agit dans la présente partie d'exposer différentes constructions discursives participant à cet *aboutissement stratégique* du discours, soit celui que l'avortement, préalablement construit comme une réalité évitable, doit effectivement être évité.

Le sous-corpus présente plusieurs traces discursives participant à cette construction de l'avortement comme pratique dont il faudrait se passer, comme « conduite-repoussoir » pour reprendre l'expression de Mathieu et Ruault (2014, p. 48), sous prétexte qu'elle est moralement condamnable. Dans les sections suivantes, nous analysons cette vision de l'avortement à partir de trois procédés : les concessions, les procédés de métacommunication et les structures tautologiques.

6.3.1 La concession

Dans nos extraits, nous constatons qu'un motif récurrent contribue à construire une compréhension de l'avortement comme une pratique à éviter : la concession, plus précisément, la phrase adoptant une structure concessive et normative. En effet, plusieurs extraits proposent « deux énoncés constitu[ant] des arguments contradictoires parce qu'ils conduisent, séparément, à des conclusions opposées » (Vincent et Heisler, 1999, p. 23). Nous observons, plus précisément, la structure suivante : l'expression d'un énoncé conduisant à la conclusion d'une certaine ouverture ou acceptation face à l'avortement suivi d'un énoncé conduisant à une conclusion beaucoup plus restrictive. C'est le cas pour les deux extraits suivants, où, *mais* agit comme marqueur de concession entre ces deux énoncés contradictoires :

« C'est pas la fin du monde, **mais** en même temps je veux pas non plus le banaliser : c'est vraiment l'ultime recours. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

« C'est vraiment correct quand on n'a vraiment pas fait exprès, **mais** ça reste que c'est la vie d'un petit bébé qui est en jeu, donc c'est pas à répéter tout le temps. »³³

A., ENTRE MÈRE ET FILLES, APPRENDRE QUE TA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

Dans ces deux extraits, l'avortement est d'abord présenté sous le signe de la tolérance comme étant une pratique dont la gravité est relative, pour ensuite être dépeint comme étant une option à n'envisager qu'en cas extrêmes (« ultime recours »). Cette structure de phrase ne repose pas sur une juxtaposition de deux arguments équivalents, mais établit plutôt une hiérarchie où le sens de la seconde proposition l'emporte sur la première. En effet, la première proposition est immédiatement relativisée et subordonnée à la seconde, de telle sorte que l'idée globale de la phrase ne soit pas celle d'une ouverture envers l'avortement, mais s'inscrive plutôt dans une logique de restriction. Soulignons que les premières propositions plus permissives (« C'est pas la fin du monde » ou « c'est vraiment correct quand on n'a vraiment pas fait exprès ») confèrent aux propos des apparences un peu plus nuancées et tolérantes, susceptibles de susciter l'adhésion, mais que celles-ci ne sont finalement pas des thèses *maintenues* puisqu'elles sont immédiatement redéfinies par ce qui suit le marqueur de concession (« en même temps je veux pas non plus le banaliser : c'est vraiment l'ultime recours » ou encore « ça reste que c'est la vie d'un bébé qui est en jeu »)³⁴ (Vincent et Heisler, 1999). Cette structure rhétorique n'est ainsi pas à envisager comme l'apport d'une simple nuance, mais bien comme une restructuration du raisonnement qui, en subordonnant la thèse initiale (celle que l'avortement peut être acceptable) à une mise en garde beaucoup plus stricte, pose l'avortement comme une pratique à éviter.

6.3.2 La métacommunication

Une autre forme de trace récurrente dans le discours appuyant l'idée que l'avortement est une pratique à éviter est celle de structures de métacommunication, c'est-à-dire des structures qui communiquent sur

³³ Nous rappelons que cette information est fausse : il n'y a pas de consensus scientifique sur la question de déterminer le début de la « vie » humaine (Wiebe *et al.*, 2014).

³⁴ Concrètement, on concède que « l'avortement n'est pas la fin du monde » (P), mais on redéfinit la thèse avec « je ne veux pas le banaliser non plus » (t), de telle sorte que le champ d'application du propos initial se trouve modifié (r) : l'avortement n'est plus « pas la fin du monde », il est plutôt « vraiment l'ultime recours ». Suivant, dès lors, la forme détaillée par Vincent et Heisler : « Je concède P mais redéfinit t, donc r » (1999, p. 27).

la communication (Meyer-Hermann, 1983). Nous remarquons en effet une grande quantité de phrases du sous-corpus qui fournissent des précisions sur la manière de comprendre les discours tenus pour caractériser l'avortement. Ce procédé de discours sur le discours prend forme surtout pour souligner l'importance de se rappeler que l'avortement doit être évité. L'extrait suivant mobilise ce motif à deux reprises :

« Mais tu sais ça, je pense que **c'est important à préciser** justement parce que tu sais, quand c'est un accident, ça peut arriver. Pis c'est vraiment correct. Des fois c'est... Il s'est passé une certaine situation qui fait que tu tombes enceinte, mais **c'est important de se rappeler** que c'est pas un moyen de contraception que tu peux utiliser à chaque fois que t'as une relation sexuelle. »

A., ENTRE MÈRE ET FILLE, APPRENDRE QUE TA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

La locutrice de ce passage ne se contente pas d'énoncer un point de vue sur l'avortement : elle prend plutôt en charge son énoncé en insistant sur la manière dont il doit être compris. Les segments en gras agissent ainsi comme des marqueurs d'insistance orientant la réception du message et hiérarchisant les informations, ce qui renforce la portée normative de l'extrait. En effet, la locutrice ne fait pas qu'énoncer une conception normative de la santé reproductive (celle de la distinction entre l'avortement et la contraception), elle partage aussi une injonction discursive (l'injonction à se rappeler de cette conception de la santé reproductive). Ainsi, ce sont à la fois les contenus propositionnels et leurs modalités d'énonciation qui participent à l'établissement d'un rapport prescriptif entre la locutrice et l'auditoire. Autrement dit, la locutrice fait une double prescription : elle enjoint d'abord l'auditoire à envisager la santé reproductive d'une certaine façon et lui indique ensuite d'internaliser durablement cette vision.

6.3.3 La tautologie

Nous constatons que le corpus présente divers exemples de constructions de phrase avec des connecteurs logiques censés marquer des rapports de causalité, mais utilisés plutôt pour créer des effets de tautologie ou d'équivalences implicites. Une tautologie est un procédé « où les éléments du prédicat reprennent ceux du sujet, selon le modèle X est X ou X est Y , étant posé que X et Y ont le même contenu » (Josette Rey-Debove, 1978, cité dans Loubier, 2008, p. 23). Ainsi des marqueurs de relations, tels que « parce que » ou « donc », censé respectivement introduire une cause ou une conséquence, se retrouvent à associer plutôt des éléments synonymes (X est X) ou redondants (X est Y , étant posé que X et Y ont le même contenu), réduisant dès lors la portée explicative des énoncés et renforçant des présupposés normatifs sur l'avortement, la contraception et la grossesse non planifiée. C'est le cas de l'extrait suivant :

« C'est vraiment l'ultime recours, c'est le dernier recours **parce que** c'est pas un moyen de contraception. »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

Dans cet extrait, les pronoms démonstratifs *c'*ont comme référent nominal *l'avortement*. La première partie de l'énoncé (avant le connecteur logique « parce que ») revient ainsi à affirmer que l'avortement doit être considéré comme une pratique de gestion de la fertilité *exceptionnelle*. La phrase se poursuit par le marqueur de relation « parce que » qui annonce normalement une causalité, donc qui devrait fournir une réponse à la question « Pourquoi l'avortement doit-il être envisagé comme une pratique exceptionnelle ? ». Or, au lieu d'apporter une justification externe, la seconde partie de l'énoncé reprend une conclusion déjà contenue dans la prémisse, à savoir que l'avortement n'est pas un moyen de gestion de la fertilité. La phrase prise dans son entier propose ainsi un raisonnement circulaire, pouvant être reformulée comme suit : « L'avortement est à envisager comme une pratique extraordinaire parce que l'avortement n'est pas une pratique ordinaire » (la forme *X est Y*). La phrase repose ainsi sur une structure tautologique, où la même idée est reformulée d'une part et d'autres du marqueur de relation. En donnant l'illusion d'un lien de causalité entre les deux parties de l'énoncé, cette structure évite d'expliquer pourquoi l'avortement doit être envisagé comme une exception et ne fait que réaffirmer cette idée.

6.4 L'avortement comme pratique évitable et à éviter : une synthèse réflexive

Maintenant que nous avons vu que l'avortement est construit comme pratique dont on peut et doit se passer, nous désirons préciser ce que cela implique sur les significations données à l'avortement. Nous avons vu que de justifier que l'avortement peut être évité en insistant sur l'incapacité des femmes à « bien » utiliser les moyens de contraception ouvre la possibilité que l'avortement soit ensuite compris comme étant « à éviter ». En effet, l'affirmation que les femmes pourraient ne pas avoir besoin d'avortement sous-entendant « si l'on peut se passer de l'avortement, pourquoi maintenir ce service ? » rendant efficace l'idée que les femmes ne devraient pas y avoir recours.

Pour étoffer notre propos, et en guise de conclusion à cette analyse féministe critique de discours, nous revenons sur certaines désignations et significations de l'avortement au sein du sous-corpus. Pour ce faire, nous reprenons rapidement quelques extraits, dont certains analysés plus tôt, en portant notre attention sur les désignations spécifiques de l'avortement et en analysant les significations restrictives et paternalistes qui prennent forme, soit l'avortement comme dérogation, comme geste grave, comme meurtre et comme épreuve.

Commençons par l'extrait suivant, caractérisant l'avortement à la fois comme solution exceptionnelle et comme geste d'une grande gravité.

« C'est pas la fin du monde, mais en même temps je veux pas non plus le banaliser : **c'est vraiment l'ultime recours.** »

A., 5 À 7 PODCAST, L'AVORTEMENT

En effet, dans cet extrait, il serait possible de reformuler de manière équivalente l'énoncé en gras de la façon suivante : *il faut faire tout en son possible pour éviter d'avoir recours à l'avortement*. L'avortement est dès lors posé comme une forme de *permission* octroyée aux femmes seulement si elles ont épuisé toutes les autres options, seulement si elles ont tout fait pour ne pas y avoir recours. L'avortement apparaît alors comme une forme de *faveur*, c'est-à-dire, comme un avantage accordé à titre exceptionnel (CNTRL, 2012c).

La caractérisation de l'avortement comme geste sérieux est d'autant plus virulente dans l'extrait suivant, qui présente l'avortement comme problématique sur le plan moral.

« C'est vraiment correct quand on n'a vraiment pas fait exprès, mais ça reste que c'est **la vie d'un petit bébé qui est en jeu**, donc c'est pas à répéter tout le temps. »

A., ENTRE MÈRE ET FILLES, APPRENDRE QUE TA MÈRE S'EST FAIT AVORTER

Cet extrait pose un jugement moral très violent : il propose que l'avortement consiste à « ôter la vie », donc à *tuer* (CNTRL, 2012i) : tuer un « petit bébé ». Autrement dit, l'avortement est ici qualifié de meurtre (« action de tuer délibérément ») (CNTRL, 2012g), d'infanticide (« meurtre d'un enfant ») (CNTRL, 2012f) ce qui est tout à fait inexact : la science ne parvient non seulement pas à déterminer à quel moment commence la vie humaine (Wiebe *et al.*, 2014), mais cet énoncé escamote toute considération pour l'autonomie corporelle des femmes, dès lors subornée à une vie cellulaire potentielle et complètement dépendante (Bourgeois, 2014), sans ajouter que la jurisprudence canadienne ne reconnaît pas la personnalité juridique des produits de conception, du fœtus et de l'embryon (Guellil, 2024).

Au-delà de sa dimension sérieuse et répréhensible, l'avortement apparaît également caractérisé comme une expérience foncièrement éprouvante pour les femmes.

« Même les femmes qui sont rendues à leur quatrième avortement, **elles ont autant de peine, elles se sentent autant coupables.** »

DRE GAGNON, SEXE ORAL, LA CONTRACEPTION

Cet extrait propose que l'avortement est vécu universellement comme une épreuve, donc une étape difficile, indésirable, et empreinte de culpabilité et de tristesse, ce qui occulte complètement la complexité des rapports que les femmes peuvent entretenir avec cette procédure (Bourgeois, 2014).

En somme, nos analyses montrent que l'avortement est présenté comme étant au mieux une *concession* que les femmes ne méritent que si elles ont tout fait pour l'éviter, ou plus largement comme une procédure problématique, traumatisante et moralement condamnable qui serait idéalement à proscrire. Le refus d'accorder à l'avortement le même statut qu'à la contraception ou qu'aux autres soins médicaux devient une façon de dissuader son recours et s'inscrit en ce sens dans une vision stricte et traditionnelle de la santé reproductive cherchant à prescrire aux femmes ce qu'elles doivent faire de leurs corps (Bourgeois, 2014). Nos conclusions résonnent sur ce point avec celles de la philosophe Camille Froidevaux-Metterie, qui écrit : « les avancés et les combats féministes n'ont pas fait disparaître les mécanismes ancestraux par lesquels les hommes ont pris sur le corps des femmes » (2018, p.18). De fait, si les statuts juridique et social de la contraception et de l'avortement sont intrinsèquement liés aux luttes féministes (Froidevaux-Metterie, 2018), les discours qui les entourent restent néanmoins, plusieurs décennies après leur légalisation, pétris de logiques patriarcales.

CHAPITRE 7

« LES FEMMES ONT D'AUTRES CHOSES À FAIRE, TU SAIS » : DISCUSSION

O., SEXE ORAL, L'AVORTEMENT

Dans ce chapitre, nous reprenons certains constats au sujet du travail contraceptif et abortif dans les balados québécois en regroupant des résultats analysés dans les chapitres 4,5 et 6, puis en les liant à des considérations théoriques, mais aussi communicationnelles, sociales et politiques, plus globales. L'objectif de cette partie est ainsi de discuter nos résultats et de formuler une réponse à notre question de recherche générale : **Que révèlent les balados québécois portant sur la santé reproductive au sujet du travail contraceptif et abortif et de l'idéologie patriarcale ?**

Pour ce faire, nous développons trois points clés. Nous proposons, d'abord, une réflexion sur le caractère communicationnel du travail contraceptif et abortif et en profitons pour poser des recommandations pour communiquer sécuritairement sur la santé reproductive. Nous enrichissons ensuite notre portrait du travail contraceptif et abortif en approfondissant trois dimensions : nous interrogeons la possibilité et l'intérêt d'appréhender le travail de la contraception et de l'avortement de manière simultanée et conjointe, examinons le *devoir* des femmes en santé reproductive, puis scrutons les mécaniques opérantes de l'assignation de ces tâches. Finalement, nous complétons ce chapitre en articulant certaines dimensions de la santé reproductive avec le patriarcat, notamment en y évaluant ce que le patriarcat implique pour les (non)maternités, les désirs et le corps des femmes.

7.1 Le travail contraceptif et abortif communicationnel

Cette première section de chapitre est consacrée à une réflexion rattachant la communication au travail contraceptif et abortif. Nous mobilisons divers résultats de nos analyses afin de dégager ce que constitue le travail communicationnel de gestion de la fertilité et introduisons de bonnes pratiques pour communiquer sur la santé sexuelle et reproductive.

7.1.1 Un travail communicationnel

Nos données mettent en relief l'éventail des dimensions du travail contraceptif et abortif en plus de nous renseigner sur la complexité de son poids dans la vie des femmes. Nous avons ainsi vu que le travail contraceptif et abortif en est un du quotidien (partie 4.3), un travail sur le temps long (partie 4.3.2), qui

revêt des dimensions médicales très concrètes (partie 4.4), mais qui prend aussi des formes plus abstraites, participant au contrôle de la fertilité non pas par une relation de cause à effet facilement discernable, mais menant ou étant néanmoins corolaire à cette entreprise (chapitre 5).

