

Rapports sur la santé

Facteurs sociodémographiques et endogènes associés à l'accès aux soins oculaires au Canada, 2016 à 2019

par Philippe Finès

Date de diffusion : le 21 décembre 2022



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

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 le Roi du chef du Canada, représenté 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.

Facteurs sociodémographiques et endogènes associés à l'accès aux soins oculaires au Canada, 2016 à 2019

par Philippe Finès

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201200003-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Les soins oculaires sont importants, mais on n'en fait pas toujours la promotion autant que d'autres aspects de la santé. La consultation d'un professionnel des soins oculaires est effectuée lorsqu'un besoin, une incitation, un accès et une disponibilité sont présents.

Données et méthodologie

Des données des cycles 5 et 6 (2016 à 2019) de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé ont été utilisées. Les variables analysées étaient liées aux caractéristiques sociodémographiques, à l'état de santé général, au comportement et à la santé oculaire. Les estimations ont été obtenues à l'aide de poids d'enquête et les intervalles de confiance à 95 % ont été obtenus à l'aide de poids bootstrap.

Résultats

De 2016 à 2019, 75 % des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète ont consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente. Pour les personnes sans diagnostic de diabète, le taux a varié de : 57 % chez les personnes âgées de 6 à 18 ans, 40 % chez les personnes âgées de 19 à 64 ans et 63 % chez les personnes âgées de 65 à 79 ans. Pour les personnes âgées de 6 à 64 ans, le port de lunettes et l'accès à un médecin de famille étaient les principaux facteurs associés à la consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente. Chez les personnes âgées de 65 à 79 ans, les facteurs les plus importants étaient les cataractes, le sexe, l'état matrimonial et la qualité de vie perçue.

Interprétation

Même si le port de lunettes ou le fait d'être atteint d'une maladie oculaire est associé à la consultation d'un professionnel des soins oculaires, la présente étude a mis en lumière d'autres facteurs connexes émergents, à savoir l'accès à un médecin de famille pour les personnes âgées de 6 à 64 ans et une qualité de vie perçue excellente ou très bonne pour les personnes âgées de 65 à 79 ans.

Mots-clés

accès à un médecin de famille; diabète; Enquête canadienne sur les mesures de la santé; lunettes; qualité de vie; santé oculaire

AUTEUR

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

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- L'accès aux soins oculaires est essentiel, mais on n'en fait pas toujours la promotion adéquatement.
- Le diabète est un déterminant important des besoins en matière de soins oculaires .
- Les recommandations relatives à la consultation d'un professionnel des soins oculaires varient selon l'âge et la présence ou l'absence de diabète.

Ce qu'apporte l'étude

- De 2016 à 2019, 75 % des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète avaient consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente; ce pourcentage ne varie pas selon l'âge, le sexe ou toute autre variable.
- Le port de lunettes a été associé au fait d'avoir consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente.
- Pour les personnes âgées de 6 à 64 ans n'ayant pas reçu de diagnostic de diabète, avoir accès à un médecin de famille était associé au fait d'avoir consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente.
- Pour les personnes de 65 à 79 ans n'ayant pas reçu de diagnostic de diabète, la présence d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge, de cataractes et la qualité de vie perçue étaient associées au fait d'avoir consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente.

La santé oculaire est un indicateur de la santé en général et de la qualité de vie en particulier¹. Un examen complet de la vue, qui a l'avantage d'être non invasif, peut permettre de détecter des maladies potentielles pouvant être confirmées plus tard au moyen d'un examen plus précis. En général, les problèmes de vision ou les maladies oculaires augmentent le besoin de soins oculaires. Les professionnels des soins oculaires sont donc d'importants fournisseurs de soins de santé. La plupart des lignes directrices recommandent de passer un examen de la vue une fois par an pour les personnes âgées de 6 à 18 ans ou de 65 ans et plus, ainsi que pour les personnes atteintes de diabète ou d'une maladie oculaire. Pour les personnes en bonne santé âgées de 19 à 64 ans, une consultation tous les deux ans est considérée comme suffisante.

Toutefois, on ne fait pas toujours la promotion des soins oculaires. Pour Hayden, la promotion en matière de santé oculaire se compare défavorablement à la promotion dans d'autres domaines de la santé publique ou de la santé, comme la saine alimentation, l'exercice physique et la santé buccodentaire par les membres de la collectivité². De plus, selon cet auteur, le faible niveau de sensibilisation, en général, à la santé oculaire a pour conséquence que la plupart des gens ne se présentent pas à un examen de la vue à titre de mesure préventive; la présence à cet examen est principalement motivée par la demande dictée par des symptômes.

Les gens consultent un professionnel des soins oculaires lorsque les deux ensembles de facteurs suivants sont satisfaits.

1. Facteurs endogènes, c'est-à-dire liés à la santé de la personne
 - Les personnes atteintes de diabète doivent consulter régulièrement un professionnel des soins oculaires. En 2019, dans le cadre de l'Enquête sur la santé

dans les collectivités canadiennes (ESCC), on a estimé que 7,8 % de la population âgée de 15 ans et plus était atteinte de diabète. Cette affection est un facteur de risque de dégénérescence visuelle³, ce qui devrait donc constituer une incitation importante à consulter un professionnel des soins oculaires. C'est la raison pour laquelle un diagnostic de diabète a été pris en compte dans des études antérieures sur la santé oculaire^{4, 5}.

- Les personnes atteintes d'une maladie oculaire doivent également consulter régulièrement un professionnel des soins oculaires. L'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) a par exemple montré qu'en 2020, 17 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient des cataractes, 6 % avaient un glaucome, 8 % avaient une rétinopathie diabétique et 7 % avaient une dégénérescence maculaire liée à l'âge.
 - N'importe qui peut être incité à consulter régulièrement un professionnel des soins oculaires par son médecin de famille, même en l'absence de toute indication. En effet, la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires peut dépendre d'une vision imparfaite, d'une comorbidité ou de comportements à risque, comme l'usage du tabac, qui est lié à une perte de vision⁶.
2. Facteurs exogènes, c'est-à-dire liés à l'accessibilité du professionnel des soins oculaires. L'accessibilité est obtenue lorsque des professionnels des soins oculaires sont présents dans le quartier et qu'ils instaurent un délai d'attente relativement court et un coût abordable.

