

Rapports sur la santé

La santé oculaire autodéclarée au Canada : 20 ans de données

par Philippe Finès

Date de diffusion : le 20 avril 2022



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2022

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

La santé oculaire autodéclarée au Canada : 20 ans de données

par Philippe Finès

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202200400002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La santé oculaire est un indicateur de la santé en général. Peu d'études sur la santé oculaire ont été effectuées au Canada, et aucune d'entre elles ne couvrait plusieurs années de données.

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour la plupart des années allant de 2000 à 2020 ont été utilisées. La santé oculaire a été analysée, selon l'année, le sexe et l'âge, ainsi que selon le statut d'immigrant, le niveau de scolarité le plus élevé du ménage et le quintile de revenu du ménage. Les estimations ont été obtenues en employant des poids d'enquête, et des intervalles de confiance de 95 % ont été obtenus avec des poids de rééchantillonnage (*bootstrap*).

Résultats

En 2020, la proportion de la population qui déclarait avoir une bonne vision sans correction était d'environ 75 % chez les jeunes de 12 à 19 ans pour les deux sexes. Cette proportion était significativement plus faible chez les personnes âgées de 45 à 49 ans et était d'environ 25 % chez les personnes âgées de 55 ans ou plus. La bonne vision autodéclarée sans correction s'est améliorée de 2000-2001 à 2020, sauf chez les personnes âgées de 20 à 39 ans. Chaque année, moins de femmes que d'hommes ont déclaré avoir une bonne vision sans correction.

Interprétation

La santé oculaire autodéclarée s'est généralement améliorée pendant la période couverte par la présente étude. Les limites de l'enquête découlent du fait qu'elle utilise des données autodéclarées. En outre, l'enquête a subi des changements importants en 2015 qui pourraient limiter la comparabilité des données pendant la période de l'étude. Cependant, le grand nombre d'années incluses dans l'étude et la stabilité des résultats valident les conclusions.

Mots-clés

Déficiência visuelle; enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; étude à cycles multiples; indice de l'état de santé (Health Utilities Index Mark 3); vision

AUTEUR

Philippe Finès travaille à la Division de l'analyse de la santé de la Direction des études analytiques et de la modélisation de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet ?

- La santé oculaire est un indicateur de la santé générale.
- Peu d'études sur la santé oculaire ont été effectuées au Canada, et aucune d'entre elles ne couvrait plusieurs années de données.

Ce qu'apporte l'étude ?

- Le pourcentage de la population ayant déclaré une bonne vision sans correction
 - diminuait avec l'âge, la plus forte diminution étant observée chez les personnes âgées de 40 à 55 ans;
 - était moins fréquente chez les femmes que chez les hommes;
 - était plus élevée en 2020 comparativement à 2000/2001, sauf chez les personnes âgées de 20 à 39 ans;
 - ne variait pas de façon évidente selon le statut d'immigrant, la scolarité ou le quintile de revenu.

La santé oculaire est un indicateur de la santé en général et de la qualité de vie en particulier¹. Par exemple, le diabète², l'hypertension³ ou les maladies neurologiques⁴ peuvent être détectés en fonction de la santé oculaire. Un examen exhaustif des yeux, qui a l'avantage d'être non invasif, peut donc indiquer la présence de maladies qui pourraient être confirmées plus tard par un examen plus spécifique. On sait aussi qu'il existe une corrélation entre la santé oculaire et le revenu⁵, car ils partagent une relation bidirectionnelle : la mauvaise santé oculaire entraîne des répercussions sur le statut économique et vice versa.

Peu d'études sur la santé oculaires ont été effectuées au Canada. Millar⁶ a utilisé les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2003 sur la population âgée de 65 ans et plus. Il a constaté que 82 % de cette population avait des problèmes de vision et que 4 % avaient des problèmes non corrigés. Jin et Thorpe⁷ ont utilisé les données de l'ESCC de 2005 pour analyser l'utilisation des fournisseurs de soins oculaires. Une des conclusions qu'ils en ont tirées était que « des disparités marquées existent dans l'utilisation des soins oculaires chez les Canadiens sans maladies oculaires connues ». Une étude d'Aljied *et al.*⁸ sur l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV) a montré que 86 % des Canadiens âgés de 45 à 85 ans portaient des lunettes ou des lentilles cornéennes et 6 % étaient malvoyants, ce qui est défini comme une acuité binoculaire inférieure à 20/40. Les données ont été recueillies de 2012 à 2015 dans sept provinces.

Ainsi, les quelques études qui ont été réalisées au Canada sur la santé oculaire avaient leurs propres limites en ce qui concerne l'âge ou la couverture géographique des répondants, ou elles n'ont pas été mises à jour depuis de nombreuses années. L'objectif de la présente étude est de combler cette lacune. Plus précisément, elle décrit l'évolution des tendances en matière de

santé oculaire de 2000 à 2020 selon le sexe, l'âge et d'autres variables sociodémographiques.

Données et méthodes

L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir des données sur l'état de santé, les soins de santé et les déterminants de la santé. Toutes les données de l'ESCC sont autodéclarées. L'enquête couvre la population canadienne à domicile âgée de 12 ans et plus. Les membres des Forces armées, les résidents d'établissements institutionnels, les résidents des réserves et les personnes vivant dans certaines régions éloignées ne font pas partie de la population cible. La couverture atteint 98 % dans les provinces, 97 % dans les Territoires du Nord-Ouest, 90 % au Yukon et 71 % au Nunavut⁹.

Des données sur la santé oculaire ont été recueillies dans toutes les provinces canadiennes dans le volet annuel de l'ESCC au cours des années suivantes : combinaison de 2000 et 2001 (abrégée à « 2000 » dans le texte), 2009, 2010, 2013, 2014, 2015, 2019 et 2020. Des données étaient également disponibles pour les trois territoires au cours de ces années, sauf en 2015, 2019 et 2020. Les tailles des échantillons étaient respectivement 131 535; 61 679; 63 191; 64 346; 63 964; 51 545; 64 944; et 42 132.