Sur ce point, une catégorie du travail contraceptif et abortif que nous avons analysée n'est pas, à notre connaissance, théorisée dans la littérature : le travail contraceptif et abortif communicationnel. En effet, toute une gamme de modalités de travail de contrôle de la fertilité paraît loger sous cette catégorie : le travail de dévoilement des vécus contraceptifs et abortifs, le travail d'éduquer les autres sur la santé reproductive, le travail de trouver de l'information en santé reproductive, le travail de la trier, le travail de demander la contraception (à l'homme, pour le préservatif, ou à l'institution médicale pour la contraception hormonale), etc. À partir de nos constats empiriques, nous proposons ainsi de conceptualiser le travail contraceptif et abortif communicationnel, comme l'ensemble des tâches discursives, narratives, pédagogiques et interactionnelles mobilisées pour assurer, organiser et maintenir le contrôle de la fertilité. À ce titre, cette étude est elle-même est à considérer comme une modalité de travail contraceptif et abortif communicationnel, dans la mesure où elle produit, organise et met en circulation des savoirs sur la contraception et l'avortement.

À signaler que ce travail s'inscrit dans un contexte compliqué par la qualité variable des informations et par le poids de normes pratiquement impossibles à satisfaire. Bien que nos orientations méthodologiques ne nous permettent pas de produire des données sur la présence ou la quantité de désinformation dans le corpus (Foran, 2019), nous avons relevé au chapitre 5 différents enjeux façonnant un contexte informationnel spécifique. Les travaux de Cécile Thomé (2024) abordent brièvement cette dimension en avançant qu'en matière de contraception, « le tri des informations n'est pas évident pour toutes » et en mentionnant la « pléthore d'informations trouvées en ligne » (p. 159). La sociologue explique que pour discriminer entre les ressources « c'est le critère de fiabilité qui est primordial » (Thomé, 2024, p. 159). Notre recherche participe sur ce point à prolonger sa réflexion en documentant la dimension chronophage et énergivore pour les femmes qui tentent d'obtenir suffisamment d'informations pour choisir de manière libre et éclairée leurs modalités de contrôle de la fertilité.

Un second élément qui alourdit le travail communicationnel de santé reproductive est le poids des normes médicales et sociales qui régissent le recours à la contraception et l'avortement (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), et que les trois chapitres précédents contribuent à mettre à jour. C'est dans ce faisceau

de contraintes que prend forme le travail de justification, d'excuse et d'esquive (partie 5.1.1) autour des choix en matière de santé reproductive.

Ajoutons que ces considérations sur la circulation des connaissances en santé reproductive et son encadrement implicite sont traversées de logiques patriarcales qui appellent à ne pas prendre au sérieux la subjectivité féminine (Froidevaux-Metterie, 2018b) et parmi lesquelles la *médicalisation* apparaît de manière saillante dans nos résultats. En effet, nous observons que les expériences des femmes en santé reproductive ont tendance à être invalidées ou infirmées, sous prétexte qu'elles ne s'accordent pas aux positions de l'institution médicale (partie 5.2.1). La notion de médicalisation permet ainsi d'envisager l'asymétrie par laquelle le personnel médical apparaît pouvoir « définir et contrôler » les fonctions corporelles reproductives des femmes (Young, 2021, p. 70) en dictant, par exemple, quels symptômes sont crédibles, quelles pratiques procurent de l'inconfort ou non, ou encore, quelles méthodes de contraception sont valides (et lesquelles sont *efficaces* ; partie 5.2.1), il en résulte une forme de *dépossession* des expériences corporelles des femmes (Garrau, 2018) pour qui la capacité à ressentir un symptôme, à identifier un inconfort, à choisir une *bonne* méthode contraceptive est remise en cause. Cette asymétrie d'autorité entre les propos de l'institution médicale et les expériences des femmes de leurs *corps vécus* (Grosz, 1994) participe à entretenir des zones d'ombres et d'incompréhensions en santé reproductive, ce qui engendre des biais dans les informations disponibles et labellisées comme fiables en plus d'invisibiliser certaines informations et expériences au profit d'autres, dans une mécanique résultant d'un jeu de pouvoir dont les femmes sont doublement perdantes : leurs expériences restent invalidées et leur quête de connaissance laborieuse.

7.1.2 Bonnes pratiques pour communiquer sur la santé reproductive

À la suite de nos réflexions, nous en venons à élaborer une liste de bonnes pratiques pour communiquer sur la santé reproductive et l'avortement en évitant de partager une vision restrictive, patriarcale et dangereuse.

7.1.2.1 Utiliser la dénomination exacte des produits de grossesse

Éviter d'utiliser le mot « bébé » systématiquement pour discuter du cycle menstruel, de la fertilité et de la grossesse, car cela contribue à créer un climat de fétichisation et d'humanisation du fœtus / de l'embryon (partie 4.2.2.3), qui nuit à la création d'un contexte communicationnel en faveur du libre choix (Mikołajczak et Bilewicz, 2015). Ce genre de discours, en plus d'être susceptible de culpabiliser les femmes

pour leur choix de santé reproductive, renvoie aussi à une fétichisation de la maternité. Nous proposons de prioriser les expressions suivantes :

Dénomination plus précise : fœtus, embryon, produits de grossesse, produits de conception.

Expressions connexes : fécondation, grossesse, situation de grossesse, relation sexuelle fécondante.

7.1.2.2 Expliciter le fait que l'avortement est un soin médical sécuritaire

Dire explicitement que l'avortement effectué par des personnes professionnelles et expertes est un soin de santé reproductive reconnu comme étant tout à fait sécuritaire (OMS, 2021). Il est possible de nommer que l'avortement est une thématique qui touche aux croyances de certaines personnes, mais cela ne rend pas l'avortement pour autant dangereux. Les risques associés à l'avortement sont d'ailleurs moins élevés que ceux associés à la poursuite d'une grossesse (Raymond et Grimes, 2012).

7.1.2.3 Partager des ressources fiables, reconnues et en appui au libre choix

Mettre de l'avant, dès que possible, des ressources de santé reproductive sécuritaires et en faveur du libre choix (voir annexe F) et prévenir que plusieurs contenus disponibles sur le Web partagent une vision biaisée de l'avortement (par exemple influencée par des croyances religieuses) et sont ainsi susceptibles de partager de l'information fausse et dangereuse sur la santé reproductive.

7.1.2.4 Ne pas contourner la thématique de la santé reproductive

L'accès à l'information sur la santé reproductive est un enjeu important, renforcé par le caractère tabou de la thématique et le silence qui contribue à l'entretenir. Éviter d'aborder le contrôle de la fertilité limite la compréhension du public et nuit à l'atteinte d'une justice reproductive, il apparaît dès lors crucial de favoriser des espaces de partage et de diffusion des savoirs de santé reproductive.

7.1.2.5 Valoriser le choix de partager ou non des détails sur son parcours de santé sexuelle et reproductive

Éviter de supposer que toute personne souhaite ou doit partager des informations sur son parcours de santé sexuelle et reproductive. Raconter son histoire et éduquer les autres au sujet de la santé sexuelle et reproductive représente un travail qui s'ajoute aux autres tâches de gestion de la fertilité. Il convient ainsi

de reconnaître ces efforts comme tels et de les valoriser, notamment en restant vigilant face aux attentes implicites de témoignages.

7.2 Anatomie du travail contraceptif et abortif

Cette seconde partie du chapitre est dédiée à une réflexion conceptuelle sur la notion de travail contraceptif et abortif. En prenant appui sur les résultats de nos analyses, nous y interrogeons la distinction opérée entre les pratiques de santé sexuelle et reproductive au sein même de nos outils analytiques, examinons le travail de contrôle de la fertilité comme un devoir et présentons une typologie des différentes modalités d'assignation de ces tâches.

7.2.1 Le travail contraceptif et abortif sur un continuum : vers le travail de contrôle de la fertilité

Dans nos analyses, nous avons pu remarquer une tendance forte à distinguer la contraception et l'avortement. Nous avons vu dans le chapitre 1 qu'il était commun d'appréhender cette distinction en définissant la contraception comme l'ensemble des moyens visant à prévenir la fécondation d'un ovule ou son implantation dans l'utérus (Bansode *et al.*, 2023) et l'avortement comme l'action intentionnelle de mettre fin à une grossesse (MedlinePlus, 2023). Cette distinction est opérante dans notre corpus, notamment en ce qui concerne le découpage thématique des épisodes. Non seulement, aucun épisode n'annonce aborder à la fois la contraception et l'avortement, mais plusieurs émissions du corpus, comme *Apéro Sexo*, *l'Histoire nous le dira* et *Sexe Oral* consacrent un épisode distinct à chaque thématique, contribuant à marquer qu'il s'agirait de deux sujets différents.

Or, pour la sociologue Mona Claro (2021), il est tout à fait possible d'envisager la contraception et l'avortement comme des pratiques sur un même continuum, soit celui de la prévention et du refus des grossesses. La sociologue remarque que cette distinction sert souvent à poser la contraception comme la façon « responsable » de contrôler la fertilité, sous-entendant que l'avortement ne l'est pas (ou, minimalement, l'est moins) et pouvant contribuer à décourager, voire diaboliser, la pratique (Claro, 2021) — comme c'est le cas dans nos données. Nous avons vu dans les résultats de l'analyse de discours qu'il était non seulement fréquent d'énoncer que l'avortement ne constitue pas un moyen de contraception (la possibilité même de constituer un sous-corpus d'extraits allant en ce sens, soutient également cette affirmation), mais aussi que ce genre de propos s'inscrit en support à une vision restrictive de l'avortement. Cela transparait aussi dans la partie 5.1.1.2 sur le dévoilement de la « non-contraception », qui montre

comment il est condamnable pour les femmes de ne pas utiliser de méthode contraceptive, suggérant que celles qui font ce choix se « fient » sur l'avortement et sont *irresponsables* de le faire (Thizy, 2023).

L'analyse de nos résultats nous amène à considérer, à l'instar de la proposition de Claro (2021), qu'une vision de la santé reproductive appréhendant les pratiques et soins de contrôle de la fertilité sur un continuum (plutôt que par catégories binaires) est à la fois tout à fait possible, mais également plus pertinente, en ce sens qu'elle restitue de manière plus exacte les expériences des femmes en plus d'être davantage cohérente à une perspective en faveur du libre choix.

Tout d'abord, si nous affirmons qu'il est possible d'appréhender conjointement le travail de contraception et celui de l'avortement, c'est parce que nos résultats en attestent. En effets, ceux-ci s'organisent largement autour de phénomènes communs aux deux types de travail, parmi lesquels quelques exemples notables : les expériences de peurs de santé reproductive (partie 4.3.3), celles liées aux choix de contrôle de la fertilité (partie 4.5), celles liées aux contacts avec certains prestataires de soins (partie 4.4.1), ou encore toutes les tâches communicationnelles (chapitre 5 ; partie 7.1).

Rassembler le travail contraceptif et celui abortif est ainsi non seulement possible, mais paraît aussi en plus grande adéquation avec les expériences de santé reproductive des femmes à commencer par le fait que celles-ci abordent fréquemment l'avortement dans les épisodes sur la contraception, et la contraception dans les épisodes sur l'avortement, signalant dès lors que ces deux thématiques sont pour elles plus imbriquées que ce que les découpages thématiques annoncés peuvent laisser croire. À cette contiguïté des pratiques s'ajoute la considération que certaines expériences de santé reproductive résistent à cette classification dichotomique en marquant la porosité de la frontière entre contraception et avortement et entre contraception et non-contraception.

La distinction entre la contraception et l'avortement est en quelque sorte mise à l'épreuve par la contraception d'urgence, qui intervient non pas en amont d'une relation sexuelle potentiellement fécondante, mais à la suite de celle-ci. Ainsi, sur le plan théorique, la contraception d'urgence, qui à la fois prévient une grossesse et interrompt un processus amorcé, se situe dans une zone mitoyenne entre la contraception et l'avortement. En pratique, ce que nos résultats mettent en relief, c'est que cette méthode se classe difficilement, selon les expériences des femmes, dans la catégorie de la contraception responsable et célébrée, créant dès lors une zone tierce et ambiguë. En effet, au sein de notre corpus, plusieurs femmes témoignent utiliser ou avoir déjà utilisé ce genre de méthodes, sans toutefois avancer

qu'il s'agit de leur moyen de contraception. Il apparaît aussi qu'en contraste aux méthodes de contraception hormonales que certaines femmes hors de l'institution médicale estiment trop souvent prescrites (partie 4.4.1.3), les utilisatrices de contraception d'urgence rencontrent différentes réticences de la part des prestataires, notamment du jugement de la part de professionnelles et professionnels de la santé (partie 4.4.1).

Nous remarquons la création du même genre de zone floue avec la thématique de la non-contraception. Nous pensons ici au fait que les méthodes « masculines » sont de manière vernaculaire souvent évacuées de ce que veut dire « utiliser une méthode de contraception » (partie 4. 2) et que l'abstinence, elle, serait néanmoins à considérer comme une méthode de contrôle de la fertilité³⁵. Dit autrement, utiliser une méthode de contraception « masculine » figure parfois dans la catégorie « non-contraception », alors que pratiquer l'abstinence, donc en quelque sorte *ne rien faire*, se mérite parfois une place dans la catégorie « contraception ». Ces contradictions soulignent la porosité des frontières entre contraception et non-conception, montrant qu'une même pratique peut se situer dans l'une ou l'autre des catégories selon la personne ou le contexte. Ces réflexions montrent combien il est difficile de tracer les contours de la contraception, tant pour la distinguer de l'avortement que de la non-contraception, laissant poindre la pertinence de ressources langagières permettant d'honorer les subtilités des vécus.

De la sorte, ces réflexions invitent à envisager que l'intitulé même du concept de *travail contraceptif et abortif* peut être remis en question, dans la mesure où celui-ci tend à distinguer la contraception et l'avortement en insistant sur l'éventuelle spécificité du travail lié à l'un ou l'autre. Sans exclure en bloc la pertinence, dans certains contextes, de s'intéresser à ces spécificités, nous en venons à considérer que l'usage d'un terme plus adéquat, qui rendrait visible l'annexion des deux catégories (ou du moins qui ne soulignerait pas leur différence) est pertinent et en phase avec notre propos. Si la notion de travail procréatif (Hertzog et Mathieu, 2021), apparaît ici trop peu précise, nous proposons d'utiliser le terme **travail de contrôle de la fertilité** qui nous paraît rendre compte plus adéquatement des expériences des femmes à refuser et prévenir les grossesses tout en évitant d'alimenter une diabolisation de l'avortement passant par la distinction contraception-avortement³⁶. Signalons que cette expression peut être

³⁵ Nous n'avons pas pu présenter les résultats de nos analyses sur ce point, mais les épisodes du corpus passant en revue les différentes formes de contraception émettent presque toujours un commentaire sur l'abstinence qui est traitée comme une méthode contraception non fiable, mais néanmoins, comme une méthode de contraception.

³⁶ Tout au long de ce mémoire nous utilisons cette expression dans une visée synonymique, mais nous en venons à le proposer, ici, comme formulation à privilégier.

interprétée de façon à y inclure, non seulement les tâches de prévention et de refus de grossesse, mais aussi celles associées à la recherche de la fécondation. Ainsi, il ne s'agit pas de proposer un terme restreint à la seule focale de notre recherche, mais plutôt de désigner un pan du travail procréatif s'exerçant en dehors, en amont ou à distance de la poursuite d'une situation de grossesse en vue de la naissance d'un enfant.