- On s'attendait à ce que la demande en professionnels des soins oculaires augmente par rapport à 2007. On a estimé qu'entre 2000 et 2010, le nombre de patients atteints de cataracte nécessitant une chirurgie⁷ augmenterait de 13%, et des projections épidémiologiques subséquentes indiquaient que le nombre de patients atteints de problèmes oculaires chroniques, comme le glaucome, augmenterait de 50 % d'ici 2020.
- On a constaté une variation régionale significative du nombre de fournisseurs de soins oculaires qui indique que la capacité des Canadiens de consulter un fournisseur de soins oculaires dépend de l'endroit où ils vivent, ce qui est contraire à la *Loi canadienne sur la santé*⁸. Par conséquent, la disponibilité des soins n'est pas uniforme à l'échelle du Canada. Par exemple, le fait de vivre dans une région éloignée où le professionnel des soins oculaires n'est pas toujours présent, mais vient en visite, peut nuire à l'accès aux soins oculaires ; cela est particulièrement vrai pour les collectivités autochtones éloignées⁹. De plus, les établissements de soins de longue durée ne donnent pas toujours accès à des soins oculaires¹⁰.
- La rapidité est essentielle pour les soins oculaires. Une étude australienne a démontré que dans un nouveau protocole, le temps d'attente médian entre l'aiguillage et le premier rendez-vous était passé de 118 à 53 jours¹¹. Le temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte¹² présente un intérêt particulier.
- En ce qui concerne l'abordabilité, il convient de mentionner que les soins oculaires ne sont pas couverts universellement par les programmes d'assurance-maladie provinciaux. Selon van Staden, bien que toutes les provinces offrent une couverture d'assurance pour les services de soins oculaires « médicalement nécessaires », la couverture pour les examens ophtalmologiques de routine est habituellement limitée à des groupes désignés¹³. En bref, la santé oculaire est importante, mais l'accès aux soins oculaires n'est pas offert à tous. Pour les personnes vivant dans des provinces où l'accès aux soins oculaires n'est pas couvert par un programme provincial d'assurance-maladie, l'accès à une assurance-maladie (privée) pourrait, par conséquent, jouer un rôle.

Les enquêtes récentes sur la santé oculaire sont rares et se limitent à certaines populations ou à des examens particuliers. Par exemple, dans le cadre de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019, on a demandé si les enfants et les jeunes âgés de 1 an à 17 ans avaient besoin des services d'un optométriste ou en avaient reçu plutôt que de consulter un professionnel des soins oculaires. Dans l'ESCC, on a demandé à un sous-échantillon de répondants ayant déclaré être atteints

de diabète s'ils avaient eu une dilatation des pupilles au cours d'un examen de la vue. De plus, dans le cadre de l'ECSCA, des questions ont été posées sur des problèmes oculaires particuliers, mais pas sur les soins oculaires. C'est seulement dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) que l'on a posé récemment des questions sur la consultation d'un professionnel des soins oculaires par la population âgée de 6 à 79 ans.

Bien que les facteurs endogènes et exogènes soient tous deux importants pour les soins oculaires, l'objectif de la présente étude reposant sur les cycles 5 et 6 de l'ECMS était de déterminer les facteurs endogènes et sociodémographiques associés à la consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente.

Données et méthodologie

Enquête canadienne sur les mesures de la santé

L'ECMS est une enquête transversale permanente dans le cadre de laquelle on échantillonne des ménages de cinq régions canadiennes (les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique). Les participants fournissent des données démographiques et socioéconomiques ainsi que des renseignements sur leur santé et leur mode de vie lors d'une interview en personne ayant lieu à domicile et assistée par ordinateur, puis d'une visite à un centre d'examen mobile où des mesures physiques directes sont recueillies. Sont exclus du champ de l'ECMS les membres à temps plein des Forces canadiennes, les résidents des trois territoires, de réserves de Premières Nations, d'autres peuplements autochtones et de certaines régions éloignées, ainsi que les résidents d'établissements institutionnels, comme les établissements de soins infirmiers. Ensemble, ces exclusions représentent environ 4 % de la population cible. La présente étude a été effectuée à l'aide des données du cycle 5 (2016 à 2017) et du cycle 6 (2018 à 2019).

Le résultat de l'analyse consistait à déterminer si le répondant avait consulté un professionnel des soins oculaires (ophtalmologiste ou optométriste) au cours de l'année précédente. Les ophtalmologistes sont des médecins formés pour diagnostiquer les maladies oculaires et pour les traiter à l'aide de médicaments, d'un laser ou d'une chirurgie; les optométristes ne sont pas des médecins, mais ils sont formés pour diagnostiquer les maladies oculaires courantes et ont le droit de prescrire certains médicaments. Les variables potentiellement explicatives du résultat peuvent être regroupées en trois ensembles : les variables sociodémographiques, l'état de santé et le comportement général, et la santé oculaire; ces deux derniers comprennent les facteurs endogènes décrits dans l'introduction. Il convient également de tenir compte du cycle.

Variables sociodémographiques

Le sexe a été déclaré comme étant masculin ou féminin. Les strates d'âge étaient les suivantes, en années : 6 à 11 ans, 12 à 18 ans, 19 à 26 ans, 27 à 35 ans, 36 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans et 65 à 79 ans. Les analyses ont été réalisées

séparément selon l'âge parce que les variables n'étaient pas recueillies pour tous les âges, les lignes directrices n'étaient pas les mêmes pour tous les âges et la santé oculaire diminue avec l'âge¹⁴. La population a, par conséquent, été divisée en trois groupes d'âge : 6 à 18 ans, 19 à 64 ans et 65 à 79 ans.

Tableau 1
Consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 6 à 79 ans ayant reçu un diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

Caractéristiques	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
Total	74,5	69,8	78,7
Cycle			
5	75,1	68,3	80,9
6	73,8	66,9	79,7
Variables sociodémographiques			
Sexe			
Hommes	74,5	68,9	79,5
Femmes	74,5	65,5	81,8
Âge			
6 à 18 ans	76,9 ^E	21,2	97,6
19 à 64 ans	72,4	65,1	78,6
65 à 79 ans	77,8	71,3	83,2
État matrimonial			
Personnes mariées ou en union libre	77,9	71,4	83,3
Personnes veuves, séparées ou divorcées	66,6	52,7	78,0
Personnes célibataires, jamais mariées [†]	68,2	49,0	82,8
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage			
Sans diplôme d'études secondaires	68,6 ^E	43,5	86,1
Diplôme d'études secondaires	65,1	53,8	74,9
Études postsecondaires	79,8	74,1	84,5
Manquant	F	...	...
Revenu du ménage			
Moins de 60 000 \$	64,8	55,7	72,9
De 60 000 \$ à moins de 100 000 \$	77,8	65,8	86,5
De 100 000 \$ à moins de 150 000 \$	78,6	64,8	88,0
150 000 \$ ou plus	88,7	78,0	94,5
Population appartenant à un groupe racisé			
Population racisée	78,3	64,1	88,0
Population non racisée et non autochtone	72,8	66,6	78,3
Manquant	80,4	51,3	94,1
Identité autochtone			
Autochtones [‡]	80,4	51,3	94,1
Non-Autochtones	74,3	69,9	78,2
Statut d'immigrant			
Immigrants	76,4	64,1	85,5
Non-immigrants	73,4	67,7	78,4