L'âge (en années) a été stratifié de deux façons :

- pour les résultats généraux, de 12 à 19 ans, puis une augmentation par intervalles de cinq ans, de 20 à 24 ans, 25 à 29 ans... 70 à 74 ans, 75 à 79 ans et 80 ans ou plus
- pour les résultats par déterminants sociaux de la santé (voir plus loin), 12 à 29 ans, 30 à 49 ans, 50 à 69 ans et 70 ans ou plus.

L'indice de l'état de santé (Health Utilities Index Mark 3 [HUI3]) est un indicateur autodéclaré de la santé, composé de huit composantes : la vision, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur¹⁰. Il s'agit d'une mesure générique fondée sur la préférence qui met l'accent sur la santé fonctionnelle. L'indicateur est conçu de sorte que ses valeurs se situent entre -0,36 et 1, où 1 représente un état de santé parfait, 0 représente la mort et les valeurs négatives représentent les états de santé jugés pires que la mort. La composante « vision » de l'HUI3 est une échelle ordinale à six niveaux : 1 représente « Aucun problème visuel », 2 représente « Problème corrigé par des verres », 3 représente « Problème pour voir de distance - non corrigé », 4 représente « Problème pour voir de près - non corrigé », 5 représente « Problème pour voir à distance et de près - non corrigé », et 6 signifie « Ne peut pas voir du tout ». Dans cette étude, les niveaux analysés étaient les suivants :

- niveau 1 (renommé « bonne vision sans correction »)
- niveau 2 (renommé « problème de vision corrigé »)
- les niveaux 3, 4 et 5 combinés (comme « problème de vision non corrigé »).

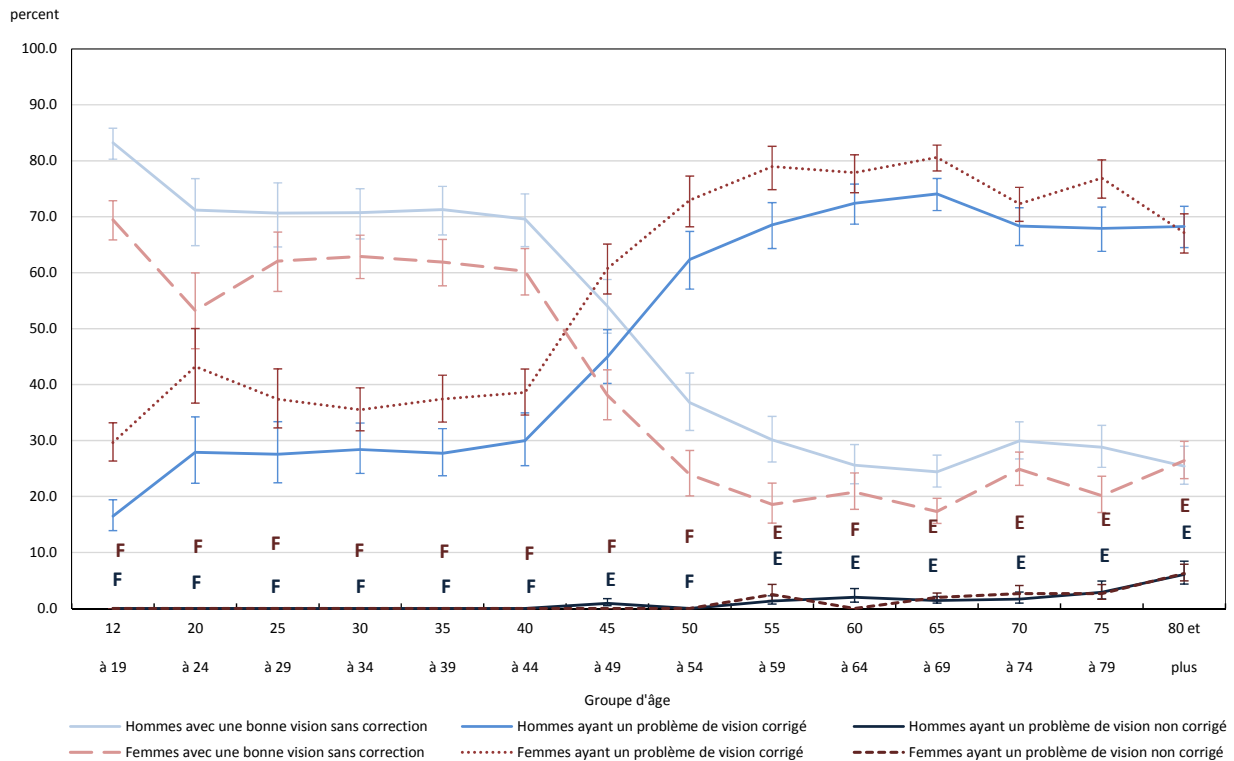
Ces trois nouvelles catégories font référence à la santé oculaire (en fonction du statut d'erreur de réfraction), et sont donc

utilisées comme synonyme de cette expression dans cet article. Le niveau 6 était exclu parce qu'il était très rare (environ 0,05 %).

Trois déterminants sociaux de la santé ont été pris en compte dans l'étude :

- Le statut d'immigrant comportait trois catégories : a immigré au cours des 10 dernières années (« immigrant récent »), a immigré il y a 11 ans ou plus (« immigrant établi ») et non-immigrant. Cette variable a été recueillie chaque année de l'enquête.
- Le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage (abrégé à « scolarité ») a été défini en employant une échelle de trois niveaux : études inférieures au secondaire, diplôme d'études secondaires, et études et diplôme d'études postsecondaires. Cette variable a été recueillie chaque année de l'enquête.
- Le revenu du ménage a été classé en déciles selon les seuils provinciaux. Le revenu a été recueilli chaque année, mais les déciles n'ont été calculés qu'à partir de 2005. Pour cette étude, les déciles ont été regroupés en quintiles — le premier quintile représente le revenu le plus faible et le cinquième quintile représente le revenu le plus élevé.

