

# Le tabagisme et la cécité : ce que les optométristes veulent faire voir à leurs patients

PAR MARLEE M. SPAFFORD, OD, PhD; RYAN D. KENNEDY, MAES, PhD; MATTHEW D. ILEY, BSc, OD;  
ANNETTE S.H. SCHULTZ, RN, PhD

## RÉSUMÉ

La plupart des fumeurs ne savent pas que le tabagisme constitue une cause évitable de cécité. Même si les optométristes peuvent jouer un rôle important dans les choix santé des patients, ils ont été en grande partie muets dans l'élaboration des guides de pratique sur l'abandon du tabac et les stratégies de promotion de la santé. Au cours de cette étude, nous utilisons l'enquête réalisée dans quatre pays dans le cadre du Projet d'évaluation à l'échelon international des politiques antitabac (ITC) pour décrire dans quelle mesure les fumeurs du Canada connaissent le lien entre le tabagisme et la cécité. Nous utilisons des groupes de discussion pour dégager, chez des optométristes et des étudiants finissants en optométrie du Canada, des idées au sujet de mises en garde illustrées reliées à la cécité.

**MOTS CLÉS :** Tabagisme, cécité, mises en garde illustrées, pratique de l'optométrie

## Introduction

Le tabagisme est généralement reconnu comme une cause évitable de mort prématurée, mais son lien de cause à effet avec la cécité est relativement méconnu chez les fumeurs. De solides données probantes indiquent que les professionnels de la santé peuvent avoir un effet positif sur l'abandon du tabac chez leurs patients, mais les optométristes ont été en grande partie muets dans l'élaboration des guides de pratique sur l'abandon du tabagisme et de stratégies de promotion de la santé comme les campagnes de marketing social et les mises en garde illustrées. Notre groupe de recherche a commencé à analyser les principaux comportements et attitudes des optométristes du Canada à l'égard des patients qui utilisent des produits

du tabac. Nous décrivons ici dans quelle mesure les Canadiens connaissent le lien entre le tabagisme et la cécité et des idées que les optométristes et les étudiants finissants en optométrie du Canada ont au sujet des mises en garde illustrées sur la cécité.

## Tabagisme et effets sur la santé

Les optométristes accueillent régulièrement des patients qui ont fumé, fument ou fumeront la cigarette. Un rapport<sup>1</sup> produit en 2008 par le Centre Propel d'étude des effets sur la santé des populations présente le profil moyen du tabagisme dans la population canadienne. On estime à 17,9 % le pourcentage des Canadiens de plus de 14 ans qui ont fumé des cigarettes. Les taux sont plus élevés

chez les hommes (20 %) que chez les femmes (16 %). Les personnes qui fumaient tous les jours, soit la majorité (75,4 %), fumaient presque 15 cigarettes par jour. Les taux provinciaux de tabagisme variaient d'un minimum de 14,7 % en Colombie-Britannique à un maximum de 20,8 % au Manitoba. Deux provinces seulement affichaient des taux inférieurs à la moyenne nationale (Ontario et Colombie-Britannique). Le tabagisme était le plus prévalent (27 %) chez les 20 à 24 ans et presque 19 % des élèves de la 5<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> années avaient essayé de fumer. Selon ce rapport, deux tiers des fumeurs songeaient sérieusement à cesser de fumer au cours des six mois suivants.

Les principales causes de mort prématurée liée au tabagisme sont la coronaropathie, qui entraîne des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, le cancer du poumon et la maladie pulmonaire obstructive chronique<sup>2</sup>. Le public connaît en général bien les conséquences négatives du tabagisme. Des études réalisées au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et à Singapour, par exemple, ont révélé que la plupart des répondants sondés savaient que le tabagisme cause le cancer du poumon (>90 %), des cardiopathies (>83 %) et des

accidents vasculaires cérébraux (>70 %) <sup>3,4,5</sup>.

Le public sait en général beaucoup moins que le tabagisme cause des maladies oculaires mettant la vie en danger : habituellement moins de 10 % du public le sait <sup>3,6,7</sup>. Une seule étude <sup>4</sup>, qui portait avant tout sur les fumeurs à la recherche de soins oculo-visuels, a révélé que le public en savait plus et que son niveau de connaissance variait de 31 à 37 %. Cette connaissance limitée constitue un problème important parce qu'il a été démontré que le tabagisme est à l'origine de plusieurs maladies oculaires causées par des phénomènes ischémiques et oxydants <sup>8</sup>. On a établi un lien de cause à effet entre d'une part, le tabagisme et d'autre part, la dégénérescence maculaire liée à l'âge <sup>9-13</sup>, les cataractes sous-capsulaires postérieures et nucléaires <sup>14-19</sup>, l'ophtalmopathie liée à la thyroïde <sup>20-22</sup>, des neuropathies optiques <sup>23-25</sup> et l'uvéïte <sup>26,27</sup>. Le public connaît relativement peu les maladies oculaires causées par le tabagisme. D'autre part, le public craint beaucoup la cécité. Une étude <sup>6</sup> réalisée auprès d'adolescents britanniques (16 à 18 ans) a révélé que comparativement au cancer du poumon, aux cardiopathies et aux accidents vasculaires cérébraux, la cécité constituait la conséquence la moins connue mais la plus crainte de la cigarette. Des professionnels de la santé (p. ex., pharmaciens) constatent que l'établissement d'un lien entre le tabagisme et la cécité a constitué un élément fructueux des conseils qu'ils donnent sur l'abandon du tabac <sup>28</sup>, ce qui est intéressant.