... n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

[†] catégorie de référence

[‡] L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans la présente publication. Le terme « minorité visible » désigne l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

Tableau 1
Consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 6 à 79 ans ayant reçu un diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019 (suite)

Caractéristiques	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
État de santé et comportement général			
Accès à un médecin de famille			
Oui	75,2	70,6	79,3
Non	62,1 ^E	27,7	87,5
Qualité de la vie perçue			
Excellente ou très bonne	81,3	73,9	87,0
Bonne	69,3	60,3	77,0
Passable ou mauvaise	58,7 ^E	34,7	79,2
Manquant	79,5 ^E	19,0	98,5
Autoévaluation de la santé			
Excellente ou très bonne	79,0	63,5	89,1
Bonne	75,5	66,5	82,8
Passable ou mauvaise	69,2	56,2	79,7
Auto-évaluation de la santé mentale			
Excellente ou très bonne	79,5	73,2	84,7
Bonne	70,9	51,6	84,7
Passable ou mauvaise	62,1 ^E	39,8	80,2
Manquant	79,5 ^E	19,0	98,5
Usage du tabac			
Consommation quotidienne	64,3	45,5	79,6
Consommation occasionnelle	89,8 ^E	1,9	100,0
Non-fumeurs	75,8	70,3	80,6
Manquant	F	...	...
Consommation d'alcool			
Consommation régulière	71,3	63,7	77,9
Consommation occasionnelle	81,8	68,2	90,4
Anciens buveurs	67,9	53,4	79,5
N'a jamais bu	86,7	50,7	97,6
Manquant	F	...	...
Santé oculaire			
Port de lunettes ou de verres de contact			
Oui	76,8	70,8	81,9
Non	60,4	43,8	74,9

... n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

[†] catégorie de référence

[‡] L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans la présente publication. Le terme « minorité visible » désigne l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

L'état matrimonial comprend trois catégories : les personnes mariées ou en union libre; les personnes veuves, séparées ou divorcées; les personnes célibataires, jamais mariées. Toutefois, la catégorie des personnes âgées de 6 à 18 ans veuves, séparées ou divorcées n'a pas été déclarée. Le niveau de scolarité le plus élevé du ménage comprend quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires et une catégorie « valeur manquante ». Le revenu du ménage a été classé en quatre catégories : revenu

inférieur à 60 000 \$, revenu de 60 000 \$ à moins de 100 000 \$, revenu de 100 000 \$ à moins de 150 000 \$ et revenu de 150 000 \$ ou plus. Le nombre de catégories a ensuite été réduit dans certains modèles de régression logistique (voir plus loin).

En raison de la taille limitée de l'échantillon, la population appartenant à un groupe racisé a été dichotomisée en population racisée et en population non racisée et non autochtone; l'identité autochtone a été dichotomisée en Autochtones (personnes ayant

Tableau 2

Consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, selon que la personne est atteinte d'autres maladies oculaires et atteinte ou non de diabète, population à domicile âgée de 65 à 79 ans, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

Maladie oculaire	Diabète				Pas de diabète			
	Pourcentage de personnes atteintes d'une maladie oculaire	Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents	Intervalle de confiance à 95 %		Pourcentage de personnes atteintes d'une maladie oculaire	Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à
	%	%			%	%		
Glaucome								
Oui	5,2	96,5	66,5	99,7	4,9	84,9	65,6	94,3
Non	94,8	76,8	69,9	82,5	95,1	61,5	56,8	65,9
Rétinopathie diabétique								
Oui	6,7	100,0	100,0	100,0				
Non	93,3	76,2	69,7	81,7	100,0	62,6	57,9	67,1
Dégénérescence maculaire liée à l'âge								
Oui	7,2	100,0	100,0	100,0	3,3	89,4	77,2	95,4
Non	92,8	76,1	68,9	82,0	96,7	61,7	56,8	66,3
Cataractes								
Oui	50,8	90,3	77,5	96,2	36,3	79,0	71,3	85,0
Non	49,2	64,8	54,1	74,3	63,7	53,3	46,1	60,3

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

déclaré être Autochtones, c'est-à-dire être membres d'une Première Nation vivant hors réserve, Métis ou Inuit) et en Non-Autochtones ; le statut d'immigrant a été dichotomisé en non-immigrants (personnes nées au Canada) et en immigrants (personnes non nées au Canada).

État de santé et comportement général

On a demandé aux répondants s'ils avaient le diabète en commençant par un préambule dans lequel on mentionnait d'indiquer des problèmes diagnostiqués par un professionnel de la santé. On a considéré comme diabétiques les personnes ayant répondu « Oui » plutôt que de tenir compte de mesures de la concentration sanguine d'hémoglobine glyquée HbA1c supérieures à un certain seuil, car seules les personnes conscientes d'un problème de santé peuvent suivre les recommandations qui y sont associées.

Des renseignements sur le fait d'avoir un médecin de famille (oui ou non) ont été recueillis. On a utilisé trois variables permettant de saisir le concept d'état de santé général et pour lesquelles des données ont été recueillies. Ces variables correspondaient à des données autodéclarées, mais contrairement aux autres variables de la présente étude, elles ne peuvent pas être validées ni vérifiées à l'aide d'autres sources. Ces variables étaient la qualité de vie perçue, la santé autoévaluée et la santé mentale autoévaluée; elles ont toutes été classées comme étant excellentes ou très bonnes; bonnes; passables ou mauvaises. Parmi ces trois variables, seules les données sur l'autoévaluation de la santé ont été recueillies chez les enfants âgés de 6 à 11 ans et seule la qualité de vie perçue a été utilisée dans les modèles de régression logistique (voir plus loin).

Des données liées à deux comportements ont été recueillies. L'usage du tabac comptait trois catégories : l'usage quotidien

du tabac, l'usage du tabac à l'occasion et le fait d'être non-fumeurs. La consommation d'alcool présentait quatre catégories : la consommation régulière (au moins une fois par mois), la consommation occasionnelle (moins d'une fois par mois), le fait d'être un ancien buveur; le fait de n'avoir jamais bu.

Santé des yeux

On a demandé à tous les répondants s'ils portaient des lunettes ou des verres de contact. Les réponses valides à cette question sur les verres correcteurs (désignés comme « lunettes » par la suite dans cet article) étaient « Oui » ou « Non ».

Pour les personnes âgées de 65 à 79 ans, des données relatives à quatre variables autodéclarées liées aux maladies oculaires (glaucome, rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge [DMLA] et cataractes) ont été recueillies; leurs catégories étaient « Oui » (si la personne avait déjà eu la maladie) ou « Non » (autrement).

