

Toujours bien assez bon pour elles

S'il est un épisode de la gynécologie (dont nous ne sommes pas encore sortis) qui illustre mon propos du chapitre précédent (cf. note 8) selon lequel, dès qu'il s'agit de médicaliser le corps des femmes, *n'importe quoi* sera toujours bien assez bon pour elles, c'est la contraception orale.

Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter au tout début de l'année 1960, ce moment éminent de la mémoire féministe qui voit l'introduction sur le marché de la première pilule à visée contraceptive, laquelle associait un œstrogène et un progestatif. À ce moment d'intense controverse, on – partisans et adversaires de cette nouvelle méthode – avait tout prévu, ou plutôt tout envisagé : la pilule allait rendre stérile, provoquer des mutations génétiques, des malformations fœtales ou des cancers, faire tomber les cheveux, rendre les femmes vicieuses... *Tout* – sauf le principal : il faudra à peine un an pour que soit aperçu le potentiel iatrogène depuis lors le mieux reconnu des oestro-progestatifs¹, à savoir celui de provoquer des accidents thrombo-emboliques, dont certains graves et parfois même mortels². Les années suivantes allaient montrer que ces effets indésirables, qui touchent les veines et se manifestent surtout par des phlébites ou des embolies pulmonaires (mais parfois aussi par des accidents cérébraux), ne correspondent qu'à une partie de ce que l'on peut regrouper sous l'intitulé « complications cardio-vasculaires de la pilule » et qui concernent également des infarctus du myocarde.

Pour un professionnel tant soit peu au fait du développement pharmaceutique, semblable reconnaissance précoce d'une complication quand même significative ferait déjà assez désordre avec *n'importe quel* médicament à visée *curative*. Que dire, alors qu'il s'agit là d'un produit qui allait exiger beaucoup d'imagination juridique pour le forcer à entrer dans la catégorie des « médicaments »³ puisque, à l'évidence, il ne

¹ Encore que tout soit relatif avec la médicalisation du corps féminin, y compris la notion de « complication notoire ». Au début des années 1980, alors que j'achevais mes études de médecine dans l'un des CHU parisiens les plus réputés, j'ai déclenché un fou-rire d'une désarmante spontanéité chez l'un de mes condisciples (nous avions déjà le droit de faire des remplacements) en évoquant comme allant de soi ce potentiel emboligène des contraceptifs oraux : il n'en avait simplement jamais entendu parler... Bien auparavant (alors que je n'étais même pas encore étudiant en médecine), j'avais eu droit au même type de réaction en évoquant les « tensions mammaires » dûment mentionnées au Vidal et dont souffrent certaines femmes sous pilule, mon interlocuteur étant cette fois un studieux chef de clinique pourtant très fier de son expérience en gynécologie. Une quinzaine d'années plus tard, avec pourtant toute la bibliographie adéquate sous la main, je n'ai jamais réussi à convaincre l'un des plus éminents patrons de gynécologie parisiens que la prise intercurrente d'antibiotiques pouvait causer, chez la femme concernée, un échec de la pilule...

² Ces complications ne sont pas des curiosités que l'on ne trouverait qu'au fin fond d'une littérature médicale confidentielle : je connais personnellement une journaliste médicale dont la sœur est décédée d'une embolie pulmonaire imputable à la pilule. Comme consultant des principaux fabricants, d'autre part, j'ai très régulièrement vu des notifications rapportant des accidents cardio-vasculaires chez des jeunes femmes. Comparativement au nombre de personnes exposées à la contraception orale, la fréquence des cas signalés reste effectivement faible, mais il ne faut pas oublier non plus qu'en pareille matière, la sous-notification est considérable.