Le caractère courant du tabagisme, la connaissance limitée que le public a des maladies oculaires liées au tabagisme et la crainte de perdre la vue qui règne dans le public constituent des raisons importantes pour les optométristes d'informer les patients au sujet de la prévention du tabagisme et de l'abandon du tabac.

### Appui par les professionnels de la santé de la prévention du tabagisme et de l'abandon du tabac

On reconnaît de plus en plus que le tabagisme et la dépendance au tabac constituent une cause évitable de morbidité et de mortalité. Ceci appuie la lutte contre le tabagisme dans la pratique clinique et offre aux fournisseurs de soins de santé la capacité de catalyser efficacement l'abandon du tabac chez leurs patients <sup>29-34</sup>. Le site Web du chirurgien général des États-Unis offre un guide de pratique clinique sur le traitement du tabagisme et la dépendance au tabac intitulé « Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update » <sup>35</sup>. Ce document a été produit par des intervenants des secteurs de la santé, des soins infirmiers, de l'art dentaire, de la pharmacie, de l'épidémiologie, de la santé publique et de la psychologie, notamment. L'optométrie brille malheureusement par son absence comme profession ressource intéressée ou utilisateur connu du document. L'optométrie n'a pas encore participé non plus à l'élaboration des mises en garde illustrées sur les produits du tabac produites par Santé Canada. Les mises en garde

illustrées, qu'elles figurent sur des paquets de cigarettes ou dans des affiches, peuvent constituer une stratégie utile de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac. Il a été démontré, par exemple, qu'elles incitaient davantage les fumeurs qui avaient l'intention de fumer parce qu'elles faisaient mieux connaître les effets du tabagisme sur la santé <sup>36</sup>. Santé Canada a adopté il y a environ 10 ans les mises en garde illustrées sur les produits du tabac, mais le ministère n'a pas encore adopté de mise en garde reliée aux maladies oculaires même s'il y en a une à l'étude depuis 2006 (voir le « Tobacco Labeling Resource Centre » pour les mises en garde canadiennes en vigueur et à l'essai : [www.tobaccolabels.ca](http://www.tobaccolabels.ca)). Par contre, d'autres pays <sup>37-38</sup> ont déjà adopté des messages sur les yeux dans leur campagne antitabac.

Dans ce document, nous décrivons la connaissance que les fumeurs du Canada ont du lien entre le tabagisme et la cécité et présentons des recommandations des optométristes et des étudiants finissants en optométrie du Canada au sujet de mises en garde illustrées portant spécifiquement sur les maladies oculaires.

## Méthodes

### Connaissance que les Canadiens ont du lien de cause à effet entre le tabagisme et la cécité

Après avoir obtenu l'autorisation déontologique institutionnelle nécessaire, nous avons consulté les données sur les connaissances que les fumeurs du Canada ont des effets du tabagisme sur la

santé. Ces connaissances sont tirées de l'enquête réalisée dans quatre pays dans le cadre du Projet d'évaluation à l'échelle internationale des politiques antitabac (ITC). Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale réalisée environ une fois par année auprès des fumeurs adultes du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie. Pour les besoins de la présente étude, nous nous sommes concentrés sur les données canadiennes. L'enquête ITC menée dans quatre pays a commencé en 2002 et inclut une évaluation de la connaissance que les répondants ont du tabagisme et de la cécité depuis sa troisième édition en 2004 (appelé vague 3). Pour être admissibles à l'échantillon au Canada, les participants devaient remplir les conditions suivantes : vivre au Canada, avoir au moins 18 ans, avoir fumé plus de 100 cigarettes dans leur vie et avoir fumé au moins une fois au cours des 30 derniers jours, être disposés à répondre à l'enquête téléphonique dans quatre pays de l'ITC. D'autres détails sur l'enquête menée dans quatre pays dans le cadre de l'ITC et ses méthodes ont été publiés ailleurs<sup>39-41</sup>. Nous avons constaté que cette méthode d'évaluation produit un indicateur fiable des tendances nationales des comportements tabagiques. La question sur le tabagisme et la cécité contenue dans l'enquête ITC-4 a été formulée ainsi :