Méthodes

Des analyses ont été effectuées pour quatre groupes. Tous les répondants ayant reçu un diagnostic de diabète ont été inclus dans un groupe; ceux n'ayant pas reçu ce diagnostic ont été répartis selon les trois strates d'âge susmentionnées : 6 à 18 ans, 19 à 64 ans et 65 à 79 ans. Des tableaux croisés du résultat et de chacune des variables prédictives ont été produits. Une variable a été jugée statistiquement significative lorsque les intervalles de confiance (IC) à 95 % de ses catégories ne se chevauchaient pas. Des modèles de régression logistique ont ensuite été exécutés pour déterminer les variables associées au résultat. Une condition particulière de l'ECMS exige qu'aucun modèle ne contienne plus de 22 degrés de liberté (11 par cycle, soit 22

au total). Par conséquent, certaines catégories ont été regroupées pour certains modèles. Une catégorie est considérée comme statistiquement significative si l'IC de son rapport de cotes exprimant le risque ne contenait pas 1.

Tous les résultats ont été produits à l'aide du logiciel SAS (version 9.4) et des procédures SUDAAN exécutables par SAS. Toutes les estimations ont été calculées à l'aide de poids d'enquête et leurs IC ont été obtenus à l'aide de poids bootstrap.

Tableau 3

Consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques et certains groupes d'âge, population à domicile âgée de 6 à 79 ans sans diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

Caractéristiques	Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents								
	6 à 18 ans			19 à 64 ans			65 à 79 ans		
	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Total	56,9	53,6	60,0	40,3	37,5	43,2	62,6	57,9	67,1
Cycle									
5	58,6	53,8	63,3	40,3	36,0	44,8	69,4	65,5	73,0
6	55,1	50,3	59,9	40,3	36,6	44,2	57,2	49,9	64,2
Variables sociodémographiques									
Sexe									
Hommes	52,5	48,3	56,6	37,0	33,4	40,7	52,2	45,6	58,8
Femmes	61,3	56,7	65,8	43,6	39,3	48,0	71,2	64,8	76,7
Âge									
6 à 11 ans	59,5	55,3	63,5	...	...	...	...	...	...
12 à 18 ans	54,6	51,2	58,0	...	...	...	...	...	...
19 à 26 ans	...	...	...	30,6	25,2	36,7	...	...	...
27 à 35 ans	...	...	...	31,2	26,6	36,2	...	...	...
36 à 44 ans	...	...	...	38,0	33,9	42,2	...	...	...
45 à 54 ans	...	...	...	48,6	42,8	54,5	...	...	...
55 à 64 ans	...	...	...	50,4	43,3	57,6	...	...	...
État matrimonial									
Personnes mariées ou en union libre	100,0	100,0	100,0	43,5	39,9	47,3	60,5	54,0	66,7
Personnes veuves, séparées ou divorcées	...	...	...	45,9	38,1	54,0	73,2	65,5	79,8
Personnes célibataires, jamais mariées	56,7	53,4	59,9	32,0	27,4	36,9	41,6 ^E	25,5	59,6
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage									
Sans diplôme d'études secondaires	27,5 ^E	14,0	46,7	25,5 ^E	14,4	41,1	59,7	47,7	70,7
Diplôme d'études secondaires	51,3	42,5	60,0	31,5	25,5	38,1	62,8	47,0	76,2
Études postsecondaires	58,0	54,4	61,6	41,6	38,0	45,3	62,7	57,9	67,2
Manquant	65,8	45,3	81,7	53,2 ^E	29,8	75,3	65,0 ^E	31,2	88,4
Revenu du ménage									
Moins de 60 000 \$	47,2	40,7	53,8	35,4	31,1	40,0	56,7	48,2	64,8
De 60 000 \$ à moins de 100 000 \$	54,4	48,0	60,6	34,6	30,3	39,3	69,4	61,5	76,2
De 100 000 \$ à moins de 150 000 \$	59,6	52,7	66,3	45,2	39,8	50,7	70,6	59,8	79,5
150 000 \$ ou plus	64,6	59,7	69,3	47,5	42,2	52,9	60,8	43,0	76,1
Population appartenant à un groupe racisé									
Population racisée	55,3	48,6	61,9	39,2	33,7	44,9	63,3	49,6	75,2
Populations non racisées et non autochtones	58,2	54,5	61,8	41,5	38,1	45,0	63,4	58,3	68,3
Manquant	50,2	39,4	61,1	29,0 ^E	17,9	43,3	F	...	...
Identité autochtone									
Autochtones [‡]	50,0	39,1	61,0	28,9 ^E	17,8	43,3	F	...	...
Non-Autochtones	57,2	54,0	60,3	40,8	37,9	43,7	63,4	58,7	67,8
Statut d'immigrant									
Immigrants	50,6	41,8	59,3	36,9	32,4	41,6	62,7	53,7	70,8
Non-immigrants	58,1	54,6	61,5	42,0	38,7	45,3	62,6	56,6	68,2

... n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

[‡] L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans la présente publication. Le terme « minorité visible » désigne l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Cycles 5 et 6 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Tableau 3

Consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques et certains groupes d'âge, population à domicile âgée de 6 à 79 ans sans diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019 (suite)

Caractéristiques	Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents								
	6 à 18 ans			19 à 64 ans			65 à 79 ans		
	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
État de santé et comportement général									
Accès à un médecin de famille									
Oui	59,0	55,6	62,3	43,6	40,6	46,7	63,7	58,5	68,6
Non	38,6	30,0	48,0	26,4	21,5	32,0	46,4 ^E	24,2	70,2
Qualité de la vie perçue									
Excellente ou très bonne	55,0	51,8	58,2	43,0	39,1	47,0	66,9	60,8	72,5
Bonne	52,4	41,1	63,5	35,3	30,5	40,5	56,6	49,0	64,0
Passable ou mauvaise	75,9	49,4	91,1	33,1	24,2	43,5	37,2 ^E	20,0	58,5
Manquant	...	...	...	F	...	...	F	...	...
Autoévaluation de la santé									
Excellente ou très bonne	58,3	54,9	61,7	42,8	39,2	46,6	62,5	56,7	67,9
Bonne	52,0	45,6	58,4	37,4	33,7	41,3	67,5	59,5	74,6
Passable ou mauvaise	54,4	39,8	68,2	36,1	29,0	44,0	51,1	38,2	63,9
Auto-évaluation de la santé mentale									
Excellente ou très bonne	55,8	52,6	58,9	42,2	38,4	46,2	63,9	57,5	69,8
Bonne	52,0	43,2	60,7	35,3	29,9	41,1	63,8	55,7	71,2
Passable ou mauvaise	58,1	42,9	71,9	41,1	33,7	48,9	51,4 ^E	32,1	70,3
Manquant	58,9	54,6	63,0	F	...	...	F	...	...
Usage du tabac									
Consommation quotidienne	42,4 ^E	20,1	68,3	32,1	26,5	38,4	51,8	40,6	62,8
Consommation occasionnelle	49,4 ^E	28,3	70,7	26,6 ^E	18,1	37,3	89,6	41,6	99,1
Non-fumeurs	55,0	51,4	58,6	42,2	39,1	45,4	63,3	58,2	68,2
Manquant	59,4	55,3	63,5	...	...	...	...	...	...
Consommation d'alcool									
Consommation régulière	51,8	43,2	60,3	41,3	37,8	44,9	62,8	55,8	69,3
Consommation occasionnelle	55,2	46,6	63,5	38,6	32,2	45,5	64,1	51,2	75,3
Anciens buveurs	58,6 ^E	38,3	76,3	35,7	25,6	47,1	60,4	48,5	71,2
N'a jamais bu	55,2	50,2	60,1	38,9	30,5	48,0	63,0	42,6	79,6
Manquant	59,3	55,1	63,3	F	...	...	...	...	...
Santé oculaire									
Port de lunettes ou de verres de contact									
Oui	79,7	73,1	85,0	51,6	47,7	55,4	63,8	59,3	68,1
Non	47,2	43,4	51,0	21,9	18,5	25,6	49,6	34,1	65,1