³ Fouassier E, *Le médicament : notion juridique*, Tec et Doc Lavoisier – EMI, 1999, pp. 11 et 25.

s'adressait pas à des « malades » et qu'il ne visait la prévention d'aucune « maladie »⁴ : en foi de quoi, on aurait pu penser que la barrière aurait été posée très haut en matière de risque « acceptable »... Or, il n'en avait clairement rien été et la chose était d'autant plus regrettable que, par comparaison avec des complications iatrogènes qu'on est forcé d'admettre même si l'on n'en comprend pas la raison (la « plausibilité biologique »), il ne fut pas bien difficile, ensuite, de cumuler les travaux pour découvrir que les oestrogènes utilisés dans les pilules avaient un singulier pouvoir de perturber les facteurs de la coagulation : en d'autres termes, le risque cardio-vasculaire lié à la contraception orale était... facilement prévisible rétrospectivement – et, en médecine ou ailleurs, il y a normalement toute une jurisprudence pour qualifier de *faute* ce genre de prévisibilité rétrospective...

L'erreur est humaine, me direz-vous. Certes, mais l'histoire ne s'arrête pas là. L'adage juridique selon lequel « nul ne peut se prévaloir de sa propre turpitude » ne s'appliquant pas au monde pharmaceutique, les fabricants allaient tirer parti de ce précédent désastreux pour se livrer désormais à une concurrence féroce autour d'un argument clé, à savoir la quantité d'estrogène contenue dans chaque comprimé du pilulier, puisqu'il avait été rapidement tenu pour acquis que c'était bien ce composé de l'association qui perturbait les fonctions de la coagulation sanguine. Au cours des années et des décennies qui suivirent, on vit donc dégringoler progressivement cette quantité des quelque 150 µg initiaux⁵ à 50 µg (le fameux Stédiril® des années 1970), puis 30 µg (les pilules « de seconde génération »). Et comme la Providence ne craint pas de donner la main dès que le génie médico-pharmaceutique se met au service de l'émancipation féminine, la fin des années 1980 allait voir le miracle des pilules « de troisième génération »⁶ (ou « micropilules »), à savoir ces composés oestro-progestatifs qui ne contenaient plus que 20 µg d'estrogène (éthynil-estradiol) par comprimé. Aux dires des fabricants – repris en chœur par la chorale des gynécologues, et jamais contredits par les autorités de contrôle –, on avait là atteint le *minimum minimorum*, la préparation optimale qui réduisait à presque néant le risque de thrombose⁷ tout en garantissant une

⁴ Qu'on le veuille ou non, la reconnaissance du statut de « médicament » à la contraception orale s'inscrit de façon regrettamment naturelle dans le mouvement de pensée gynéco-obstétricale qui s'est progressivement imposé depuis le XVIII^e siècle en faisant de la grossesse une situation hautement pathologique.

⁵ L'estrogène utilisé était alors le mestranol ; il devait être bientôt remplacé de façon systématique par l'éthynil-estradiol.

⁶ Cette troisième génération qui, selon Dolto, voit l'éclosion des schizophrénies dans les familles pathologiques...

⁷ Ce serait une bien intéressante étude de cas en marketing pharmaceutique (dont on trouverait d'autres exemples) de reconstituer la façon dont on a attendu d'avoir des composés censément épurés du risque pour attirer l'attention des consommatrices sur le potentiel thrombo-embolique de la contraception orale. En d'autres termes, le risque – pourtant tangible – de phlébite ou d'embolie pulmonaire a été un argument promotionnel bien davantage qu'un élément d'information qu'on aurait pu croire incontournable en vue d'un consentement authentique : au lieu de dire « attention au risque », on a attendu pour informer rétrospectivement les utilisatrices de se croire autorisé à leur dire « y en n'a plus »...

efficacité contraceptive que l'on savait « idéale » de longue date. Mais tout cela était très théorique – fondé sur des arguments éminemment *réductionnistes* dont l'histoire de la pharmacie nous enseigne répétitivement la vanité (ce n'est pas le fabricant de Vioxx qui me contredira...) : les industriels concernés avaient plus important à faire que de mettre sur pied, en l'honneur de la nouvelle « génération », les études épidémiologiques lourdes, complexes et incertaines qu'avaient suscitées les pilules plus anciennes (généralement, d'ailleurs, à l'instigation d'instances indépendantes des firmes – sinon de l'idéologie), afin de vérifier *en pratique* si la belle histoire du contenu en estrogène optimisé se traduisait effectivement par une tolérance elle aussi optimisée.