Figure 1
Santé oculaire autodéclarée selon le sexe et l'âge, population à domicile de 12 ans ou plus, Canada, 2020



F trop peu fiable pour être publié (la couleur correspond au groupe)
 E à utiliser avec prudence (la couleur correspond au groupe)
 Note : Les barres verticales représentent des intervalles de confiance à 95 %.
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2020.

Les résultats ont été produits avec le logiciel SAS, version 9.4, et des procédures de SUDAAN exécutables par SAS, pour toutes les combinaisons d'année, de sexe et d'âge, globalement et selon le déterminant social de la santé. Toutes les estimations ont été obtenues en employant des poids d'enquête, et des intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été obtenus en utilisant des poids de rééchantillonnage (*bootstrap*). Les estimations avec un coefficient de variation (CV) supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 % (le seuil supérieur était de 33,3 % lors des années précédant 2015 et de 35,0 % par la suite; pour simplifier, un seuil commun de 33,3 % a été choisi pour toutes les années comprises dans l'étude) sont annotées avec un « E » (à utiliser avec prudence). Les estimations ayant un CV plus élevé ne sont pas présentées, mais sont indiquées par la lettre « F » (trop peu fiable pour être publiée). De plus, les estimations obtenues par un calcul à partir d'autres estimations ont été indiquées par un « E » si l'une des estimations utilisées dans le calcul était accompagnée d'un « E », et la même chose a été faite pour celles accompagnées d'un « F ». Pour tous les déterminants sociaux de la santé, l'évaluation du changement des tendances en ce qui concerne le niveau de vision entre la première et la dernière année de l'étude a été effectuée au moyen d'un test sur la différence entre ces deux années. L'évaluation d'un effet de gradient pour l'éducation a été effectuée avec deux tests de comparaison des niveaux consécutifs : le gradient a été défini comme étant significatif si les deux comparaisons étaient significatives.

Résultats

Âge, sexe et tendances temporelles

En 2020, le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne vision sans correction diminuait avec l'âge. Il est passé de 83 % (IC de 80 % à 86 %) pour les hommes et de 69 % (IC de 66 % à 73 %) pour les femmes de 12 à 19 ans à environ 70 % pour les hommes et 60 % pour les femmes de 40 à 44 ans, puis à environ 25 % pour les hommes et les femmes dans le groupe d'âge le plus âgé. Cette tendance à la baisse de la bonne vision sans correction en fonction de l'âge a été observée chaque année. La courbe pour la catégorie de personnes ayant un problème de vision corrigé est presque une copie miroir de celle pour les personnes ayant une bonne vision sans correction, puisque la proportion de personnes ayant un problème de vision non corrigé est négligeable, sauf pour le groupe d'âge le plus âgé, où elle était d'environ 6 % pour les hommes et les femmes (figure 1).

Chaque année et pour tous les groupes d'âge, le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne vision sans correction était plus petit pour les femmes que pour les hommes (l'écart était d'au moins 11, d'au plus 14 et, en moyenne, de 9 points de pourcentage). En 2020, ce pourcentage était significativement inférieur (valeur de p inférieure à 0,04) à celui de 2000 chez les femmes de 20 à 24 ans. Il était significativement plus élevé chez les hommes à partir de l'âge de 45 ans (toutes les valeurs de p étant inférieures à 0,0035) et chez les femmes à partir de l'âge

de 40 ans (toutes les valeurs de p étant inférieures à 0,005). Il n'était pas significativement différent dans les autres groupes d'âge pour l'un ou l'autre sexe. Voir la figure 2, qui montre la tendance changeante de ce pourcentage de 2000 à 2020 pour certains groupes d'âge (les autres groupes d'âge ne sont pas présentés par souci de clarté).