*Je vais vous lire une liste d'effets sur la santé et de maladies que la cigarette peut ou non causer. Compte tenu de ce que vous savez ou croyez, le tabagisme cause-t-il la cécité?*

Les réponses possibles étaient : « Oui », « Non » ou « Ne sais pas ». L'analyse présentée dans ce document est limitée aux sondés qui répondaient pour la première fois à la question relative à la connaissance de la cécité. Comme chaque vague (c.à.d. année) inclut de nouveaux participants pour remplacer ceux qui ont été perdus au suivi, chacune contient de nouveaux participants. En combinant les répondants des vagues 3 à 7 (c.à.d., de 2004 à 2008), on obtient un échantillon pondéré total de 3 839 Canadiens qui fument tous les jours. Les données relatives aux réponses ont été calculées à l'échelon provincial (selon le dénombrement et le pourcentage des répondants) et l'on a comparé les pourcentages au moyen de tests z bilatéraux comportant un alpha de 0,05 qui a servi à vérifier l'hypothèse.

### Perceptions relatives aux mises en garde illustrées portant sur les yeux

On a organisé des groupes de discussion constitués d'étudiants en optométrie et d'optométristes oeuvrant en milieu communautaire. L'étude s'est déroulée dans la région de Waterloo et du sud-ouest de l'Ontario, au Canada, au cours de l'été 2009.

Des descriptions détaillées sur le recrutement et l'échantillonnage qui ont servi aux fins de la présente étude ont déjà été publiées<sup>42,43</sup>.


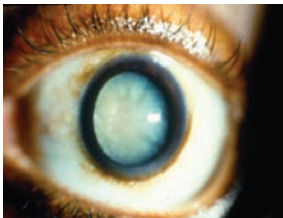



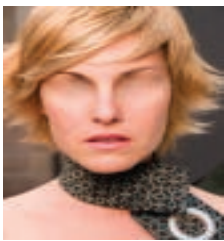

Le bassin de participants possibles comportait 51 optométristes actifs et 30 étudiants de 4<sup>e</sup> année en optométrie (60 autres étudiants de 4<sup>e</sup> année étaient partis en stage clinique). Dix-huit étudiants

de 4<sup>e</sup> année en optométrie (15 femmes, 3 hommes) ont été répartis en trois groupes de discussion (S1, S2 et S3) et 11 optométristes (7 femmes, 4 hommes) devaient participer à deux groupes de discussion (O1 et O2). Ces optométristes pratiquaient depuis une vingtaine d'années en moyenne, soit depuis cinq ans à plus de 30. Tous sauf un avaient obtenu leur diplôme du programme local de doctorat en optométrie. L'identité des 29 participants était indiquée par des chiffres. Par exemple, les sept membres du groupe de discussion d'étudiants S1 ont été numérotés de S1-1 à S1-7 et les six membres du groupe d'optométristes O1, de O1-1 à O1-6.

L'équipe de recherche multidisciplinaire dont les membres provenaient des secteurs de l'optométrie, des soins infirmiers et de la psychologie a créé une entrevue à deux volets. Le premier portait sur les attitudes, la pratique et la formation relatives au comportement de fumeur et aux références pour abandon du tabac dans la pratique de l'optométrie. Le deuxième volet visait avant tout à recueillir des réactions sur le contenu technique de mises en garde possibles contre les produits du tabac comportant des messages sur le tabagisme et la santé oculaire. Les participants aux groupes de discussion ont reçu des imprimés couleurs de 10 mises en garde illustrées différentes conçues pour les besoins de l'étude menée par l'équipe de recherche. Des concepts s'inspiraient de mises en garde illustrées déjà utilisées en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Iran. Les 10 mises en garde

**TABLEAU 1**

Discussion sur les caractéristiques de mises en garde illustrées

Catégorie	#1	#2	#3	#4
Maladie oculaire (4 choix)				
Effet sur la vision (3 choix)				
Information (3 choix)	<p>MISE EN GARDE LE TABAGISME CAUSE LA CÉCITÉ</p> <p>Le tabagisme cause des dommages nerveux permanents à l'œil interne qui entraînent la cécité.</p>	<p>MISE EN GARDE LE TABAGISME CAUSE LA CÉCITÉ</p> <p>Le tabagisme cause des dommages irréversibles à l'arrière de l'œil. C'est ce qu'on appelle la dégénérescence maculaire. Il y a perte de la vision centrale qui entraîne la cécité.</p>	<p>MISE EN GARDE LE TABAGISME CAUSE LA CÉCITÉ</p> <p>Le tabagisme est une cause importante de cécité. Le tabagisme double au moins votre risque de perdre la vue. Lorsque vous cessez de fumer, le risque diminue avec le temps.</p>	

portaient sur trois catégories : 1) « Maladie oculaire » (quatre concepts visant à faire connaître les maladies oculaires), 2) « Effet sur la vision » (trois concepts visant à faire connaître l'expérience de la perte de la vision) et 3) « Information textuelle » (trois concepts présentant le texte de messages différents). Les étiquettes visaient à stimuler les discussions sur les caractéristiques ou les approches que les répondants jugeaient importantes. Le Tableau 1 présente les 10 caractéristiques des mises en garde illustrées dont les personnes-ressources ont discuté. Les animateurs des groupes de discussion (RDK et KM) avaient de l'expérience dans la recherche

anti-tabac. Un assistant de recherche (VZ) a pris des notes pendant les discussions, qui ont été enregistrées et transcrites textuellement par la suite.