7.2.2 Le travail de contrôle de la fertilité comme devoir

Le travail de contrôle de la fertilité est réfléchi en anglais à partir d'une panoplie de termes et de définitions (*fertility work, contraceptive labour, reproductive responsibility*, etc.) marquant non seulement les défis à appréhender et à analyser le phénomène (Caddy et al., 2023), mais aussi une certaine ambivalence en lien avec les notions de *responsabilité* et *travail*. Cette diversité terminologique existe aussi en français de sorte que, pour nos analyses, nous avons, à l'instar des penseuses francophones (Hertzog et Mathieu, 2021 ; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), navigué entre les termes *travail, responsabilité, charges* et *tâches*, en leur conférant le plus souvent une valeur presque synonymique. Marquons toutefois que le terme *responsabilité* engage des dimensions particulières, en ce qu'il ne désigne pas uniquement l'acte d'engagement ou de gestion active (Caddy et al., 2023), mais aussi la notion d'imputabilité³⁷ (cette « possibilité de mettre un acte sur le compte de quelqu'un » (CNTRL, 2012e, l. 4) et celle d'obligation, qui précède ou enveloppe cette action (la responsabilité étant « l'obligation de répondre de ses actions » (CNTRL, 2012h). Nous soulignons cette articulation entre *travail, responsabilité* et *obligation* afin d'argumenter que le travail de contrôle de la fertilité ne relève pas seulement de l'assignation, mais entretient un rapport plus total et surplombant avec la notion d'obligation, qui, impliquant des rapports de pouvoir, est à comprendre en termes de *devoir*.

En effet, le *devoir*, « ce à quoi on est obligé par la raison, par la morale, par la loi, par sa condition, par la bienséance » (CNTRL, 2012a), renvoie à une structure normative qui précède à la fois la tâche pour la rendre attendue, mais aussi la *responsabilité*, dans la mesure où cette dernière se définit comme « la nécessité morale de remplir un devoir » (Le Robert, 2025). En effet, « la responsabilité pour X est le devoir

³⁷ Le terme *imputabilité* est critiqué en français comme traduction d'« accountable » ou « accountability ». Nous décidons néanmoins d'y avoir recours ici pour dégager un aspect de la notion de *responsabilité* (terme de remplacement à privilégier) : celle de l'obligation à rendre des comptes (Banque de dépannage linguistique, 2016).

de répondre de X » (Chevarie-Cossette, 2024, p. 415) et, plus encore, de rendre compte de la façon dont on s'est acquitté de X (Gow, 2012).

En argumentant que le travail de contrôle de la fertilité relève du devoir, nous désirons marquer que les femmes, plus que les *exécutantes* des tâches de contrôle de la fertilité, en sont les personnes imputables. Ce qui implique pour elles un fardeau de *redditions de comptes* qui façonnent et renforcent le travail de contrôle de la fertilité, et que nos analyses donnent à voir. Par cette considération, nous souhaitons souligner comment les femmes sont tenues de justifier qu'elles exécutent bien les tâches (partie 5.1.1.2). Dans le contexte patriarcal, elles sont en quelque sorte tenues de se montrer à la hauteur du « privilège » du contrôle de leur fertilité selon les méthodes jugées correctes, efficaces. En effet, tout se passe comme si les femmes devaient aux autres (aux hommes, au corps médical, à leurs interlocuteurs) leur historique de santé reproductive, comme si elles devaient aux autres leurs produits de conception (avoir le *bon* enfant au *bon* moment), comme si elles devaient aux autres leurs disponibilités à des pratiques potentiellement fécondantes. De surcroît, tout se passe comme si les femmes, personnes désignées comme garantes du contrôle de la fertilité, ne pouvaient « se fier » sur l'avortement en guise de filet de sécurité alors que les hommes, eux, peuvent tout à fait « se fier » sur les femmes.

7.2.3 Le travail de contrôle de la fertilité résolument assigné aux femmes

Notre recherche, qui propose de réfléchir l'assignation aux femmes de la responsabilité de prévenir et refuser les grossesses, documente comment celles-ci assument bel et bien les tâches afférentes à cette responsabilité, en plus de dégager certaines caractéristiques que prennent les discours participant à l'assignation de ces tâches. Si nous avons déjà, dans le chapitre précédent, jeté les bases d'une analyse des rapports de pouvoir genrés et médicaux qui façonnent ces discours, nous désirons, à présent, aborder avec plus de finesse ce qui s'y révèle sur le plan de la mécanique d'assignation aux femmes. Nous proposons une typologie en sept modalités d'assignation, chacune traversée par le « pouvoir médical » et « les rapports de genre » (Thomé et Rouzard-Cornabas, 2017, p. 119).

7.2.3.1 L'assignation formelle

La première forme d'assignation que nous identifions est celle que nous qualifions de formelle. Elle rassemble les modalités signifiant de manière explicite et spécifique l'assignation de tâches contraceptives et abortives aux femmes. Cette catégorie inclut tous les éléments structurels et toutes les traces discursives inscrivant le contrôle de la fertilité dans le registre de la tâche ainsi que celles en désignant les

destinataires. Nous entendons par éléments structurels le fait que l'offre contraceptive soit majoritairement composée de dispositifs destinés aux corps féminins, laissant peu d'équivoques quant à la personne chargée de leur usage (et donc de leur obtention, de leur observance, de leurs effets sur le corps). Par traces discursives, nous désignons d'abord les prises de paroles prenant la forme d'ordres ou de directives par l'usage de l'impératif ou de formulations mandatoires, comme « **il faut** que tu penses à remettre l'anneau »³⁸. Ensuite, nous y incluons celles qui explicitent à qui s'adressent ces « consignes », qu'ils s'agissent d'apostrophes à l'auditoire féminin (abordée dans la partie de notre analyse de discours sur la pronominalisation à la deuxième personne du singulier ; partie 6.2.1), ou de désignation explicites des femmes comme responsables, comme c'est le cas dans l'exemple suivant : « c'est un gros épisode **les filles**, pour vrai, écoutez-le attentivement »³⁹.

L'assignation formelle véhicule et réifie (Määttä, 2023) l'idée que le travail de contrôle de la fertilité revient aux femmes à la manière d'une *consigne* : une instruction, souvent restrictive et répressive, donnée à une personne (ici, les femmes) sur ce qu'elle doit faire ou ne pas faire (CNTRL, 2012 c) (ici, effectuer les tâches de travail de contrôle de la fertilité). Ainsi, l'assignation formelle *ordonne* aux femmes d'agir d'une façon particulière. Or, ne se voient donner une consigne que les personnes que l'on cherche à restreindre et réprimer : que les personnes sur qui on a suffisamment d'ascendance pour restreindre et réprimer. Il importe ainsi de réinscrire l'assignation formelle dans sa visée et son contexte patriarcal : ces consignes sont les marques et les leviers d'un ordonnancement social fondé sur une infériorisation des femmes (Lazar, 2007), strictement définies par des rôles sociaux ancrés dans la maternité et la domesticité.

7.2.3.2 Le désengagement des hommes

La seconde modalité d'assignation que nous identifions est celle du désengagement des hommes : si les femmes se retrouvent à devoir assumer le contrôle de la fertilité, c'est en partie parce que leurs partenaires masculins leur transfèrent implicitement cette responsabilité en s'abstenant d'y prendre part.

S'inscrivant dans une mécanique plus globale, à comprendre en termes de luttes de pouvoir, l'inaction des hommes sur le plan du contrôle de la fertilité participe à assigner aux femmes la responsabilité en ce domaine. La mécanique d'assignation du travail de contrôle de la fertilité est ici celle d'un

³⁸ Dre G., Elles Podcast, La contraception

³⁹ M., Le Canal Vaginal, Options de contraception

déchargement (« se décharger sur d'autres des activités de care ») (Fraser, 2016 b, p. 23) : le fait que les hommes ne fassent rien pour contrôler la fertilité, ou alors seulement de manière déficiente, n'annule d'aucune façon les tâches, mais en transfère plutôt le fardeau aux femmes (Spencer, 1999).

Cela dit, rappelons que la contraception a déjà été « une compétence masculine » (Thomé, 2024, p. 76), notamment à travers la pratique du retrait préventif. Or, l'essor des méthodes de contraception hormonale a profondément modifié les pratiques (Bajos et Ferrand, 2004), si bien que « le fait de compter sur sa partenaire [est désormais] la norme » (Thomé, 2024, p. 84). Alors que des études soulignent l'éventuelle ouverture des hommes à participer au travail de gestion de la fertilité (Reynolds-Wright *et al.*, 2021), la sociologue Cécile Thomé (2024), parle néanmoins d'une « (auto-)exclusion » (p. 76) des hommes en contraception dès lors graciés de « devoir y penser à chaque rapport, mais aussi risquer de se voir reprocher une grossesse non planifiée ». (p. 79) Leur désengagement n'a ainsi rien d'anodin : il leur est, au contraire, hautement *profitable* (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). En effet, ils s'économisent d'éventuels reproches, mais également toute la charge mentale, économique, temporelle et corporelle en amont, pendant et après les rapports sexuels.

Au-delà d'une réflexion sur la volonté d'engagement des hommes (à laquelle l'argument de l'offre contraceptive destinée aux femmes est vite rétorqué; partie 4.2.1), nous désirons souligner un constat matériel : l'analyse de notre corpus met en évidence comment de nombreuses femmes expérimentent être les uniques responsables de la dimension contraceptive de leurs échanges sexuels avec des partenaires masculins. Un exemple fort représentatif à cet effet concerne l'usage du préservatif : nous avons vu que les femmes sont appelées à le demander et même à convaincre leur partenaire de son utilisation (partie 4.2.3), prenant ainsi en charge l'anticipation du contrôle de la fertilité et son exécution, devant en plus fournir un plaidoyer dans certains cas. Dans cet exemple, le partenaire masculin ne manifeste aucun souci au sujet du contrôle de la fertilité : il a le luxe d'éviter et même d'oublier « ce sale boulot » (Molinier, 2010, p. 166) en évoquant le contre-argument de son plaisir sexuel. Molinier propose l'expression « sale boulot » pour renvoyer à « ce qui ne peut être évité sans graves désordres dans la société du fait que nous sommes des corps » (Molinier, 2010, p. 167). Nous considérons que le travail de prévention et de refus de grossesse partage une forte affinité conceptuelle avec le *sale boulot* : il ne peut être évité sans possibilité de *graves désordres*, dans la mesure où une situation de grossesse non planifiée représente un bouleversement au parcours de santé reproductive, un écart à l'*ordre* donné du *bon* enfant au *bon* moment (Bajos et Ferrand, 2004).

Ainsi, nous observons que ce désengagement des hommes assigne le contrôle de la fertilité aux femmes en reprenant la mécanique suivante : « on délègue le sale boulot, puis on l’oublie » (Molinier, 2010, p. 167). Les femmes en revanchent « ne peu[vent] pas ne pas » (Paperman, 2005, cité dans (Molinier, 2010, p. 164)) contrôler la fertilité : elles ne peuvent ni déléguer, ni oublier. Non pas à cause de l’éventuelle possibilité de grossesse de leurs corps ou parce qu’elles seraient plus *attentionnées*, mais tout simplement parce qu’elles ne peuvent « s’absenter » (Molinier, 2010, p. 167) : quelqu’un doit, par réalité biologique, voir à ce que soient évités les *désordres* découlant du fait qu’elles comme les hommes sont des corps. Les hommes s’étant déjà défilés (le patriarcat leur conférant le privilège de le faire), elles ne peuvent faire de même.

Ce désengagement des hommes est donc à comprendre comme la marque et le résultat de rapports de pouvoir genrés où ceux-ci sont en posture de domination (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). C’est cette ascendance sur les femmes qui leur permet de se défiler, et d’ainsi exploiter la force de travail des femmes (Delphy, 2015), qui doivent ainsi prendre en charge le contrôle de la fertilité du duo.

7.2.3.3 La (re)assignation par le silence

Le désengagement des hommes se lie à une autre mécanique d’assignation spécifique, soit celle de la (ré)assignation par le silence. Nous observons que le fait que la répartition des tâches de contrôle de la fertilité soit très peu discutée, voire abordée, contribue au maintien d’un *statu quo* dans lequel la responsabilité féminine va de soi.

Sur ce plan, nous avons montré dans le chapitre 5 comment la contraception et l’avortement représentent encore des thématiques marquées comme « tabous » ou difficiles à aborder (partie 5.1.2). Il se dégage de nos analyses que plusieurs décrivent le manque de discours sur ces thématiques à l’école, dans les médias et de manière plus large, dans la sphère publique, mais aussi que les femmes discutent finalement assez peu du contrôle de la fertilité avec leur entourage, y compris avec leurs partenaires (à l’exception de quelques exemples célébrés — partie 4.2.1). Ce silence se dresse ainsi comme une forme de norme, que les femmes ne se permettent de transgresser qu’avec grandes précautions (pensons aux très amples justifications des choix contraceptifs et abortifs à la partie 5.1.1).

Or, ce silence participe à maintenir l’invisibilisation de la responsabilité des hommes dans la reproduction, la contraception, la grossesse et l’avortement (Bourgeois, 2014), ce qui ramène à la question : « à qui ce travail invisible des femmes profite-t-il ? » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017, p. 118) En considérant que

les hommes sont largement absents des épisodes du corpus, on peut se demander s'il ne s'agirait pas pour eux d'un sujet « réglé ». Le mécanisme ici est double : cette « culture » du silence maintient non seulement une forme de statu quo opportun pour les hommes (n'est-il pas bénéfique pour ces absents qu'on ne réévalue pas la répartition des tâches de fertilité ?), mais contribue aussi à assigner aux femmes les tâches communicationnelles du travail de contrôle de la fertilité (c'est en partie parce que les médias et l'école ne se portent pas garants de la saine circulation d'informations sur la santé reproductive que des femmes ont à le faire). Sans compter que ce silence rend le travail communicationnel plus exigeant : si la norme est celle de ne pas parler, le faire devient un geste à haut risque, d'autant plus sollicitant.

7.2.3.4 L'assignation sous couvert d'autonomie

Nous remarquons aussi que l'assignation du travail de contrôle de la fertilité se produit en évoquant l'importance pour les femmes d'avoir le plein contrôle de leur corps, donc par la valorisation d'une *autonomisation* par le contrôle de la fertilité (Senderowicz, 2019). Nous rassemblons dans cette catégorie les prises de paroles mettant l'accent sur la notion de « choix » (qui représente, en soi, toute une gamme de charges; partie 4.5) et celles soutenant que les femmes ne devraient se fier que sur elles-mêmes en matière de fertilité (pensons ici aux arguments liés à la grossesse dans le corps des femmes et à la notion de confiance que les femmes devraient avoir envers des hommes prenant en charge le contrôle de la fertilité ; partie 4.2.2).

Il ne s'agit pas du tout de remettre en cause l'importance de l'autonomie corporelle : nous reconnaissons et désirons mettre de l'avant que pouvoir choisir ses contraceptions, ses avortements et ses grossesses est essentiel. Bien qu'il soit évidemment primordial que les femmes disposent du plein pouvoir sur leur propre corps, nous souhaitons mettre en garde face à l'éventuelle instrumentalisation de ce fondement féministe en notant comment celui-ci peut participer à faire passer comme tout à fait acceptable la prescription des tâches de contrôle de la fertilité aux femmes seulement.

Pour le dire simplement, la modalité d'assignation du travail reproductif que nous critiquons ici reprend l'injonction « en tant que femme, tu dois contrôler ta fertilité », mais sous une forme plus subtile misant sur l'*autonomisation* : « en tant que femme, tu dois choisir comment contrôler ta fertilité ». Il s'agit donc de reconnaître que de faire miroiter aux femmes un gain d'autonomie attribuable aux technologies de contrôle de la fertilité contribue à leur assigner les tâches afférentes à l'usage de ces technologies. Il faut nuancer l'idée que le choix d'une méthode de contraception est nécessairement un processus

d'autonomisation. Comme le soulignent Thomé et Rouzaud-Cornabas : « si la contraception doit “convenir” à chaque utilisatrice, elle n'en doit pas moins être “efficace” » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017, p.128 ; guillemets des autrices) aux yeux du corps médical. Les autrices pointent alors comment ce « choix » est finalement étroitement balisé et, ainsi, loin de permettre la pratique d'une autonomie complète.

