

Maud Brunon, Josette Vallée

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de Médecine Générale, Campus santé innovations, 42270 Saint-Priest-en-Jarez
m.brunon@hotmail.fr

Correspondance : M. Brunon

Résumé

La contraception orale estroprogestative (COEP) et le tabagisme sont individuellement associés à un risque accru d'événements cardiovasculaires. Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), l'association COEP et tabagisme de plus de quinze cigarettes par jour chez les femmes âgées de plus de 35 ans, devrait être évitée. Cet article analyse les représentations du tabagisme et ses influences sur le choix contraceptif de femmes fumeuses. Le désir d'appartenir à un groupe et de transgresser l'interdit familial, parents fumeurs ou non, incitait à fumer la première cigarette. La poursuite du tabagisme était attachée au plaisir qu'il procurait, dépendance ressentie ou pas et à la convivialité entre fumeurs. Les effets délétères financiers ou sur la santé étaient connus. Ils motivaient parfois le sevrage tabagique. La perception d'un risque cardiovasculaire ou thromboembolique lié à l'association tabagisme et COEP, guidait parfois le choix contraceptif : contraception progestative, méthode non hormonale médicalisée ou pas. Il reposait souvent sur le prescripteur, pas toujours informé du tabagisme. Les professionnels de santé devraient proposer régulièrement une aide au sevrage tabagique.

• Mots clés

contraception ; tabagisme ; médecine générale.

Abstract. Between contraception and smoking: What to choose?

Combined oral contraceptives (COC) and smoking are correlated with an increased risk of cardiovascular diseases. In France, according to the HAS, the combination of COC and smoking more than fifteen cigarettes a day, among women over 35 years old, should be avoided. This article analyzes representations of smoking and its influences on women's contraceptive choice. The desire to belong to a group and to rebel against parental authority, irrespective of whether parents smoke or not, encouraged people to smoke their

Contraception et tabac : que choisir ?

Introduction

En 2012, la diffusion médiatique d'événements indésirables (EI) thromboemboliques veineux en lien avec la contraception orale estroprogestative (COEP) de troisième et quatrième générations a entraîné des modifications du choix contraceptif des Françaises. Ainsi, en 2013, 41 % des 15 à 49 ans utilisaient la contraception orale (CO), 23 % le dispositif intra-utérin (DIU), 15 % le préservatif, près de 4 % une autre méthode hormonale (implant, patch, anneau vaginal), et 4 % la contraception définitive. En 2016, 8 % des Françaises sexuellement actives, sans désir de grossesse, déclaraient ne pas utiliser de moyen de contraception [1, 2].

De manière concomitante à la prescription d'une COEP, l'existence d'un tabagisme intervient dans les propositions contraceptives des professionnels de santé en raison d'un surcroît d'EI thromboemboliques et cardiovasculaires, surtout à partir de 35 ans [3, 4]. Selon la HAS, la COEP est contre-indiquée aux femmes de 35 ans et plus, consommant plus de 15 cigarettes par jour [5]. En 2000, 49 % des Françaises de 15 à 19 ans, sous CO étaient fumeuses régulières, 41 % de 20 à 25 ans, 36 % de 26 à 34 ans et 30 % de 35 à 44 ans [6]. En 2014, la prévalence du tabagisme régulier féminin, notamment chez les 20-44 ans, s'élevait à 24,3 %, en baisse par rapport à 2010 (26,0 %) [7].

Individuellement, la COEP et le tabagisme sont associés à un risque accru d'événements thromboemboliques et cardiovasculaires. Une étude européenne a montré que le risque d'infarctus du myocarde (IDM) s'accroissait chez les fumeuses de 20 à 44 ans, avec le nombre de cigarettes fumées quotidiennement [3]. En 2008, tabagisme exclu, les femmes utilisant une CO, tous types et toutes générations confondus, avaient un risque 3,9 fois plus élevé de développer une maladie veineuse thromboembolique que les femmes non-utilisatrices de CO. Par ailleurs, l'association tabagisme et CO multiplie le risque thromboembolique par 8,8 [4]. Toutefois, en 2013, ce risque même avec les COEP de troisième génération restait inférieur à celui observé lors de la grossesse [8]. En cas d'utilisation d'une COEP, le tabagisme multiplie le risque relatif d'IDM par 3,75 avec un progestatif de troisième génération et par 9,5 avec un progestatif de deuxième génération [9].

