

Dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité

Brenda J. Wilson MBChB MSc, Susan Courage RN BScN, Maria Bacchus MD MSc, James A. Dickinson MBBS PhD, Scott Klarenbach MD MSc, Alejandra Jaramillo Garcia MSc, Nicki Sims-Jones BScN MScN, Brett D. Thombs PhD; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

■ Citation : *CMAJ* 2018 May 14;190:E588-94. doi: 10.1503/cmaj.171430

Entrevue avec l'auteur en baladodiffusion (en anglais) : <https://soundcloud.com/cmajpodcasts/171430-guide>

La déficience visuelle est un important problème de santé, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, particulièrement chez les adultes âgés¹. Selon l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activité* de 2006, 13 % des Canadiens âgés de 75 ans et plus présentaient une « déficience visuelle » jugée grave chez 31 % d'entre eux, contre 0,5 % des Canadiens âgés de 15 à 24 ans dont 17 % étaient jugés gravement atteints^{2,3}. Avec le vieillissement de la population, la proportion d'adultes présentant une déficience visuelle est appelée à doubler au Canada d'ici 2032^{1,2}.

Une acuité visuelle mesurée à moins de 20/40 est souvent considérée comme le seuil à partir duquel la déficience visuelle entraîne des limitations fonctionnelles⁴. La baisse de l'acuité visuelle s'observe lorsque l'image qui atteint la rétine est floue ou déformée en raison d'erreurs de réfraction, d'opacité de la cornée ou de cataractes, de maladies de la rétine ou de problèmes de traitement central des signaux neuraxiaux visuels⁵. La déficience visuelle due à des erreurs de réfraction ou aux cataractes peut être corrigée à l'aide de lentilles ou d'autres modalités comme la correction chirurgicale des cataractes, tandis que dans les cas de maladie de la rétine ou de traitement anormal des signaux neuraxiaux visuels, les interventions dépendent de la nature précise de l'anomalie⁵.

Chez les adultes âgés, la déficience visuelle peut avoir un impact négatif sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie liées à la vision, ce qui se manifestera par une diminution de la participation aux activités sociales, professionnelles ou de loisirs et par des difficultés d'ordre familial, des symptômes de dépression, des blessures causées par des accidents, notamment des chutes, ou la perte du permis de conduire⁶⁻⁹.

Beaucoup de gens atteints d'une déficience visuelle s'en rendent compte et ont le réflexe de chercher de l'aide. Les données autodéclarées sur les soins de la vue tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*¹⁰ ont montré que 59 % des adultes de 65 ans et plus avaient consulté un professionnel

POINTS CLÉS

- La déficience visuelle est un facteur de risque de limitations fonctionnelles, de blessures liées à des chutes et d'une baisse de la qualité de vie chez les personnes âgées.
- Au Canada, la plupart des gouvernements provinciaux couvrent l'examen de la vue complet par un professionnel de la vue pour les adultes de 65 ans et plus⁵.
- Une revue systématique a révélé des preuves de faible qualité selon lesquelles le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes de 65 ans et plus ne semble pas améliorer les limitations fonctionnelles liées à la vision ou la qualité de vie⁵.
- Le Groupe de travail recommande de ne pas effectuer le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité.

de la vue au cours de l'année écoulée. L'examen complet de la vue chez les adultes de 65 ans et plus est couvert par la majorité des gouvernements provinciaux au Canada et il est généralement gratuit en intervention délocalisée.

Il y a tout lieu de croire que le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires serait bénéfique aux personnes qui ne s'aperçoivent pas qu'elles ont un problème de vision ou qui reconnaissent le problème sans chercher à se faire traiter.

Portée

Cette ligne directrice présente les recommandations fondées sur des données probantes concernant la prévention des limitations fonctionnelles liées à la vision chez les adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité par le recours au dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires, par exemple, dans les cabinets médicaux ou les cliniques. Il s'agit d'une mise à jour de la directive du Groupe d'étude canadien sur l'examen

médical périodique de 1995 relative à l'examen de la vue, qui formulait une recommandation de catégorie B à l'appui du dépistage de la déficience visuelle chez les adultes âgés atteints de diabète depuis au moins cinq ans¹¹.

Cette directive s'adresse aux professionnels en soins primaires qui ont une compréhension générale de la santé visuelle et des soins de la vue, mais qui n'ont pas l'expertise d'un spécialiste ni l'accès à un équipement spécialisé. Elle ne porte pas sur l'examen visuel effectué par les groupes professionnels ayant une expertise spécifique en soins de la vue primaires, comme les optométristes.

Les méthodes de dépistage considérées ont inclus l'autodéclaration des capacités visuelles et les tests objectifs de la vue. L'autodéclaration incluait un questionnaire structuré. Pour les tests objectifs d'acuité visuelle, il existe plusieurs outils, mais les plus fréquemment utilisés sont le tableau de Snellen et l'échelle de l'ETDRS (*Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*)¹².

On s'attend à ce que les patients chez qui on dépiste une possible déficience visuelle soient orientés vers un optométriste ou un ophtalmologiste pour un examen plus approfondi et des mesures correctrices selon le cas.

Cette ligne directrice ne s'applique pas aux personnes atteintes de maladies dont on sait qu'elles prédisposent à une déficience visuelle, comme le glaucome ou le diabète, ni aux personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée ou qui souffrent de démence.

Méthodes

Le Groupe de travail est un comité indépendant de cliniciens et de méthodologistes qui formule des recommandations sur la prévention primaire et secondaire en médecine de soins primaires (<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>). Le Groupe de travail composé de cinq membres ayant droit de vote a rédigé cette recommandation avec le soutien scientifique de l'Agence de la santé publique du Canada¹³.