En effet, nos résultats attestent que du côté de l'institution médicale, les seuls choix valides en matière de contraception sont ceux qui réduisent de manière *efficace* la fertilité — à savoir les méthodes anovulantes (Bertotti *et al.*, 2021). Comme il n'apparaît pas recevable de choisir la non-contraception ou des méthodes dites « naturelles » (nous l'avons vu à la partie 5.1.1.2), cela participe à contraindre des femmes à l'utilisation de méthodes contraceptives qu'elles ne comprennent ou ne veulent pas entièrement (Senderowicz, 2019). Ces considérations donnent à voir ce que plusieurs appellent « le paradoxe de la contraception » (Bertotti *et al.*, 2021 ; Gomez *et al.*, 2018), avançant que celle-ci peut être à la fois source d'autonomisation et d'oppression. C'est spécifiquement dans cet interstice que se loge la modalité d'assignation du travail de contrôle de la fertilité dont nous discutons ici.

7.2.3.5 La surveillance et le rappel normatif

La cinquième modalité identifiée est celle de la surveillance et du rappel normatif, qui rassemble les différentes manières qu'ont l'institution médicale ainsi que ses relais de réitérer aux femmes leur responsabilité. Il s'agit de considérer que le fait de demander aux femmes (régulièrement et différemment qu'aux hommes ; voir partie 5.1.1) leurs stratégies de contrôle de la fertilité participent à réinscrire le souci de la fertilité comme étant avant tout le leur.

Nous proposons de considérer ces rappels, qu'ils soient informels ou intégrés aux suivis médicaux, comme des dispositifs de régulation du travail de contrôle de la fertilité (Hertzog et Mathieu, 2021) s'apparentant, pour emprunter une logique du monde de l'emploi, à des mesures de *suivis des performances*. Ces scènes (qu'il s'agisse de questions précises ou de contextes incitant à ces prises de paroles) prennent la forme de situations d'évaluation, dans lesquelles les femmes peuvent, ou du moins ressentent qu'elles pourraient, être prises en défaut au regard des normes contraceptives et abortives.

Nous constatons que les dispositifs par lesquelles les femmes se voient demander d'explicitier leurs choix et trajectoires de santé reproductive participent à leur assigner le travail de contrôle de la fertilité en leur sollicitant spontanément des tâches de dévoilement et de contournement de stigmates (partie 5.1.1). Ces

dispositifs agissent aussi comme rappel symbolique de leur devoir à effectuer rigoureusement les tâches de contrôle de la fertilité, sous peine d'être prises à défaut, d'être jugées.

7.2.3.6 L'assignation par le recours aux émotions

L'assignation des tâches de contrôle de la fertilité s'effectue également en faisant appel aux émotions des femmes. Nous incluons dans cette catégorie tous les discours et attitudes participant à culpabiliser ces dernières en lien avec les différentes étapes et choix de leur trajectoire contraceptive, abortive et reproductive — cela inclut entre autres les discours sur l'avortement comme pratique irresponsable (chapitre 6) ou dangereuse (partie 5.2.2.1) ou encore les prises de paroles condamnant la « non-contraception » (partie 5.1.1.2). La mécanique de cette assignation consiste à accentuer certaines émotions négatives chez les femmes (la culpabilité, la honte, la peur) de manière à ce que la prise en charge des tâches reproductives apparaisse indispensable, afin d'atténuer ou de soulager cet inconfort émotionnel.

Comme nous l'avons vu, les femmes expérimentent pour différentes raisons de la peur et du stress au fil des tâches de santé reproductive (partie 4.3.3 ; 4.4.2.3). Ce travail émotionnel (Kimport, 2018 ; Hochschild, 2003) se trouve d'autant plus intensifié lorsque les femmes sont exposées à des discours orientés sur la culpabilité. La principale cause de répercussion émotionnelle d'un avortement ne serait d'ailleurs pas liée à la procédure elle-même, mais plutôt au jugement social (Pedersen, 2008). Il s'agit ainsi de considérer que cette modalité exige des femmes des tâches spécifiques de contrôle de la fertilité (le recours aux émotions assigne tout particulièrement des tâches de travail émotionnel), mais aussi qu'elle contribue, de manière plus globale, à assigner le souci du contrôle de la fertilité aux femmes seulement.

7.2.3.7 L'assignation par l'offre de soins ou d'informations inadéquats

La dernière modalité d'assignation du travail de contrôle de la fertilité que nous dégagons de nos résultats se lie à la qualité variable ou mauvaise des soins et des informations disponibles. Il est à considérer que la prise en charge inadéquate de l'institution médicale en santé reproductive transfère ou crée des tâches aux femmes : pensons ici aux informations partielles données lors de prescription de contraception hormonale (partie 4.4.1.3), à la recommandation systématique de la contraception hormonale malgré les effets secondaires (partie 4.4.1.3), aux discours partiels ou faux sur l'avortement (5.2.2.1) ou encore plus largement à tous les soins de santé reproductive inadéquats (partie 4.4). La mécanique d'assignation de cette modalité reprend celle du silence : c'est parce que des institutions n'assument pas efficacement le

travail de santé reproductive qui leur revient (par exemple : celui de promulguer des soins sécuritaires et respectueux ou encore, de partager des informations documentées et fiables) que celles-ci sont transférées aux femmes.

7.2.3.8 L'assignation et le système d'oppression patriarcale : une synthèse réflexive

L'ensemble de ces sept modalités sont autant de manières d'assigner aux femmes le travail de contrôle de la fertilité. Traversées, structurées et rendues socialement possibles et efficaces par un ensemble de logiques constitutives de rapports genrés et médicaux, ces modalités assignent aux femmes des tâches spécifiques de santé reproductive ainsi que le souci global du contrôle de la fertilité. Leur identification et analyse en tant que mécanisme ni ponctuel ni anodin, mais plutôt comme dispositif de contrôle fait ressortir le caractère foncièrement patriarcal des discours sur la santé reproductive, qui sont finalement loin d'être aussi neutres et apolitiques qu'il nous est donné de croire (Lazar, 2007). Autrement dit, si ces modalités d'assignation peuvent être identifiées comme des mécaniques spécifiques, elles n'en restent pas moins au service du maintien et du renouvellement d'un même mandat : assigner et réassigner aux femmes la responsabilité du refus et de la prévention des grossesses.

7.3 Contrôler les femmes qui contrôlent leur fertilité : ce que les discours sur la santé reproductive soutiennent, renforcent, occultent

Cette dernière partie du chapitre 7 est dédiée à quatre dimensions spécifiques de l'articulation de la santé reproductive et de l'idéologie patriarcale. En prenant comme point de départ nos résultats et éléments de discussion, nous y approfondissons des réflexions au sujet de ce que fait le patriarcat aux parcours en santé sexuelle et reproductive des femmes. Pour ce faire, nous nous penchons sur les maternités, les désirs, les corps et l'autonomie des femmes.

7.3.1 Contrôler les maternités

Bien que nos analyses soient centrées sur les discours sur le refus et la prévention de grossesse, elles permettent de documenter certaines visions de la maternité en contexte patriarcal révélant à la fois son importante valorisation et son encadrement normatif strict. Pensons pour ce premier point à la fétichisation des produits de conception, partie 5.2.2 ; à la peur de l'infertilité, partie 4.3.3.3 ; ou aux justifications des refus de grossesses, partie 5.1.1.1 qui participent à signifier et renforcent l'idée que la maternité reste « un idéal social indépassable » (Froidevaux-Metterie, 2021, p. 289), ou encore « le couronnement de la vie d'une femme » (Froidevaux-Metterie, 2021, p. 291). Ces représentations se

rapportent à la logique patriarcale de naturalisation et d'idéalisation des rôles maternels (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) qui définit les femmes uniquement par leur nature procréatrice (Froidevaux-Metterie, 2021) et les contraint aux tâches domestiques d'enfantement et d'entretien, lesquels sont sous-valorisés (Kergoat, 2001).

Si la maternité est donnée comme incontournable du rôle social des femmes, elle n'en reste pas moins sévèrement encadrée. En effet, nos analyses montrent que, même lorsqu'il s'agit de prévenir ou refuser une grossesse, les attitudes, gestes et discours sont traversés de normes qui définissent ce qu'est une « bonne » maternité — rejoignant ce que Bajos et son équipe ont constaté (2004) : les technologies de contrôle de la fertilité ne font pas que *libérer* les femmes en leur permettant de *choisir* leurs maternités, elle ouvre la voie à une pléthore de nouvelles injonctions qui redéfinissent les *normes procréatives* (Bajos et al., 2004). Selon nos résultats, ces normes procréatives produisent un modèle unique et rigide de la bonne maternité : celle qui s'inscrit dans un contexte conjugal stable, survenant à un âge jugé adéquat, avec une stabilité financière, un certain niveau de maturité personnelle, un logement convenable, etc., et pose comme incorrectes les autres manières d'entrer en relation avec la maternité, incluant son refus.

7.3.2 Contrôler les désirs

Nos analyses informent aussi sur les sexualités féminines qui peuvent être fécondantes en montrant certains effets du contrôle de la fertilité sur les désirs et pratiques sexuelles des femmes en contexte patriarcal. Ainsi, il est à considérer que la contraception hormonale, malgré sa promesse de « jouir sans entraves » (Thomé, 2024, p.85), n'évacue des sexualités ni les inégalités de genre ni les violences (Thomé, 2024). Plusieurs dénoncent que cette *libération sexuelle* se joue en fait au détriment des femmes et au bénéfice des hommes (Ruault, 2019 ; Thomé, 2024) en participant à accentuer la focalisation sur la pénétration pénovaginale « au préjudice du plaisir féminin »⁴⁰ (Thomé, 2024, p. 277) et en se traduisant par une « pression [renouvelée] à soulager ces messieurs » (Ruault, 2019, p. 381). Pensons à l'argument du confort évoqué par les hommes pour refuser l'usage du préservatif (partie 4.2. 3) versus l'étendue des effets secondaires de plusieurs méthodes de contraception chez les femmes (partie. 4.2), notamment celui de la perte de libido (partie 4.4.2.3). Loin de permettre aux femmes de « jouir sans entraves », ce *régime*

⁴⁰ Thomé justifie ce « préjudice au plaisir féminin » par le fait que cette focalisation sur la pratique de pénétration pénovaginale se fait au détriment d'autres pratiques sexuelles et que cette pratique spécifique apporte beaucoup plus systématiquement du plaisir aux hommes qu'aux femmes (2024).

*de contraception*⁴¹ apparaît plutôt rendre les corps des femmes « disponibles » non pas à leur propre épanouissement sexuel (ne les protégeant guère des agressions sexuelles et nuisant souvent à leur libido), mais surtout 1) au plaisir sexuel des hommes et 2) à la procréation. Ces corps disponibles/à disposition bien avant d'être *désirant* sont plutôt réputés être efficacement (bien que temporairement) infertiles, comme des corps relativement dégagés de contraintes pour *servir* 1) la pénétration pénovaginale et 2) la création du *bon* enfant au *bon* moment.

Cette subordination des corps des femmes, réduits dans ce *régime de contraception* à leurs fonctions sexuelles et procréatives, est à envisager comme une négation de ceux-ci comme corps-sujet (Froidevaux-Metterie, 2021, p.113), comme une négation de la subjectivité des femmes : un refus de les reconnaître comme individus complets, *transcendants* (Froidevaux-Metterie, 2018b). Il importe par ailleurs de considérer que la manifestation la plus ostentatoire et violente de cette négation des femmes comme corps-sujets est l'agression sexuelle, dont nous avons discuté précédemment avec le cas du *stealthing* (le retrait non consenti du préservatif; partie 4.2.3). Froidevaux-Metterie précise à ce propos que « les agressions sexuelles sont les expressions paradigmatiques de la logique patriarcale qui assigne les femmes à leur corps disponible et enracine l'idée qu'elles doivent demeurer inférieures et soumises. »(2021, p. 228). De la sorte, le régime de contraception est enchevêtré dans les mêmes logiques, perpétuant l'idée qu'il va de soi que la contraception objectifie les corps de femmes et soit au service des hommes.

7.3.3 Contrôler les corps des femmes

Nos observations convergent vers une même considération : les technologies de contrôle de la fertilité n'épuisent pas les rapports de pouvoir genrés en santé reproductive. Si les discours sur la santé reproductive semblent célébrer plus que condamner les caractères émancipateur et essentiel de la maîtrise de la fécondité, ils n'en restent pas moins traversés par des visions restrictives récalcitrantes, à commencer par celles que l'avortement est un problème, une solution amoralisée, qu'il faut régler et surveiller (partie 4.4.3). Comme le marque Irène Thizy, « la stigmatisation explicite de l'avortement n'est que la pointe émergée d'une stigmatisation bien plus vaste » (Thizy, 2023, p. 603). Ainsi, ni les discours, attitudes et gestes des femmes contrôlant leur fertilité, ni ceux de l'institution médicale n'échappent à des logiques patriarcales, dont deux plus saillantes et complémentaires, bien que légèrement contradictoires :

⁴¹ Nous utilisons *régime de contraception* pour renvoyer à l'ensemble des assignations et paramètres encadrant les modalités de contrôle de la fertilité, tel que décrit tout au long des chapitres 4 et 5.

d'abord, l'idée qu'il faut protéger (surveiller) les femmes face à leurs options de santé reproductive, ensuite, celle que les femmes sont à blâmer pour leurs expériences de santé reproductive.

La première logique paternaliste reprend la rhétorique du sexisme *bienveillant*, laquelle propose que les femmes sont des êtres purs et passifs ayant besoin d'être protégés par les hommes (Duerksen et Lawson, 2017). Cette rhétorique sexiste renouvelée prend la forme, en ce qui concerne cette recherche, de propos et d'attitudes laissant entendre qu'il faut protéger les femmes de l'avortement, dépeint comme « acte qui les blesserait "par nature" » (Thizy, 2023, p. 604) donc comme étant un acte malheureux, dangereux (partie 5.2.2.1), moralement inadmissible (partie 6.3), autrement dit un *drame*. L'entretien de ce « récit d'une difficulté consubstantielle à l'avortement » (Thizy, 2023, p. 598) participe à suggérer que les femmes prétendument pures et fragiles (Duerksen et Lawson, 2017) ont besoin de protection face à cette possibilité reproductive et qu'il faut ainsi les encadrer, les surveiller. C'est dans ce glissement que la logique patriarcale se gonfle à son paroxysme : il implique implicitement que les femmes sont susceptibles de ne pas bien choisir ce qu'elles veulent (quel être de raison choisirait un *drame* ?) et qu'il faut, pour ainsi dire, les protéger d'elles-mêmes, les chaperonner pour qu'elles ne nient pas leur soi-disant destinée maternelle. Car c'est bien sur ce socle que repose le récit de l'avortement comme *drame* : le postulat essentialiste voulant que toute personne née avec un utérus soit destinée à la maternité (Thizy, 2023).

À ce droit de regard sur les choix reproductifs des femmes s'agglutine une seconde logique qui lui est légèrement incohérente : celle que les femmes sont à blâmer pour le *problème* de l'avortement. Dès lors, les femmes ne sont plus tout à fait à pures et fragiles, elles sont fautives, ce qui traduit le passage d'un sexisme bienveillant à un sexisme *hostile*, à savoir une perspective craignant les femmes dans des rôles non traditionnels (ici, celui d'un être [théoriquement] *libéré* de la maternité impérative). Retenons sur ce point les discours jugeants et culpabilisants des prestataires de soins au sujet de la contraception (et surtout de la *regrettable* non-contraception ; partie 5.1.1.2) ainsi que les nombreuses mentions que l'avortement est évitable (partie 6.2). Ces considérations témoignent du rôle qu'a le personnel en santé, dont l'autorité est prédominante et institutionnalisée, dans la construction d'une vision restrictive à l'avortement, et plus largement à celle de visions patriarcales de la santé des femmes : en adoptant des attitudes et des comportements rendant le soin plus difficile ou plus chargé émotionnellement, ceux-ci contribuent à décourager le recours à ce soin, et limitent dès lors le véritable exercice d'une autonomie corporelle pour les femmes.