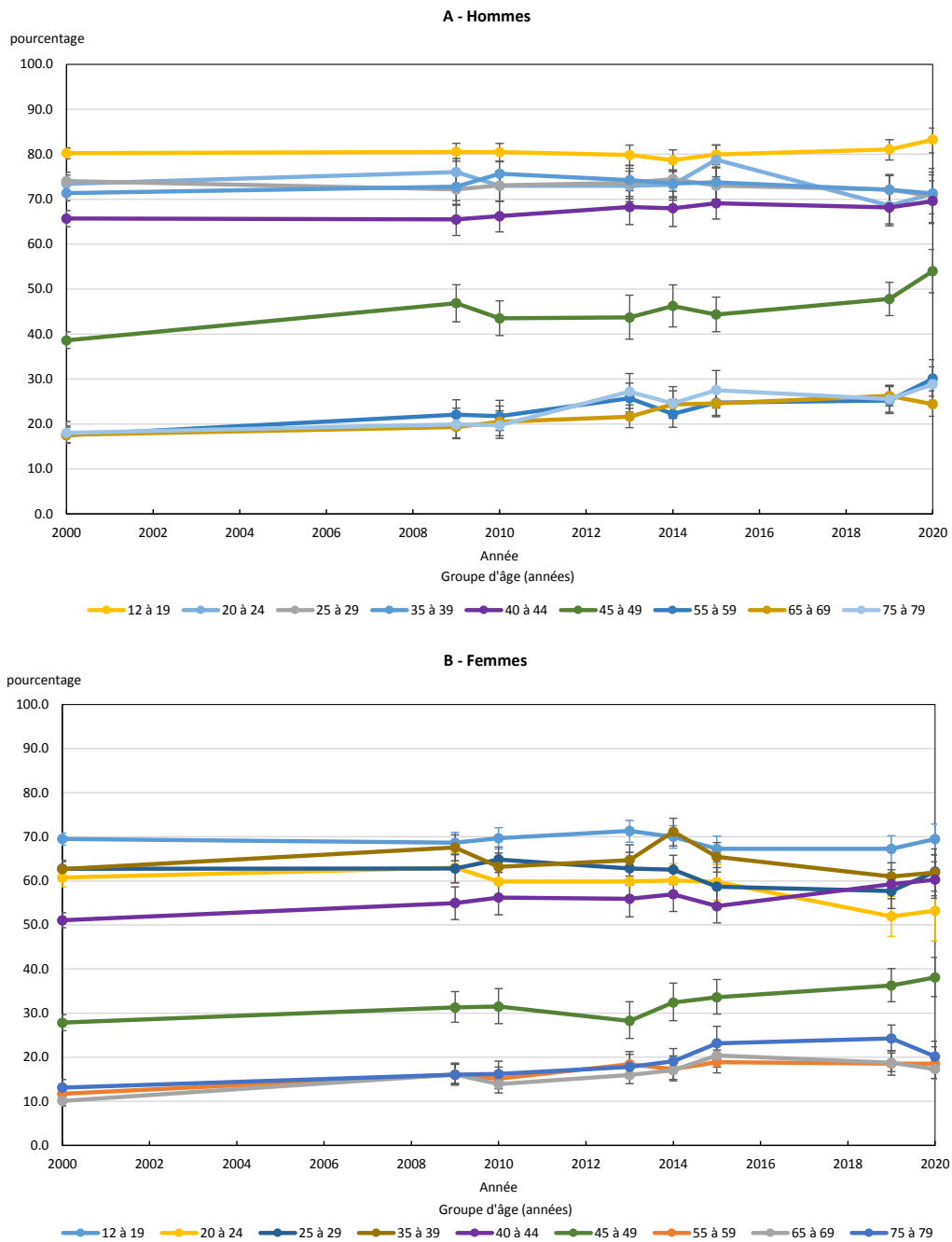
Immigration

En 2020, le pourcentage d'hommes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction était semblable chez les nouveaux immigrants et les non-immigrants pour les deux strates d'âge les plus jeunes. Pour les femmes, c'était le cas seulement pour la strate d'âge la plus jeune. Aucune relation particulière entre le statut d'immigrant et la santé oculaire n'a été observée (figure 3).

Pour les hommes âgés de 30 à 49 ans, le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne vision sans correction était significativement plus élevé (valeur de p inférieure à 0,003) en 2020 qu'en 2000, par environ 4 points de pourcentage chez les non-immigrants. Pour les hommes âgés de 50 à 69 ans, le pourcentage était significativement plus élevé en 2020 par rapport à 2000 pour chacune des trois catégories de statut d'immigrant. L'augmentation était de 20 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,03) pour les immigrants récents, de 9 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,003) pour les immigrants établis et de 10 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,001) pour les non-immigrants. Pour les hommes de 70 ans et plus, les résultats pour les immigrants récents étaient trop peu fiables pour être publiés, mais le pourcentage était significativement plus élevé en 2020 par rapport à 2000 dans les deux autres groupes. Il y a eu une augmentation de 14 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,001) pour les immigrants établis et de 9 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,001) pour les non-immigrants. Enfin, pour les hommes âgés de 12 à 29 ans, aucune différence significative n'a été observée entre 2000 et 2020.

Pour les femmes âgées de 12 à 29 ans, aucune différence significative n'a été constatée entre 2000 et 2020. Pour les femmes âgées de 30 à 49 ans, le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne vision sans correction était significativement plus élevé en 2020 qu'en 2000, par environ 8 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,03) chez les immigrants établis et de 4 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,005) chez les non-immigrants. Pour les femmes âgées de 50 à 69 ans ainsi que celles de 70 ans et plus, les résultats pour les immigrants récents étaient trop peu fiables pour être publiés, mais le pourcentage était significativement différent en 2020 par rapport à 2000 pour chacun des quatre autres groupes. Il existait une différence de 8 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,003) pour les immigrants établis âgés de 50 à 69 ans, 7 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,001) pour les non-immigrants de la même strate d'âge, 14 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,001) pour les immigrants établis âgés de 70 ans et plus et 9 points de pourcentage (valeur

Figure 2
Pourcentage de personnes ayant une bonne vision sans correction, par groupe d'âge sélectionné et par sexe, population à domicile âgée de 12 à 79 ans, Canada, cycle de 2000/2001 à 2020



Notes : Les barres verticales représentent des intervalles de confiance de 95 %. Dans l'axe des x, « 2000 » signifie « 2000/2001 ».

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle de 2000/2001 à 2020.

de p inférieure à 0,001) pour les non-immigrants de la même strate d'âge.