Chez les plus jeunes, une étude descriptive de 2008 évaluant l'impact d'une information sur le risque associé du tabagisme et de la CO a montré que 60 % des adolescentes interrogées, fumeuses ou non, ne connaissaient pas ce risque [10].

Cette étude, au sein du projet QUALICO¹, a pour but d'analyser les représentations du tabagisme et ses influences sur le choix contraceptif de femmes fumeuses âgées de 15 à 34 ans.

¹ QUALICO : Études qualitatives monocentriques visant à explorer les représentations des usagers et des professionnels de santé sur la contraception.

first cigarette. Continuation of smoking was linked to the pleasure it provided, addiction (whether it is conscious or not), and the sharing between smokers. The desire to quit smoking was often driven by the known consequences to health or by the cost. Furthermore, combining smoking and COC should influence the contraceptive choice: pure-progestogen contraception, non-hormonal medicalized method or none. The prescriber often contributes to this choice, even though he was not informed about smoking. Adverse tobacco effects should encourage health professionals to offer regular weaning assistance.

• **Key words**
contraception; smoking; general practice.

DOI: 10.1684/med.2019.459

générale et en centre de planification familiale. Un échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale selon l'âge, la catégorie socio-professionnelle, la situation conjugale, la parité, l'utilisation ou non d'une contraception, la consommation tabagique en paquets-années.

Enquête

Un guide d'entretien initial a été élaboré à l'aide de l'étude de S. Barbaroux [11]. Il a évolué pour les besoins de l'enquête. Il comportait une première partie sur les représentations du tabagisme : avantages, inconvénients, causes. La seconde a exploré la vision de l'influence du tabagisme sur le choix contraceptif. Une lettre de consentement à participer à l'étude avec droit de rétractation a été proposée et signée par les participantes.

Les entretiens ont été enregistrés au domicile des participantes, de l'enquêtrice ou en cabinet médical sous couvert d'anonymat en visant la saturation des données. Une analyse thématique des verbatim a été effectuée séparément par l'enquêtrice et le deuxième auteur, puis une mise en commun et un classement ont été réalisés.

Une déclaration a été enregistrée le 6 septembre 2017 auprès du correspondant de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de l'Université Jean-Monnet. Cette enquête observationnelle sans modification des soins courants n'a pas fait l'objet de déclaration au comité de protection des personnes, ni au comité d'éthique.

Résultats

Vingt-huit femmes ont été sollicitées. Deux ont refusé pour des raisons de disponibilité, quatre n'ont pas donné

Méthode

Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée de décembre 2017 à janvier 2019 auprès de femmes fumeuses âgées de 15 à 34 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes.

Population

Ont été incluses les femmes fumeuses de 15 à 34 ans, sans antécédents médicaux thromboemboliques et cardiovasculaires. La contraception étant autorisée sans accord parental pour les femmes de 15 à 18 ans, aucun accord parental n'a été demandé. Ont été exclues les femmes non-fumeuses, celles ne parlant pas le français et les femmes de plus de 35 ans en raison des recommandations de la HAS citées au-dessus [5].

Les participantes ont été recrutées « de proche en proche » dans l'entourage de l'enquêtrice, médecin généraliste remplaçante, en cabinet de médecine

suite aux appels téléphoniques après avoir accepté initialement, sept n'ont pas été incluses du fait de l'absence de tabagisme ou d'un sevrage tabagique.

Ainsi, quinze femmes ont accepté de participer. Elles étaient âgées de 16 à 33 ans, en moyenne 26 ans. L'âge de prise de la première pilule était en moyenne de 17 ans, variant de 13 à 22 ans. L'âge de début du tabagisme a été estimé entre 14 et 20 ans, en moyenne 16. Le nombre de paquets-années de cigarettes variait de 0,5 à 13, en moyenne 4. Deux participantes ont fumé pendant ou après l'entretien. Parmi les dix participantes ayant au moins un parent fumeur actif, il s'agissait de leur mère pour huit d'entre elles. Onze étaient en couple, dont cinq vivaient avec un conjoint fumeur.