7.3.4 Contrôler la force de travail et l'autonomie des femmes

Cette étude sur le travail de contrôle de la fertilité, appelle, finalement, à faire le point sur la dimension économique que revêtent les multiples formes d'oppressions vécues par les femmes en lien avec leur santé reproductive. En effet, cette recherche met en évidence la variété des tâches nécessaires au contrôle de la fertilité, lesquelles constituent autant de modalités d'un travail socialement utile en ce qu'il conduit à la non-production d'enfants ou alors à la production d'enfants au moment voulu (Hertzog et Mathieu, 2021).

Le travail de contrôle de la fertilité répond aux deux principes organisateurs de la division sociale du travail, d'abord celui de séparation (il est résolument assigné aux femmes; partie 7.2.3), ensuite celui hiérarchique, alors que ce travail non rémunéré « vaut » moins que le travail productif, ou marchand (Kergoat, 2001). L'argent étant le moyen principal d'acquérir certaines formes de pouvoir (Fraser, 2016b), il convient d'envisager le travail non rémunéré — et dévalorisé, invisibilisé — du contrôle de la fertilité comme une forme d'exploitation de la force de travail des femmes (Delphy, 2015) : contrôler la fertilité dépossède les femmes d'une partie de leur temps (partie 4.3), de leur énergie (parties 4.4.2.1; 4.5 ; 5.1, etc.), de leurs émotions (parties 4.3.3 et 4.4.2.3), et participe de la sorte à réduire leur capacité de participer à la production économique (Fraser, 2016b) et donc limite leur pouvoir et leur autonomie. Sans compter que ce travail peut interférer avec le travail salarié des femmes (Thizy, 2021; Mathieu, 2016) dans la mesure où les douleurs physiques (partie 4.4.2.1), les rendez-vous médicaux pour l'obtention de prescriptions de contraception hormonale (partie 4.4.1.3) ou ceux pour recevoir des soins d'avortement (partie 4.4.1.1), peuvent nécessiter des absences à l'emploi.

Le travail de contrôle de la fertilité, en tant que lot d'activités invisibles et se déroulant principalement hors du marché (Fraser, 2016b), appauvrit les femmes et s'inscrit dans une logique de contrôle de leur autonomie.

7.4 Synthèse

Ce chapitre a discuté les résultats présentés dans les chapitres précédents en les replaçant dans des perspectives théoriques plus larges issues du cadre conceptuel de la recherche, afin de compléter la réponse à la question de recherche suivante : Que révèlent les balados québécois portant sur la santé reproductive au sujet du travail contraceptif et abortif et de l'idéologie patriarcale ?

D'abord, ce chapitre a conceptualisé la notion de travail contraceptif et abortif communicationnel et formulé des pistes de bonnes pratiques pour la communication en matière de santé reproductive. Il a ensuite introduit la notion de travail de contrôle de la fertilité, en mettant en relief ce travail comme un devoir socialement assigné aux femmes, ainsi qu'en proposant une typologie de sept modalités de cette assignation. Enfin, le chapitre a été complété par une analyse des logiques patriarcales exerçant un contrôle sur les maternités, les désirs, les corps, la force de travail et l'autonomie des femmes.

CONCLUSION

Ce mémoire est inspiré du contexte particulier entourant la santé reproductive au Québec entre 2023 et 2025, marqué par un intérêt politique et médiatique renouvelé autour de la question de l'accès à l'avortement et par l'enregistrement d'une diminution significative de la contraception hormonale. Ce climat laissant poindre certaines ambivalences a motivé cette étude proposant d'examiner les discours sur la contraception et l'avortement. De la sorte, cette recherche s'est intéressée à la manière dont les balados québécois abordent la santé reproductive de manière à y réfléchir l'assignation aux femmes de la responsabilité des tâches de contraception et d'avortement.

Dans le premier chapitre, nous avons brossé le portrait de l'état des connaissances au sujet des discours numériques sur la santé reproductive. Nous y avons mis en relief certains enjeux communicationnels et genres façonnant le contrôle de la fertilité et ses représentations. Nous avons ainsi montré en quoi la baladodiffusion et la responsabilité des femmes en santé reproductive représentent des objets d'études de grand intérêt tant pour la science que pour la société, et en avons formulé la question globale de cette recherche.

Dans le deuxième chapitre, nous avons exposé et justifié les assises théoriques que nous avons choisi de mobiliser afin de répondre à cette question, lesquelles se situent au carrefour des études féministes et socioconstructivistes. Nous avons ainsi précisé réfléchir la responsabilité genrée de la santé reproductive à partir de la notion de travail contraceptif et abortif, penser la question des corps en santé reproductive à partir de la phénoménologie féministe et avons détaillé envisager les discours de balados comme constitutifs de la réalité sociale. Nous avons complété ce chapitre en proposant une itération plus précise de notre question globale et en formulant trois sous-questions.

Dans le troisième chapitre, nous avons détaillé nos orientations méthodologiques ainsi que notre positionnement épistémologique, cohérent aux perspectives féministes mobilisées. De la sorte, nous avons justifié le choix d'une méthodologie qualitative combinant une analyse thématique et une analyse féministe critique du discours, et y avons ainsi précisé les modalités de collecte et d'analyse des données.

Dans le quatrième, le cinquième et le sixième chapitre, nous avons présenté et analysé les résultats de cette démarche, en répondant respectivement à chacune de nos trois sous-questions. Nous avons ainsi

identifié et détaillé, dans le chapitre 4, quatre dimensions saillantes des expériences des femmes sur le plan du travail de santé reproductive ; avons montré, dans le chapitre 5, que ces dernières performant différentes formes de travail à même les balados, puis avons présenté, dans le chapitre 6, les résultats de notre analyse féministe critique de discours.

En définitive, dans le septième chapitre, nous avons discuté de ces résultats en tentant de répondre à notre question globale en trois temps. D'abord nous avons proposé une théorisation du travail contraceptif et abortif communicationnel accompagnée de suggestions de bonnes pratiques pour communiquer sur la santé reproductive. Ensuite, nous avons procédé à peaufiner notre portrait du travail contraceptif et abortif en réfléchissant la pertinence d'envisager ses tâches sur un continuum, en plaidant qu'il s'agit pour les femmes d'un devoir et en identifiant sept modalités de son assignation. Finalement, nous avons, à partir de nos résultats, procédé à leur articulation avec l'idéologie patriarcale pour réfléchir son influence de cette dernière sur les maternités, les désirs, les corps et l'autonomie des femmes.

Avant de conclure ce mémoire, nous souhaitons préciser quelques limites de cette recherche, d'abord en rappelant le caractère retreint de notre corpus : un corpus non exhaustif, unilingue francophone, constitué d'un seul type de média, duquel nous avons exclu les épisodes aux positionnements idéologiques plus marqués . Si cette caractéristique est en phase avec la visée exploratoire de ce projet, elle ne permet néanmoins pas d'en généraliser les résultats. Notons que cette étude, en se concentrant sur des contenus médiatisés préexistants et sélectionnés pour leur pertinence thématique, restitue des discours portés en très vaste majorité par des femmes en situation privilégiée : des locutrices francophones, articulées, éduquées, blanches, hétérosexuelles, etc. Nos données peinent ainsi à documenter les expériences de santé reproductive de personnes et groupes plus marginalisés, il serait ainsi hautement pertinent de mener des recherches pour documenter les représentations et expériences de santé reproductive de personnes travailleuses du sexe, autochtones, racisées, ou encore issues de la diversité sexuelle et de genre. Il convient également de préciser la limite méthodologique que constitue le choix de se concentrer uniquement sur la contraception et l'avortement. Si ce découpage thématique découle des besoins de la recherche, il porte l'écueil de ne focaliser que sur une portion de la santé reproductive. En effet, le contrôle de la fertilité, indissociable de la fertilité, est imbriqué aux vécus menstruels, aux démarches de conception, aux expériences de grossesses évolutives, et au passage vers la fin de la fertilité. Cette considération marque l'intérêt de futures recherches ancrées dans des perspectives féministes à visée thématique plus large, portant simultanément sur plusieurs temps de la santé reproductive. Enfin, il

convient de souligner que nos questions de recherche nous ont conduits à nous concentrer principalement sur des logiques d'oppression patriarcale, sans explorer pleinement les espaces de transformation et d'affirmation que peuvent également représenter les discours de baladodiffusion. Approfondir ces dimensions permettrait de mieux comprendre les opportunités offertes par le numérique en matière d'agentivité et de résistance féministe dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Notre recherche permet néanmoins de documenter en profondeur les manifestations concrètes du travail de contrôle de la fertilité telles que racontées et performées par les femmes dans les épisodes de balados, en plus de mettre en relief comment le souci de distinguer la contraception de l'avortement dans le discours traduit une stigmatisation problématique de l'avortement. De plus, notre étude a comme contribution scientifique la théorisation d'une dimension particulière du travail de contrôle de la fertilité encore absente de la littérature : le travail contraceptif et abortif communicationnel, que nous enrichissons d'une liste de bonnes pratiques pour communiquer sur la santé reproductive — un outil concret pour favoriser des discours publics et médiatiques soutenant la sécurité et l'autodétermination des femmes. Une autre contribution scientifique de notre étude est notre typologie de sept modalités d'assignation du travail de santé reproductive facilitant leur identification et leur éventuelle mise à distance par les femmes. Finalement, cette recherche participe à articuler les rouages de l'idéologie patriarcale au prisme de la santé reproductive en précisant ses implications sur les maternités, les désirs, les corps et la force de travail des femmes.

ANNEXE A

LISTE DES ÉPISODES DU CORPUS GÉNÉRAL ET RAISONNÉ

Nom de l'émission	Nom de l'épisode
5 à 7 Podcast ⁴²	#75 — L'Avortement
À Huis Clos	Épisode 9 — L'avortement
Apéro Sexo	Mon test de grossesse est positif — Grossesse-Secours
Apéro Sexo	À bas la pilule : contraception avec Serena Québec
Apéro Sexo	Vivre en harmonie avec son cycle menstruel avec Mélanie Roy
Avec un E	Pascale Dupuis — L'avortement
Avortement : un pays pas comme les autres	Les maritimes
Avortement : un pays pas comme les autres	À contre-courant : les militants antiavortements
Avortement : un pays pas comme les autres	Le Canada, le meilleur pays au monde ?
Avortement : un pays pas comme les autres	La révolution tardive de la pilule abortive
Avortement : un pays pas comme les autres	L'avortement aux 2e et 3e trimestres : l'exception qui divise
Avortement : un pays pas comme les autres	Épilogue : des angles morts et des solutions
Balado du CREMIS	Contraception et immigration au Québec
Comment s'aimer	E07 Système de santé et justice reproductive
D'amour et de sexe	Ménage à trois à Rapolitik, Avortement, Rupture et infidélité (avec Chris Negrowski) DEADS #286
En résumé	Contraception hormonale : un pharmacien répond aux questions les plus fréquentes

⁴² Les épisodes en gris font partie du corpus raisonné.

Entre Elle et Lui	À qui la RESPONSABILITÉ de se PROTÉGER SEXUELLEMENT!? Homme ou Femme ?
Entre Elle et Lui	Claudie et Math Sans TABOU sur leurs PROBLÈMES de couples, l'avortement et l'ANXIÉTÉ !?
Entre filles avec Sarah-Maude Beauchesne	La contraception
Entre mère et fille — Podcast	#5 — Apprendre que ta mère s'est fait avorter
Fan d'histoire	La contraception
Femmes à marier	# 69 Cycle menstruel & contraception // avec Kate, la pharmacienne de TikTok
Génération Sidechick	# 123 — Tout sur les hormones
Génération Sidechick	#183 — Vivre en diapason avec son cycle menstruel
J'ai fait un humain — Gabrielle Caron	Krystel : trois naissances et un avortement
Le canal vaginal	Options sur la contraception et parenthèse sur la ménopause
Le succès par le bien-être par Isabelle Bonin	Nathalie Asbar, pharmacienne, répond à vos questions sur la contraception (EP88)
Le succès par le bien-être par Isabelle Bonin	Le cycle menstruel et les hormones (EP146)
Les Fallopes	L'avortement avec Christine Morency
Les mères-veilleuses Podcast	#12 — PERDRE SES MENSTRUATIONS & la prise de contraceptifs hormonaux ! UN LIEN ?
Les SexMaitresse	Dans les coulisses d'une interruption de grossesse
L'Histoire nous le dira	La contraception à travers les âges
L'histoire nous le dira	#227 — La saga de l'avortement au Québec : Chantale Daigle
Black Girls from Laval	L'abstinence ft Deymien (Abstinence, Relations, Anecdote, Chretien, Avortement)
L'intercom Jaune	Avortement et ITSS (épisode 2, saison 2)
Ma santé sans tabous	Contraception 101 : méthodes, avantages et inconvénients

Sans Filtre	# 170 - Droit à l'avortement - Ce qu'on doit savoir avec Andréanne Bissonnette
Sexe Oral	#47 — La Contraception (Avec Dre Maude Gagnon)
Sexe Oral	#69 — L'avortement avec Olivia Kim Chi Do
Sous-Ordonnance	# 04 - Bataille des contraceptions - Laquelle est la meilleure ? (selon 2 pharmaciens)
Sous-Ordonnance	#08 — Les gens utilisent vraiment CE moyen de contraception !?
Toutes ou pantoutes	E6 —On peut tu gérer nos corps, simonac ? — Un épisode sur la contraception
Elles —Le balado	Elles —La contraception féminine et les hormones avec Dre Joannie Groulx
Libres et éclairées	Les interruptions de grossesse avec Vanessa B-C, TS et Doula
Ça s'explique	Contraception : au tour des hommes
WTFKeV Podcasts	J'comprends ceux qui sont contre l'avortement.
ON N'EST PAS DU MONDE	Contraception en question Jean-Philippe Marceau

ANNEXE B

GRILLE DE CODIFICATION POUR LE VOLET EXPLORATOIRE

Informations générales	
Nom de l'épisode	
Lien vers les notes d'écoute	
Lien vers l'épisode	
Métadonnées	
Base de données	
Date de publication	
Durée	
Ressources supplémentaires partagées en description	
Mention « ne remplace pas un avis médical » en description	
Lien commercial dans la description	
Lien d'autopromotion dans la description	
Dispositif énonciatif	
Format entrevue / discussion (oui, non ou discussion journalistique)	
Nom des hôtes ou hôtesse	
Genre hôtes ou hôtesse	
Nom des invité.es	
Genre des invité.e	

Type de panéliste Institution médicale, services sociaux, expertise expérientielle, monde artistique, sciences sociales, santé alternative, animation ou expertise journalistique	
Capital thématique	
Teneur thématique suffisante (oui ou non) Insuffisant si : Santé reproductive dans une logique support à la fertilité ou moins de 5 minutes sur santé reproductive	
Sujets traités (avortement ou contraception, selon titre)	
Ressources supplémentaires partagées en description	
Mention « ne remplace pas un avis médical »	
Lien commercial dans la description	
Lien d'autopromotion dans la description	
Positionnement « féministe » explicite	
Plaidoyers en faveur de la contraception hormonale	
Plaidoyers explicitement contre l'avortement	
Genre de l'émission Divertissement, Sexualité et relations, Informations, Vulgarisation médicale, maternité, bien-être, histoire, religion	