Manque de pot et nonobstant cette réticence intéressée des fabricants à organiser la vérification expérimentale de leurs allégations promotionnelles, la belle histoire devait faire long feu. Et de la plus piteuse façon de surcroît, tant il est vrai qu'en matière de communication de crise également, *n'importe quoi* est toujours bien assez bon pour autant que la crise concerne le corps féminin. Par un beau soir d'octobre 1995 (de mémoire un vendredi, veille de week-end), la pharmacovigilance britannique – alors dirigée par l'un de ces « experts » qui n'auraient pas déparé dans notre AFSSAPS – allait se fendre d'un communiqué sec soutenant que les pilules de troisième génération *augmentaient* le risque de thrombose et d'embolie, et que les intéressées, ainsi que leurs médecins⁸, n'avaient qu'à se démerder (ce n'était pas dit textuellement comme ça, mais comme rien n'était suggéré d'un point de vue conduite à tenir, cela revenait exactement à ça – surtout une fois prise en compte la propension britannique bien connue à l'*understatement*...).

L'affaire fit évidemment grand bruit et comme attendu en pareille espèce, la polémique – alimentée par les professionnels du doute⁹ – fit rage. Presque vingt ans après, il est encore possible de trouver des « experts » (*a fortiori* des praticiens) pour soutenir que tout ça, c'était du vent, que rien n'a été démontré et que la controverse est close (argument assez classique chez ceux qui n'ont jamais été capable de l'affronter quand elle s'est ouverte...). Mais là comme en bien d'autres domaines pharmaceutiques, il existe un indicateur assez fiable de la direction où chercher pour y voir clair : abstraction faite des couillons connus pour leur propension à prendre position sur des domaines où ils n'ont aucune compétence connue¹⁰, l'examen de la littérature révèle que ceux des

⁸ En contradiction avec toutes les règles de la publication scientifique, l'administration britannique avait eu l'excellente idée d'avertir la presse *avant* le corps médical, en fondant son alarmisme sur trois études *non publiées*, dont deux n'étaient pas encore achevées... Même les investigateurs de ces études qui suggéraient un excès de risque avec les nouvelles pilules protestèrent quant à l'exploitation précipitée que les responsables britanniques avait faite de leurs analyses préliminaires.

⁹ Michaels D, *Doubt is their product*, Oxford UP, 2008.

¹⁰ Ce n'est pas cela qui manque en gynécologie qui, avec la psychiatrie et la cancérologie, est l'une des spécialités médicales les plus dangereusement liées à l'industrie pharmaceutique.

vrais experts qui s'obstinent à nier le potentiel emboligène des pilules de troisième génération ont, dans leur quasi-totalité, partie liée avec leurs fabricants¹¹.

Reste que, jusqu'à preuve du contraire, les industriels du médicament ne sont pas supposés faire la loi et que, notamment après le formidable raté qui avait marqué la mise sur le marché des premières pilules, on aurait pu attendre des autorités sanitaires un minimum de circonspection avant d'autoriser l'introduction de composés aussi nouveaux et, plus encore, avant de laisser leurs fabricants s'éclater avec une promotion tapageuse qui, rétrospectivement, apparaît singulièrement mensongère. Plus grave encore, on aurait pu attendre d'elles – une fois l'alerte *sérieusement* confirmée – des mesures réelles de restriction à l'égard de ces nouvelles pilules qui, hormis un risque thrombo-embolique nettement accru, n'apportaient décidément rien de bien nouveau – hormis leur surcoût : il n'en a rien été, les autorités s'abritant derrière des bénéfices purement théoriques¹² pour justifier peu ou prou le *statu quo*, voire pour promouvoir le remboursement de ces pilules de troisième génération (lesquelles, en sus de tout, sont plus chères que les autres...).