Nous avons suivi une approche qualitative inductive<sup>44</sup> dans le cadre de laquelle l'analyse des données éclaire la théorie. Conformément à l'approche, la lecture du compte rendu du groupe de discussion a permis aux membres de l'équipe de recherche de bien connaître les données. Nous avons ensuite déterminé les enjeux, les thèmes et les concepts clés qui permettraient d'analyser les données plus à fond. L'équipe a dégagé cinq grands thèmes à aborder : pratiques courantes, rationalisation, obstacles,

possibilités, recommandations relatives aux mises en garde illustrées. Les données correspondantes aux thèmes dégagés ont été indexées dans les comptes rendus et ensuite réorganisées en tableaux thématiques (le présent document en contient quelques exemples). Enfin, l'équipe a analysé les tableaux thématiques afin de dégager des liens et des explications au sujet des constatations, exercice que Bryman et Burgess<sup>44</sup> appellent « cartographie et interprétation ». L'analyse des quatre premiers thèmes fait l'objet de rapports.<sup>42-43</sup> Nous présentons ici le rapport sur le cinquième thème, soit celui des « recommandations relatives aux mises en garde illustrées ».

## TABLEAU 2 :

Connaissance chez les fumeurs du fait que le tabagisme cause la cécité, selon la province canadienne

PROVINCES			NL	PE	NÉ	NB	QC	ON	MB	SK	AB	CB	Total
Cécité	Oui	Nombre	10	1	16	15	213	162	18	21	32	55	543
		%	14,7%	5,3%	12,9%	14,3%	20,5%	11,5%	13,6%	16,4%	8,3%	13,2%	14,2%
	Non	Nombre	48	16	87	69	681	1,016	94	82	294	279	2,666
		%	70,6%	84,2%	70,2%	65,7%	65,7%	71,9%	71,2%	64,1%	76,0%	67,1%	69,6%
	Ne sais pas	Nombre	10	2	21	21	143	236	20	25	61	82	621
		%	14,7%	10,5%	16,9%	20,0%	13,8%	16,7%	15,2%	19,5%	15,8%	19,7%	16,2%
Total		Nombre	68	19	124	105	1,037	1,414	132	128	387	416	3,830
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100%	100%	100%	100%

## Résultats et discussion

### Connaissance chez les fumeurs du Canada du lien de cause à effet entre le tabagisme et la cécité

Le Tableau 2 résumé les données provinciales sur les fumeurs échantillonnés du Canada au moyen de l'enquête téléphonique effectuée dans quatre pays entre 2004 et 2008. Le pourcentage des fumeurs du Canada qui savaient que le tabagisme peut causer la cécité était beaucoup plus faible (14,2 %) que celui des fumeurs qui ne tenaient pas compte du lien de cause à effet (69,6 %). Les répondants du Québec connaissaient ce lien beaucoup mieux (20,5 %) que dans le reste du Canada (valeur du résultat du test  $z$ , 6,878,  $p < 0,0001$ ). Deux autres provinces seulement, soit Terre-Neuve-et-Labrador et le Nouveau-Brunswick, ont affiché une connaissance légèrement supérieure à la moyenne nationale. Le site Web de Santé Canada ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)) offre un « Répertoire de ressources

et de programmes canadiens de renoncement au tabagisme » fournis dans chaque province et territoire. Il existe dans chaque administration tout un éventail de programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac, mais aucun d'entre eux n'inclut d'information ou de contenu clair sur les maladies oculaires causées par le tabagisme. Nous ne savons pas trop maintenant pourquoi le lien entre le tabagisme et la perte de vision est plus connu au Québec que dans toute autre province. Or, même si nous nous concentrons sur la province où la connaissance est la plus forte, il reste qu'il faut faire face à la réalité, soit qu'un fumeur sur cinq seulement connaît le lien entre le tabagisme et la cécité. C'est plus probablement un sur sept au mieux. Les optométristes du Canada peuvent ainsi jouer un rôle important en informant davantage les patients au sujet du lien entre le tabagisme et les maladies oculaires. Les constatations canadiennes se

comparent aux mesures de la connaissance des fumeurs aux États-Unis et au Royaume-Uni. Elle est toutefois moindre qu'en Australie où le marketing social a porté aussi sur les yeux; aussi, presque la moitié des fumeurs connaissent ce lien de cause à effet<sup>45</sup>.