ANNEXE C

GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE POUR LE CORPUS RAISONNÉ

1. Expériences	
1.1 Partager les charges	1.1.1 Reconnaissance, justification, propos au sujet de la responsabilité du contrôle de la fertilité
	1.1.2 Façons de participer comme hommes
1.2 La gestion de la fertilité comme travail quotidien	1.2.1 Travail de tous les jours / sur le temps long
	1.2.2 Formes de charges pour contrôler la fertilité
	1.2.3 Peurs et santé reproductive
1.3 Institution médicale	1.3.1 Mauvaises expériences avec prestataires
	1.3.2 Surprise bonne expérience avec prestataire
	1.3.3 Expérience avec contraception hormonale
	1.3.4 Expérience quitter la contraception hormonale
1.4 Choisir contraception et avortement	1.4.1 Critères pour choisir contraception
	1.4.2 Critères pour choisir l'avortement
2. Travail contraceptif et abortif et balados	
2.1 Dévoilement et contournement stigmas	2.1.1 Dévoilement Avortement
	2.1.2 Dévoilement Non-contraception
	2.1.3 Dévoilement manque de connaissances
2.2 Travail d'éducation	2.2.1 Reconnaissance du travail

	2.2.2 La santé reproduction comme sujet important ou difficile
2.3 Travail de recherche et de tri d'informations	2.3.1 Mythes véhiculés et défaits
	2.3.2 Les balados comme source d'informations
2.4 Limites qualité de l'information	2.4.1 Oppositions à l'avortement
	2.4.2 Anecdotes
	2.4.3 Contraception hormonale VS naturelle
	2.4.4 Pas de source, mythes
3. Distinction avortement et contraception	

ANNEXE D
COLLECTE DES ÉPISODES DE BALADOS

Plateforme	Requête	Notes
Youtube	"Podcast Québec Contraception"	Jusqu'à ce qu'apparaisse : "D'autres ont également regardé". Recherche réalisée sans être connectée à un compte.
	"Podcast Québec Pilule"	
	"Podcast Québec Avortement"	
	"Podcast Québec Interruption de grossesse"	
	"Podcast Québec Santé Reproductive"	
	"Balado Québec Contraception"	
	"Balado Québec Pilule"	
	"Balado Québec Avortement"	
	"Balado Québec Interruption de grossesse"	
	"Balado Québec Santé Reproductive"	
Spotify	"Québec Contraception"	Dans la section "balados" (et non "radio").
	"Québec Pilule"	
	"Québec Avortement"	
	"Québec Interruption de grossesse"	
	"Québec Santé Reproductive"	
Ohdio	Contraception	Dans la section "balados" (et non "radio").
	Pilule	
	Avortement	
	Interruption de grossesse	
	Santé reproductive	

ANNEXE E

GRILLE DE CODIFICATION ANALYSTE FÉMINISTE CRITIQUE DE DISCOURS

	Dimension énonciative		Dimension rhétorique			Commentaires Rapports de pouvoir genrés
	Position d'énoncia- tion <i>Qui parle (à qui) et depuis quelle place</i>	Trace de la prise en charge énonciative <i>Pronominalis- ation, interpe- llation, etc.</i>	Cadrage des pratiques de santé reproductive <i>Avortement = ?, Contraception = ?, etc.</i>	Stratégie de justification <i>Procédés argumentatif s</i>	<i>Organisation de l'argumentation</i> <i>Séquences, liens logiques, etc.</i>	
Extrait # X « ... »						
Mise en contexte de l'extrait <i>quel épisode, quel segment</i>						

ANNEXE F
LISTE DE RESSOURCES INFORMATIVES FIABLES ET SÉCURITAIRES EN SANTÉ SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE

Pour des informations en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment pour trouver des ressources offrant des soins d'avortement et de contraception, visiter le site web de **la Fédération du Québec pour le planning des naissances** : www.fqpn.qc.ca

Pour des informations ou de l'accompagnement en lien avec la prise de décision face à une grossesse non planifiée, seules trois ressources québécoises sont reconnues comme étant en faveur du libre choix :

- **Grossesse-Secours**, situé à Montréal.
www.grossesse-secours.org
- **S.O.S Grossesse Estrie**, situé à Sherbrooke.
www.sosgrossesseestrie.org
- **S.O.S Grossesse**, situé à Québec.
www.sosgrossesse.ca

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, H. B. (2022). *Enduring Shame: A Recent History of Unwed Pregnancy and Righteous Reproduction*. University of South Carolina Press.
<https://muse.jhu.edu/pub/244/monograph/book/98332>
- Adler Berg, F. S. (2023). Analysing podcast intimacy: Four parameters. *Convergence*, 13548565231220547. <https://doi.org/10.1177/13548565231220547>
- Andro, A. et Desgrées du Loû, A. (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*, 52(4), 3-12. <https://doi.org/10.3917/autr.052.0003>
- Apirakvanalee, L. et Zhai, Y. (2023). An ideological square analysis of the podcast discourse in “Chinese Dreams” of the BBC World Service. *Critical Discourse Studies*, 20(4), 379-395.
<https://doi.org/10.1080/17405904.2022.2087702>
- Austin, J. L. (1991). *Quand dire c'est faire* (SEUIL). Paris.
- Bajos, N. et Ferrand, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé*, 22(3), 117-142. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630>
- Banque de dépannage linguistique. (2016). IMPUTABLE : signification et emplois corrects. Dans *Vitrine linguistique* (Office québécois de la langue française). Récupéré le 9 septembre 2025 de <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/25202/le-vocabulaire/improprietes/imputable-impropriete-et-emplois-corrects>
- Bansode, O. M., Sarao, M. S. et Cooper, D. B. (2023). Contraception. Dans *StatPearls*. StatPearls Publishing. Récupéré le 16 décembre 2023 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/>
- Bartlett, K. A. et Masta, S. M. (2023). A Glimpse into the Gendered Dynamics in Industrial Design through the Podcast Discourse. *Engineering Studies*, 15(3), 180-200.
<https://doi.org/10.1080/19378629.2023.2259368>
- Bastard, B., Bretin, H. et Philippe, C. (2001). Introduction. Dans *Femmes et hommes dans le champ de la santé* (p. 7-15). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.aiach.2001.01.0007>
- Bellerive, K. et Yelle, F. (2016). Contributions des féminismes aux études en communication médiatique. Dans *Perspectives critiques en communication* (vol. 1, p. 279-300). Presses de l'Université du Québec.
- Benelli, N. (2016). Corps au travail. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 149-158). La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0149>
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A. et Revillard, A. (2020). Genre et Travail. Dans *Introduction aux études sur le genre* (De Boeck Supérieur, vol. 3e édition, p. 223-268). <https://search-ebscohost-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=3124195&lang=fr&site=ehost-live>

- Berg, F. S. A. (2021). Independent podcasts on the Apple Podcast platform in the streaming era. *MedieKultur: Journal of media and communication research*, 37(70), 110-130. <https://doi.org/10.7146/mediekultur.v37i70.122390>
- Bernard Barbeau, G. et Durocher, V. (2023). Comment analyser les discours en sciences humaines et sociales? Dans *Initiation au travail intellectuel et à la recherche : Pratique réflexive de recherche scientifique*. Presses de l'Université du Québec. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=3671116&lang=fr&site=ehost-live>
- Bertotti, A. M. (2013). Gendered Divisions of Fertility Work: Socioeconomic Predictors of Female Versus Male Sterilization. *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 13-25.
- Bertotti, A. M., Mann, E. S. et Miner, S. A. (2021). Efficacy as safety: Dominant cultural assumptions and the assessment of contraceptive risk. *Social Science & Medicine*, 270, 113547. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113547>
- Biscarrat, L. (2013). L'analyse des médias au prisme du genre : formation d'une épistémè. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, (3). <https://doi.org/10.4000/rfsic.619>
- Bitzer, J. (2013). What women want from their contraceptives... and what we can offer. Dans G. Kovacs et P. Briggs (dir.), *Contraception: A Casebook from Menarche to Menopause* (p. 1-7). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323469.003>
- Black, A. (2019). La contraception au Canada : Un clin d'œil au passé et un regard vers l'avenir. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41, S309-S313. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.022>
- Black, A. Y., Guilbert, E., Hassan, F., Chatziheofilou, I., Lowin, J., Jeddi, M., Filonenko, A. et Trussell, J. (2015). The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 37(12), 1086-1097. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30074-3](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30074-3)
- Blair, G. (2022). *Ejaculate Responsibly : a whole new way to think about abortion* (Workman). Hachette.
- Blais, M. et Lévy, J. J. (2011). La contraception, la fécondité et l'avortement : Perspectives internationales. Dans *La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société* (Presses de l'Université du Québec, p. 30-55). <https://www.puq.ca/catalogue/livres/contraception-2093.html>
- Bonini, T. (2022). Podcasting as a Hybrid Cultural Form Between Old and New Media. Dans *The Routledge Companion to Radio and Podcast Studies* (p. 19-29). Taylor & Francis Group. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=6995483>
- Boonstra, H. D., Gold, R. B., Richards, C. L. et Finer, L. B. (2006). *Abortion in Women's Lives*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>

- Bourgeois, S. (2014). Our Bodies Are Our Own: Connecting Abortion and Social Policy. *Canadian Review of Social Policy / Revue canadienne de politique sociale*, (70).
<https://crsp.journals.yorku.ca/index.php/crsp/article/view/38700>
- Brouillard, A., Davignon, L.-M., turcotte, anne-marie et Marin, M.-F. (2023). Morphologic alterations of the fear circuitry: the role of sex hormones and oral contraceptives. *Frontiers in Endocrinology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1228504>
- Brown, S. A. (2020). Podcasting. Dans *The International Encyclopedia of Gender, Media, and Communication* (p. 1-6). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781119429128.iegmc028>
- Burningham, S. et James, S. (2022). « Rights Talk, » Abortion, and the Media: Tracking the Evolution of Abortion Discourse in Saskatchewan Newspapers. *Canadian Journal of Women and the Law*, 34(2), 307-330.
- Butler, J. (2018). *Le pouvoir des mots* (Amsterdam).
- Caddy, C., Temple-Smith, M. et Coombe, J. (2023). Who does what? Reproductive responsibilities between heterosexual partners. *Culture, Health & Sexuality*, 0(0), 1-19.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2173800>
- Cannold, L. (2002). Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 171-179. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00011-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00011-3)
- Caron, C. (2022). La recherche féministe, une approche critique. L'exemple des cyberviolences envers les femmes. Dans *Perspectives critiques en communication* (vol. 2, p. 297-318). Presses de l'Université du Québec.
- Carson, A. (2018). Feminism, biomedicine and the 'reproductive destiny' of women in clinical texts on the birth control pill. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 830-843.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384852>
- Casey, F. E. (2023). *Contraception permanente*. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/planning-familial/contraception-permanente>
- Cawthorne, J. (2016). Same as It Ever Was: Anti-Choice Extremism and the "Third Way". Dans S. Stettner (dir.), *Without apology: writings on abortion in Canada* (p. 209-230). AU Press.
<https://read.aupress.ca/read/without-apology/section/c0b1c744-c50e-429c-ad9c-7be5049eb97b>
- Charaudeau, P. (2009). Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique. *Corpus*, (8), 37-66. <https://doi.org/10.4000/corpus.1674>
- Charton, L. (2011). De la contraception à la stérilisation Représentations et motivations parmi des personnes stérilisées au Québec et en France. Dans *La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société* (Presses de l'Université du Québec, p. 87-120).
<https://www.puq.ca/catalogue/livres/contraception-2093.html>

- Charton, L. et Lévy, J. J. (2011). Présentation. Dans *La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société* (Presses de l'Université du Québec, p. 1-12).
<https://www.puq.ca/catalogue/livres/contraception-2093.html>
- Chevarie-Cossette, S.-P. (2024). Entre devoir et responsabilité. *Laval théologique et philosophique*, 80(3), 415-435. <https://doi.org/10.7202/1114923ar>
- Cho, D., Cosimini, M., Espinoza, J., Cho, D., Cosimini, M. et Espinoza, J. (2017). Podcasting in medical education: a review of the literature. *Korean Journal of Medical Education*, 29(4), 229-239.
<https://doi.org/10.3946/kjme.2017.69>
- Choucroun, D. (2023). IVG : la charge mentale doit-elle rester assignée aux femmes ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 51(1), 100-101. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.11.131>
- Clair, I. (2023). 1. Au commencement était le travail. Dans *Sociologie du genre* (vol. 2e éd., p. 13-30). Armand Colin. <https://www.cairn.info/sociologie-du-genre--9782200629373-p-13.htm>
- Claro, M. (2021a). Contraception et avortement. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 159-172). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0159>
- Claro, M. (2021b). Contraception et avortement. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 159-172). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0159>
- CNTRL. (2012a). Devoir. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/devoir>
- CNTRL. (2012b). Évitable. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 24 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9vitable>
- CNTRL. (2012c). Faveur. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/faveur>
- CNTRL. (2012d). Hyperonyme. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 4 juin 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/hyperonyme>
- CNTRL. (2012e). Imputabilité. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/imputabilit%C3%A9>
- CNTRL. (2012f). Infanticide. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/infanticide>
- CNTRL. (2012g). Meurtre. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/meurtre>
- CNTRL. (2012h). Responsabilité. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/responsabilité>
- CNTRL. (2012i). Tuer. Dans *Centre nationale de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré le 25 mai 2025 de <https://www.cnrtl.fr/definition/tuer>

- Costello, K. (2023). Christine Delphy, an Anti-essentialist TERF: Materialist Feminism and the Affective Legacies of the MLF. *DiGeSt - Journal of Diversity and Gender Studies*, 10(2).
<https://doi.org/10.21825/digest.85689>
- Côté, I. (2013). Analyse féministe du syndrome postavortement : la déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 65-84.
<https://doi.org/10.7202/1018042ar>
- Cour suprême du Canada. La cause en bref : R. v. Kirkpatrick. <https://www.scc-csc.ca/fr/judgments-jugements/cb/2022/39287/> 29 juillet 2022.
- Cresson, G. (2001). 4. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. Dans *Femmes et hommes dans le champ de la santé* (p. 303-328). Presses de l'EHESP.
<https://doi.org/10.3917/ehesp.aiach.2001.01.0303>
- Cresson, G. (2006). Les hommes et l'IVG, Expérience et confiance. *Sociétés contemporaines*, 61(1), 65-89. <https://doi.org/10.3917/soco.061.0065>
- Crête, J. (2021). L'éthique en recherche sociale. Dans *Recherche Sociale, 7e Édition : De La Problématique à La Collecte Des Données*. (Les Presses de l'Université du Québec, vol. 7, p. 231-249).
<https://search-ebscohost-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=3422195&lang=fr&site=ehost-live>.
- Czechowski, K., Courtice, E. L., Samosh, J., Davies, J. et Shaughnessy, K. (2019). "That's not what was originally agreed to": Perceptions, outcomes, and legal contextualization of non-consensual condom removal in a Canadian sample. *PLOS ONE*, 14(7), e0219297.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219297>
- Daune-Richard, A.-M. et Devreux, A.-M. (1992). Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique. *Recherches féministes*, 5(2), 7-30. <https://doi.org/10.7202/057697ar>
- De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième Sexe, I* (Édition).
- Delphy, C. (1981). Le patriarcat, le féminisme et leurs intellectuelles. *Nouvelles Questions Féministes*, (2), 58-74.
- Delphy, C. (2015). *Pour une théorie générale de l'exploitation : des différentes formes d'extorsion de travail aujourd'hui* (Syllepse). M éditeur. https://www.syllepse.net/pour-une-theorie-generale-de-l-exploitation-_r_87_i_628.html
- Devreux, A.-M. (1995). Sociologie « généraliste » et sociologie féministe: les rapports sociaux de sexe dans le champ professionnel de la sociologie. *Nouvelles Questions Féministes*, 16(1), 83-110.
- Diebold, J., Sperlich, M., Heagle, E., Marris, W. et Green, S. (2020). Trauma Talks: Exploring Personal Narratives of Trauma-Informed Care through Podcasting. *Journal of Technology in Human Services*, 39(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1820425>