... n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

† L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans la présente publication. Le terme « minorité visible » désigne l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, on entend par minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Cycles 5 et 6 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Tous les poids d'enquête et les poids bootstrap ont été divisés par deux, parce que deux cycles de l'enquête ont été utilisés. Le signe « E » (pour « à utiliser avec prudence ») était attribué aux estimations pour lesquelles le coefficient de variation (CV) était supérieur à 16,6 % sans dépasser 33,3 %; les estimations pour lesquelles le CV était supérieur à 33,3 % n'étaient pas présentées, mais le signe « F » (pour « trop peu fiable pour être publié ») leur était attribué.

Résultats

Population ayant reçu un diagnostic de diabète

On estime que 1,9 million de Canadiens ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète de 2016 à 2019, ce qui représente 5,8 % de la population canadienne âgée de 6 à 79 ans. La proportion était de 0,5 % chez les personnes âgées de 6

à 18 ans, de 5,0 % chez les personnes âgées de 19 à 64 ans et de 16,6 % chez les personnes âgées de 65 à 79 ans. Au sein de cette population, le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente était de 75 %. Ce pourcentage ne variait pas selon le cycle, le sexe ou l'âge (voir le tableau 1).

Il existe un gradient, selon le revenu du ménage, du pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires, qui passe de 65 % pour celles dont le revenu du ménage était inférieur à 60 000 \$ à 89 % pour celles dont le revenu du ménage était de 150 000 \$ ou plus. Un pourcentage

plus élevé de personnes appartenant à une population racisée, à une population d'Autochtones (membres de Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuit) et à une population d'immigrants ont consulté un professionnel des soins oculaires par rapport à leurs homologues ne faisant pas partie de ces groupes, mais les différences n'étaient pas significatives. Pour chacune des trois variables sur l'état de santé général, un gradient positif (mais pas toujours significatif) a été observé pour le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires.

Tableau 4
Modèles de régression logistique de la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, population à domicile âgée de 6 à 18 ans sans diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

Caractéristiques	Rapport de cotes corrigé exprimant la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents			
	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		valeur de p
		de	à	
Variabiles sociodémographiques				
Sexe				
Hommes [†]	1,00	...	...	...
Femmes	1,35	1,04	1,74	0,02
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage				
Sans diplôme d'études secondaires [†]	1,00	...	...	...
Diplôme d'études secondaires	2,00	0,84	4,76	NS
Études postsecondaires	2,23	1,12	4,44	0,02
Manquant	3,38	1,09	10,45	0,03
Revenu du ménage				
Moins de 60 000 \$ [†]	1,00	...	...	...
De 60 000 \$ à moins de 100 000 \$	1,17	0,84	1,61	NS
De 100 000 \$ à moins de 150 000 \$	1,54	0,93	2,54	NS
150 000 \$ ou plus	1,95	1,19	3,22	0,01
Identité autochtone				
Autochtones [‡]	0,88	0,54	1,45	NS
Non-autochtones [†]	1,00	...	...	...
Statut d'immigrant				
Immigrants	0,88	0,54	1,43	NS
Non-immigrants [†]	1,00	...	...	...
État de santé et comportement général				
Accès à un médecin de famille				
Oui	2,10	1,36	3,24	<,001
Non [†]	1,00	...	...	...
Qualité de la vie perçue				
Excellente ou très bonne	0,25	0,06	0,99	<,05
Bonne	0,20	0,05	0,81	0,02
Passable ou mauvaise [†]	1,00	...	...	...
Manquant	0,13	0,02	0,97	0,05
Consommation d'alcool				
Consommation régulière	0,63	0,37	1,08	NS
Consommation occasionnelle ou ancienne	0,96	0,59	1,57	NS
N'a jamais bu [†]	1,00	...	...	...
Manquant	2,95	0,77	11,23	NS
Santé oculaire				
Port de lunettes ou de verres de contact				
Oui	5,63	3,65	8,70	<,001
Non [†]	1,00	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

[‡] L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : NS signifie « Non significatif ».

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

Les pourcentages de personnes âgées de 65 à 79 ans ayant reçu un diagnostic de diabète et ayant consulté un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente étaient plus élevés chez les personnes atteintes d'une maladie oculaire que chez celles qui n'en avaient pas. Les différences étaient significatives pour la rétinopathie diabétique (100 % pour les personnes atteintes et 76 % pour les autres), la DMLA (100 % pour les personnes atteintes et 76 % pour les autres) et les cataractes (90 % pour les personnes atteintes et 65 % pour les autres) (tableau 2). Aucune des variables incluses dans le modèle de régression logistique n'était associée de façon significative à l'issue d'intérêt (résultats non présentés).

Population sans diagnostic de diabète

Population âgée de 6 à 18 ans

De 2016 à 2019, environ 5,0 millions de Canadiens âgés de 6 à 18 ans n'ont pas déclaré de diagnostic de diabète. Au sein de cette population, le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires était de 57 % (tableau 3). Le pourcentage était considérablement plus élevé pour les filles (61 %, IC = 57 % à 66 %) que pour les garçons (52 %, IC = 48 % à 57 %). Le fait d'avoir un médecin de famille a été associé de façon significative au résultat (59 %, IC = 56 % à 62 %, par rapport à 39 % IC = 30 % à 48 % pour les personnes sans médecin de famille). Le port de lunettes était également un facteur significatif (80 %, IC = 73 % à 85 %, par rapport à 47 %, IC = 43 % à 51 % pour les personnes sans lunettes).