### Perceptions des mises en garde illustrées portant sur l'œil

L'analyse des délibérations des groupes de discussion au sujet des mises en garde illustrées a dégagé deux sous-thèmes : 1) établissement d'un lien précis entre le tabagisme et la cécité et 2) formulation de messages souhaitables. Les répondants étaient d'avis qu'il fallait tenir compte des opinions à la fois des optométristes et du public dans la conception d'une mise en garde illustrée appropriée portant sur l'œil.

Autant les optométristes que les étudiants finissants en optométrie accordent une grande importance

### TABLEAU 3 :

#### Mise en garde illustrée préférée selon la catégorie

Catégorie de mise en garde	Contenu préféré
Illustration d'une maladie oculaire (4 choix)	
Illustration de l'effet sur la vision (3 choix)	
Illustration de l'effet sur la vision (3 choix)	MISE EN GARDE – LE TABAGISME CAUSE LA CÉCITÉ Le tabagisme est une cause importante de cécité. Le tabagisme double au moins votre risque de perdre la vue. Lorsque vous cessez de fumer, le risque diminue avec le temps..

aux mises en garde illustrées qui établissent un lien exact entre le tabagisme et la cécité. Les répondants étaient d'avis que ces mises en garde devraient illustrer les maladies oculaires courantes reliées au tabagisme (p. ex., dégénérescence maculaire liée à l'âge ou cataracte) ou l'expérience vécue de la perte de la vision que peuvent causer ces maladies (p. ex., l'effet de la perte de la vision centrale conjuguée avec la DMLA). Le Tableau 3 présente les caractéristiques des mises en garde illustrées préférées dans les catégories « Maladie oculaire », « Effet sur la vision » et « Information textuelle ». Il était

très important pour les répondants que l'illustration représente un risque plausible du tabagisme. Les répondants se sont opposés, par exemple, à une « mise en garde illustrée sur les maladies oculaires » qui semblait illustrer davantage les traumatismes oculaires que le tabagisme. L'optométriste O1-1 a soulevé cette préoccupation en affirmant que « Les fumeurs vont réagir en disant « Bien sûr, comme si ça va m'arriver à moi si je fume! Arrête ton char! » ».

Une majorité du public ne connaît pas suffisamment les yeux, les maladies oculaires et les liens avec le tabagisme, ce qui préoc-

cupe de nombreux répondants. C'est pourquoi la mise en garde illustrée doit constituer une conséquence plausible du tabagisme même si la plupart des personnes qui la voient ont une connaissance limitée de l'œil et des maladies oculaires. Les répondants étaient d'avis que la plupart des gens pourraient reconnaître un poumon ou un cœur atteint d'une maladie évidente, mais que peu d'entre eux reconnaîtraient une photo d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge et d'une cataracte. Comme l'a signalé l'optométriste O1-4 après avoir jeté un coup d'œil aux quatre « Mises en garde illustrées

sur les maladies oculaires », « Vous savez, quand un profane regarde ces photos, la moitié du temps, il ne sait pas ce qu'elles représentent ». En partie à cause de ce manque de connaissance, plus de répondants préféraient des mises en garde illustrant des effets du tabagisme sur la vision plutôt que la pathologie oculaire ainsi causée. Comme le signalait un étudiant en optométrie qui regardait « la mise en garde illustrée au sujet de l'effet sur la vision » préférée (Tableau 2), « On se met à la place des yeux en question en se disant « Mon Dieu, je ne pourrai voir mes être chers. Cela frappe dans le mille. » (S3-4). Des répondants préféraient aussi du texte comportant une formulation directe, des statistiques et des incitatifs sur la réduction du risque. Comme le soutenait l'étudiant S3-2, « Si l'on veut que les gens cessent de fumer, il faut à mon avis leur fournir les faits. »

Des répondants ont aussi attaché une grande priorité à la formulation des messages souhaitables. Les optométristes et les étudiants en optométrie étaient d'avis que les mises en garde illustrées visent en grande partie à inciter à écraser en faisant peur, mais ils préféreraient encourager à écraser en éduquant et en responsabilisant, ce qui est intéressant. Par exemple, il devrait être important pour les fumeurs de savoir dans quelle mesure l'abandon du tabac réduit leur risque de cécité. De nombreux répondants ont indiqué qu'il fallait suivre des stratégies différentes pour les jeunes (p. ex., incapacité de conduire) que pour les personnes âgées (p. ex., inca-

pacité de voir leurs petits-enfants). Plusieurs répondants étaient aussi d'avis que les maladies oculaires les plus prévalentes chez les personnes âgées (p. ex., DMLA, cataracte) n'inciteraient pas les jeunes à éviter de fumer ou à cesser de le faire et s'il y a une cohorte d'âge où la tactique de la frayeur pourrait réussir, c'est chez les jeunes. Comme le signalait l'optométriste O2-4, « Les personnes âgées comprendraient la dégénérescence maculaire, mais pas les jeunes... C'est pourquoi il faut à mon avis de multiples messages. »