La revue systématique⁵ sur laquelle se fonde la recommandation a été réalisée par les Centres d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université de l'Alberta (Edmonton, Alberta). Le Groupe de travail a formulé ses questions de recherche et préparé le cadre analytique pour la revue systématique (annexe 1, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.171430/-/DC1). Le protocole¹⁴ (PROSPERO 2016 : CRD42016053088), la revue systématique et l'ébauche de la ligne directrice ont été révisés par des experts en contenu, dont des ophtalmologistes, des optométristes et des épidémiologistes, de même que par des intervenants en soins de santé. Les experts cliniques et les experts en contenu collaborent avec les membres du Groupe de travail pour aider ces derniers à résoudre des problèmes techniques et à comprendre les enjeux cliniques importants, en participant aux réunions du Groupe de travail, en vérifiant l'exactitude des principaux documents d'appui et en effectuant la révision de la version définitive de la ligne directrice. Les experts cliniques et les experts en contenu ne contribuent pas aux recommandations du Groupe de travail et ne votent pas sur les recommandations. Les paramètres du dépistage de la déficience visuelle visés par la revue systématique étaient les suivants : mortalité,

fractures, perte d'autonomie, capacités fonctionnelles liées à la vision, changements de l'acuité visuelle, qualité de vie, effets indésirables majeurs du traitement et anxiété.

Pour tirer profit des travaux antérieurs dans ce domaine, l'examen des données probantes a porté sur des revues systématiques de bonne qualité déjà publiées et a permis de recenser les études qui répondaient aux critères; une nouvelle interrogation des bases de données MEDLINE, Embase, Cochrane, CINAHL et PubMed de 2012 à septembre 2016 a aussi servi à dégager les études publiées par la suite. Des interrogations additionnelles de la littérature grise ont aussi été effectuées. Une mise à jour de la recherche prépublication a été faite en octobre 2017 et les données probantes ont été actualisées en conséquence.

Le Groupe de travail a utilisé l'approche GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)¹⁵ pour déterminer la qualité des données probantes et la solidité de la recommandation (encadré n° 1). Le cadre pour une prise de décision fondée sur des données probantes est présenté à l'annexe 2 (accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.171430/-/DC1).

Au nom du Groupe de travail, l'équipe de l'application des connaissances de l'hôpital St. Michael (Toronto, Ontario) a recruté des membres du public à deux reprises durant la préparation de la ligne directrice. La première fois, par le biais d'un sondage en ligne et d'un groupe de discussion, 15 participants de 58 à 78 ans ont été invités à classer les paramètres en vue d'orienter la revue systématique¹⁶. La seconde fois, 20 participants de 65 à 74 ans ont été invités à donner leur point de vue sur les recommandations de la ligne directrice¹⁷.

Un outil d'application des connaissances relatif à la ligne directrice a été inspiré par les commentaires formulés par les cliniciens et les patients et est présenté sur le site Web du Groupe de travail (<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>).

La recommandation a été approuvée à l'unanimité par le Groupe de travail et a fait l'objet d'un examen externe par des experts en contenu et des intervenants. L'outil FACE (faisabilité, acceptabilité, coût et équité)¹⁸ a été utilisé par les professionnels de la santé pour recueillir leur point de vue sur la recommandation (annexe 3, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.171430/-/DC1).

Gestion des intérêts concurrents

Le soutien financier du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs provient de l'Agence de la santé publique du Canada. Les vues de l'organisme subventionnaire n'ont aucunement influé sur le contenu de la ligne directrice. Tous les membres du Groupe de travail ont eu à dévoiler tout conflit d'intérêts d'ordre financier ou autre. Les énoncés de conflits d'intérêts sont accessibles au public sur le site Web du Groupe de travail. Les membres du Groupe de travail ont tous déclaré ne pas être en situation de conflit d'intérêts en ce qui concerne cette ligne directrice. Les experts cliniques et les experts en contenu n'ont pas voix au chapitre et ne votent pas sur les recommandations, mais ils doivent dévoiler tout conflit d'intérêts dès le début de leur participation et annuellement par la suite. Tous les experts cliniques ont déclaré ne pas être en situation de conflit d'intérêts en ce qui concerne cette ligne directrice.

Recommandation

Pour les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité, nous recommandons de ne pas effectuer le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires (recommandation faible; données probantes de qualité faible).

Nous avons défini le dépistage soit comme une démarche structurée pour mettre au jour une déficience visuelle, soit comme un examen de la vue objectif, menant à une évaluation plus approfondie, à une demande de consultation et à une possible intervention, en fonction des résultats du test de dépistage et de l'examen subséquent (encadré n° 2).

L'examen des données probantes⁵ a permis de recenser 15 essais randomisés et contrôlés (ERC) sur le dépistage de la déficience visuelle à l'aide de tests ou stratégies utilisés en soins primaires; les participants aux études étaient des adultes âgés de 65 ans ou plus vivant dans la collectivité¹⁹⁻³³. Les ERC ont été réalisés en Norvège¹⁹, en Allemagne²⁰, au Royaume-Uni²¹⁻²⁵, en Australie²⁶⁻²⁹, aux Pays-Bas^{30,31} et aux États-Unis^{32,33}.

Les participants ont été recrutés à partir de listes de pratique générale^{12,20-25,29,31-35}, de centres communautaires^{28,30}, d'une liste d'évaluation des soins chez la personne âgée²⁶, d'une liste de soins à domicile¹⁹ et du registre d'une compagnie d'assurance²⁷. Le nombre de participants aux essais variait de 93 à 4340. Dans 11 ERC où l'âge était mentionné, la moyenne d'âge des participants était de 78,5 ans. Dans les quatre autres ERC, l'admissibilité des participants était spécifiée comme suit : âge minimum 70 ans^{23,24}, âge minimum 75 ans²⁰, ou âge de 74 à 84 ans³⁰. Dans les 11 ERC^{19,20,22,25-28,30-33} qui mentionnaient le sexe des participants, 63 % des participants étaient de sexe féminin.

Dans 13 ERC^{19-25,27,29-33}, l'examen visuel s'inscrivait dans un bilan de santé plus complet touchant plusieurs dimensions de la santé et des capacités fonctionnelles, tandis que dans deux ERC^{26,28}, l'examen de la vue était la seule intervention. Les deux types d'approches au dépistage (utilisées seules ou ensemble) ont été l'autodéclaration de la qualité de la vision au moyen d'un questionnaire et un examen de la vue objectif reposant sur un ou plusieurs instruments. Dans trois ERC^{20,25,33}, le test de dépistage était un questionnaire sur la déficience visuelle. Dans deux ERC^{29,30}, un questionnaire a été suivi d'un examen de la vue à l'aide du tableau de Snellen pour les patients ayant évoqué un problème. Dans sept ERC^{19,21-24,29,30}, le dépistage a été effectué par une infirmière; dans quatre^{25-28,32}, par un autre intervenant dûment formé; et dans un³¹, par un médecin. Dans les trois ERC restants^{20,25,33}, les patients ont été invités à poster un questionnaire pour relever certains indicateurs d'une possible déficience visuelle.

Dans tous les ERC, après des résultats de dépistage positifs, le médecin du patient était informé ou alors une demande de consultation était directement

Encadré n° 1 : Classification des recommandations

Les recommandations sont classées selon le système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)¹⁵ qui prévoit deux catégories de recommandation : forte et faible. La catégorie de recommandation se fonde sur le rapport entre résultats escomptés et résultats indésirables; la fiabilité de l'effet estimé de l'intervention sur les paramètres; la fiabilité et la variabilité des valeurs et des préférences des patients; et la démonstration que l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.

Les recommandations fortes sont celles à propos desquelles le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs considère que les effets escomptés d'une intervention en surpassent les effets indésirables (recommandation forte à l'appui de l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention en surpassent les effets escomptés (recommandation forte à l'encontre de l'intervention). Une recommandation forte suppose que la plupart des individus seront mieux servis par la mesure recommandée et que la recommandation peut être adoptée dans la pratique ou à titre de politique dans la plupart des cas.

Les recommandations fortes se fondent normalement sur des données probantes de grande qualité (c.-à-d., grande fiabilité de l'effet estimé d'une intervention). Les recommandations fortes peuvent préconiser une intervention (degré de confiance élevé quant aux bienfaits escomptés) ou la déconseiller (degré de confiance élevé quant à la probabilité de préjudices). Toutefois, il y a cinq situations où le Groupe de travail pourrait envisager une recommandation forte en présence de données probantes de faible ou très faible qualité :

- lorsque des données probantes de faible qualité suggèrent un bienfait dans une situation gravissime (les données probantes concernant les préjudices peuvent être faibles ou élevées);
- lorsque des données probantes de faible qualité suggèrent un bienfait et des preuves de grande qualité suggèrent un préjudice ou un coût très élevé;
- lorsque des données probantes de faible qualité suggèrent l'équivalence entre deux options, mais des preuves de grande qualité quant à un préjudice moindre associé à l'une des options;
- lorsque des données probantes de grande qualité suggèrent l'équivalence entre deux options et des preuves de faible qualité quant à un préjudice associé à une option;
- lorsque des données probantes de grande qualité suggèrent des bienfaits modestes, et des preuves de faible ou très faible qualité qui suggèrent la possibilité d'un préjudice catastrophique.

Les recommandations faibles sont celles à propos desquelles les effets escomptés surpassent probablement les effets indésirables (recommandation faible en faveur d'une intervention) ou les effets indésirables surpassent probablement les effets escomptés (recommandation faible à l'encontre d'une intervention), mais une incertitude marquée existe. Des recommandations faibles sont formulées quand l'équilibre entre les effets escomptés et indésirables laisse à désirer, quand la qualité des données probantes est moindre ou qu'il y a plus de variabilité sur le plan des valeurs et des préférences des patients. Les cas où l'équilibre coût:bénéfice est ambigu, où les intervenants clés ne s'entendent pas sur l'acceptabilité ou la faisabilité de l'intervention, et où l'effet sur l'équité en matière de santé est indéterminé, conduiront probablement à une recommandation faible. Une recommandation faible concernant une mesure préventive suppose que la plupart des gens pourraient souhaiter la mesure recommandée, mais que plusieurs ne la souhaitaient pas. Pour les cliniciens, cela signifie qu'ils doivent reconnaître que différents choix seront appropriés selon les individus et qu'ils doivent aider chaque patient à prendre une décision thérapeutique concordant avec ses valeurs et ses préférences. L'adoption de politiques exigera un débat substantiel et la participation d'intervenants de divers horizons.

Les données probantes sont jugées de qualité élevée, modérée, faible ou très faible, selon la probabilité que des recherches plus approfondies modifient notre degré de confiance à l'endroit de l'effet estimé de l'intervention¹⁵.

Encadré n° 2 : Recommandation pour les cliniciens et les décideurs

Pour les adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité, nous recommandons de ne pas effectuer le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires (recommandation faible; données probantes de faible qualité).

Le dépistage a été défini comme un ensemble de tests ayant pour objectif de détecter la déficience visuelle incluant des questionnaires ou un examen de la vue objectif, menant à une évaluation plus poussée et à une possible intervention, selon les résultats obtenus.

envoyée à un professionnel de la vue. Dans un ERC, on a offert aux patients un avis spécifique sur l'amélioration de la vision²⁹, et dans deux autres, des conseils sur l'amélioration de l'éclairage du domicile^{21,27}. La durée maximum du suivi, ou des prises de contact périodiques a été de 2,5 à 47 mois (moyenne 19 mois) suivant le dépistage initial. Dans 10 ERC^{21,23-26,28-30,34,35}, le groupe témoin a subi une forme d'examen de la vue sans réel suivi.

La revue systématique n'a révélé aucun signe d'impact de l'examen de la vue sur la mortalité, la perte d'autonomie, les effets indésirables graves liés au traitement ou l'anxiété et le stress causés par les résultats positifs du dépistage.

Comme l'indique le tableau 1, deux ERC^{28,29} ont fourni des preuves de très faible qualité quant à un effet incertain de l'examen de la vue sur la réduction des fractures⁵, en utilisant les chutes comme marqueur substitut. Un ERC²⁸ a fait état d'une réduction du risque absolu (RRA) dans le groupe soumis à une intervention, soit 163 chutes de moins par 1000 personnes soumises au dépistage (RRA 16,3 %; intervalle de confiance [IC] de 95 %, 28 à 292 de moins) et une RRA de chutes nécessitant un traitement médical équivalant à 48 chutes de moins par 1000 personnes soumises à l'examen de la vue (RRA 4,8 %; IC de 95 %, 12 à 75 de moins), mais les auteurs ont signalé que très peu de participants se sont prévalus de l'intervention visuelle et que l'effet était plus probablement attribuable à la composante exercice de l'intervention. L'autre ERC²⁹ a fait état d'une augmentation non statistiquement significative du risque absolu de 20 chutes de plus par 1000 personnes soumises à l'examen de la vue (augmentation du risque absolu 2,0 %; IC de 95 %, 48 de moins à 305 de plus).

Un seul ERC²² a fourni des preuves de faible qualité quant à l'absence de bénéfice net lié à l'examen de la vue pour ce qui est des capacités fonctionnelles à long terme en lien avec la vision : une différence moyenne a été observée de +0,4 unité sur une échelle de 0 à 100 points, où les scores les plus élevés correspondent à une meilleure capacité fonctionnelle (IC de 95 %, 1,25 de moins à 2,05 de plus).

Diverses mesures paramétriques ont été notées pour quantifier les changements de l'acuité visuelle après le dépistage. Quatre ERC^{19,26-28} ont fourni des preuves de qualité modérée quant à l'absence de bienfait global du dépistage sur le changement moyen de l'acuité visuelle à contraste élevé sur une période médiane de 12 mois de suivi : la différence moyenne observée n'a pas atteint le seuil de différence minimalement importante établi pour ce paramètre. Une analyse secondaire des données indivi-

duelles des participants de l'un de ces ERC²⁷ a suggéré que dans le groupe soumis à l'intervention, 126 participants de moins par 1000 personnes soumises à l'examen de la vue présentaient une acuité visuelle détériorée (de 62 à 171 de moins) et 73 de plus par 1000 personnes soumises au dépistage (de 7 à 185 de plus) présentaient une meilleure acuité visuelle après six mois de suivi. De plus, des preuves de faible qualité de deux ERC^{22,26} ont révélé que le dépistage n'était pas significativement associé à l'acuité visuelle de loin sur une période de 12 à 47 mois de suivi : une RRA a été observée, équivalant à 67 personnes de moins par 1000 personnes soumises au dépistage ayant une acuité visuelle de loin < 20/40 (bilatéral) (RRA, 6,7 %; IC de 95 %, 7 de plus à 127 de moins). Des preuves de qualité modérée de 10 ERC^{20,21,23-25,29-33} n'ont révélé aucun bénéfice net associé au dépistage sur les paramètres visuels autodéclarés au cours d'une période médiane de 20 mois de suivi : une RRA a été observée, équivalant à neuf personnes de moins faisant état de problèmes visuels par 1000 personnes soumises au dépistage (RRA 0,9 %; IC de 95 %, 16 de plus à 31 de moins).

Les sept ERC^{19,22,26,28,29,31,32} qui ont fait état de taux de demandes de consultation pour des participants dont le test de dépistage était positif ont indiqué que de 29 % à 75 % (valeur médiane 35 %) des patients ont eu la possibilité de consulter. Parmi ces ERC, cinq^{19,22,26,29,31} ont précisé que de 18 % à 96 % des patients (valeur médiane 68 %) ont accepté la consultation. Aucune des études n'a fait état de la proportion des participants déjà sous les soins d'un professionnel de la vue au moment du test de dépistage.

Valeurs et préférences des patients

Les patients qui ont participé au groupe de discussion et au sondage ont en général exprimé une préférence pour le dépistage de la déficience visuelle, même si la probabilité d'en tirer un avantage n'était pas claire¹⁶. Toutefois, certains ont exprimé une inquiétude quant à l'accès au dépistage à l'échelle des populations et ont dit craindre qu'un programme de dépistage national n'engendre un gaspillage des ressources en soins de santé. Les participants ont aussi indiqué un souci relatif au temps requis pour effectuer un examen de la vue complet lors des rendez-vous avec leurs médecins de première ligne, surtout s'ils sont déjà suivis par un professionnel de la vue. Une revue systématique de la façon dont les adultes âgés soupèsent les avantages et les inconvénients du dépistage de la déficience visuelle n'a pas été effectuée parce que le dépistage semble fort peu prometteur.

Utilisation des ressources

Des preuves de faible qualité concernant les paramètres importants pour les patients donnent à penser que le dépistage de la déficience visuelle n'est pas une stratégie efficace pour améliorer les capacités fonctionnelles des adultes âgés en lien avec la vision. La rentabilité n'a pas été évaluée parce que, de l'avis du Groupe de travail, le facteur des ressources ne modifierait pas l'orientation ou la solidité de la recommandation.

Faisabilité, acceptabilité, coûts et équité

Étant donné que l'examen de la vue chez les adultes âgés n'est pas actuellement recommandé en médecine de soins primaires

au Canada, il n'y a pas lieu d'en analyser la faisabilité en lien avec la ligne directrice actuelle. Quatre établissements de soins, dont trois représentaient des professionnels de la vue, ont répondu au questionnaire VISAGE¹⁸ et ils ont jugé l'examen visuel important. De l'avis du Groupe de travail, la recommandation est susceptible d'être faisable et acceptable en médecine de soins primaires au Canada et ne contribuerait pas à augmenter ou à réduire l'équité.

Raison d'être

Dans l'ensemble, des preuves de faible qualité étaient disponibles sur l'effet du dépistage de la déficience visuelle chez les adultes de 65 ans et plus en médecine de soins primaires. On a noté globalement que les patients n'en tiraient pas d'avantages, à l'exception du paramètre concernant les chutes, qui ont été légèrement moins nombreuses chez les participants soumis au dépistage. Ce phénomène a été observé dans une seule étude²⁸

Tableau 1 : Paramètres pour le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité

Paramètre et période de suivi	Nombre d'études	Cas/ patients soumis au dépistage	Cas/patients témoins	Risque relatif (IC de 95 %)	Différence absolue par 1000 (IC de 95 %)	Qualité des données
Chutes (chutes autodéclarées comme marqueurs substitués des fractures) Suivi : entre 12 et 18 mois	2 ERC					
Day et coll. ²⁸						
Toute chute*		691/547	757/543	0,88 (0,79 à 0,98)	(163 de moins) (de 28 à 292 de moins)	⊕○○○ Très faible†
Chutes nécessitant un traitement médical*		49/547	75/543	0,65 (0,46 à 0,91)	(48 de moins) (de 12 à 75 de moins)	
Newbury et coll. ²⁹						
Toute chute		4/45	3/44	1,30 (0,31 à 5,49)	20 de plus (48 de moins à 305 de plus)	
Capacité fonctionnelle et qualité de vie liées à la vision (évalués par NEI-VFQ-25; échelle de 0 à 100 ²²) Suivi médian, 3,9 ans	1 ERC	<i>n</i> = 829	<i>n</i> = 978	–	DM 0,4 unité de plus (1,25 de moins à 2,05 de plus)	⊕⊕○○ Faible‡
Changement de l'acuité visuelle à l'examen objectif (changement moyen de l'acuité visuelle de loin avec contraste élevé ^{19, 26-28}) Suivi médian, 12 mois	4 ERC	<i>n</i> = 764	<i>n</i> = 579	–	DM –0,01 logMAR de mieux (–0,05 d'amélioration à 0,03 de détérioration)	⊕⊕⊕○ Modérée§
Déficience visuelle avec dépistage objectif (acuité visuelle de loin < 20/40 : bilatérale) ^{22,26} Suivi, entre 12 et 47 mois	2 ERC	290/913	394/1054	0,82 (0,66 à 1,02)	67 de moins (de 7 de plus à 127 de moins)	⊕⊕○○ Faible¶
Troubles visuels autodéclarés (principalement par questionnaires sur la déficience visuelle) ^{20,21,23-25,29-33} Suivi médian, 20 mois	10 ERC	1042/3767 (27,7 %)	1296/4916 (26,4 %)	0,97 (0,90 à 1,05)	8 de moins (de 13 de plus à 26 de moins)	⊕⊕⊕○ Modérée**

Note : IC = intervalle de confiance, DM = différence moyenne, NEI-VFQ-25 = *National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire 25*, ERC = essai randomisé et contrôlé.

*Les auteurs de l'étude²⁸ sur une intervention, qui incluait une composante visuelle, en vue de prévenir les chutes chez les adultes âgés, ont révélé que seulement 26 participants sur 547 ayant été affectés à la composante visuelle ont en fait reçu un traitement; par conséquent, il est peu probable que le traitement visuel ait eu un effet sur les chutes citées dans ce tableau. En particulier, les auteurs de cette étude attribuent les différences de taux de chutes à la composante exercice de l'intervention. De plus, l'acuité visuelle s'est améliorée marginalement dans le groupe témoin et ne s'est pas du tout améliorée dans le groupe soumis à l'intervention. Aucune autre différence n'a été observée pour ce qui est des paramètres visuels, ce qui rend peu probable la conclusion selon laquelle le dépistage de la déficience visuelle aurait un impact sur les chutes.

† Craintes très sérieuses au sujet d'un risque de biais indéterminé dû au fait qu'on peut difficilement se fier à un seul essai²⁹, au sujet du caractère indirect des marqueurs substitués – 75 % des participants ont été soumis à une intervention susceptible d'ajouter de la confusion à l'évaluation du risque, et au sujet de l'imprécision, étant donné que la taille optimale des données n'a pas été atteinte.

‡ Craintes sérieuses au sujet du risque de biais associé à l'absence d'insu pour le personnel, les patients et les personnes chargées d'évaluer les résultats, au sujet de l'attrition élevée et différentielle [42 % c. 32 % des participants vivants] et au sujet des écarts associés aux effets inconnus obtenus lors d'autres études.

§ Craintes modérées au sujet de quatre ERC^{19,26-28} présentant un risque de biais indéterminé qui ont utilisé plusieurs outils objectifs de dépistage et des marqueurs substitués puisque deux des ERC^{19,26} incluaient de nombreux patients qui recevaient des soins à domicile, et un¹⁹ offrait une intervention additionnelle qui peut avoir influé sur les résultats.

¶ Craintes sérieuses au sujet d'un écart observé dans un essai²⁶ et au sujet de l'imprécision étant donné que la taille optimale des données, d'environ 200 événements totaux, avec un taux d'événements chez les participants témoins équivalent à 0,28, n'a pas été atteinte.

** Inquiétudes modérées au sujet du risque de biais associé à l'absence d'insu pour le personnel et les patients des études, au sujet de l'attrition dans une étude²³ et de la dissimulation de l'attribution des traitements. Malgré certains écarts (2 IC ne se chevauchaient pas; *I*₂ = 29 %), on n'a formulé aucune inquiétude sérieuse à ce chapitre.

qui incluait aussi une intervention portant sur l'exercice conçu pour prévenir les chutes chez les adultes âgés, ce qui peut faire douter de l'impact réel de la composante dépistage. De l'avis du Groupe de travail, les avantages associés au dépistage de la déficience visuelle chez les adultes âgés n'ont pas été démontrés. Malgré l'absence de preuves de préjudices (ou inconvénients) associés au dépistage de la déficience visuelle chez les adultes âgés, offrir une intervention ne comportant pas de bénéfices s'accompagne d'un coût d'opportunité. Par conséquent, la recommandation est de ne pas effectuer le dépistage.

La recommandation est faible à cause de la faible certitude quant aux données probantes et à cause de la variabilité des préférences des patients. Une faible recommandation à l'encontre du dépistage indique que les professionnels en soins primaires ne devraient pas d'emblée offrir un dépistage de la déficience visuelle aux adultes asymptomatiques de 65 ans et plus vivant dans la collectivité.

Critères d'application

Cette recommandation vise les adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité. Certains groupes dont on sait qu'ils sont exposés à un risque accru de déficience visuelle ne sont pas concernés par cette recommandation, par exemple les personnes atteintes de diabète ou de glaucome. La recommandation ne s'applique pas aux personnes qui vivent dans un centre de soins de longue durée ou qui ont diagnostic de démence. Les professionnels qui soignent de tels patients devraient être au courant de leur risque de souffrir d'une déficience visuelle.

Certains adultes âgés asymptomatiques souhaiteraient peut-être subir un examen de la vue même si les bienfaits sont incertains. Il faut demeurer vigilant quant aux avantages potentiels d'une approche de dépistage et être ouvert à la discussion au sujet de l'examen de la vue^{41,42}. Un outil d'application des connaissances pour les professionnels est fourni sur le site Web du Groupe de travail (<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>) afin d'encourager ce type de discussion. Si un professionnel en soins primaires et un patient envisagent un examen de la vue, il faut songer au processus de demande de consultation pour le patient afin qu'il ait accès à un traitement.

Il n'y a aucune exigence spécifique pour ce qui est de la surveillance ou de l'évaluation en lien avec cette recommandation.

Autres lignes directrices

Cette ligne directrice concorde avec la recommandation du groupe *US Preventive Services Task Force* sur l'examen de la vue chez les personnes âgées, selon laquelle on ne dispose pas de renseignements suffisants pour soupeser les risques et les avantages en fonction de mesures paramétriques³⁶. Les associations de professionnels de la vue recommandent généralement aux adultes de 65 ans et plus de subir régulièrement un examen de la vue chez un optométriste ou autre professionnel de la vue, à une fréquence établie en fonction de l'âge et des facteurs de risque³⁷⁻⁴⁰. Le tableau 2 fournit des renseignements additionnels sur les lignes directrices concernant l'examen de la vue en médecine de soins primaires.

Lacunes dans les connaissances

Les prochains essais devraient évaluer l'efficacité du dépistage de la déficience visuelle chez les adultes âgés en lien avec les paramètres qui comptent pour eux. Toute intervention de dépistage multimodale complexe incluant un examen de la vue requiert que soient clairement expliquées les interactions prévues entre la vue et d'autres éléments visant une amélioration des paramètres. Il faut en outre tenir compte du fait que la portée des interventions en lien

Tableau 2 : Lignes directrices nationales et internationales sur le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes âgés

Organisation	Recommandation
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Ligne directrice actuelle 2018)	Ne recommande pas le dépistage de la déficience visuelle en médecine de soins primaires chez les adultes âgés ≥ 65 ans vivant dans la collectivité (recommandation faible, preuves de faible qualité). Cette recommandation ne s'applique qu'aux adultes âgés ≥ 65 ans vivant dans la collectivité dont on sait qu'ils ne présentent pas de risque accru de déficience visuelle.
<i>US Preventive Services Task Force</i> (2016) ³⁶	Énonce que les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer le rapport risque: bénéfice du dépistage de la déficience visuelle selon les paramètres utilisés en médecine de soins primaires pour l'amélioration des résultats chez des adultes âgés de ≥ 65 ans asymptomatiques qui ne consultent pas leur médecin de première ligne pour des troubles visuels. Aucune recommandation n'est faite pour ou contre le dépistage.
Société canadienne d'ophtalmologie (2007) ³⁷	Recommande un dépistage chez les patients âgés de > de 65 ans asymptomatiques à risque faible au moins tous les deux ans. L'examen devrait être plus fréquent et plus complet chez les patients > 60 ans exposés à un risque accru de déficience visuelle; au moins tous les ans.
<i>American Academy of Ophthalmology</i> (2015) ³⁸	Recommande un examen de la vue complet incluant test d'acuité visuelle et dilatation tous les ans ou deux ans chez tous les adultes ≥ 65 ans dont on ne sait pas s'ils présentent un risque accru de déficience visuelle et qui ne présentent pas de facteurs de risque, ou plus souvent en présence de facteurs de risque.
Association canadienne des optométristes (2013) ³⁹	Recommande un examen de la vue annuel chez les adultes ≥ 65 ans.
<i>American Optometric Association</i> (2015) ⁴⁰	Recommande un examen annuel complet de l'œil et de la vision chez les personnes âgées de ≥ 65 ans pour le diagnostic et le traitement des troubles visuels et la correction immédiate des erreurs de réfraction.

avec le dépistage de la déficience visuelle peut être influencée par l'âge, le statut fonctionnel ou d'autres caractéristiques de la population cible.

Conclusion

Les preuves dont on dispose actuellement n'appuient pas le dépistage de la déficience visuelle chez les adultes de 65 ans et plus par leur médecin de soins primaires pour prévenir des limitations fonctionnelles ou d'autres conséquences majeures de la déficience visuelle. Les médecins de soins primaires pourraient envisager de confirmer si leurs patients plus âgés ont subi un examen de la vue chez un optométriste ou autre professionnel de la vue.

Références

- Freeman EE, Roy-Gagnon MH, Samson E, et al. The global burden of visual difficulty in low, middle, and high-income countries. *PLoS One* 2013;8:e63315.
- Statistique Canada. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : l'incapacité au Canada (89-628-X). Ottawa : Statistique Canada (mis à jour le 29 janvier 2010). [En ligne]. Accessible ici : <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc?ObjId=89-628-X&ObjType=2&lang=fr&limit=1> (consulté le 8 août 2017).
- Maberley DA, Hollands H, Chuo J, et al. The prevalence of low vision and blindness in Canada. *Eye (Lond)* 2006; 20:341-6.
- Chan T, Friedman DS, Bradley C, et al. Estimates of incidence and prevalence of visual impairment, low vision, and blindness in the United States. *JAMA Ophthalmol* 2018; 136:12-9.
- Pillay J, Freeman EE, Hodge W, et al. Screening for impaired visual acuity and vision-related functional limitations in adults 65 years and older in primary health care: protocol for evidence review. Edmonton : Centres d'analyse et de synthèse des données probantes. [En ligne]. Accessible ici : <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/overview/> (consulté le 9 juillet 2017).
- Jin YP, Trope GE. Eye care utilization in Canada: disparity in the publicly funded health care system. *Can J Ophthalmol* 2011;46:133-8.
- Ribeiro MV, Hasten-Reiter Júnior HN, Ribeiro EA, et al. Association between visual impairment and depression in the elderly: a systematic review. *Arq Bras Oftalmol* 2015;78:197-201.
- Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health* 2004;94:823-9.
- Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging* 2013;8:931-43.
- Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC). Ottawa : Statistique Canada; le 12 mai 2010. [En ligne]. Accessible ici : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146 (consulté le 16 février 2017).
- Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs. Periodic health examination, 1995 update: 3. Screening for visual problems among elderly patients. *JAMC* 1995;152:1211-22.
- Kaiser PK. Prospective evaluation of visual acuity assessment: a comparison of snellen versus ETDRS charts in clinical practice (an AOS thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* 2009;107:311-24.
- Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs. Procédures Manuel. Mars 2014. [En ligne]. Accessible ici : https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/12/procedural-manual-en_2014_Archived.pdf (consulté le 15 février 2017).
- Pillay J, Freeman EE, MacGregor T, et al. Screening for impaired visual acuity and vision-related functional limitations in adults 65 years and older in primary health care: protocol for evidence review. Edmonton : Centres d'analyse et de synthèse des données probantes; 2016. [En ligne]. Accessible ici : <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/overview/> (consulté le 28 février 2017).
- Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., éditeurs. GRADE handbook. GRADE Working Group; 2013. [En ligne]. Accessible ici : <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html#h.17zdc2r2pkyf> (consulté le 13 mars 2017).
- Buckland D, Sayal R, Bashir N, et al. Canadian Task Force on Preventive Health Care: patient preferences for screening and treatment outcomes in considering impaired visual acuity in adults aged 65 and older. Toronto : L'Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's; 2016.
- Fredrickson K, Sayal R, Buckland D, et al. Patient preferences for visual acuity screening in adults aged 65 years and older: data summary. L'Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's; 2017.
- Pottie K, Siu W, Duclos P; Membres du Groupe de consultation technique sur l'atténuation de la douleur de l'AMM. New recommendations to prevent pain during immunizations: Exposé de position de l'AMM — Septembre 2015. *Vaccine* 2016;34:3627-8.
- Haanes GG, Kirkevel M, Hofoss D, et al. An intervention designed to improve sensory impairments in the elderly and indoor lighting in their homes: An exploratory randomized controlled trial [erratum publié à cet effet dans le *J Multidiscip Healthc* 2015;8:321]. *J Multidiscip Healthc* 2015;8:11-20.
- Dapp U, Anders JA, von Renteln-Kruse W, et al.; PRO-AGE Study Group. A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66:591-8.
- McEwan RT, Davison N, Forster DP, et al. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 1990;40:94-7.
- Smeeth L, Fletcher AE, Hanciles S, et al. Screening older people for impaired vision in primary care: Cluster randomised trial. *BMJ* 2003;327:1027.
- Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;288:369-72.
- Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *BMJ* 1992;304:888-90.
- Harari D, Iliffe S, Kharicha K, et al. Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age and Ageing* 2008;37:565-71.
- Tay T, Rochtchina E, Mitchell P, et al. Eye care service utilization in older people seeking aged care. *Clin Experiment Ophthalmol* 2006;34:141-5.
- Lord SR, Tiedemann A, Chapman K, et al. The effect of an individualized fall prevention program on fall risk and falls in older people: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1296-1304.
- Day L, Fildes B, Gordon I, et al. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002;325:128.
- Newbury JW, Marley JE, Beilby JJ. A randomised controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *Med J Aust* 2001;175:104-7.
- van Rossum E, Frederiks CM, Philipsen H, et al. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993;307:27-32.
- Eekhof J, De Bock G, Schaapveld K, et al. Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 2000;17:329-33.
- Moore AA, Siu AL, Partridge JM, et al. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. *Am J Med* 1997;102:371-8.
- Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, et al. Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *Am J Public Health* 1994;84:1800-6.
- Bailey IL, Lovie JE. New design principles for visual acuity letter charts. *Am J Optom Physiol Opt* 1976;53:740-5.
- McGraw PV, Winn B. Glasgow Acuity Cards: a new test for the measurement of letter acuity in children. *Ophthalmic Physiol Opt* 1993;13:400-4.
- US Preventive Services Task Force (USPSTF); Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for impaired visual acuity in older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2016;315:908-14.

37. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in adults in Canada. *Can J Ophthalmol* 2007;42:39-45, 158-63.
38. Feder RS, Olsen TW, Prum BE, et al.; American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Committee. Comprehensive adult medical eye evaluation — 2015. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2015. [En ligne]. Accessible ici : www.aao.org/preferred-practice-pattern/comprehensive-adult-medical-eye-evaluation-2015 (consulté le 24 octobre 2017).
39. Association canadienne des optométristes (ACO). Fréquence des examens ophtalmologiques. [Politique et représentation — énoncé de position de l'ACO]. Ottawa : Association canadienne des optométristes (mis à jour le 31 juillet 2013). [En ligne]. Accessible ici : https://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/frequence_des_examens_oculovisuels_0.pdf (consulté le 24 octobre 2017).
40. Adult vision: over 60 years of age. St. Louis: American Optometric Association (mise à jour en 2017). [En ligne]. Accessible ici : www.aoa.org/patients-and-public/good-vision-throughout-life/adult-vision-19-to-40-years-of-age/adult-vision-over-60-years-of-age?ss=y (consulté le 24 octobre 2017).
41. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361-7.
42. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making — pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366:780-1.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Auteurs : Brenda J. Wilson MBChB MSc, Susan Courage RN BScN, Maria Bacchus MD MSc, James A. Dickinson MBBS PhD, Scott Klarenbach MD MSc, Alejandra Jaramillo Garcia MSc, Nicki Sims-Jones BScN MScN, Brett D. Thombs PhD; Groupe d'étude sur les soins de santé préventifs.

Affiliations : École d'épidémiologie et de santé publique (Wilson), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Agence de la santé publique du Canada (Courage, Jaramillo Garcia, Sims-Jones), Ottawa, Ont.; Départements de médecine (Bacchus) et de santé communautaire (Dickinson), Université de Calgary, Calgary, Alta; Département de médecine (Klarenbach), Université de l'Alberta, Edmonton, Alta; Institut Lady Davis (Thombs), Hôpital général juif et Université McGill, Montréal, Québec

Comité de rédaction de la ligne directrice : Brenda J. Wilson (membre du groupe de travail ayant droit de vote), Susan Courage (membre de l'équipe scientifique sans droit de vote), Maria Bacchus (membre du Groupe de travail ayant droit de vote), James A. Dickinson (membre du Groupe de travail ayant droit de vote), Scott Klarenbach (membre du Groupe de travail ayant droit de vote), Alejandra Jaramillo Garcia (membre de l'équipe scientifique sans droit de vote), Nicki Sims-Jones (membre de l'équipe scientifique sans droit de vote), Brett D. Thombs (membre du Groupe de travail ayant droit de vote).

Collaborateurs : Brenda Wilson, Susan Courage, Bacchus de Maria, James Dickinson, Scott Klarenbach, Nicki Sims-Jones, Alejandra Jaramillo Garcia et Brett Thombs ont substantiellement contribué à la conception et sur le plan de l'étude, à l'interprétation des preuves et à la révision critique de l'ébauche de la ligne directrice. Susan Courage, Nicki Sims-Jones et Alejandra Jaramillo ont fourni leur soutien scientifique et logistique au comité de rédaction. Heather Colquhoun, James Dickinson, Roland Grad, Stéphane Groulx, Scott Klarenbach, Eddy Lang, John Leblanc, Gabriela A. Lewin, Ainsley Moore, Donna Reynolds, Harminder

Singh, Guylène Thériault, Brett Thombs et Brenda Wilson ont rédigé l'ébauche des recommandations. Brenda Wilson, Susan Courage et Nicki Sims-Jones ont rédigé l'ébauche de la ligne directrice. Tous les auteurs cités ont donné leur approbation finale pour la version de la ligne directrice devant être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail. Tous les collaborateurs du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Heather Colquhoun, Roland Grad, Stéphane Groulx, Eddy Lang, John Leblanc, Gabriela Lewin, Ainsley Moore, Donna Reynolds, Harminder Singh, Guylène Thériault, Marcello Tonelli) ont aussi fait des contributions à la rédaction de la ligne directrice et ont fourni leur approbation finale pour la version de la ligne directrice devant être publiée.

Soutien financier : Le soutien financier du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs provient de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions de l'organisme subventionnaire n'ont aucunement influé sur le contenu de la ligne directrice. Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que le Groupe de travail et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier l'équipe des Centres d'analyse et de synthèse des données probantes de l'Université de l'Alberta (Lisa Hartling, Jennifer Pillay, Tara MacGregor, Robin Featherstone, Ben Vandermeer) pour l'examen des données probantes qui ont servi à étayer cette ligne directrice; Marion Doull, Prinon Rahman et Ernesto Delgado de la Division de la santé mondiale et des lignes directrices à l'Agence de la santé publique du Canada, qui ont soutenu la création de la ligne directrice; et le programme d'application des connaissances, de l'Institut du savoir Li-Ka-Shing, hôpital St. Michael, pour leurs contributions à la participation des patients et à l'application des connaissances en lien avec cette ligne directrice. Ils souhaitent remercier Ellen Freeman (École d'épidémiologie et de santé publique et Département d'ophtalmologie, Université

d'Ottawa, Ottawa, Ontario) et le Dr William Hodge (École de médecine et de dentisterie Schulich, Département d'épidémiologie, de biostatistique et d'ophtalmologie, Université Western Ontario, London, Ont.) pour leur aide à titre d'experts cliniques et d'experts en contenu pendant la création de cette ligne directrice. (Les experts cliniques et les experts en contenu qui ont aidé le Groupe de travail lors du processus de rédaction de la ligne directrice peuvent ou non se dire d'accord avec les recommandations du Groupe de travail.) De plus, les auteurs tiennent à remercier les pairs réviseurs et les intervenants organisationnels qui ont passé en revue les commentaires fournis sur l'ébauche de lignes directrices et qui ont répondu au questionnaire de faisabilité, acceptabilité, coût et équité, notamment Mathieu Carignan, Réseau d'ergothérapie et de réadaptation pour basse vision; Walter T. Delpero, Société canadienne d'ophtalmologie, Ottawa, Ont.; Julia Foster, Université EADO, Toronto, Ont.; Natacha Kuran, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont.; Matthieu Lafontaine-Godbout, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec; Susan J. Lea, École d'optométrie et de sciences de la vision, Université de Waterloo, Waterloo, Ontario; Steven Lord Neuroscience Research Australia, Sydney, Australie; Nicolette McGuire, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique; Linda S. Petty, Adaptive Technology Resource Centre, Université de Toronto, Scarborough, Ontario; Gilles Plourde, Santé Canada, Ottawa, Ontario; Dallas Seitz, Université Queen's, Kingston, Ontario; Kimberley Simmonds, Santé Alberta, Edmonton, Alberta; Enitan Sogbesan, Centre de santé St. Joseph's, Université McMaster, Hamilton, Ontario; et Benoit Tousignant, Association canadienne des optométristes. Nous remercions également ceux qui ont formulé des commentaires, mais qui ne souhaitent pas que leur nom soit mentionné.

Correspondance : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, info@canadiantaskforce.ca