Les entretiens ont duré de 16 à 49 minutes, en moyenne 28. Quatre participantes ont relu leur entretien et n'ont pas fait de remarques. La suffisance des données a été obtenue au treizième entretien et vérifiée par deux entretiens supplémentaires. Les caractéristiques des participantes, le type de contraception, la consommation tabagique, la durée des entretiens sont reportés dans le [tableau 1](#).

La première cigarette pour faire comme tout le monde, par transgression...

En dehors de deux participantes, la première cigarette était associée au désir d'intégrer un groupe et de ne pas se différencier. Toutefois une femme a indiqué : « *ma première cigarette, j'étais vraiment toute seule, mais désormais c'est en société* » et pour une autre c'était à l'occasion d'une rupture sentimentale. L'effet de mode a été évoqué par les deux plus âgées.

L'expérience et l'attrance de l'interdit étaient soulignées : « *en cachette, le goût du risque est bien plus important* ». Cet interdit essentiellement d'origine

• Tableau 1. Caractéristiques des participantes.

Entre-tiens	Âge	CSP*	Situation conjugale	Parité	Contraception actuelle	Âge première pilule	Âge début tabagisme	Nombre de PA**	Durée de l'entretien (minutes: secondes)
E1	24	5	En concubinage	0	COEP : LEELOO	18	18	2	16:51
E2	32	5	Célibataire	1	COP : OPTIMIZETTE	16	16	5	18:49
E3	32	6	Mariée	2	COEP : TRINORDIOL	18	15	4	20:33
E4	33	5	En concubinage	0	COP : ANTIGONE	15	15	8	22:31
E5	26	5	Célibataire	0	COP : OPTIMIZETTE	15	14	5	25:36
E6	17	8	En couple	0	COEP : MINIDRIL	15	15	1	26:25
E7	16	8	En couple	0	COP : DESOGESTREL	16	14	0,5	30:09
E8	27	4	En concubinage	0	0	17	20	1	24:30
E9	21	8	En concubinage	0	0		14	3	27:30
E10	27	3	En concubinage	1	DIU cuivre	13	19	4	34:18
E11	30	2	Mariée	1	DIU cuivre	15	15	7	32:22
E12	32	1	Mariée	3	COP : DESOGESTREL	18	15	13	28:08
E13	23	6	Célibataire	0	0	22	18	2	34:08
E14	30	3	En concubinage	0	COEP : DAILY GE	19	17	5	31:41
E15	24	4	Célibataire	0	COEP : OPTILOVA	21	18	2	49:39

*CSP : Catégories socioprofessionnelles : 1) Agriculteurs exploitants, 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3) Cadres et professions intellectuelles supérieures, 4) Professions intermédiaires, 5) Employés, 6) Ouvriers, 7) Retraités, 8) Autres personnes sans activité professionnelle ;
 **PA : paquets/années.

familiale pouvait apparaître avec des parents fumeurs. Il existait une ambivalence par rapport au tabagisme familial notamment maternel, avec un modèle qui semblait prendre le pas : « *ma mère fume beaucoup, partout, et ça m'avait toujours dégoûtée, j'ai tellement été entourée de fumeurs que pour moi, ce sont les non-fumeurs qui ne sont, à la limite, pas très normaux* » ; « *voyant mon père fumer depuis toute petite, ce n'est pas une norme, mais du coup c'est un exemple, les repas de famille, c'était au milieu de la cigarette, ça joue un rôle* » ; « *ma mère est morte à cause de ça, ça me fait réfléchir* ». Les médias ont été rendus responsables : « *les acteurs qui fument, une connotation un peu classe* », « *je me souviens d'avoir chez moi de grandes pubs de marques* ».

Par la suite, les moments conviviaux, l'influence du groupe « lors de soirées, de barbecues » ont été largement cités : « *Moi, je fume davantage quand je suis avec des fumeurs* ». Le don et le contre-don en milieu professionnel ont été soulignés par quelques-unes. L'association à l'alcool ou à la pause-café était fréquente : « *t'as envie de fumer une petite clope en buvant une petite bière* » ; « *café-clope* ».