Les optométristes n'ont peut-être pas la formation précise en jugement social, formulation de messages et heuristique statistique des psychologues de la santé et des experts de la santé publique, mais les données tirées de ces groupes de discussion montrent qu'ils ont des idées importantes à offrir. Beaucoup de personnes-ressources qui ont participé à l'étude appuyaient la possibilité de voir des affiches ou d'autre matériel promotionnel dans leur cabinet s'ils jugent les documents exacts, délicats et appropriés. Si les milieux de la lutte antitabac commencent à utiliser des messages reliés à la santé oculaire, il importera donc d'élaborer des messages avec lesquels les professionnels des soins oculo-visuels se sentent à l'aise.

## Répercussions

Comme l'ont révélé des études menées dans d'autres pays, le lien de cause à effet entre le tabagisme et la cécité est mal connu des fumeurs canadiens. Des recherches plus poussées s'imposent pour déterminer les causes de cette

connaissance limitée. Comme un fumeur canadien sur sept en moyenne connaît l'existence de ce lien, il y a toutefois là une occasion claire pour les optométristes, les autres professionnels de la santé et les travailleurs de la santé publique d'informer davantage les patients. Comme ils savent à la fois à quel âge on commence souvent à fumer<sup>46</sup> et connaissent les caractéristiques toxicomanogènes du tabac, les optométristes devraient ajouter de façon routinière à leurs entrevues des questions sur le tabagisme, dès que leurs patients ont plus de 10 ans. L'évaluation du tabagisme devrait inclure le début, l'importance (p. ex., nombre de cigarettes par jour) et le type de tabagisme (p. ex., tabac fumé, chiqué ou prisé), leur volonté d'écraser et les essais antérieurs d'abandon. Les interventions des optométristes contre la dépendance au tabac peuvent aider à réduire les conséquences du tabagisme sur la santé. À cette fin, les optométristes peuvent communiquer avec leur service local de santé pour en savoir davantage sur les programmes d'abandon du tabac dans leur région et intégrer une partie de ces renseignements dans les conseils qu'ils donnent à leurs patients, y compris les coordonnées des services nationaux et provinciaux d'aide à l'abandon du tabac. Comme les autres fournisseurs de soins de santé, les optométristes peuvent aider à augmenter les taux d'abandon chez les fumeurs qui apprennent les effets du tabac sur la santé et l'existence de stratégies d'aide. Les 29 participants à l'étude qui représentaient l'optométrie

étaient convaincus que les optométristes devraient être présents à la table et aider à concevoir des outils d'éducation efficaces qui établissent un lien entre le tabagisme et la cécité. Les constatations tirées de cette étude préliminaire peuvent aider à éclairer la création d'outils et de documents sur la prévention du tabagisme et l'abandon du tabac que les optométristes finiront par utiliser dans leur pratique. Les optométristes semblent vouloir davantage que leurs patients connaissent le lien de cause à effet qui existe entre le tabagisme et la santé, les bienfaits qu'offre l'abandon du tabac pour les yeux et le système et les messages informatifs et motivés sur le tabagisme et la santé des yeux.

## Remerciements

Cette étude a été financée par des subventions reçues 1) de CAN-ADAPTT (Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique) par l'intermédiaire de la Division des programmes de tabagisme, Santé Canada, 2) de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (Bourse d'études Ashley pour la recherche sur la lutte antitabac) et 3) du Programme des possibilités d'apprentissage (PPA) du Réseau pancanadien des ressources pour la lutte, les politiques et les pratiques antitabac des équipes de rehaussement des compétences par l'interdisciplinarité (ICE-PRN). Violet Zawada (B.Sc., B.Ed., M.Ed.), Katy McEwen (BES) et

Carla M. Parkinson (B.Sc., travailleuse sociale hospitalière) étaient des associées de recherche.

## Note

- i L'Étude canadienne de 2008 a révélé que les usagers de produits du tabac comprenaient ceux qui fumaient des cigares (2,6 %), utilisaient du tabac à chiquer et à priser (0,5 %) et fumaient la pipe (0,4 %).
- ii Il est possible de communiquer avec le service national Téléassistance pour fumeur par son site Web (<http://www.teleassistancepourfumeur.ca>) ou par téléphone (1-877-513-5333). Les services provinciaux d'abandon du tabac figurent dans la liste qui se trouve sur le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca>, suivre les liens : Accueil > Préoccupations liées à la santé > Tabac > Cessez de fumer > Cessez dès aujourd'hui > Lignes sans frais de renoncement au tabagisme).