Dans le modèle de régression logistique, le port de lunettes (RC = 5,63, $p < 0,001$), le fait d'avoir un médecin de famille (RC = 2,10, $p < 0,001$) et le fait de vivre dans un ménage dont le revenu est de 150 000 \$ ou plus (rapport de cote [RC] = 1,95, $p = 0,01$) étaient les trois facteurs les plus importants associés au résultat (tableau 4). Le fait d'être une femme (RC = 1,35, $p = 0,02$) et le fait de vivre dans un ménage présentant un niveau de scolarité correspondant à des études postsecondaires (RC = 2,23, $p = 0,02$) étaient également associés de façon significative au résultat. Le fait d'avoir une excellente ou une très bonne qualité de vie perçue (RC = 0,25; $p < 0,05$) ou bonne (RC = 0,20; $p = 0,02$) était significativement associé à une probabilité plus faible du résultat.

Population âgée de 19 à 64 ans

Environ 21,6 millions de Canadiens âgés de 19 à 64 ans n'ont pas déclaré de diagnostic de diabète. Au sein de cette population, le pourcentage de personnes qui avaient consulté un professionnel des soins oculaires était de 40 % (tableau 3). Une association significative a été établie entre le fait d'avoir un médecin de famille et le fait de consulter un professionnel des soins oculaires (44 %, IC = 41 % à 47 %, comparativement à 26 %, IC = 22 % à 32 % pour ceux n'ayant pas de médecin de famille). Le port de lunettes était également un facteur significatif (52 %, IC = 48 % à 55 % comparativement à 22 %, IC = 19 % à 26 % pour ceux n'ayant pas de verres correcteurs).

Dans le modèle de régression logistique, le port de lunettes (RC = 3,49, $p < 0,001$) et le fait d'avoir un médecin de famille (RC = 1,75, $p < 0,001$) étaient les deux facteurs connexes les plus importants (tableau 5). Le fait de vivre dans un ménage dont le revenu est d'au moins 100 000 \$ était également associé positivement au résultat (RC = 1,26, $p = 0,02$). La déclaration d'une identité autochtone (RC = 0,47, $p = 0,01$) ou le fait d'être immigrant (RC = 0,65, $p = 0,04$) étaient associés négativement au résultat.

Population âgée de 65 à 79 ans

Environ 3,6 millions de Canadiens âgés de 65 à 79 ans n'ont pas déclaré de diagnostic de diabète. Au sein de cette population, le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel des soins oculaires était de 63 % (tableau 3). La proportion était beaucoup plus faible pour le cycle 6 (57 %, IC = 50 % à 64 %) comparativement au cycle 5 (69 %, IC = 65 % à 73 %) et beaucoup plus élevée pour les femmes (71 %, IC = 65 % à 77 %), comparativement aux hommes (52 %, IC = 46 % à 59 %). Le pourcentage de personnes qui avaient consulté un professionnel des soins oculaires était considérablement plus faible (61 %, IC = 54 % à 67 %) pour celles qui étaient mariées ou en union libre dans cette population que pour celles qui étaient veuves, séparées ou divorcées (73 %, IC = 65 % à 80 %).

Le fait d'avoir un médecin de famille présentait une association positive avec le résultat, mais contrairement aux autres groupes d'âge, elle n'était plus significative dans ce groupe d'âge; l'estimation pour l'absence d'un médecin de famille doit être utilisée avec prudence. Le pourcentage de personnes non atteintes de diabète dans ce groupe d'âge ayant consulté un professionnel des soins oculaires était plus élevé chez celles atteintes d'une maladie oculaire que chez les autres. Les différences étaient significatives pour la DMLA (89 %, IC = 77 % à 95 % pour les personnes atteintes et 62 %, IC = 57 % à 66 % pour les autres) et pour les cataractes (79 %, IC = 71 % à 85 % pour les personnes atteintes et 53 %, IC = 46 % à 60 % pour les autres) (tableau 2).

Dans le modèle de régression logistique, le cycle 6 présente une association négative importante avec le résultat (RC = 0,58, $p = 0,005$) (tableau 6). Le fait d'être une femme (RC = 1,66, $p = 0,01$) comparativement au fait d'être un homme, et le fait d'être veuf, séparé ou divorcé (RC = 3,47, $p = 0,005$) comparativement à être célibataire étaient tous deux associés de façon significative au résultat. Le fait de déclarer une excellente ou une très bonne qualité de vie perçue (comparativement à passable ou mauvaise) a présenté une association positive significative avec le résultat (RC = 4,37, $p = 0,01$). Le port de lunettes présente une association positive avec le résultat (RC = 1,53), mais elle n'était plus significative. Le glaucome, la DMLA et les cataractes étaient tous associés positivement de façon significative au résultat (RC = 3,35, 4,08 et 3,17 respectivement).

Tableau 5
Modèles de régression logistique de la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents, population à domicile âgée de 19 à 64 ans sans diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

	Rapport de cotes corrigé exprimant la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents			
	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		valeur de p
		de	à	
Variables sociodémographiques				
Sexe				
Hommes [†]	1,00	...	...	...
Femmes	1,03	0,80	1,33	NS
Âge				
19 à 44 ans [†]	1,00	...	...	...
45 à 64 ans	1,18	0,90	1,53	NS
État matrimonial				
Personnes mariées ou en union libre	1,20	0,97	1,49	NS
Personnes veuves, séparées ou divorcées	1,42	0,92	2,17	NS
Personnes célibataires, jamais mariées [†]	1,00	...	...	...
Manquant	0,11	0,01	1,76	NS
Regroupement du niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage				
Sans études postsecondaires [†]	1,00	...	...	...
Études postsecondaires	1,14	0,76	1,71	NS
Regroupement du revenu du ménage				
Moins de 100 000 \$ [†]	1,00	...	...	...
100 000 \$ ou plus	1,26	1,04	1,52	0,02
Identité autochtone				
Autochtones [‡]	0,47	0,27	0,82	0,01
Non-Autochtones [†]	1,00	...	...	...
Statut d'immigrant				
Immigrants	0,65	0,43	0,99	0,04
Non-immigrants [†]	1,00	...	...	...
État de santé et comportement général				
Accès à un médecin de famille				
Oui	1,75	1,36	2,25	<,001
Non [†]	1,00	...	...	...
Qualité de la vie perçue				
Excellente ou très bonne	1,16	0,71	1,90	NS
Bonne	0,88	0,50	1,56	NS
Passable ou mauvaise [†]	1,00	...	...	...
Manquant	0,88	0,05	13,96	NS
Usage du tabac				
Consommation quotidienne	0,81	0,60	1,09	NS
Consommation occasionnelle	0,68	0,45	1,03	NS
Non-fumeurs [†]	1,00	...	...	...
Consommation d'alcool				
Consommation régulière	0,90	0,54	1,49	NS
Consommation occasionnelle ou ancienne	0,78	0,44	1,39	NS
N'a jamais bu [†]	1,00	...	...	...
Manquant	0,66	0,04	11,07	NS
Santé oculaire				
Port de lunettes ou de verres de contact				
Oui	3,49	2,80	4,35	<,001
Non [†]	1,00	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

[‡] L'identité autochtone désigne les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.