L'habitude et le rituel favorisaient la poursuite du tabagisme : « *je fume par habitude, réflexe, ce n'est pas que j'en ai envie* ». Enfin la dépendance (*besoin, manque, drogue*), bien reconnue chez la majorité, s'accompagnait parfois de résignation : « *on est contraint à fumer. Les fumeurs sont tous au courant des dangers, mais c'est plus fort* », « *je n'arrive pas à m'en défaire* ». Quelques-unes la réalisaient à travers leur contraception : « *prendre une "pilule fumeuse" [progestative], ça veut*

dire vraiment, officiellement être fumeuse. C'est dur à accepter, de se dire : "on est fumeur" ». Certaines pensaient contrôler leur tabagisme : « *j'ai l'impression d'avoir un peu pris le pas sur ma consommation et que ce n'est pas ma consommation qui guide ma vie* ». D'autres avaient mis en place des stratégies pour diminuer leur consommation comme rouler leurs cigarettes.

Agréable le tabac, mais néfaste pour la santé et le porte-monnaie

Parmi les avantages, certaines ont souligné que le tabagisme favorisait la convivialité : « *en soirée, ça reste un moyen d'approche, tu engages une conversation* ». Toutefois, certaines pondéraient cette vision, du fait des obligations imposées aux fumeurs : « *il y a quelques années en arrière, peut-être socialement, ça créait un moment de convivialité, maintenant pas du tout, parce que tu es dehors, les autres sont dedans* », « *je ne vais pas spontanément sortir fumer une cigarette, je n'ai pas envie de me retrouver sans mon compagnon* ».

La notion de plaisir, le sentiment de bien-être revenaient régulièrement : « *je sais que j'adore fumer* ». Un moment de répit ou de relâchement était recherché lors d'événements de vie malheureux : « *c'est vraiment un déstressant* », « *c'est mon moment à moi, ma petite bulle, ma petite pause* », « *c'est psychologique, les gens fument quand ils vont mal, ça peut être une rupture, la perte d'un proche, ou une maladie* ». Après sa grossesse, une participante a indiqué que son mari l'avait incitée à reprendre son tabagisme, car elle était trop énervée.

Parmi les inconvénients, plus souvent cités que les avantages, la santé tenait une place primordiale : « si je devais faire un tableau avec les plus et les moins, il y aurait beaucoup plus de moins », « maladie », « toxicité », « nocivité », « mort ».

Les maladies respiratoires et les cancers en lien avec le tabagisme étaient majoritairement cités. D'autres conséquences ont été fréquemment évoquées : l'acné, le vieillissement cutané précoce, le jaunissement des ongles et des dents, la modification du goût. L'odeur du tabac a été largement relevée : « derrière, je vais aller me laver les mains, je vais aller me brosser les dents parce que je ne supporte pas », « je dois insupporter beaucoup de personnes », « chewing-gum, parfum ».

Certaines ont confié leur peur de l'infertilité, le risque du tabagisme sur la grossesse et pour leurs enfants, sans le connaître précisément : « avoir des malformations, retards de croissance, t'as plus de risque de fausses-couches », « je ne supporterai pas qu'on fume avec mon enfant dans la même pièce », « ma mère a fumé pendant ses trois grossesses, on a de l'asthme toutes les trois ».

Les maladies cardiovasculaires et thromboemboliques ont été très peu évoquées : « maladies cardiaques », « tension », « phlébites ». Une participante attribuait au tabac la survenue de migraines, une autre parlait du risque de pollution atmosphérique.

Au niveau psychologique, le tabagisme ressenti comme un tabou était parfois source de culpabilité et de honte face à l'entourage familial : « ils sont totalement non-fumeurs. On n'en parle pas, je ne l'assume pas, il n'y a que moi ». Deux participantes ont précisé ne pas en avoir parlé à leur médecin : « elle fait très attention à moi, je n'ai pas envie de la frustrer ou de la décevoir ». Lors d'une consultation pour prescription contraceptive en présence de leur mère, les jeunes filles ont souvent caché leur tabagisme au médecin. Au contraire, d'autres ont préféré l'informer : « mes parents ne le savaient pas encore, je l'avais quand même dit à mon médecin, parce que je préférerais qu'il n'y ait pas de risque ».

Sur le plan financier, enjeu notable pour certaines, la charge était pondérée par la consommation de cigarettes roulées : « c'est un peu moins cher ». Cet aspect pouvait faire l'objet d'un déni ou conduire au sevrage : « j'évite de compter », « je ne peux plus acheter de clopes ».