Scolarité

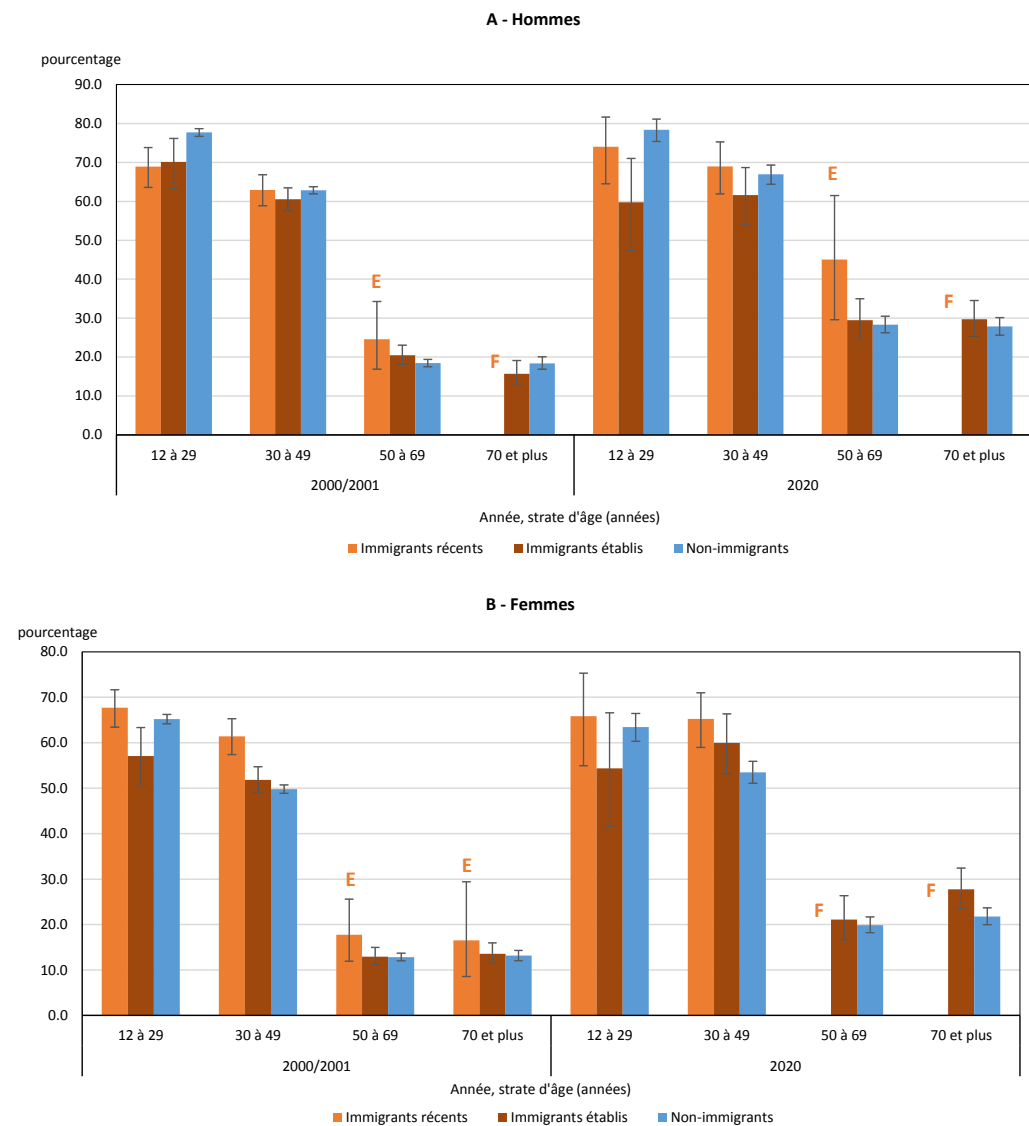
En 2020, le pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction diminuait avec le niveau de

scolarité chez les hommes âgés de 12 à 29 ans et de 30 à 49 ans, mais augmentait avec l'éducation chez les hommes et les femmes âgés de 50 à 69 ans et aussi légèrement chez les femmes âgées de 70 ans ou plus, mais aucun de ces gradients n'était significatif. Pour les autres groupes d'âge et de sexe, il n'y avait pas de lien clair entre l'éducation et la santé oculaire pour les hommes comme pour les femmes (voir le tableau 1).

Il n’y avait aucun lien entre le niveau de scolarité et la *variation* de ce pourcentage entre 2000 et 2020. Seules les variations significatives entre 2000 et 2020 mentionnées ici ont été observées. La différence dans le pourcentage de personnes ayant une bonne vision sans correction de 2000 à 2020 était d’environ 11 points de pourcentage en moyenne pour toutes les catégories d’éducation des deux sexes dans la strate d’âge la plus âgée (toutes les valeurs de p étaient inférieures à 0,001). Chez les hommes âgés de 50 à 69 ans, la différence positive d’environ 11 points de pourcentage en moyenne entre 2000 et 2020 était significative dans les deux catégories d’études les

plus élevées (valeurs de p de moins de 0,001). Pour les femmes de la même strate d’âge, la seule différence positive significative observée était chez les ménages ayant des études et un diplôme d’études postsecondaires (8 points de pourcentage avec une valeur p inférieure à 0,001). En ce qui concerne les deux strates d’âge les plus jeunes, les seules différences significatives entre 2000 et 2020 étaient des différences positives chez les hommes et les femmes âgés de 30 à 49 ans dans les ménages ayant des études et un diplôme d’études postsecondaires (4 points de pourcentage pour les

Figure 3
Pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction selon le statut d’immigrant, le groupe d’âge et le sexe, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, 2020



E à utiliser avec prudence (la couleur correspond au statut d’immigrant)
 F trop peu fiable pour être publié (la couleur correspond au statut d’immigrant)
 Note : Les barres verticales représentent des intervalles de confiance à 95 %.
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2002 et 2020.

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction en fonction du niveau de scolarité le plus élevé du ménage, de l'âge et du sexe, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, de 2000/2001 à 2020

Sexe, année et strate d'âge	Pas de diplôme d'études								
	secondaires			Diplôme d'études secondaires			Études et diplôme postsecondaires		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
	de	à	de	à	de	à	de	à	
Hommes									
2000/2001									
12 à 29 ans	82,7	79,4	85,5	80,7	78,3	83,0	75,5	74,3	76,7
30 à 49 ans	65,1	61,5	68,4	66,3	63,8	68,6	61,6	60,6	62,7
50 à 69 ans	18,8	16,9	20,9	16,1	13,9	18,6	19,5	18,4	20,7
70 ans et plus	19,9	17,9	22,1	14,3	11,3	18,1	17,0	14,9	19,3
2020									
12 à 29 ans	83,3	66,8	92,5	80,5	73,3	86,1	75,7	72,6	78,5
30 à 49 ans	72,6	54,2	85,6	71,4	64,7	77,3	65,7	63,2	68,2
50 à 69 ans	20,4	15,7	26,0	27,6	23,3	32,4	29,7	27,5	32,1
70 ans et plus	30,8	25,8	36,3	24,8	20,6	29,6	28,6	26,2	31,2
Variation entre 2000/2001 et 2020									
12 à 29 ans	0,6	-12,6	13,8	-0,3	-7,1	6,6	0,2	-3,0	3,4
30 à 49 ans	7,6	-8,5	23,6	5,1	-1,6	11,9	4,1 [†]	1,4	6,8
50 à 69 ans	1,5	-4,0	7,1	11,5 [†]	6,4	16,7	10,2 [†]	7,7	12,8
70 ans et plus	10,9 [†]	5,2	16,5	10,5 [†]	4,8	16,1	11,7 [†]	8,4	15,0
Femmes									
2000/2001									
12 à 29 ans	73,5	70,1	76,6	68,3	65,6	70,9	63,9	62,8	65,1
30 à 49 ans	55,7	52,0	59,3	50,8	48,4	53,2	50,8	49,8	51,8
50 à 69 ans	10,4	9,1	11,7	13,7	11,8	15,9	13,5	12,6	14,5
70 ans et plus	12,2	10,8	13,7	13,9	11,3	17,0	14,3	12,7	16,0
2020									
12 à 29 ans	74,5	60,0	85,0	57,2	46,9	66,9	63,4	60,3	66,3
30 à 49 ans	50,6	36,9	64,3	56,9	49,5	64,0	56,3	54,0	58,6
50 à 69 ans	14,8	10,2	21,0	15,1	12,6	17,9	21,4	19,5	23,4
70 ans et plus	22,8	18,9	27,1	24,5	20,8	28,5	24,5	22,1	27,1
Variation entre 2000/2001 et 2020									
12 à 29 ans	0,9	-12,0	13,9	-11,1 [†]	-21,4	-0,8	-0,6	-3,8	2,7
30 à 49 ans	-5,0	-19,2	9,2	6,1	-1,5	13,8	5,5 [†]	3,0	8,0
50 à 69 ans	4,4	-1,1	10,0	1,4	-2,0	4,7	7,9 [†]	5,7	10,1
70 ans et plus	10,5 [†]	6,2	14,9	10,6 [†]	5,8	15,4	10,2 [†]	7,2	13,3