Passons sur les détails de cette tragi-comédie et retenons l'essentiel. Il s'avère que, dans leur excitation à réduire coûte que coûte la quantité d'estrogène, les fabricants (et leurs autorités de tutelle...) avaient un peu vite oublié que pour maintenir l'efficacité contraceptive de leurs nouveaux composés, ils avaient dû se tourner vers d'autres progestatifs (gestodène, désogestrel) que ceux traditionnellement utilisés (norgestrel, noréthistérone, étyndiol) jusqu'alors dans la quasi-totalité des pilules et qui, de l'avis général, avaient été exonérés d'un potentiel thrombo-emboligène significatif. Il s'avère que pour des tas de raisons pharmacologiques dont l'exposé dépasse largement le cadre du présent livre, ces nouveaux progestatifs tendent à favoriser les accidents emboliques, notamment chez certaines femmes plus ou moins prédisposées (chez lesquelles le risque de thrombose peut être multiplié *par cinquante* relativement à celles qui ne prennent aucune contraception orale¹³). Bref et pour résumer, ce n'aurait pas été faire preuve d'un excès de prudence que de s'interroger tant soit peu sérieusement sur l'impact d'une innovation aussi considérable que le changement radical d'un des deux principes actifs¹⁴

¹¹ Pour autant qu'ils affichent un minimum de transparence quant à leurs liens d'intérêts. À ce sujet, il est utile – et conforme à la loi – d'informer le lecteur qu'au tout début de cette controverse, j'avais moi-même été missionné par les fabricants concernés pour faire une analyse critique de l'argumentaire présenté par l'administration britannique : j'ai laissé entendre plus haut qu'il était effectivement lamentable et, à cette époque, j'étais en excellente compagnie pour tirer à boulets rouges sur les responsables d'une alerte aussi précipitée (cf. *Reactions*, 4 Nov 1995, 80314763).

¹² Notamment, une prétendue amélioration du profil lipidique, dont les bénéfices cardio-vasculaires n'ont jamais été confirmés à l'échelle épidémiologique.

¹³ BMJ 1997 ; 349 : 1113-4.

¹⁴ Sachant par ailleurs que, dans un médicament en général et pour un changement de composant aussi peu actif qu'un excipient, la réglementation pharmaceutique peut se montrer excessivement tatillonne. Mais quand il s'agit des femmes et de leur santé, n'importe quelle exception à la règle est d'autant plus bienvenue qu'elle sera, de toute

contenus dans les contraceptifs dits, pour cette raison, « combinés ». Que la précipitation intéressée des fabricants (et des autorités) se soit soldée par une aggravation de ce qui, trente-cinq ans auparavant, avait déjà parasité le lancement des premières pilules – le risque thrombo-embolique – pourrait facilement être interprété comme une ironie du Destin – ou un clin d’œil de la Providence : nonobstant les pieuses allégations de tous « les amis des femmes », on ne joue pas impunément avec le corps de celles-ci, ni avec les mystères de la sexualité.

Jamais deux sans trois, dit la sagesse populaire. Malgré le coup de semonce par quoi s’était soldée cette nouvelle imprudence à l’endroit du corps féminin, il n’allait pas falloir beaucoup plus de dix ans pour récidiver une fois encore – et de la même façon exactement. Au tout début des années 2000, et toujours grâce à cette même complaisance des autorités sanitaires internationales à l’endroit d’une promotion pharmaceutique clairement abusive, le Laboratoire Bayer allait mettre sur le marché une pilule combinée « de quatrième génération » dont l’originalité tenait à l’introduction... d’un nouveau progestatif, la drospirénone : *bis repetita*... De fait, il allait bientôt apparaître qu’à l’instar des progestatifs également « nouveaux » utilisés dans les pilules de troisième génération, la drospirénone rendait compte, à elle seule, d’une nette élévation du risque thrombo-embolique (triplé par rapport au risque déjà augmenté des pilules de deuxième génération). Mais outre que le fabricant n’avait ainsi pas pris plus de précaution que ses devanciers pour s’assurer qu’une modification aussi drastique d’un composant n’allait poser aucun problème iatrogène sérieux, il avait de plus fondé son discours marketing sur un argument de nature à fasciner les utilisatrices : les pilules contenant ce progestatif miracle (Yaz®, Jasmine®) étaient les seuls contraceptifs combinés à *ne pas faire grossir*, voire à provoquer une perte de poids. Le scandale d’un tel argumentaire, pourtant validé par l’inertie des autorités de tutelles (pour ne rien dire des gynécologues et de leurs leaders d’opinion), était double au moins :

- selon le mécanisme déjà évoqué en note 7¹⁵, c’était peu ou prou la première fois, en quarante ans de contraception orale, que désormais dotés de produits supposés contrecarrer cet inconvénient, les gynécologues claironnaient officiellement que la pilule pouvait faire grossir au lieu de renvoyer à leur oralité ou à leur hypocondrie les femmes qui s’en étaient désolées jusque-là ;

façon, bruyamment saluée par une minorité activiste : on en verra une nouvelle illustration lorsque nous évoquerons la pilule abortive RU486 à la fin du présent chapitre.