Le sevrage

Si la volonté à elle seule constituait la base du sevrage pour la majorité des participantes, les substituts nicotiques : patches, gommes, cigarette électronique avaient été utilisés ou étaient envisagés. Certaines ont évoqué d'autres méthodes : « je testerai de me faire hypnotiser ou magnétiser ».

Le sevrage pouvait être envisagé en raison de certaines représentations ou tabous sociétaux de consommation de drogues illicites : « rouler une cigarette, c'est souvent assimilé à rouler un joint » ; « juste l'image, tu vois une nana enceinte avec une clope au bec, c'est comme si elle avait une bouteille de vodka ». Le sevrage pouvait être

décidé en groupe ou avec un parent. Parfois, le médecin était intervenu : conseils de réduction, arrêt complet, prescription de substituts nicotiques : « un gros briefing de mon chirurgien ».

Mais la crainte de stress, de prise de poids et de dépendance faisait douter de ses capacités : « c'est impossible que je ne fume pas une fois », « une fois qu'on est accro, c'est difficile de s'arrêter ».

Pour la majorité, la grossesse a conduit ou conduirait au sevrage au moins temporaire, ou à une réduction de la consommation : « j'arrêterai, comme les deux dernières fois, c'est interdit », « je n'ai pas fumé beaucoup pendant ma première grossesse », « ça peut entraîner du stress, ce n'est pas forcément mieux pour le bébé, une cigarette de temps en temps pourrait être plus bénéfique qu'un arrêt complet, si jamais ça a des conséquences ».

Fumer et/ou contrôler sa fécondité

Toutes les participantes connaissaient l'existence d'un risque lié à l'association tabac et COEP. Mais le risque cardiovasculaire précisément était souvent inconnu : « risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, c'est ce qu'on nous apprend à l'école [professionnelle de santé] », « une copine d'école a fait une double phlébite, et elle fumait, mais quelle pilule ? ». Plus de la moitié avait été informée de ce risque par le médecin.

Pour quelques-unes, toutes les contraceptions étaient possibles malgré le tabagisme. La majorité, qui ne choisissait pas sa contraception, a indiqué faire totalement confiance au médecin : « c'est lui l'expert donc il n'y a aucun problème ; s'il m'impose quelque chose, je sais que c'est mieux pour moi ». La COP était parfois nommée « pilule fumeuse ». Aucune n'avait envisagé ou n'envisageait de sevrage en raison de sa CO. La plupart associaient le préservatif et le DIU au cuivre, à l'absence de risque en cas de tabagisme : « je ne me suis pas dit : je vais mettre un stérilet pour pouvoir fumer ». Parmi les trois participantes sans contraception médicalisée, une a indiqué ne pas prendre de CO du fait des antécédents cardiovasculaires de sa mère sous CO. Les deux autres l'avaient choisi indépendamment de leur tabagisme.

Parmi les plus jeunes, certaines s'appuyaient sur leur mère pour appréhender le risque. La limite d'âge de 35 ans a été parfois évoquée en tant que facteur de risque, mais elles ne se sentaient pas forcément concernées : « Je sais qu'il y a des risques, ça peut m'arriver, mais je me dis que ça arriverait forcément à quelqu'un d'autre avant que ça m'arrive à moi », « je n'y porte absolument pas d'attention, si un jour j'ai une grosse alerte, mais ce n'est pas ma priorité ».

Discussion

Notre étude menée auprès de femmes fumeuses de 15 à 34 ans montre que la première cigarette est associée au désir d'appartenir à un groupe durant l'adolescence et à

la transgression de l'interdit familial, parents fumeurs ou non. La poursuite du tabagisme est rattachée à la convivialité entre fumeurs, au plaisir procuré malgré la perception d'une dépendance. Le sevrage tabagique est, ou serait, motivé par la volonté, elle-même influencée par l'entourage et par les conseils du médecin. La perception d'un risque lié à l'association tabagisme et COEP guide parfois le choix contraceptif, notamment en cas d'antécédents familiaux. Certaines participantes se reposent sur leur médecin, sans pour autant l'informer de leur tabagisme, notamment les plus jeunes en présence de leur mère à la consultation.