## References

1. Reid JL, Hammond D. Tobacco Use in Canada: Patterns and trends, 2009 Edition (v2). Waterloo (Ontario) : Centre Propel l'étude des effets sur la santé des populations, Université de Waterloo, 2009. Consulté le 18 avril 2010. Disponible à : [http://www.propel.uwaterloo.ca/\\_global/documents/tobacco\\_use\\_in\\_canada\\_finalreport\\_20091030.pdf](http://www.propel.uwaterloo.ca/_global/documents/tobacco_use_in_canada_finalreport_20091030.pdf).
2. McNabola A, Gill LW. The control of environmental tobacco smoke: A policy review, *Int J Environ Res Pub Health* 2009;6:741-58.
3. Bidwell G, Sahu A, Edwards R, Harrison RA, Thornton J, Kelly SP. Perceptions of blindness related to smoking: a hospital-based cross-sectional study. *Eye* 2005;19:945-8.
4. Ng DHL, Roxburgh STD, Sanjay S, Au Eong KG. Awareness of smoking risks and attitudes towards graphic health warning labels on cigarette packs: a cross-cultural study of two populations in Singapore and Scotland. *Eye* 2010;24:864-8.
5. Siahpush M, McHeill A, Hammond D, Fong GT. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: Results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:iii65-70.
6. Moradi P, Thornton J, Edwards R, Harrison RA, Washington S, Kelly SP. Teenagers' perceptions of blindness related to smoking: a novel message to a vulnerable group. *Br J Ophthalmol* 2007;91:605-7.
7. Noertjojo K, Maberley D, Bassett K, Courtright P. Awareness of eye diseases and risk factors: Identifying needs for health education and promotion in Canada. *Journal canadien d'ophtalmologie* 2006;41:617-23.
8. Solberg Y, Rosner M, Belkin M. The association between cigarette smoking and ocular diseases. *Surv Ophthalmol* 1998;42:535-47.
9. Khan JC, Thurlby DA, Shahid H, Clayton DG, Yates JRW, Bradley M, Moore AT, Bird AC. Smoking and age related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *Br J Ophthalmol* 2006;90:75-80.
10. Neuner B, Wellmann J, Dasch B, Behrens T, Claes B, Dietzel M, Pauleikhoff D, Hense HW. Modeling smoking history: A comparison of different approaches in the MARS Study on age-related maculopathy. *Ann Epidemiol* 2007;17:615-21.
11. Smith W, Mitchell P, Leeder SR. Smoking and age-related maculopathy: The Blue Mountains eye study. *Arch Ophthalmol* 1996;114:1518-23.
12. Thornton J, Edwards R, Mitchell P, Harrison RA, Buchan I, Kelly SP. Smoking and age-related macular degeneration: A review of association. *Eye* 2005;19:935-44.
13. Tomany SC, Wang JJ, Van Leeuwen R, Klein R, Mitchell P, Vingerling JR, Klein BEK, Smith W, de Jong PTVM.