Note : NS signifie « Non significatif ».

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

Discussion

La consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente est liée à des facteurs endogènes et exogènes. Les analyses effectuées dans le cadre de la présente

étude sont uniquement liées aux facteurs endogènes et à certaines variables sociodémographiques.

Pour la population âgée de 6 à 64 ans sans diagnostic de diabète, la principale variable associée au résultat était le port de lunettes. Néanmoins, 1 personne âgée de 6 à 18 ans portant

des lunettes sur 5 et près de la moitié de la population âgée de 19 à 64 ans portant des lunettes n'avait pas consulté de professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents.

Pour cette population, un revenu du ménage élevé est associé à l'issue. En plus des raisons pour lesquelles la consultation d'un professionnel des soins oculaires est nécessaire (diabète, maladie des yeux, comportements à risque), le rôle du médecin de famille est de promouvoir les soins oculaires, c'est-à-dire d'inciter les patients à consulter un professionnel des soins

Tableau 6
Modèles de régression logistique de la probabilité de consulter un professionnel des soins de la vue au cours des 12 mois précédents, population à domicile âgée de 65 à 79 ans sans diagnostic de diabète, Canada à l'exclusion des territoires, 2016 à 2019

Caractéristiques	Rapport de cotes corrigé exprimant la probabilité de consulter un professionnel des soins oculaires au cours des 12 mois précédents			valeur de p
	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		
		de	à	
Cycle				
5 [†]	1,00	...	...	...
6	0,58	0,40	0,85	0,005
Variables sociodémographiques				
Sexe				
Hommes [†]	1,00	...	...	...
Femmes	1,66	1,13	2,44	0,01
État matrimonial				
Personnes mariées ou en union libre	1,79	0,71	4,51	NS
Personnes veuves, séparées ou divorcées	3,47	1,47	8,23	0,005
Personnes célibataires, jamais mariées [†]	1,00	...	...	...
Regroupement du niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage				
Sans études postsecondaires [†]	1,00	...	...	...
Études postsecondaires	1,05	0,55	2,02	NS
Regroupement du revenu du ménage				
Moins de 100 000 \$ [†]	1,00	...	...	...
100 000 \$ ou plus	1,26	0,77	2,07	NS
État de santé et comportement général				
Accès à un médecin de famille				
Oui	1,35	0,48	3,79	NS
Non [†]	1,00	...	...	...
Qualité de la vie perçue				
Excellente ou très bonne	4,37	1,56	12,22	0,01
Bonne	2,56	0,92	7,10	NS
Passable ou mauvaise [†]	1,00	...	...	...
Manquant	0,66	0,03	15,27	NS
Usage du tabac				
Consommation quotidienne	0,61	0,30	1,26	NS
Consommation occasionnelle	6,36	0,74	54,60	NS
Non-fumeurs [†]	1,00	...	...	...
Consommation d'alcool				
Consommation régulière	0,93	0,33	2,63	NS
Consommation occasionnelle ou ancienne	1,05	0,39	2,79	NS
N'a jamais bu [†]	1,00	...	...	...
Santé oculaire				
Port de lunettes ou de verres de contact				
Oui	1,53	0,82	2,84	NS
Non [†]	1,00	...	...	...
Glaucome				
Oui	3,35	1,02	11,03	0,05
Non [†]	1,00	...	...	...
Dégénérescence maculaire liée à l'âge				
Oui	4,08	1,22	13,62	0,02
Non [†]	1,00	...	...	...
Cataractes				
Oui	3,17	1,60	6,27	<,001
Non [†]	1,00	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

Note : NS signifie « Non significatif ».

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 5 et 6.

oculaires à titre de mesure préventive. Les résultats observés dans le cadre de la présente étude confirment le rôle du médecin de famille en matière de santé oculaire pour les personnes âgées de 6 à 64 ans. Pour ce groupe, la deuxième variable en importance associée au résultat (outre le port de lunettes) est l'accès à un médecin de famille. Le fait que cette variable et le port de lunettes ne soient plus significatifs pour les personnes âgées de 65 à 79 ans (mais sont tout de même liés positivement au résultat) signifie que d'autres variables du modèle ont une plus grande importance. Les principales variables associées au résultat pour cette population étaient les femmes, les veuves, les personnes séparées ou les personnes divorcées et les personnes ayant déclaré un niveau élevé de qualité de vie perçue. Fait intéressant, l'association entre une qualité de vie excellente et très bonne et le résultat était varié selon l'âge chez les personnes n'ayant pas reçu de diagnostic de diabète : elle était négative chez les personnes âgées de 6 à 18 ans, non significative chez les personnes âgées de 19 à 64 ans et positive chez les personnes âgées de 65 à 79 ans.

Bien que la nécessité d'un meilleur accès aux soins oculaires soit évidente pour les personnes de tous âges, cela est particulièrement vrai pour le groupe le plus âgé. Seulement 65 % des personnes âgées de 65 à 79 ans (somme pondérée de 78 % ayant reçu un diagnostic de diabète et de 63 % sans ce diagnostic) se sont conformées à la recommandation de consulter un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente. Jin et Trope ont déclaré que pour leur étude, 41 % des répondants à l'ESCC de 2005 n'ont pas consulté de professionnel des soins oculaires⁴. Leurs conclusions concordent avec celles exposées dans le présent article, même s'ils ont utilisé une enquête différente. Kergoat et coll. soulignent que l'accès aux soins oculaires dans les établissements de soins de longue durée du Québec n'est pas toujours adéquat, surtout pour les personnes âgées ayant des problèmes cognitifs ou celles ne pouvant pas consulter un professionnel des soins oculaires¹⁰. Ils ont suggéré de demander à des professionnels des soins oculaires de visiter les établissements de soins de longue durée, plutôt que l'inverse. Selon Bergman et Sjöstrand, le nombre de personnes âgées ayant une déficience visuelle augmentera. Les personnes âgées devraient donc faire l'objet d'un examen oculaire régulier, afin de préserver leur vision et leurs conditions de vie actuelles. Une chirurgie de la cataracte et une réadaptation pour basse vision devraient ainsi être offertes lorsque le sujet peut encore en bénéficier¹⁵. Bien qu'elles soient tirées d'une enquête menée en Suède, ces conclusions ont été également pertinentes pour le Canada.