[†] variation significativement différente de 0.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000/2001 à 2020.

hommes, avec une valeur de p inférieure à 0,004; et 5 points de pourcentage pour les femmes, avec une valeur de p inférieure à 0,001), et une différence négative de 11 points de pourcentage (valeur de p inférieure à 0,04) pour les femmes âgées de 12 à 19 ans au deuxième niveau d'éducation.

Quintile de revenu

En 2020, aucune relation claire n'existait entre le quintile de revenu du ménage et le pourcentage de personnes ayant une bonne vision sans correction dans l'une ou l'autre des strates d'âge considérées pour l'un ou l'autre sexe (voir le tableau 2). De plus, il n'existait aucun lien entre le quintile de revenu et la variation de ce pourcentage entre 2005 et 2020. En fait, seules les variations significatives mentionnées ici ont été observées. Pour les hommes âgés de 12 à 29 ans, le pourcentage était plus élevé de 9 points (valeur de p inférieure à 0,04) en 2020 par rapport à 2005 pour le quintile de revenu 1, mais était moins élevé pour le quintile 4 (8 points de pourcentage avec une valeur de p inférieure à 0,05). Pour les femmes de la même strate d'âge, le pourcentage était inférieur de 12 points dans le quintile 2 (valeur p inférieure à 0,02). Pour les personnes âgées de 30 à 49 ans, ce pourcentage était plus élevé chez les femmes du troisième quintile de revenu (8 points de pourcentage avec une

valeur de p inférieure à 0,04) et du cinquième quintile de revenu (9 points de pourcentage avec une valeur de p inférieure à 0,03). Pour les personnes âgées de 50 à 69 ans, ce pourcentage était plus élevé dans le troisième quintile de revenu pour les hommes (8 points de pourcentage avec une valeur de p inférieure à 0,05) et le quintile le plus riche pour les femmes (7 points de pourcentage avec une valeur de p inférieure à 0,02). Enfin, dans le groupe d'âge le plus âgé, le pourcentage était plus élevé d'au moins 11 points de pourcentage chez les hommes des quintiles de revenu 2, 3 et 5 (toutes les valeurs de p étant inférieures à 0,02); plus faible de 7 points de pourcentage pour les hommes du quintile de revenu 4 (valeur de p de 0,005); et plus pour les femmes des quintiles de revenu 1 (le plus pauvre) et 2 (au moins 6 points de pourcentage chacune et les deux avec des valeurs de p inférieures ou égales à 0,01). Toutefois, étant donné qu'en 2005, les résultats devaient être utilisés avec prudence pour ce groupe d'âge, les résultats sur la variation devraient également être utilisés avec prudence.

Discussion

La tendance à la baisse avec l'âge dans la proportion de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction

Tableau 2

Pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction selon le quintile de revenu du ménage, l'âge et le sexe, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, 2005 et 2020