- Dowling, D. O. et Miller, K. J. (2019). Immersive Audio Storytelling: Podcasting and Serial Documentary in the Digital Publishing Industry. *Journal of Radio & Audio Media*, 26(1), 167-184. <https://doi.org/10.1080/19376529.2018.1509218>
- Duerksen, K. N. et Lawson, K. L. (2017). "Not Brain-washed, but Heart-washed": A Qualitative Analysis of Benevolent Sexism in the Anti-Choice Stance. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 864-870. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9633-8>
- Dunezat, X. (2016). La sociologie des rapports sociaux de sexe : une lecture féministe et matérialiste des rapports hommes/femmes. *Cahiers du Genre*, HS 4(3), 175-198. <https://doi.org/10.3917/cdge.hs04.0175>
- Dussault, L. (2025, 2 mars). Dossier: Contraception | Vers la fin de la pilule ? (2 articles). *La Presse, Santé*. <https://www.lapresse.ca/societe/sante/contraception/vers-la-fin-de-la-pilule/2025-03-02/se-detourner-de-la-pilule.php>
- Fairclough, N., Mulderrig, J. et Wodak, R. (2011). *Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446289068>
- Faucher, P., Hassoun, D. et Linet, T. (2019a). *La contraception. Répondre aux questions les plus fréquentes - Déconstruire les idées reçues - Retenir l'essentiel*. Vuibert. <https://doi.org/10.3917/vuib.fauch.2019.01>
- Faucher, P., Hassoun, D. et Linet, T. (2019b). Méthodes naturelles . Cairn.info. Dans *La contraception. Répondre aux questions les plus fréquentes - Déconstruire les idées reçues - Retenir l'essentiel* (p. 133-140). Vuibert. <https://doi.org/10.3917/vuib.fauch.2019.01>
- Federici, S. (1975). *Wages against housework* (1st ed). Power of Women Collective ; Falling Wall Press.
- Fereday, J. et Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- Fine, E., Peyser, A., Abittan, B., Mullin, C. et Goldman, R. H. (2023). The voice of infertility: a review of fertility podcasts. *Human Fertility*, 26(2), 284-288. <https://doi.org/10.1080/14647273.2022.2082328>
- Foran, T. (2019). Contraception and the media: lessons past, present and future. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(1), 80-82. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563067>
- Fourton, C. (2013). Nancy Fraser, Le féminisme en mouvements. *Variations. Revue internationale de théorie critique*, (18). <https://doi.org/10.4000/variations.621>
- Fraser, N. (2016a). Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*, (100), 99-117.
- Fraser, N. (2016b, 14 juin). *Sur les contradictions sociales du capitalisme contemporain : De la famille, du féminisme, et de leurs relations avec le néo-libéralisme* [Conférence]. XXXVIIIe conférence Marc

- Bloch., Paris. <https://www.ehess.fr/sites/default/files/pagedebase/fichiers/2016-conference-marc-bloch.pdf>
- Fraser, N. et Curty, G. (2018). Repenser le capitalisme, la crise et la critique. *Revue du MAUSS*, 51(1), 349-360. <https://doi.org/10.3917/rdm.051.0349>
- Froidevaux-Metterie, C. (2018a). *Le Corps des femmes : la bataille de l'intime* (Philosophie Magazine Éditeur).
- Froidevaux-Metterie, C. (2018b). Qu'est-ce que le féminisme phénoménologique ? *Cités*, 73(1), 81-90. <https://doi.org/10.3917/cite.073.0081>
- Froidevaux-Metterie, C. (2020). Le féminisme et le corps des femmes. *Pouvoirs*, 173(2), 63-73. <https://doi.org/10.3917/pouv.173.0063>
- Froidevaux-Metterie, C. (2021). *Un corps à soi*. Le Seuil. <https://shs-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/un-corps-a-soi--9782021448665>
- Froidevaux-Metterie, C. (2023). *Un si gros ventre : expériences vécues du corps enceint*. Paris : Stock : Philosophie Magazine éditeur, [2023]. https://uqam-bib.on.worldcat.org/search/detail/1399431889?queryString=un%20si%20gros%20ventre&clusterResults=false&groupVariantRecords=true&stickyFacetsChecked=false&bookReviews=off&baseScope=wz%3A13686&sortKey=BEST_MATCH&scope=wz%3A13686#availability-section
- Froidevaux-Metterie, C. (2024). *Patriarcat, la fin d'un monde* (Éditions du Seuil).
- Galerand, E. et Kergoat, D. (2013). 4. Le travail comme enjeu des rapports sociaux (de sexe). Dans *Travail et genre dans le monde* (p. 44-51). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.marua.2013.01.0044>
- Garrau, M. (2018). De la possibilité d'une phénoménologie féministe. *Revue Philosophique de Louvain*, 116(4), 517-544.
- Geampana, A. (2018). « *Beyond birth control: » the Yaz/Yasmin controversy and the risk evaluation of hormonal contraceptives* [McGill University]. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/5x21th777>
- Gentile, L. (2021). « Pourquoi vous être mariée si vous ne voulez pas d'enfants ? » Le travail contraceptif au Gujarat, Inde. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (38). <https://journals.openedition.org/efg/12039>
- Gomez, A. M., Mann ,Emily S. et and Torres, V. (2018). 'It would have control over me instead of me having control': intrauterine devices and the meaning of reproductive freedom. *Critical Public Health*, 28(2), 190-200. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1343935>
- Gonin, A., Lévesque, S., Zennia, S. et Lespérance, P. (2023). *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire*. UQAM. <http://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

- Gonin, A., Pronovost, V. et Blais, M. (2014). *Enjeux éthiques de l'intervention auprès de femmes vivant une grossesse imprévue au Québec. Discours et pratiques de ressources anti-choix et pro-choix*. Service aux collectivités et Fédération du planning des naissances.
https://sac.uqam.ca/upload/files/Outil_ressources_antichoix_Gonin_Pronovost_Blais_FQPN_2014.pdf
- Gordon, K. et Saurette, P. (2020). Representing the cause: The strategic rebranding of the anti-abortion movement in Canada. Dans *Representing Abortion* (1^{re} éd., p. 93-118). Routledge.
- Gow, J. I. (2012). Imputabilité. Dans *Le dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*.
https://dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions_francais/imputabilite.pdf
- Granzow, K. (2008). The Imperative to Choose: A Qualitative Study of Women's Decision-Making and Use of the Birth Control Pill. *Social Theory & Health*, 6(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700091>
- Grino, C. (2014). La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale. *Genre, sexualité & société*, (12). <https://doi.org/10.4000/gss.3280>
- Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Indiana University Press.
- Guellil, A. (2024, 19 septembre). Le droit à l'avortement en 4 dates clés | Décryptage. *Éducaloi*.
<https://educaloi.qc.ca/decryptage/le-droit-a-lavortement-en-4-dates-cles/>
- Guilbert, É., Arguin, H., Bélanger, M. et Thibault, V. (2024, mars). *Protocole de contraception au Québec* [Guide de pratique professionnelle]. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-06/3466-protocole-contraception-quebec-2024.pdf>
- Guttmacher Institute. (2020, 23 janvier). *Contraceptive Effectiveness in the United States* | Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-effectiveness-united-states>
- Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du Travail*, 26(3), 268-277.
- Haicault, M. (1994). Perte de savoirs familiaux, nouvelle professionnalité du travail domestique, quels sont les liens avec le système productif? *Recherches féministes*, 7(1), 125-138.
<https://doi.org/10.7202/057773ar>
- Hair, M. (2019). "I'd like an abortion please": rethinking unplanned pregnancy narratives in contemporary American cinema. *Feminist Media Studies*, 19(3), 380-395.
<https://doi.org/10.1080/14680777.2018.1465444>
- Hansen, J. (2013). *Continental Feminism*.
<https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/femapproach-continental/>
- Haraway, D. (2007). Savoirs situés : question de la science dans le féminisme et privilège de la perspective partielle. Dans *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences-Fictions-Féminismes* (Exils., p. 107-142). <https://www.lerass.com/wp-content/uploads/2022/02/4-Savoirs-situés-8.pdf>

- Hardy, C., Phillips, N. et Harley, B. (2004). Discourse analysis and content analysis: Two solitudes? *Qualitative & Multi-Method Research*, 2(1), 19-22. <https://doi.org/10.5281/zenodo.998649>
- Heiselberg, L. et Have, I. (2023a). Host Qualities: Conceptualising Listeners' Expectations for Podcast Hosts. *Journalism Studies*, 24(5), 631-649. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2023.2178245>
- Heiselberg, L. et Have, I. (2023b). Host Qualities: Conceptualising Listeners' Expectations for Podcast Hosts. *Journalism Studies*, 24(5), 631-649. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2023.2178245>
- Héritier-Augé, F. (2002). Chapitre 2. La contraception. Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. Dans *Masculin/Féminin II* (p. 239-259). Odile Jacob. <https://www.cairn.info/masculin-feminin-ii--9782738110909-p-239.htm>
- Hertzog, I.-L. et Mathieu, M. (2021). Pour une analyse globale, internationale et interdisciplinaire du travail procréatif. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (38). <https://journals.openedition.org/efg/12179>
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19-49. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>
- Horton, D. et Wohl, R. R. (1956). Mass Communication and Para-Social Interaction. *Psychiatry*, world. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1956.11023049>
- Hoydis, J. (2020). *Introduction: New Waves – Feminism, Gender, and Podcast Studies*, (77), 1.
- Hunt, K. (2021). Social movements and human rights language in abortion debates. *Journal of Human Rights*, 20(1), 72-90. <https://doi.org/10.1080/14754835.2020.1850240>
- Hunt, L. K., Goldstein, C. M., L. Garnsey, C., Bogen, K. W. et Orchowski, L. M. (2022). Examining Public Sentiment Surrounding Abortion: A Qualitative Analysis of #YouKnowMe. *Women's Reproductive Health*, 9(4), 237-258. <https://doi.org/10.1080/23293691.2021.2016161>
- Hurst, E. J. (2019). Podcasting in Medical Education and Health Care. *Journal of Hospital Librarianship*, 19(3), 214-226. <https://doi.org/10.1080/15323269.2019.1628564>
- Hynnä-Granberg, K. (2023). Enduring Emotions. Fat Time and Weight Loss in the Finnish Body Positive Podcasts Jenny and the Fat Myth Busters and The Soft. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 31(3), 236-248. <https://doi.org/10.1080/08038740.2022.2139754>
- Karathanasopoulou, E. et Williams, H. (2023). Podcasting as a feminist space for the disclosure of trauma and intimate embodied experience: The Heart as a case study of quiet activism. *Radio Journal: International Studies in Broadcast & Audio Media*, 21(1), 29-44. https://doi.org/10.1386/rjao_00071_1
- Kergoat, D. (2001). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans J. Bisilliat et C. Verschuur (dir.), *Genre et économie : un premier éclairage* (p. 78-88). Graduate Institute Publications. <https://doi.org/10.4000/books.iheid.5419>

- Kiberg, H. et Spilker, H. (2023). One More Turn after the Algorithmic Turn? Spotify's Colonization of the Online Audio Space. *Popular Music and Society*, 46(2), 151-171.
<https://doi.org/10.1080/03007766.2023.2184160>
- Kimport, K. (2018). More Than a Physical Burden: Women's Mental and Emotional Work in Preventing Pregnancy. *The Journal of Sex Research*, 55(9), 1096-1105.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834>
- Kirby, D. A. (2017). Regulating cinematic stories about reproduction: pregnancy, childbirth, abortion and movie censorship in the US, 1930–1958. *The British Journal for the History of Science*, 50(3 (186)), 451-472.
- Kosenko, K., Winderman, E. et Pugh, A. (2019). The Hijacked Hashtag: The Constitutive Features of Abortion Stigma in the #ShoutYourAbortion Twitter Campaign. *International Journal of Communication*, 13(0), 21.
- Kruvand, M. (2012). The Pill at Fifty: How the New York Times Covered the Birth Control Pill, 1960–2010. *American Journalism*, 29(4), 34-67. <https://doi.org/10.1080/08821127.2012.10677847>
- Kulkarni, J. (2007). Depression as a side effect of the contraceptive pill. *Expert Opinion on Drug Safety*, 6(4), 371-374. <https://doi.org/10.1517/14740338.6.4.371>
- Lackie, E. et Fairchild, A. (2016). The birth control pill, thromboembolic disease, science and the media: a historical review of the relationship. *Contraception*, 94(4), 295-302.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.06.009>
- Lamarche-Vadel, A., Moreau, C., Warszawski, J. et Bajos, N. (2005). Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(3), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2005.02.016>
- Lamoureux, J. (2021, 5 novembre). *Rééquilibrer le fardeau de la contraception*.
<https://www.24heures.ca/2021/11/05/reequilibrer-le-fardeau-de-la-contraception>
- Landreville, M. et Moreau, M. (2011). La contraception et l'avortement dans la presse quotidienne québécoise Une étude exploratoire. Dans *La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société* (Presses de l'Université du Québec, p. 237-266).
<https://www.puq.ca/catalogue/livres/contraception-2093.html>
- Lang, M.-E. (2019). Santé sexuelle et usages du Web : que cherchent à savoir les jeunes femmes sur internet? *Canadian Journal of Communication*, 44(3), 419-437.
<https://doi.org/10.22230/cjc.2019v44n3a2974>
- Lapointe, P.-A. (2020). La théorie critique de Nancy Fraser. *Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)*, (ET2001), 51.
- Latzko-Toth, G. et Pastinelli, M. (2022). L'éthique de la recherche dans les espaces en ligne : clarification de quelques notions. *Politique et Sociétés*, 41(3), 221-230. <https://doi.org/10.7202/1092344ar>

- Lazar, M. (2014). Feminist Critical Discourse Analysis. Dans *The Handbook of Language, Gender, and Sexuality Methods* (Wiley Online Books, p. 180-199). <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1002/9781118584248.ch9>
- Lazar, M. M. (2007). Feminist Critical Discourse Analysis: Articulating a Feminist Discourse Praxis1. *Critical Discourse Studies*, 4(2), 141-164. <https://doi.org/10.1080/17405900701464816>
- Le Guen, M., Rouzaud-Cornabas, M. et Ventola, C. (2021). Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du Genre*, 70(1), 157-184. <https://doi.org/10.3917/cdge.070.0157>
- Le Robert. (2025, 24 juin). Devoir. Dans *Le Robert*. Récupéré le 24 juin 2025 de <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/devoir>
- Lennon, K. (2019). Feminist Perspectives on the Body. Dans E. N. Zalta (dir.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2019). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/feminist-body/>
- Leridon, H., Oustry, P., Bajos, N. et l'équipe Cocon. (2002). La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population & Sociétés*, 381(7), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.381.0001>
- Leu, P. (2025, 24 avril). *Number of newly published podcasts worldwide 2010-2024*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/788900/canadian-adults-frequency-listening-podcasts/>
- Lindgren, M. (2023). Intimacy and Emotions in Podcast Journalism: A Study of Award-Winning Australian and British Podcasts. *Journalism Practice*, 17(4), 704-719. <https://doi.org/10.1080/17512786.2021.1943497>
- Lins, B. B. (2023). Social Reproduction is not a Fairy Tale: A Conversation Between Axel Honneth, Silvia Federici, and Nancy Fraser. *Critical Horizons*, 24(1), 15-31. <https://doi.org/10.1080/14409917.2023.2195800>
- Loubier, P. (2008). *Figures de la tautologie dans l'art et le discours critique des années 1960*. <http://hdl.handle.net/1866/6605>
- Lundström, M. et Lundström, T. P. (2021). Podcast ethnography. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(3), 289-299. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1778221>
- Määttä, S. K. (2023). Performativité. Dans N. Lorenzi Bailly et C. Moïse (dir.), *Discours de haine et de radicalisation : Les notions clés* (p. 81-87). ENS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.enseditions.43885>
- Maingueneau, D. (2021). Chapitre 2. La notion de discours. Dans *Discours et analyse du discours* (vol. 2e éd., p. 11-23). Armand Colin. <https://www.cairn.info/discours-et-analyse-du-discours--9782200631710-p-11.htm>