Pour les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, le pourcentage de celles ayant consulté un professionnel des soins oculaires ne varie pas selon le sexe ou l'âge. En fait, aucune variable endogène ou sociodémographique n'a été associée de façon significative au résultat. Le faible nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de diabète dans le cadre de l'ECMS pourrait expliquer le manque de puissance des modèles de prédiction pour détecter les variables associées au résultat.

Limites

Étant donné que l'ECMS exclut les personnes âgées de 80 ans et plus et celles vivant dans des établissements, comme les établissements de soins infirmiers, rien ne peut être déduit au sujet des populations exclues. En particulier, il n'est pas possible de comparer les résultats de la présente étude avec ceux de Kergoat et coll¹⁰.

Aucun facteur exogène n'a été utilisé dans l'ECMS. En particulier, la distance du professionnel des soins oculaires le plus près n'était pas disponible. Par conséquent, la présente étude n'a pas permis de confirmer que les personnes vivant dans des régions éloignées avaient un accès réduit à des professionnels des soins oculaires. Il n'a pas non plus été possible de déterminer si les variables exogènes pouvaient expliquer le fait que la conformité n'était pas de 100 % chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète.

L'ECMS ne comprend aucune question sur le nombre de consultations d'un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente, ce qui pourrait être utile, surtout pour les personnes du groupe le plus âgé. Comme l'ont mentionné Lee et coll. au sujet des États-Unis, les taux de consultation sont traditionnellement plus élevés pour les personnes âgées, près de 50 % des personnes âgées de 65 ans et plus ayant effectué au moins une consultation en soins oculaires au cours d'une année donnée dans le cadre du programme d'assurance-maladie¹⁶. On peut s'attendre à la même chose au Canada. De même, une question portant sur le nombre de consultations au cours des cinq dernières années aurait aidé à déterminer si le répondant s'était régulièrement conformé aux recommandations. Dans le questionnaire, on ne demande pas non plus le délai d'attente des répondants avant leur plus récente consultation.

La question sur le port de lunettes peut également ne pas comporter de questions d'appoint, comme le pourcentage de temps pendant lequel la personne les porte ou la raison pour laquelle elle les porte. Enfin, toutes les données utilisées dans cette enquête ont été autodéclarées, ce qui pourrait avoir une incidence sur les réponses, bien qu'il n'y ait probablement pas de biais d'acceptabilité pour les questions liées à la présente étude.

Conclusion

La présente étude repose sur quatre années (deux cycles) de données relatives à des répondants représentatifs de la population canadienne. Au sein de trois populations différentes définies par l'âge des personnes sans diagnostic de diabète, elle présente les facteurs les plus importants associés à une consultation d'un professionnel des soins oculaires au cours de l'année précédente. Parmi les facteurs émergents associés positivement au résultat, il convient de mentionner l'accès à un médecin de famille (pour les personnes âgées de 6 à 64 ans) et une bonne qualité de vie (pour les personnes âgées de 65 à 79 ans). D'autres travaux comportant des variables liées à la promotion, à l'abordabilité et à l'accès aux soins oculaires, fourniraient un portrait plus complet de la situation.

Références

1. Cumberland, P. M. et J. S. Rahi. 2016. Visual Function, Social Position, and Health and Life Chances: The UK Biobank Study. *JAMA Ophthalmology*, 134(9), p. 959 à 966. DOI :10.1001/jamaophthalmol.2016.1778
2. Hayden, C. 2012. *The barriers and enablers that affect access to primary and secondary eye care services across England, Wales, Scotland and Northern Ireland* (Un rapport au RNIB par Shared Intelligence), janvier 2012. Projets d'engagement communautaire du RNIB. Rapport final.
3. Négi, A. et S. A. Vernon. 2003. An overview of the eye in diabetes. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, p. 266 à 272.
4. Jin, Y. et G. Trope. 2011. Eye care utilization in Canada: disparity in the publicly funded healthcare system. *Journal canadien d'ophtalmologie*, 46(2), p. 133 à 138.
5. Moss, S. E., Klein, R. et B. E. Klein. 1995. Factors Associated With Having Eye Examinations in Persons With Diabetes. *Archives of Family Medicine*, 4, juin 1995, p. 529 à 534.
6. CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Diabetes Translation. (s.d.). *The State of Vision, Aging, and Public Health in America*. <http://www.cdc.gov/visionhealth> (sans date, mais pas publié avant 2009).
7. Lee, P. P., Hoskins, H. D. et D. W. III Parke. 2007. Access to care: eye care provider workforce considerations in 2020 (réimpression). *Archives of Ophthalmology*, 125, mars 2007, p. 406 à 410. WWW.ARCHOPHTHALMOL.COM
8. Buys, Y. M. 2016. *For Canadians access to eye care depends on where you live*, 5 mars 2016. <https://atlasofscience.org/for-canadians-access-to-eye-care-depends-on-where-you-live> (site consulté le 27 avril 2021).
9. Brise, L. S. et S. de Leeuw. 2015. Seeing Clearly: A Community-Based Inquiry Into Vision Care Access For a Rural Northern First Nation. *Revue Canadienne d'Optométrie*, 77(2). <https://doi.org/10.15353/cjo.77.508>
10. Kergoat, H., Boisjoly, H., Freeman, E. E. et coll. (2014). The Perceived Needs and Availability of Eye Care Services for Older Adults in Long-term Care Facilities. *Canadian Geriatrics Journal*, 17(3), septembre 2014.
11. Tahhan, N., Ford, B. K., Angell, B. et coll. 2020. Evaluation the cost and wait-times of a task-sharing model of care for diabetic eye care: a case study from Australia. *BMJ Open* 2020, 10, e036842. DOI :10.1136/BMJOPEN-2020-036842
12. Conner-Spady, B., Sanmartin, C., Sanmugasunderam, S. et coll. 2007. A systematic literature review of the evidence on benchmarks for cataract surgery waiting time 1, 2. *Journal canadien d'ophtalmologie*, 42(4), août 2007, p. 543 à 551.
13. Van Staden, D. 2020. The universal eye health imperative for Canada: an inescapable reality of unmet need. *Revue canadienne de santé publique* (2020), 111, p. 627 à 630. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00307-4>
14. Finès, P. 2022. La santé oculaire autodéclarée au Canada : 20 ans de données. *Rapports sur la santé*, 2022. Statistique Canada. *Sous presse*.
15. Bergman, B. et J. Sjöstrand. 2002. A longitudinal study of visual acuity and visual rehabilitation needs in an urban Swedish population followed from the ages of 70 to 97 years of age. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. 2002, 80, p. 598 à 607.
16. Lee, P. P., Hoskins, H. D., Smith, R. E. et coll. 2007. Access to Eye Care – Response of the American Academy of Ophthalmology and Its Members to Societal Needs Now and in the Future (réimpression). *Archives of Ophthalmology*, 125, mars 2007, p. 403 à 405. WWW.ARCHOPHTHALMOL.COM