Sexe, année et strate d'âge	Quintile 1 (le plus pauvre)			Quintile 2			Quintile 3			Quintile 4			Quintile 5 (le plus riche)		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Hommes															
2005															
12 à 29 ans	69,2	61,6	75,8	76,7	69,7	82,4	80,6	74,1	85,9	82,0	76,2	86,5	84,2	78,6	88,5
30 à 49 ans	61,6	53,4	69,1	61,1	54,4	67,5	66,9	60,4	72,8	67,0	61,0	72,6	59,6	53,2	65,7
50 à 69 ans	23,9	17,3	32,2	31,8	23,9	40,9	22,5	16,5	29,9	27,0	20,5	34,7	22,9	18,5	28,0
70 ans et plus	19,6	14,0	26,6	17,3 ^E	12,1	24,1	17,5 ^E	11,2	26,3	33,3 ^E	19,1	51,4	17,7 ^E	10,5	28,3
2020															
12 à 29 ans	78,7	73,0	83,4	73,2	65,9	79,4	75,8	69,5	81,1	74,1	67,9	79,4	78,2	71,3	83,9
30 à 49 ans	68,2	62,3	73,6	67,3	61,6	72,5	66,4	61,1	71,3	64,9	59,8	69,8	67,1	62,2	71,7
50 à 69 ans	26,9	22,2	32,1	31,0	26,7	35,7	30,8	26,3	35,6	29,7	25,4	34,3	27,2	23,4	31,4
70 ans et plus	25,7	21,4	30,4	27,9	24,1	32,0	30,4	26,0	35,1	26,6	21,8	32,1	31,0	25,3	37,3
Variation entre 2005 et 2020															
12 à 29 ans	9,5 [†]	0,7	18,3	-3,5	-12,8	5,8	-4,8	-13,1	3,4	-7,9 [†]	-15,6	-0,1	-5,9	-13,9	2,1
30 à 49 ans	6,7	-3,0	16,4	6,2	-2,3	14,7	-0,5	-8,6	7,5	-2,1	-9,7	5,6	7,5	-0,3	15,3
50 à 69 ans	2,9	-6,0	11,9	-0,7	-10,4	8,9	8,2 [†]	0,1	16,4	2,7	-5,7	11,1	4,3	-1,9	10,5
70 ans et plus	6,1	-1,6	13,8	10,6 ^{†,E}	3,4	17,8	12,9 ^{†,E}	4,1	21,7	-6,7 ^E	-23,6	10,3	13,3 ^{†,E}	2,6	24,0
Femmes															
2005															
12 à 29 ans	62,9	56,5	69,0	68,3	60,4	75,2	71,0	64,4	76,8	67,2	59,7	73,9	67,1	56,7	76,1
30 à 49 ans	56,3	49,3	63,0	56,0	49,6	62,2	50,7	44,5	56,8	50,5	44,4	56,6	47,1	41,3	52,9
50 à 69 ans	17,1 ^E	11,0	25,5	14,2	10,3	19,2	23,4	17,7	30,1	16,9	12,4	22,4	13,4	9,9	17,8
70 ans et plus	16,0	12,3	20,4	9,5 ^E	6,4	13,9	20,4 ^E	12,9	30,7	18,5 ^E	9,5	32,9	F
2020															
12 à 29 ans	62,6	56,3	68,5	55,8	49,0	62,4	64,8	58,8	70,3	66,1	59,7	71,9	66,5	59,8	72,7
30 à 49 ans	55,2	50,4	59,9	57,2	52,2	62,1	58,9	54,4	63,4	53,7	49,3	58,0	55,9	50,8	60,8
50 à 69 ans	23,6	19,4	28,4	18,7	15,4	22,4	17,8	14,4	21,7	20,5	16,8	24,9	20,4	17,0	24,3
70 ans et plus	22,3	19,4	25,6	23,5	20,5	26,7	23,8	19,9	28,3	24,5	19,8	29,9	29,6	23,4	36,5
Variation entre 2005 et 2020															
12 à 29 ans	-0,3	-9,1	8,4	-12,5 [†]	-22,4	-2,5	-6,2	-14,7	2,3	-1,1	-10,4	8,2	-0,6	-12,3	11,1
30 à 49 ans	-1,0	-9,4	7,3	1,2	-6,8	9,2	8,3 [†]	0,6	15,9	3,2	-4,3	10,7	8,8 [†]	1,2	16,5
50 à 69 ans	6,6 ^E	-2,0	15,1	4,5	-1,2	10,1	-5,6	-12,7	1,6	3,7	-2,8	10,1	7,1 [†]	1,7	12,4
70 ans et plus	6,4 [†]	1,3	11,4	14,0 ^{†,E}	9,1	18,9	3,4 ^E	-6,4	13,3	6,0 ^E	-6,7	18,7	F

... sans objet

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

† variation significativement différente de 0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 et 2020.

est observée chaque année chez les deux sexes dans la présente étude. Les résultats montrent que la vision se détériore vers l'âge de 40 à 44 ans. Cela peut être expliqué en partie par des changements dans la courbure de la cornée, qui « entraînent des changements remarquables dans la qualité de l'image rétinienne »¹¹. La santé oculaire autodéclarée était plus faible chez les femmes que chez les hommes. Elle s'est améliorée pour chaque groupe d'âge entre le début et la fin de l'étude, sauf pour les hommes âgés de 20 à 24 ans et les femmes âgées de 20 à 29 ans. En 2020, le pourcentage de personnes ayant une bonne vision sans correction dans le groupe d'âge le plus jeune (12 à 19 ans) était d'environ 80 % chez les hommes et de 70 % chez les femmes; après 50 ans, il se situait entre 20 % et 30 %.

La courbe des personnes ayant un problème de vision corrigé est pratiquement l'inverse de celle de la bonne vision sans correction, puisque le problème de vision non corrigée est rare, sauf chez le groupe d'âge le plus âgé. Schieber¹¹ cite une étude américaine qui indique que 1 adulte sur 28 (environ 3,5 %) souffre d'une déficience visuelle, ce qui est conforme aux résultats de la présente étude pour les problèmes de vision non corrigés. Cette étude est également conforme à deux des études

canadiennes mentionnées dans l'introduction : Millar⁶ a constaté que 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont des « problèmes non corrigés », et Aljied *et al.*⁸ ont constaté que 6 % des personnes âgées de 45 ans et plus ont une « déficience visuelle », alors que la présente étude montre que 4,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont un « problème de vision non corrigé ».

En ce qui concerne les groupes d'âge les plus âgés, plusieurs études montrent que les problèmes visuels deviennent plus fréquents avec l'âge. Chader et Taylor¹² mentionnent les problèmes suivants : yeux secs, cataractes (opacification du cristallin), glaucome (lésion progressive du nerf optique, ce qui entraîne une perte irréversible de la vue), maculopathie (qui devient une dégénérescence maculaire liée à l'âge), complications oculaires liées au diabète et basse vision. Ces problèmes oculaires sont qualifiés de « non corrigés » parce qu'ils ne peuvent pas être corrigés avec des lentilles. Cependant, certains d'entre eux peuvent être corrigés par d'autres moyens : les cataractes peuvent être soignées par une chirurgie et le glaucome peut être contrôlé avec des médicaments s'il est détecté assez tôt.

En 2020, aucun des trois déterminants sociaux de la santé analysés n'avait une relation claire avec le pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction.