¹⁵ L’actualité fournit d’autres exemples de la variabilité des « informations » supposées pourtant conditionner le consentement des intéressées. C’est ainsi qu’en date du 03/09/12, le site Atlantico fait état d’un nouveau moyen non invasif pour dépister la trisomie *in utero*, qui pourrait permettre d’éviter l’amniocentèse. En effet, poursuit l’article, « le seul » problème de cette dernière technique, c’est qu’elle « augmente *considérablement* le risque de perdre le bébé » (c’est moi qui souligne) : qui l’avait dit aussi crûment aux femmes jusqu’à présent ?

- quantitativement d'une extrême modestie (quelques centaines de grammes tout au plus), ladite perte de poids reposait sur un effet diurétique (une élimination d'eau), c'est-à-dire ce type de mécanisme qui n'a rien à voir avec un véritable amaigrissement (une perte de masse graisseuse) et dont l'exploitation, en toute autre situation, justifie les foudres et représailles des autorités : mais de nouveau, toutes les exceptions à la règle sont bénignes quand il s'agit du corps féminin.

À titre accessoire, il était également fait grand cas des bénéfices anti-acnéiques imputés à ces nouvelles pilules, toujours selon la même rhétorique : quoique les professionnels de santé répugnent à admettre que la contraception orale en général puisse « donner des boutons » – effet pourtant archiclassique avec ce type de produits¹⁶ –, ils ne se sentent plus de joie dès qu'ils peuvent promouvoir une pilule au nom de ses effets cutanés cette fois supposés bénéfiques.

Quoique l'imprudence de cette nouvelle contraception ait été patente d'emblée et que le surcroît de risque thrombo-embolique se fût vite révélé, il faudra attendre 2011 pour voir l'agence française du médicament (AFSSAPS) – qui avait laissé Bayer profiter du discrédit des « troisième génération » pour promouvoir ses « quatrième génération » – se fendre d'un communiqué anodin sur le sujet, sans l'assortir d'aucune restriction¹⁷. Aux USA, à l'occasion d'une action judiciaire lancée par des utilisatrices, il apparaîtra que le fabricant aurait dissimulé aux autorités des données de tolérance alarmantes. Mais l'argument d'une « dissimulation » ne saurait excuser la scandaleuse et trop durable complaisance des agences sanitaires, pour deux raisons au moins : d'une part parce que lesdites agences ont des prérogatives très larges de contrôle et d'inspection dont elles n'usent qu'avec une regrettable parcimonie, d'autre part parce que, d'expérience, il est assez difficile en pharmacie d'organiser durablement une dissimulation cohérente et convaincante¹⁸ (...).

¹⁶ De même qu'est archiclassique la propension des pilules combinées à stimuler la pousse des poils, ainsi qu'à produire durablement un chloasma, entendez ces zones cutanées assez disgracieuses de pigmentation brune au niveau du visage, normalement désignées sous le nom de « masque de grossesse » : comment s'en étonner puisque, selon le compte rendu triomphaliste de leurs promoteurs, les pilules combinées « [font] croire à l'hypophyse que la femme est enceinte ! » (Winckler M, *Contraceptions mode d'emploi*, Au Diable Vauvert, 2003, p. 172).

¹⁷ « Le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux reste positif, *quel que soit le progestatif utilisé* » (c'est moi qui souligne : nos « experts » en pharmacovigilance n'ont manifestement aucune idée de ce que pourrait être un rapport bénéfice/risque *comparé*)...