Émancipation et responsabilité contraceptive

Sur le plan symbolique, la COEP et le tabagisme restent étroitement liés, tous deux emblèmes historiques de l'émancipation des femmes : liberté de fumer et de contrôler sa fécondité. Une étude espagnole a montré que l'usage de la cigarette symbolisait le pouvoir et la force face à des situations déséquilibrées entre les sexes et la domination masculine. Chez les Français, la contraception médicalisée a favorisé une féminisation de la responsabilité contraceptive alors que celle-ci paraît plus partagée chez les Anglo-Saxons [12].

Influences du tabagisme parental

Dans cette étude, le tabagisme des participantes est influencé par le tabagisme parental, notamment maternel. Une revue de la littérature a montré que le tabagisme parental est associé à un risque accru de tabagisme chez l'adolescent [13].

Une autre étude souligne que trois quarts des adolescents fumeurs ont au moins un parent fumeur [14]. Pour certaines participantes, le modèle semble prendre le pas sur l'interdit familial. Si bien que fumer peut parfois entraîner une culpabilité vis-à-vis de l'entourage ou des soignants qui ne sont pas informés. Comme une autre enquête qualitative l'a relevé lors d'une consultation pour première contraception en présence de leur mère, certaines adolescentes fumeuses cachent leur tabagisme au médecin [15].

Tabagisme et consommation d'alcool sont associés pour les participantes : une étude de 2019 a montré que les adolescents fumeurs ont plus tendance à consommer de l'alcool et des drogues illicites que les non-fumeurs, tendance majorée par le tabagisme parental [16]. Connaissant souvent la famille et rencontrant les adolescents essentiellement pour des consultations préventives, les médecins généralistes pourraient s'appuyer sur ces données pour informer davantage les adolescents.

Facteurs extérieurs et dépendance

La détente et la convivialité font partie des avantages cités du tabagisme. En 2007, une étude espagnole a

montré que les femmes fumaient pour faire face au stress, à l'anxiété et pour faciliter les relations sociales [17]. Selon les propos des participantes, tout semble se passer comme si des facteurs extérieurs étaient en grande partie responsables de la consommation d'une cigarette.

La maîtrise du poids grâce au tabagisme n'a pas été retrouvée dans cette étude, même s'il existait une crainte de grossir après le sevrage.

Bien que les participantes se sentent généralement informées des risques du tabagisme en citant de multiples inconvénients sur la santé, nombreuses sont celles qui reconnaissent leur dépendance. Pour aider au sevrage, depuis le 1^{er} janvier 2019, le plan « Priorité prévention » permet le remboursement par la sécurité sociale des substituts nicotiniques prescrits par les professionnels de santé. Ces derniers peuvent les proposer plus facilement sans barrière financière [18]. Des études ultérieures permettront de connaître l'impact de cette mesure sur l'incidence du tabagisme français.

Risque tabagisme-COEP et choix contraceptif

Les risques thromboembolique et cardio-vasculaire en lien avec le tabagisme seul ou en association avec la COEP, bien que connus, sont difficiles à apprécier (gravité et fréquence) par plusieurs participantes qui de ce fait les écartent. Toutefois, certaines estiment avoir choisi leur contraception en tenant compte de leur tabagisme. En 2013, une étude de l'ANSM a montré que le nombre de femmes en âge de procréer hospitalisées pour EP avait diminué d'environ 11 %, comparativement à l'année 2012, concluant à un impact positif rapide de la diminution de l'utilisation des COEP de troisième ou quatrième génération, le tabagisme n'étant pas pris en compte [19].

Pondération du risque tabac-COEP par rapport à celui de grossesse non désirée

Toutes proportions gardées, même si les risques du tabagisme augmentent avec l'âge, la durée de consommation, la quantité consommée et la COEP, il faut rappeler que le risque de grossesse non désirée en l'absence de contraceptif est statistiquement supérieur aux risques cardiovasculaire et thromboembolique. Pour les plus jeunes, dramatiser l'association tabagisme et COEP peut se faire aux dépens de la contraception, alors que les interruptions volontaires de grossesse (IVG), en l'absence de contraception, restent plus fréquentes chez les Françaises de 20 à 24 ans [20].