- Risk factors for incident age-related macular degeneration: Pooled findings from 3 continents. *Ophthalmol* 2004;111:1280-7.
14. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, Schaumberg DA, Buring JE, Hennekens CH, Manson JE. Smoking cessation and risk of age-related cataract in men. *J Am Med Assoc* 2000;284:713-6.
  15. Cumming RG, Mitchell P. Alcohol, smoking, and cataracts: The Blue Mountains eye study. *Arch Ophthalmol* 1997;115(10):1296-303.
  16. Kelly SP, Thornton J, Edwards R, Sahu A, Harrison RA. The causal association between tobacco smoking and cataract. *J Cataract Refract Surg* 2005;31:2395-404.
  17. Krishnaiah S, Vilas K, Shamanna BR, Rao GN, Thomas R, Balasubramanian D. Smoking and its association with cataract: Results of the Andhra Pradesh eye disease study from India. *Invest Ophthalmol* 2005;46:58-65.
  18. McCarty CA, Nanjan MB, Taylor HR. Attributable risk estimates for cataract to prioritize medical and public health action. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2000;41:3720-5.
  19. Weintraub JM, Willett WC, Rosner B, Colditz GA, Seddon JM, Hankinson SE. Smoking cessation and risk of cataract extraction among US women and men. *Am J Epidemiol* 2002;155:72-9.
  20. Cawood TJ, Moriarty P, O'Farrelly C, O'Shea D. Smoking and thyroid-associated ophthalmopathy: A novel explanation of the biological link. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:59-64.
  21. Hegedus L, Brix T, Vestergaard P. Relationship between cigarette smoking and Graves' ophthalmopathy. *J Endocrinol Invest* 2004;27:265-71.
  22. Thornton J, Kelly SP, Harrison RA, Edwards R. Cigarette smoking and thyroid eye disease: a systematic review. *Eye* 2007;21:1135-45.
  23. Chung SM, Gay CA, McCrary JA. Nonarteritic ischemic optic neuropathy. The impact of tobacco use. *Ophthalmol* 1994;101:781-3.
  24. Rizzo JF, Lessell S. Tobacco amblyopia. *Am J Ophthalmol* 1993;116:84-7.
  25. Sadun F, De Negri AM, Carelli V, Salomao SR, Berezovsky A, Andrade R, Moraes M, Passos A, Belfort R, DaRosa AB, Quiros P, Sadun AA. Ophthalmologic findings in a large pedigree of 11778/Haplogroup J Leber hereditary optic neuropathy. *Am J Ophthalmol* 2004;137:271-7.
  26. Lin P, Loh AR, Margolis TP, Acharya NR. Cigarette smoking as a risk factor for uveitis. *Ophthalmol* 2010;117:585-90.
  27. Thorne JE, Daniel E, Jabs DA, Kedhar SR, Peters GB, Dunn JP. Smoking as a risk factor for cystoid macular edema complicating intermediate uveitis. *Am J Ophthalmol* 2008;145:841-6.
  28. Thornton J, Torun P, Edwards R, Harrison A, Kelly SP, Harrison RA, Verma A. Pharmacists could include this information in their advice to clients who smoke, as an additional means to promote smoking cessation. *Inter J Pharm Practice* 2008;6:251-6.
  29. An LC, Folds SS, Alesci NL, Bluhm JH, Bland PC, Davern ME, Schillo BA, Ahluwalia JS, Manley MW. The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *Am J Prevent Med* 2008;34:54-60.
  30. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. *Commun Dent Health* 2007;24(2):70-4.
  31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-cessation advice from health-care providers--Canada, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2007;56:708-12.
  32. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, Silverman CB, Schneider LI, Rigotti NA. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005;7(Suppl 1):S29-34.
  33. McIntosh S, Ossip-Klein DJ, Spada J, Burton K. (2000). Recruitment strategies and success in a multi-county smoking cessation study. *Nicotine Tob Res* 2000;2(3):281-4.
  34. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database System Rev* (Online) 2008;(2)(2):CD000165.
  35. US Surgeon General. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Cited le 13 décembre 2009. Disponible à <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/>.
  36. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:iii19-25.
  37. Carroll T, Rock B. Generating quitline calls during Australia's National Tobacco Campaign: Effects of television advertisement execution and programme placement. *Tob Control*, 2003;12:ii40-4.
  38. Wilson N, Grigg M, Cameron G, Afzal R, Glasgow H. Smoking and blindness advertisements are effective in stimulating calls to a national quitline. Letter to the Editor. *Br Med J* 2004;238:537-8.
  39. Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* 2006;15:iii3-11.
  40. Thompson ME, Fong GT, Hammond D, Boudrea C, Driezen P, Hyland A, et al. Methods of the International tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:iii12-18.
  41. ITC Four Country Survey Team. International Tobacco Control Policy Evaluation Survey (ITC 4-Country Survey Wave 1 Technical Report. <http://www.itcproject.org/Library/countries/4country/reports/itcw1techr>. (Consulté le 7 novembre 2010).

42. Spafford MM, Iley MD, Schultz ASH, & Kennedy RD. Tobacco dependence education in optometry: A Canadian pilot study assessing practices and opportunities. *Optom Educ* 2010;36:38-44.
43. Kennedy RD, Spafford MM, Schultz ASH, Iley MD, Zawada V. Smoking cessation referrals in optometric practice: A Canadian pilot study. *Optom Vis Sci* Accepted December 2010.
44. Bryman A, Burgess R. dir. *Analysing qualitative data*. Londres : Routledge, 1993.
45. Kennedy RD, Spafford MM, Parkinson CM, Fong GT. Knowledge about the relationship between smoking and blindness in Canada, United States, United Kingdom and Australia: Results from the ITC Four Country Survey. *Optometry*, Accepted December 2010.
46. American Medical Association. *Guidelines for adolescent preventive health services*. Chicago: American Medical Association, 1993.

## Auteurs

*Marlee M. Spafford, OD, Ph. D.  
(auteur-ressource)*

*École d'optométrie de l'Université de Waterloo*

*Ryan D. Kennedy, MAES, Ph. D.  
Université de Waterloo, Centre Propel  
pour l'étude des effets sur la santé des  
populations*

*Matthew D. Iley, BSc, OD*

*École d'optométrie de l'Université de Waterloo*

*Annette S.H. Schultz, inf. aut., Ph. D.  
Université du Manitoba, Faculté des  
sciences infirmières*



## Acquire The Equipment You Need Through the Leverage of Leasing

MORE AND MORE, new and experienced practices leverage the financing power of leasing. We provide innovative and flexible equipment financing solutions to businesses & practices seeking a competitive advantage.

We have reps in your area specialized in Healthcare Lease Financing, contact us today to **save up to \$200 off a new lease:**

**888-599-1966 [www.nationaleasing.com](http://www.nationaleasing.com)**



**NATIONAL  
LEASING**