¹⁸ La meilleure preuve en étant la façon dont des escroqueries pharmaceutiques sont régulièrement découvertes aux USA par des associations de consommateurs ou de victimes, sur la seule base du *Freedom of Information Act*, c'est-à-dire de la possibilité donnée à tout citoyen de se faire communiquer l'essentiel des documents internes de quelque firme ou administration que ce soit : si, à partir desdits documents, des profanes sont capables de reconstituer la tromperie, on peut penser que la chose serait dans les cordes de professionnels dûment formés aux arcanes de l'audit, tels que les inspecteurs des agences sanitaires.

Effets indésirables de la pilule

Compte tenu de ce qui vient d'être rappelé et eu égard, également, à d'évidentes contraintes de volume, je me propose, dans la présente section, simplement d'esquisser un inventaire des problèmes de tolérance tels que posés par la contraception oestro-progestative, sans entrer dans le détail des références et encore moins des controverses quand elles existent. Car ce qui importe à ce stade, c'est moins de distinguer avec précision le vrai du faux, de démarquer le quasi certain du simplement possible, que de montrer à quel point la propagande pour la pilule peut faire l'impasse sur des questions parfois graves qui, à tout le moins, mériteraient un minimum de discussion et de mise en perspective : il n'est pas besoin d'entrer dans le détail de toutes les données disponibles pour documenter que si « gynécologue médicale » qu'elle soit, Brunerie-Kauffmann *se moque tout simplement du monde* en affirmant – et en le répétant – que « les pilules n'ont pas d'effets secondaires » (et que le journal *Libération* ne fait guère mieux en choisissant un tel interlocuteur et en se faisant l'écho acritique d'une désinformation aussi effrontée). En d'autres termes, l'objectif de la présente section n'est pas de fournir au lecteur une synthèse « scientifique » des problèmes de tolérance posés par la pilule, mais de documenter la mauvaise foi – ou l'inconscience – de ceux qui soutiennent qu'il n'y en a pas ou qu'ils sont mineurs.

Même sans entrer dans le détail de l'énorme bibliographie disponible sur le sujet, il est néanmoins nécessaire que le lecteur ait un minimum de références pour vérifier par lui-même, si cela lui chante, que je n'ai pas inventé les questions de tolérance qui vont être évoquées dans la présente section. À l'heure actuelle, malheureusement, je n'ai pas connaissance d'une synthèse raisonnablement équilibrée sur ces questions, que ce soit en français ou en anglais. Le lecteur intéressé par les données brutes, livrées en vrac ou presque, pourra partir de l'ouvrage anglo-saxon *Martindale – The complete drug reference* (disponible en ligne moyennant un abonnement annuel d'environ 300 €) pour un début de référencement bibliographique, qu'il pourra ensuite élargir à son gré selon ses centres d'intérêt.

(...) Inhabituellement longue pour un médicament à fins non curatives et en principe destiné à des gens en parfaite santé, la section *Effets indésirables* occupe une cinquantaine de pages A4 et comprend dix-neuf sous-sections, dont certaines (*Cancérogénicité, Effets sur le système cardiovasculaire, Effets sur l'appareil locomoteur*) font elles-mêmes l'objet de subdivisions additionnelles. En s'inspirant du récapitulatif présenté en début de section (daté du 30/06/2010) et pour faire bref, on peut retenir essentiellement :

- effets digestifs (nausées, vomissements¹⁹) ;

¹⁹ Peut-être aussi légère augmentation du risque de maladie de Crohn et de rectocolite ulcéro-hémorragique.

- effets cutanés (masque de grossesse, acné²⁰, séborrhée, hirsutisme) ;
- irrégularités menstruelles (spotting, métrorragies, aménorrhée), tension mammaire, modifications de la libido ;
- intolérance aux lentilles de contact ;
- céphalées, migraine, dépression et autres troubles neuro-psychiatriques ;
- pathologies cardio-vasculaires, parfois mortelles : infarctus du myocarde²¹, thrombose ou embolie, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle ;
- rétention hydrique, prise de poids, modification du métabolisme des sucres et du profil lipidique ;
- anomalies de la fonction hépatique, voire jaunisse (éventuellement liée à une lithiase biliaire), risque de tumeur bénigne du foie, peut-être aussi de tumeurs malignes ;
- perte de masse osseuse (notamment avec Depo-Provera) ;
- augmentation du risque de cancer du sein et du col utérin²².