- Statut d'immigrant : Le fait que, pour les personnes âgées de 12 à 69 ans, la valeur la plus élevée de ce pourcentage en 2020 soit observée chez les immigrants récents peut être une illustration de l'effet de la « sélection d'immigrants en bonne santé », qui fait en sorte que, en moyenne, la santé d'un immigrant est meilleure que celle de ses pairs non immigrants, mais se détériore au fil de la durée de leur séjour dans leur nouveau pays¹³. Par rapport à 2000, les pourcentages en 2020 étaient significativement plus élevés dans la plupart des combinaisons de strates de sexe, d'âge et de statut d'immigrant.
- Scolarité : Le pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction présente une relation ambiguë avec le niveau de scolarité du ménage. Il diminue avec le niveau de scolarité des deux strates d'âge les plus jeunes chez les hommes, mais il augmente pour les deux strates d'âge les plus âgées chez les femmes. Cependant, aucun de ces gradients n'est significatif. Par rapport à 2000, les pourcentages de 2020 étaient significativement plus élevés pour la plupart des combinaisons de strates de sexe, d'âge et de niveau de scolarité.
- Revenu du ménage : Le pourcentage de personnes ayant une bonne vision autodéclarée sans correction est similaire dans tous les quintiles de revenu en 2020, contrairement aux résultats de Jaggernath *et al.*⁵. Cependant, ces auteurs ont examiné cette question partout dans le monde et avec des données mesurées; par conséquent, leurs résultats ne sont pas comparables à ceux trouvés pour la présente étude. Dans cette étude, les variations entre 2000 et 2020 étaient peu informatives : seulement environ 60 % de toutes les combinaisons de strates de sexe, d'âge et de quintile de revenu ont montré une variation positive.

Comparée à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV)⁸, la présente étude affiche plusieurs différences, ce qui rend la comparaison des résultats plus

difficile. L'une des forces de l'ELCV était que l'acuité visuelle était mesurée par un évaluateur formé, tandis que dans l'ESCC, la santé oculaire — comme toutes les autres variables — est autodéclarée. D'autres différences entre les enquêtes représentent des avantages relatifs pour la présente étude par rapport à l'ESLC. Premièrement, l'ESCC utilise des données nationales (au lieu des données recueillies dans 11 zones urbaines de 7 provinces) sur une population âgée de 12 ans et plus (au lieu des personnes âgées de 45 à 85 ans). Deuxièmement, les données de l'ESCC s'étendent sur 20 ans, comparativement à une collecte unique de 4 ans pour l'ELCV.

Les limites de cette étude sont celles de toute étude où les données sont autodéclarées, comme c'est le cas pour l'ESCC. De plus, en 2015, cette enquête a subi d'importantes modifications liées aux variables mesurées, à la représentativité des provinces et au mode de collecte¹⁴, entre autres choses. Cela pourrait avoir une incidence sur la comparabilité des résultats avant et après 2015. En effet, selon les concepteurs de l'enquête, « il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les estimations pour ces années [avant et après le remaniement de 2015]. Même les estimations dérivées du contenu qui est demeuré inchangé sont assujetties aux répercussions possibles des autres changements majeurs apportés à l'enquête [...] et ne sont pas nécessairement comparables aux cycles antérieurs. »¹⁴ Cette contrainte semble cruciale pour la validité de l'étude. Toutefois, la tendance observée de 2000 à 2014 s'est étendue à la période 2015 à 2020 sans discontinuité, ce qui renforce la conclusion selon laquelle la santé oculaire s'est généralement améliorée de 2000 à 2020. En outre, les données de 2020 pourraient être biaisées en raison d'un taux plus élevé de non-réponse causé par la pandémie de COVID-19, mais pour cette année, aucune discontinuité n'a été observée.

L'ESCC est une riche source de données; toutefois, elle est limitée par le fait qu'il n'y a pas de questions récentes sur l'accès aux spécialistes de la vue, la réfraction oculaire mesurée (plutôt qu'autodéclarée) et l'utilisation des appareils électroniques. Pour de telles variables, les recherches futures pourraient utiliser d'autres sources de données comme l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé afin qu'une comparaison des variables mesurées sur la santé oculaire avec les mesures autodéclarées de la santé oculaire puisse être effectuée, malgré un échantillon plus petit.

Références

1. P.M. Cumberland et J.S. Rahi, « Visual Function, Social Position, and Health and Life Chances – The UK Biobank Study », *JAMA Ophthalmol*, 134(9), 2016, p. 959-966. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1778.
2. A. Négi A et S.A. Vernon, « An overview of the eye in diabetes », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 2003, p. 266-272.
3. T. Wong, P. Mitchell, « The eye in hypertension », *Lancet*, 369, 2007, p. 425-435.
4. A.P. Polednak et J.T. Flannery, *Cancer Supplement*, 75(1), 1995.
5. J. Jaggernath, L. Øverland, P. Ramson *et al.*, « Poverty and eye health », *Health*, 6, 2014, p. 1849-1860. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.614217>.
6. W.J. Millar, « Problèmes de vision chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(1), 2004.
7. Y. Jin, G. Trope, « Eye care utilization in Canada: disparity in the publicly funded healthcare system », *Journal canadien d'ophtalmologie*, 46(2), 2011, p. 133-138.
8. R. Aljied, M.J. Aubin, R. Buhrmann *et al.*, « Prevalence and determinants of visual impairment in Canada: cross-sectional data from the Canadian Longitudinal Study on Aging », *Journal canadien d'ophtalmologie*, 53(3), 2018, p. 291-297.
9. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*. Disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226
10. J. Horsman, W. Furlong, D. Feeny, G. Torrance. « The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications », *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 2003, p. 54.
11. F. Schieber, « Vision and aging », dans *The Handbook of the Psychology of Aging, Sixth Edition*, publié sous la direction J.E. Birren, K. et Warner Schaie, Elsevier, 2006.
12. G. J. Chader et A. Taylor, « Preface: the aging eye: normal changes, age-related diseases, and sight-saving approaches », *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 54(14), 2013.
13. C. Lui et E. Ng, « Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 2019.
14. Statistique Canada. *Remaniement de 2015 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle*. Document interne.