- Marcinkow, A., Parkhomchik, P., Schmode, A. et Yuksel, N. (2019). The Quality of Information on Combined Oral Contraceptives Available on the Internet. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(11), 1599-1607. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.01.024>
- Marques-Pereira, B. et Raes, F. (2002). Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale. Dans *Corps de femmes* (p. 19-38). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.coene.2002.01.0019>
- Mathieu, M. (2016). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec* [phdthesis, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis ; Université du Québec à Montréal]. <https://theses.hal.science/tel-01515693>
- Mathieu, M. et Ruault, L. (2014). Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix*, 107(3), 33-59. <https://doi.org/10.3917/pox.107.0033>
- Mathieu, M. et Thizy, L. (2023). III / La division sexuée du travail procréatif : une explication à la stabilité du nombre d'avortements (p. 37-53). La Découverte. <https://www.cairn.info/sociologie-de-l-avortement--9782348074998-p-37.htm>
- Matich, M., Ashman, R. et Parsons, E. (2019). #freethenipple – digital activism and embodiment in the contemporary feminist movement. *Consumption Markets & Culture*, 22(4), 337-362. <https://doi.org/10.1080/10253866.2018.1512240>
- MedlinePlus. (2023). *Abortion*. MedlinePlus. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/abortion.html>
- Meyer-Hermann, R. (1983). *Vers une définition (non-fonctionnelle) de la métacommunication*. <https://doi.org/10.3406/lsoc.1983.1947>
- Mikołajczak, M. et Bilewicz, M. (2015). Foetus or child? Abortion discourse and attributions of humanness. *The British Journal of Social Psychology*, 54(3), 500-518. <https://doi.org/10.1111/bjso.12096>
- Millette, M. (2023). Théorie et méthodologie féministes pour la recherche en contexte numérique. *Communication. Information médias théories pratiques*, (vol. 40/2). <https://doi.org/10.4000/communication.17969>
- Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psy*, 58(2), 161-174. <https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0161>
- Moreau, C., Desfrères, J. et Bajos, N. (2011). Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*, (1), 148-161. <https://doi.org/10.3917/rfas.111.0148>
- Mort, S. (2023). Indignation tapageuse et affectivité des publics : le cadrage de l'avortement dans l'écosystème des médias conservateurs. *IdeAs. Idées d'Amérique*, (22). <https://doi.org/10.4000/ideas.16620>

- Nadeau-Besse, J. (2024, 12 mars). Plus d'un million d'argent public en balados. *Le Soleil* (Québec), Actualités. <https://www.lesoleil.com/actualites/2024/03/11/plus-dun-million-dargent-public-en-balados-YQ6NXRYV6JEXBHEOUIA6NK2RI/>
- Nair, I., Patel, S. P., Bolen, A., Roger, S., Bucci, K., Schwab-Reese, L. et DeMaria, A. L. (2023). Reproductive Health Experiences Shared on TikTok by Young People: Content Analysis. *JMIR Infodemiology*, 3, e42810. <https://doi.org/10.2196/42810>
- Nations Unies. (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*. United Nations. <https://www.un.org/fr/conferences/population/lecaire1994>
- Nations Unies. (2015, 6 octobre). Fertility Regulation. Dans *United Nations Economic and Social Commission for Western Asia*. Récupéré le 26 janvier 2024 de <https://archive.unescwa.org/fertility-regulation>
- Navia, M. (2019, 10 septembre). Contraception masculine: et si les hommes prenaient la pilule? *Elle Québec*. <https://www.ellequebec.com/societe/amour-et-sexe/contraception-masculine-et-si-les-hommes-prenaient-la-pilule>
- Nguyen, B. T. et Allen, A. J. (2018). Social media and the intrauterine device: a YouTube content analysis. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 44(1), 28-32. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2017-101799>
- Norman, W. V., Guilbert, E. R., Okpaleke, C., Hayden, A. S., Steven Lichtenberg, E., Paul, M., White, K. O. et Jones, H. E. (2016). Abortion health services in Canada: Results of a 2012 national survey. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 62(4), e209-e217.
- OMS. (2020). *Infertilité*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- OMS. (2021). *Avortement*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- OMS. (2023). *Reproductive health*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
- OTM. (2022). *Habitudes d'écoute de la radio et des balados chez les francophones*. L'Observateur des technologies médias. <https://mtm-otm.ca/>
- Oudshoorn, N. (2003). *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822385226>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021a). Chapitre 3. L'être essentiel de l'analyse qualitative. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (vol. 5e éd., p. 73-102). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-73.htm>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021b). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (vol. 5e éd., p. 269-357). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021c). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (vol. 5e éd., p. 269-357). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021d). Introduction. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (vol. 5e éd., p. 9-12). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-9.htm>
- Parry, M. (2013). Battling Silence and Censorship. Dans *Broadcasting Birth Control: Mass Media and Family Planning* (p. 12-44). Rutgers University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt5hjbt1.6>
- Patron, S. (2022). *Récits de la charge mentale des femmes* (Hermann). <https://www.editions-hermann.fr/livre/recits-de-la-charge-mentale-des-femmes-sylvie-patron>
- Paul, J., Boraas, C. M., Duvet, M. et Chang, J. C. (2017). YouTube and the single-rod contraceptive implant: a content analysis. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 195-200. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2016-101593>
- Pavard, B. (2009). Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman. *Le Temps des médias*, 12(1), 100-113. <https://doi.org/10.3917/tdm.012.0100>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 424-428. <https://doi.org/10.1177/1403494807088449>
- Perrin, R., Mathieu, M. et Guen, M. L. (2025). Le continuum des oppositions à l'avortement. *Revue française de sociologie*, (1), 7-27. <https://doi.org/10.3917/rfs.661.0007>
- Peterson, K. M. (2023). 'The bad things are just too close right now': podcasts cultivate spaces to sit with the messiness of grief. *Mortality*, world. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576275.2022.2036112>
- Pfender, E. J. et Devlin, M. M. (2023). What Do Social Media Influencers Say About Birth Control? A Content Analysis of YouTube Vlogs About Birth Control. *Health Communication*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2149091>
- Pinkerton, J. V. et Goje, O. (2024). Aménorrhée - Gynécologie et obstétrique. Dans *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Récupéré le 20 août 2025 de <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/troubles-menstruels/amenorrhée>
- Porter, A. W., Cooper, S. C., Palmedo, P. C., Wojtowicz, N., Chong, J. et Maddalon, M. (2022). Podcasts and Their Potential to Improve Sexual Health Literacy in Adolescents and Young Adults. *American Journal of Sexuality Education*, 17(1), 125-136. <https://doi.org/10.1080/15546128.2021.1987365>
- Pronovost, V., Lacroix, O. et Nadeau, F. (2025, décembre). *Quand le consensus vacille : état des lieux du mouvement contre l'avortement au Québec* (1). Fédération du Québec pour le planning des

- naissances. https://api.fqpn.qc.ca/wp-content/uploads/2025/12/FQPN_RAPPORT_2025_final.pdf
- Purcell, C., Hilton, S. et McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1141-1155. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.937463>
- Rae, M. (2023). Podcasts and political listening: sound, voice and intimacy in the Joe Rogan Experience. *Continuum*, world. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10304312.2023.2198682>
- Raymond, E. G. et Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2 Pt 1), 215-219. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>
- Régie de l'assurance maladie. Nombre d'avortements réalisés par les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec, 2014 à 2023. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/13561> 24 avril 2024.
- Reynolds-Wright, J. J., Cameron, N. J. et Anderson, R. A. (2021). Will Men Use Novel Male Contraceptive Methods and Will Women Trust Them? A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 58(7), 838-849. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1905764>
- Rime, J., Pike, C. et Collins, T. (2022). What is a podcast? Considering innovations in podcasting through the six-tensions framework. *Convergence*, 28(5), 1260-1282. <https://doi.org/10.1177/13548565221104444>
- Roberti-Lintermans, M. (2021). La contraception dans Femmes d'Aujourd'hui (1960-2010) : entre visibilisation et assignation de genre du travail procréatif. *Enfances, Familles, Générations*, (38). <https://doi.org/10.7202/1086955ar>
- Rodgers, K. (2022). "F*cking politeness" and "staying sexy" while doing it: intimacy, interactivity and the feminist politics of true crime podcasts. *Feminist Media Studies*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1080/14680777.2022.2098799>
- Roux, A. (2023a). Introduction. Dans *Pilule : défaire l'évidence* (p. 13-32). Éditions de la Maison des sciences de l'homme. <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.58125>
- Roux, A. (2023b). Promouvoir la pilule : un enjeu pour les industries pharmaceutiques. Dans *Pilule : défaire l'évidence* (p. 189-234). Éditions de la Maison des sciences de l'homme. <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.58170>
- Ruault, L. (2019). Libération sexuelle ou « pression à soulager ces messieurs » ? Points de vue de femmes dans les années 68 en France. *Ethnologie française*, 49(2), 373-389. <https://doi.org/10.3917/ethn.192.0373>
- Saurette, P. et Gordon, K. (2015). We're All Progressives Now: Rebranding the Movement. Dans *The Changing Voice of the Anti-Abortion Movement* (p. 222-244). University of Toronto Press. <https://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctv2fjwvfx.12>

- Schwinges, A. (2024). Navigating Ideals and Realities: On Using Reconstruction Interviews to Study Journalistic Roles. *Journalism Practice*, world. <https://www-tandfonline-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/doi/abs/10.1080/17512786.2024.2305165>
- Scrinzi, F. (2021). Care. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 127-137). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0127>
- Secrétariat à la condition féminine. (2024). *Protéger le droit des femmes de choisir : Plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement 2024-2027*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/PL-plan-action-gouv-acces-avortement-2024-2027-SCF-VF.pdf>
- Senderowicz, L. (2019). « I was obligated to accept »: A qualitative exploration of contraceptive coercion. *Social Science & Medicine* (1982), 239, 112531. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112531>
- Sharon, T. (2023). Peeling the pod: towards a research agenda for podcast studies. *Annals of the International Communication Association*, 47(3), 324-337. <https://doi.org/10.1080/23808985.2023.2201593>
- Sharon, T. et John, N. A. (2024). "It's between me and myself": Inverse parasocial relationships in addressing (imagined) podcast listeners. *New Media & Society*, 14614448241287913. <https://doi.org/10.1177/14614448241287913>
- Shaw, J. (2013). Abortion in Canada as a Social Justice Issue in Contemporary Canada. *Critical Social Work*, 14(2). <https://doi.org/10.22329/csw.v14i2.5878>
- Sitto, K. et Lubinga, E. (2021). "My Birth Control Makes Me Emotionally Psycho": Online Female Narratives about Contraceptives. *Communicatio*, 47(2), 96-121. <https://doi.org/10.1080/02500167.2021.1987945>
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., Lange, T. et Lidegaard, Ø. (2018). Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 336-342. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060616>
- Spencer, A. L. et Bonnema, R. (2011). Health issues in oral contraception: risks, side effects and health benefits. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(5), 551-557. <https://doi.org/10.1586/eog.11.49>
- Spencer, B. (1999). *La femme sans sexualité et l'homme irresponsable*. <https://doi.org/10.3406/arss.1999.3290>
- Stettner, S. (2016). A Brief History of Abortion in Canada. Dans *Athabasca University Press*. Athabasca University Press. <https://read.aupress.ca/read/without-apology/section/d9f18d76-1657-46b3-99b4-c8ffbc964b37>
- Sütcüoğlu, B. et Güler, M. (2023). Social Media Videos on Contraceptive Implants: An Assessment of Video Quality and Reliability. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2023.08.004>

- Terry, G. et Braun, V. (2011). 'It's kind of me taking responsibility for these things': Men, vasectomy and 'contraceptive economies'. *Feminism & Psychology*, 21(4), 477-495.
<https://doi.org/10.1177/0959353511419814>
- Thizy, L. (2021). Esquiver le stigmatisme lié à l'avortement : le « travail d'invisibilisation » comme renforcement du travail procréatif. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (38). <https://journals.openedition.org/efg/11732>
- Thizy, L. (2023). *Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière ? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances* [phdthesis, Université Paris 8 Vincennes - Saint Denis].
<https://hal.science/tel-04465513>
- Thomé, C. (2016). D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines*, 104(4), 67-94.
<https://doi.org/10.3917/soco.104.0067>
- Thomé, C. (2024). *Des corps disponibles : Comment la contraception façonne la sexualité hétérosexuelle* (La Découverte).
- Thomé, C. et Rouzard-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*, (48-2), 117-137. <https://doi.org/10.4000/rsa.2083>
- Tiffe, R. et Hoffmann, M. (2017). Taking up sonic space: feminized vocality and podcasting as resistance. *Feminist Media Studies*, 17(1), 115-118. <https://doi.org/10.1080/14680777.2017.1261464>
- Tomlinson, M. K. (2021). Moody and monstrous menstruators: the Semiotics of the menstrual meme on social media. *Social Semiotics*, 31(3), 421-439. <https://doi.org/10.1080/10350330.2021.1930858>
- Turner-McGrievy, G., Kalyanaraman, S. et Campbell, MarciK. (2013). Delivering Health Information via Podcast or Web: Media Effects on Psychosocial and Physiological Responses. *Health Communication*, 28(2), 101-109. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.651709>
- Turrini, M. (2022). « À nous d'ouvrir les yeux des autres ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (25).
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11937>
- Urban, A. et Holtzman, M. (2023). Menstrual Stigma and Twitter. *Sociological Focus*, 56(4), 483-496.
<https://doi.org/10.1080/00380237.2023.2243588>
- Ussher, J. M. (2005). Managing the Monstrous Feminine: Regulating the reproductive body. Dans *Managing the Monstrous Feminine*. Routledge.
- Van Dijk, T. A. (2015). Critical Discourse Analysis. Dans *The Handbook of Discourse Analysis* (p. 466-485). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118584194.ch22>
- VanSickle-Ward, R. et Wallsten, K. (2020). Contraception Coverage Policy in the States. Dans R. VanSickle-Ward et K. Wallsten (dir.), *The Politics of the Pill: Gender, Framing, and Policymaking in the Battle over Birth Control* (p. 0). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780190675349.003.0003>

- Vincent, D. et Heisler, T. (1999). L'anticipation d'objections : prolepse, concession et réfutation dans la langue spontanée. *Revue québécoise de linguistique*, 27(1), 15-31.
<https://doi.org/10.7202/603164ar>
- Vinit, F. et Thiboutot, C. (dir.). (2022). Introduction. Dans *Habiter le monde au féminin* (1^{re} éd., p. 1-6). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.5>
- Wiebe, E. R., Littman, L., Kaczorowski, J. et Moshier, E. L. (2014). Misperceptions About the Risks of Abortion in Women Presenting for Abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(3), 223-230. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30630-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30630-7)
- Wiley-Sthapit, C., Jen, S., Storer, H. L. et Benson, O. G. (2022). Discursive decisions: Signposts to guide the use of critical discourse analysis in social work. *Qualitative Social Work*, 21(1), 129-146.
<https://doi.org/10.1177/1473325020979050>
- Wilson, A. D. (2018). "Put It in Your Shoe It Will Make You Limp": British Men's Online Responses to a Male Pill. *The Journal of Men's Studies*, 26(3), 247-265.
<https://doi.org/10.1177/1060826518761433>
- Yang, F. et Kavka, M. (2024). Podcasting women's pleasure: Feminism and sexuality in the sonic space of China. *Sexualities*, 13634607241233563. <https://doi.org/10.1177/13634607241233563>
- Young, C. (2021). Corporéité « déviante » et acte d'allaiter: une théorisation. *Nouvelles Questions Féministes*, 40(1), 67-81.