Comme j’y ai longuement insisté dans l’introduction de la présente section, le récapitulatif qui précède ne prend en compte ni la fréquence réelle de ces complications²³, ni les incertitudes qui peuvent persister sur la portée de certains des effets précités (facteurs de risque, notamment). Mais même fourni comme ça en vrac²⁴, il est suffisant pour caractériser comme hautement abusives les allégations catégoriques de ceux qui soutiennent sans rire que « les pilules n’ont pas d’effets secondaires » ou encore, qu’avec ce mode de contraception, il y a « plus de peur que de mal ».

De plus, alors que l’inventaire qui précède impressionne déjà par le nombre et la variété des effets indésirables rapportés, le mode de traitement de l’information tel qu’opéré par des ouvrages comme Martindale (...) tend à minimiser la réalité des intolérances à la

²⁰ Sachant que certaines pilules sont, au contraire, réputées améliorer les acnés.

²¹ L’augmentation du risque est nette avec l’âge (35 ans et plus) et le tabagisme, mais elle n’est cependant pas nulle chez les femmes plus jeunes et qui ne fument pas.

²² Mais protection possible contre les cancers de l’ovaire et de l’endomètre.

²³ Par exemple et comme j’y avais insisté dans mon article de *La Recherche*, quoique le risque de tumeur bénigne du foie soit très augmenté par la pilule, il ne rend compte que d’un faible nombre de cas car la fréquence spontanée de ces tumeurs est infime dans la population générale. A l’inverse, une élévation même faible du risque relatif de cancer du sein peut se traduire par un nombre considérable de cas, dans la mesure où le risque de base est déjà très élevé dans la population des non utilisatrices. L’analogie éclairante, c’est qu’une augmentation de 50% du RMI ne fait pas grand-chose en valeur absolue, alors que 0,5% de bonus sur le gros lot de l’Euromillion, ça peut faire un paquet.

²⁴ Martindale semble curieusement muet sur un autre risque évoqué par la littérature, celui d’une exacerbation de pathologies auto-immunes telles que le lupus (Lateef A, Petri M, Hormone replacement and contraceptive therapy in autoimmune diseases, *J Autoimmun* 2012;38:J170-J6).

pilule, dans la mesure où il les *dissocie* par grands types physiologiques ou anatomiques, sans chercher à représenter de façon synthétique le vécu individuel des personnes concernées par de tels inconvénients : les utilisatrices qui ont fait l'expérience *simultanée* des boutons, des poils, de la déprime, des tensions mammaires et des saignements intempestifs verront immédiatement ce que je veux dire... Ainsi, c'est super rassurant de soutenir que les progestatifs purs minimisent le risque cardio-vasculaire – qui, dans l'absolu, concerne une fréquence relativement « faible » des utilisatrices (disons, pour fixer grossièrement les idées : probablement moins d'une sur mille, ce qui n'est déjà pas mal) –, si l'on omet de rappeler que pour le même prix, ils augmentent la fréquence des saignements ou des acnés, et cette fois-ci dans une proportion de femmes nettement plus importante. Encore bien pire : vantés pour fonctionner seuls, donc pour court-circuiter le risque des œstrogènes associés dans les pilules traditionnelles, les progestatifs purs provoquent tellement d'irrégularités menstruelles qu'on est néanmoins obligé d'administrer *en sus* des œstrogènes à bon nombre d'utilisatrices²⁵ ! Quel bénéfice relativement aux œstro-progestatifs, en fin de compte ? On les a retirés comme principes actifs de la spécialité contraceptive pour les réintroduire comme antidotes des inconvénients produits par la spécialité en question !

(...) Aussi bref que dense, l'inventaire qui précède devrait également inspirer la check-list des questions que devrait se poser tout amant : l'assouvissement de mon désir mérite-t-il d'exposer ce corps bien-aimé à une telle constellation de risques – même s'il n'est pas certain qu'ils se réalisent ? Et puis, plus important encore : n'y a-t-il d'autres voies moins brutales d'assouvissement pour ce désir ? (...)

²⁵ Int J Cancer 1991 ; 49 : 186-90.