Forces et limites

Cette étude est à notre connaissance l'une des rares études qualitatives auprès de femmes fumeuses traitant



Pour la pratique

Ce qui était connu :

- Le désir d'intégrer un groupe et l'attirance de l'interdit favorisent l'entrée dans le tabagisme. Il existe une dépendance par la suite.
- L'addition des risques cardiovasculaire et thromboembolique du tabagisme et de la contraception orale estroprogestative notamment après 35 ans.
- La survenue de grossesses non désirées chez les femmes sans contraceptif.

Ce qu'apporte cette étude :

- Les fumeuses connaissent les risques du tabagisme : santé et coût.
- Certaines choisissent leur contraception avec l'aide des professionnels de santé en fonction de leur tabagisme, d'autres n'en tiennent pas compte du fait de leur dépendance.
- Les fumeuses devraient être régulièrement conseillées sur l'intérêt du sevrage tabagique.

des représentations du tabagisme et de son interaction avec la contraception. Malgré la posture médicale de l'enquêtrice, son genre et son âge proche des participantes semblent avoir favorisé les échanges sur le tabagisme. Il existe cependant un biais de mémorisation lié au délai parfois long depuis la première consommation d'une cigarette pour certaines participantes. La dépendance étant très largement citée dans les entretiens, le test de Fagerström qui la quantifie aurait pu être proposé aux participantes afin d'apprécier son impact [21].

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés* 2014 ; (511) : 1-4.
2. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre santé 2016. Contraception. Santé publique France. Études et enquêtes. *Santé sexuelle* 2017 : 1-8.
3. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives : results of an international multicentre case-control study. *Lancet* 1997 ; 349 : 1202-9.
4. Pomp ER, Rosendaal FR, Doggen CJM. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. *Am J Hematol* 2008 ; 83 (2) : 97-102.
5. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [Internet]. 2013 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/10e_version_contraception_cardiop2-2207.pdf.
6. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Tabac : l'offensive [Internet]. 2003 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/03/dp030527.pdf>.
7. Guignard R, Beck F, Wilquin JL, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *BEH* 2015 ; 17-18 : 281-8.
8. Olié V, Moutengou É, Barry Y, et al. Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le post-partum, France, 2009-2014. *BEH* 2016 ; 7-8 ; 2016:139-47.
9. Lewis M, Heinemann L, Spitzer W, MacRae K, Bruppacher R. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women: results from the Transnational Study on Oral contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception* 1997 ; 56 : 129-40.
10. Babouraj N. Evaluation de l'impact d'une information sur le risque tabac pilule chez l'adolescente consultant au planning familial de Montpellier. [Thèse de médecine]. Université de Montpellier, 2008.
11. Barbaroux S. Perception par les femmes françaises du risque cardio-vasculaire induit par l'association pilule contraceptive estroprogestative et tabagisme inhalé. [Thèse de médecine]. Université Paris-Sud, 2012.
12. Caria A. Et si on parlait de la contraception masculine. *Rev Prescrire* 2019 ; 39 (424) : 152-3.
13. Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, et al. Predictors of the Onset of Cigarette Smoking A Systematic Review of Longitudinal Population-Based Studies in Youth. *Am J Prev Med* 2016 ; 51 : 767-78.
14. Bailly D. Pourquoi les adolescents fument-ils ? *Archives de Pédiatrie* 2001 ; 8 : 526-8.
15. Blanchard-Robert C. Vision de l'adolescente de la place de sa mère lors d'une première demande de contraception. [Thèse de médecine]. Université de Saint-Étienne ; 2017.
16. Tenório de Oliveira LMF, dos Santos ARM, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Monteiro de Freitas CMS, Beserra Diniz PR. Influência do tabagismo parental no consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes. *Einstein (São Paulo)* 2019 ; 17 (1) : 1-6.
17. Rodrigo M. *Les femmes et le tabac, les causes de la consommation*. Liberaddictus, 2007.
18. AMELI. Substituts nicotiques [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiques/substituts-nicotiques>.
19. ANSM. Impact de la modification récente des méthodes de contraception en France sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans. 2014. [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etude-de-l-impact-de-la-modification-recente-des-methodes-de-contraception-sur-la-survenue-d-embolies-pulmonaires-chez-les-femmes-de-15-a-49-ans-Point-d-Information>.
20. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. *Études et Résultats* 2016 ; (968) : 1-6.
21. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » : Test de Fagerström en six questions. 2014. [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours.