Nº 89-654-X2016003 au catalogue
ISBN 978-0-660-03156-9

Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012

Nouvelle mesure de l'incapacité dans les enquêtes : questions d'identification des incapacités (QII)

par Chantal Grondin
Division des méthodes d'enquêtes sociales

Date de diffusion : le 29 février 2016

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 STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

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

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

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, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

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.

Résumé à l'intention de la direction

Le rapport présente le processus d'élaboration des nouvelles questions d'identification des incapacités (QII), mises au point conjointement par Statistique Canada (Division de la statistique sociale et autochtone et Division des méthodes d'enquêtes sociales), Emploi et Développement social Canada et un Groupe consultatif technique formé de spécialistes du domaine. Les QII fournissent une mesure fondée sur le modèle social de l'incapacité qui tient compte des limitations d'activités afin de déterminer s'il y a ou non incapacité. L'objectif est d'intégrer les QII aux enquêtes auprès de l'ensemble de la population afin de comparer les situations des personnes avec et sans incapacité.

Les questions ont été élaborées sur une période de deux ans, durant laquelle plusieurs rondes d'essais qualitatifs ont été menées pour s'assurer de la validité de chaque question. Ces essais ont été suivis de deux essais quantitatifs d'envergure, l'un dans le cadre de l'Enquête sur la population active (EPA) et l'autre dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), afin d'évaluer la fiabilité des QII dans des contextes très différents. À la suite de ces essais, les QII ont été intégrées à l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI).

Les taux d'incapacité selon le type obtenus à partir des deux essais quantitatifs étaient très proches; ils sont présentés dans ce rapport. Les taux d'incapacité issus de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2006 sont aussi présentés, principalement pour illustrer l'incidence de la prise en compte des limitations d'activités dans la détermination de l'incapacité à l'aide des QII, ce qui constitue une différence par rapport à la méthode utilisée auparavant. Les taux d'incapacité de l'ECI de 2012 sont également présentés, et les différences par rapport aux estimations de l'EPA sont analysées et expliquées.

Comme le temps moyen nécessaire pour administrer les QII peut constituer un obstacle important à leur inclusion dans la plupart des enquêtes auprès de l'ensemble de la population, une version abrégée des QII a été élaborée et mise à l'essai; cette version est très semblable à la version longue, mais fournit des données moins détaillées. Le présent rapport précise les différences entre les versions longue et abrégée, ainsi que les renseignements que fournit chaque version. La version abrégée a été utilisée dans le cadre de deux enquêtes auprès de l'ensemble de la population, soit le cycle 28 de l'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation et l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) de 2013.

Les QII sont fondées sur le modèle social de l'incapacité. Elles sont utiles pour l'élaboration de programmes visant à améliorer la participation sociale des personnes ayant une incapacité. L'inclusion des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, ainsi que dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité, facilitera les analyses et contribuera à faire la lumière sur la situation des personnes ayant une incapacité et surtout, des personnes dont les activités quotidiennes sont limitées.

Table des matières

Résumé à l'intention de la direction 3
1. Contexte 6
2. Mesure de l'incapacité à Statistique Canada 8
2.1. Enquêtes postcensitaires sur l'incapacité 8
2.2. Autres mesures de la santé 9
2.2.1. Indice Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) 9
2.2.2. Ensemble de questions du Groupe de Washington 11
3. Élaboration des QII 12
3.1. Modèle social de l'incapacité 12
3.2. Validité du contenu des QII 13
4. Les nouvelles QII 17
4.1. Buts des nouvelles QII 17
4.2. Types d'incapacité couverts 17
4.3. Questions filtres et questions de sélection des QII 18
4.3.1. Questions filtres 18
4.3.2. Élaboration des questions filtres 19
4.3.3. Questions de sélection 20
4.3.4. Élaboration des questions de sélection 26
4.4. Fiabilité des QII 30
4.4.1. Analyse des essais quantitatifs 30
4.4.2. Les QII dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité 36
4.5. Définition officielle de l'incapacité selon la version longue des QII 37
4.6. Durée d'administration des QII 38
5. Score de sévérité 39
5.1. Score par type d'incapacité 39
5.2. Classe de sévérité par type d'incapacité 40
5.3. Score global de sévérité 40
5.4. Classe de sévérité globale 41
5.5. Score global pour les personnes sans incapacité (ECI de 2012 seulement) 41
6. Version abrégée des QII 43
6.1. Pourquoi une version abrégée des QII? 43
6.2. Exigences minimales de la version abrégée des QII 43
6.3. Version préliminaire des QII abrégées 43
6.3.1. Identification de la présence d'une incapacité (version « IPI » des QII abrégées) 44
6.3.2. Synchronisation de la version IPI des QII abrégées 45
6.4. Les QII abrégées peuvent-elles faire plus? 46
6.5. Version finale des QII abrégées 46
6.6. Définition officielle de l'incapacité à l'aide des QII abrégées 48
6.7. Différences entre les QII longues et abrégées 48

7. Usages actuels et futurs des QII 51
Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) 51
Étude longitudinale et internationale des adultes (ELIA) 51
Enquête sociale générale (ESG) 51
Enquête canadienne sur le revenu (ECR) 52
8. Comparaison des QII avec d'autres mesures de la santé 53
9. Progrès récents 57
9.1. Changements apportés après l'ECI de 2012 57
9.2. Utilisation de la version longue des QII dans l'ECI 57
9.3. Utilisation de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population 57
Avantages de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population 58
Durée de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population 58
Prochaines étapes 58
10. Conclusion 59
11. Remerciements 60
Bibliographie 61
Autres références 62
Annexe A 63
Annexe B 66

1. Contexte

Les questions d'identification des incapacités (QII) ont été élaborées dans le cadre de la nouvelle Stratégie relative aux données et à l'information sur les personnes handicapées mise en place à Emploi et Développement social Canada (EDSC) afin que le gouvernement dispose de données plus efficientes, pertinentes et accessibles sur les personnes ayant une incapacité. Les trois piliers de la stratégie sont les données d'enquête, les données administratives et une plateforme de données ouvertes, afin de maximiser l'accessibilité et l'utilité des renseignements recueillis. Les nouvelles QII, qui font partie du premier pilier (données d'enquête), ont été mises au point en partenariat par Statistique Canada et par un Groupe consultatif technique (GCT) formé de spécialistes dans le domaine de l'incapacité. L'objectif est d'inclure les QII dans différentes enquêtes existantes auprès de l'ensemble de la population, afin de permettre des comparaisons directes et plus fréquentes entre les personnes ayant une incapacité et l'ensemble de la population.

Jusqu'à tout récemment, Statistique Canada utilisait dans plusieurs enquêtes auprès de l'ensemble de la population les « questions filtres du recensement »[1] pour identifier les personnes ayant une incapacité. Ces questions, intégrées pour la première fois dans le questionnaire complet du Recensement de la population de 1986, servaient de filtres pour créer une base de sondage aux fins d'une **enquête postcensitaire**[2] sur l'incapacité. Elles ne donnent toutefois pas une bonne mesure de l'incapacité. En fait, les premiers essais quantitatifs de ces questions ont révélé que bien que la majorité des personnes ayant une incapacité faisaient partie de ceux qui avaient répondu par l'affirmative à au moins une des questions filtres (vrais positifs), un nombre relativement important de personnes ayant une incapacité faisaient aussi partie des personnes ayant répondu « Non » à toutes les questions filtres (faux négatifs).

Les questions filtres du Recensement ont été modifiées et améliorées au fil du temps, mais même celles de la dernière version (utilisées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, qui remplaçait le questionnaire complet du recensement) sont considérées comme une mesure trompeuse de l'incapacité parce qu'elles ne permettent pas de bien identifier les personnes ayant des incapacités autres que physiques (faux négatifs)[3], en plus d'entraîner une surestimation du taux d'incapacité (faux positifs)[4]. Néanmoins, comme ces questions étaient les seules[5] dont on disposait pour servir de mesure approximative de l'incapacité, elles étaient tout de même utilisées pour estimer la prévalence de l'incapacité, par exemple pour obtenir des estimations infraprovinciales. Certaines enquêtes auprès de l'ensemble de la population ont aussi utilisé ces questions filtre afin d'obtenir un identificateur approximatif des personnes ayant une incapacité. Toutefois, en 2010, Statistique Canada a décidé que ces questions ne pouvaient plus servir dans les enquêtes pour identifier les incapacités, et l'élaboration d'un nouvel ensemble de questions pour les remplacer dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population est devenue une priorité.

Les QII visent à améliorer la mesure fondée sur les questions filtres du recensement en établissant : 1) une mesure plus inclusive des personnes ayant des incapacités autres que physiques (plus particulièrement des troubles d'apprentissage ou des incapacités liées à la santé mentale); 2) une mesure plus précise qui tient compte du type d'incapacité et du niveau de sévérité; et 3) une méthode cohérente pour mesurer l'incapacité en fonction du **modèle social**[6] qui définit l'incapacité comme la relation entre la fonction organique et la structure anatomique, les activités quotidiennes et la participation sociale. Toutefois, pour que les QII puissent être mises en œuvre dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, elles doivent pouvoir être administrées en moins de deux minutes. Cette contrainte constitue le principal facteur expliquant le format des QII et aussi la décision de mettre en place une version longue et une version abrégée.

1. L'annexe A présente les différentes versions des questions filtres du recensement, depuis leur première mise en œuvre dans le questionnaire complet du Recensement de 1986 (questions sur la santé et les limitations d'activité [module HAL]), jusqu'à la dernière version utilisée dans l'Enquête nationale auprès des ménages (questions sur les activités de la vie quotidienne [module ADL]). Dans le présent document, on utilise l'expression « questions filtres du recensement » pour désigner ces questions, ainsi que l'expression « questions filtres de l'ENM » pour l'année de référence 2011, l'Enquête nationale auprès des ménages remplaçant le questionnaire complet du recensement cette année-là.
2. D'autres renseignements sur les enquêtes postcensitaires sur l'incapacité sont présentés à la section 2.1.
3. Voir Bizier, 2008.
4. Voir Veilleux, 2008.
5. Elles étaient les seules qui avaient fait l'objet de nombreux essais qualitatifs et quantitatifs, et avaient comme avantage d'être courtes et faciles à administrer sous plusieurs modes de collecte.
6. Pour plus de renseignements sur le modèle social, voir la section 3.1.

Le présent document explique la création des nouvelles QII, les raisons pour lesquelles une version longue et une version abrégée ont été mises au point, la façon dont les deux versions fonctionnent, en quoi elles diffèrent et comment il convient de les utiliser.

Les QII continuent d'être modifiées. La version décrite dans le présent document a été utilisée dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) en 2012. Une section à la fin du présent rapport énonce les changements qui ont été apportés aux QII depuis et ceux qui sont prévus.

La structure du présent rapport est la suivante. La section 2 présente un aperçu de la façon dont Statistique Canada a mesuré l'incapacité au cours des 30 dernières années. La section 3 porte sur l'élaboration des QII; on présente d'abord une description du modèle social de l'incapacité sur lequel sont fondées les nouvelles QII, puis un aperçu général des questions qui ont donné de bons résultats aux essais qualitatifs. La section 4 décrit les objectifs des QII, les types d'incapacité pris en compte et les raisons expliquant l'utilisation de questions filtres et de questions de sélection, en plus de présenter le libellé des questions relatives à chacun des 10 types d'incapacité. On y présente aussi des renseignements sur les deux principaux essais quantitatifs réalisés pour évaluer la fiabilité des QII, les définitions de l'incapacité envisagées et celle qui a été retenue, ainsi que le temps nécessaire pour administrer les QII. La section 5 présente le score de sévérité. La section 6 explique pourquoi il est nécessaire d'établir une version abrégée et en quoi cette version diffère de la version longue. La section 7 explique comment Statistique Canada utilise les versions longue et abrégée des QII à l'heure actuelle. La section 8 compare les résultats des QII à ceux d'autres mesures de la santé utilisées dans les enquêtes de Statistique Canada. La section 9 présente les derniers progrès concernant les QII, et la section 10 propose un résumé de la discussion.

2. Mesure de l'incapacité à Statistique Canada

Afin de replacer les QII dans leur contexte, il convient de présenter la façon dont Statistique Canada a mesuré l'incapacité au cours des 30 dernières années.

2.1. Enquêtes postcensitaires sur l'incapacité

En mai 1980, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés (le Comité), en lui confiant le mandat de rendre compte à la Chambre des communes des besoins et préoccupations des personnes handicapées. En février 1981, le Comité a publié un rapport intitulé *Obstacles*, dans lequel il formulait 130 recommandations concernant les mesures que le gouvernement du Canada devrait prendre.

Le rapport soulignait notamment les lacunes en matière de données nationales sur les personnes handicapées. Dans la recommandation n° 113, le Comité recommandait notamment « que le gouvernement fédéral demande à Statistique Canada d'accorder une très haute priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie à long terme visant à constituer une base de données sur les personnes handicapées au Canada et ce, à l'aide d'enquêtes menées auprès de la population et de données tirées de divers programmes »[7].

Statistique Canada a donné suite à cette recommandation en élaborant un plan d'action décrivant les principales activités à entreprendre pour constituer une base de données nationale qui comprendrait des renseignements sur tous les types d'incapacité dans toutes les régions géographiques.

Des représentants de ministères et d'organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, de sociétés d'État et d'associations représentant ou regroupant des personnes ayant une incapacité ont été sollicités afin de déterminer leurs besoins spécifiques en matière de données.

Statistique Canada a ensuite entrepris trois grandes initiatives de collecte de données :

1. L'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada (ESIC), qui était un supplément à l'Enquête sur la population active d'octobre 1983 et de juin 1984;
2. L'ajout d'une question[8] sur les limitations d'activité dans le questionnaire du Recensement de la population de 1986 pour faciliter l'élaboration d'une base de sondage pour la sélection de participants à l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), une enquête postcensitaire;
3. L'ESLA, qui a été réalisée auprès des ménages à l'automne 1986 et auprès des établissements institutionnels au printemps 1987.

L'ESLA, la première enquête postcensitaire de Statistique Canada sur l'incapacité, comprenait une composante auprès des ménages et une composante auprès des établissements institutionnels, qui portaient toutes deux sur les enfants et les adultes dans l'ensemble des provinces et territoires.

La question intégrée au questionnaire complet du Recensement de 1986 avait pour but d'identifier une grande partie de la population de personnes handicapées parmi celles qui ont répondu par l'affirmative à cette question filtre. Avant le Recensement de 1986, on a mené un essai sur le terrain pour déterminer si toutes les personnes handicapées répondraient par l'affirmative à la question filtre; les résultats ont montré que ce n'était pas le cas de beaucoup de personnes ayant une incapacité légère, ainsi que de certaines personnes âgées. De toutes les personnes sollicitées dans le cadre de cet essai sur le terrain, 5 % ont répondu par la négative à la question filtre alors qu'elles étaient considérées comme ayant une incapacité (selon un ensemble de questions de sélection plus détaillées).

Dans le cadre de la composante des ménages de l'ESLA de 1986, on a utilisé la question filtre du Recensement pour diviser la population en deux groupes : les personnes ayant répondu par l'affirmative à la question filtre

7. *Obstacles*, rapport du Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés, février 1981.
8. Il s'agissait de la première version des questions filtres du recensement. L'annexe A présente les questions de cette version et de toutes les versions subséquentes jusqu'en 2011.

(la population des OUI) et les autres (la population des NON). Pour garantir une couverture complète des personnes ayant une incapacité, un échantillon a été constitué à partir de chacune des populations. L'ESLA a été réalisée de nouveau après le Recensement de 1991, encore une fois avec une composante auprès des ménages et une auprès des établissements institutionnels comprenant les enfants et les adultes de l'ensemble des provinces et territoires.

En 1996, l'enquête a été annulée à cause de restrictions budgétaires. Bien qu'utile, l'ESLA coûtait cher avec son échantillon de près de 150 000 ménages, sans compter les établissements institutionnels.

En 2001, une nouvelle enquête postcensitaire sur l'incapacité, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), a remplacé la composante des ménages de l'ESLA. Le plan de sondage de l'enquête comportait un changement important (qui a eu une incidence notable sur la couverture des personnes ayant une incapacité) : l'élimination de la population des NON de l'échantillon, ce qui a permis de réaliser des économies considérables et de réduire la taille de l'échantillon. L'échantillon comprenait alors 50 000 enfants et adultes dans les 10 provinces. Les territoires ont été retirés du champ d'enquête, tout comme la composante auprès des établissements institutionnels. Toutefois, pour limiter l'incidence de l'élimination de la population des NON[9], de nouvelles questions filtres ont été intégrées au questionnaire complet du Recensement de 2001, soit les questions sur les activités de la vie quotidienne. Ces questions visaient à accroître l'étendue du filet afin de mieux inclure les faux négatifs que l'on ne pouvait auparavant obtenir qu'à l'aide de l'échantillon des NON.

En 2006, l'EPLA a de nouveau été réalisée (composante des ménages seulement) auprès des enfants et des adultes; les territoires ont également été réintroduits dans l'enquête.

En 2012, une nouvelle enquête « post-ENM »[10], l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), a remplacé l'EPLA. La conception de cette enquête était comparable à celle de l'EPLA (population des OUI seulement), mais reposait sur une définition différente de l'incapacité, en vertu de laquelle une personne devait déclarer des limitations d'activité pour qu'une incapacité soit identifiée. Les enfants de moins de 15 ans étaient exclus de l'ECI. En outre, l'ECI comprenait les nouvelles questions d'identification des incapacités (QII), qui constituent l'objet principal du présent rapport.

2.2. Autres mesures de la santé

D'autres enquêtes de Statistique Canada utilisent différentes questions relatives à la santé. Les QII ne sont pas destinées à remplacer ces mesures, qui ont leur propre raison d'être. Un aperçu de ces autres mesures est présenté ici. On veut expliquer les raisons pour lesquelles ces mesures ne répondent pas aux mêmes besoins que ceux des QII. Ceci ne doit pas être interprété comme une critique de ces autres mesures, qui ont leurs propres objectifs et utilité.

2.2.1. Indice Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)

L'indice Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), mis au point à l'origine par l'Université McMaster[11], est une mesure validée et standardisée, utilisée sur une base internationale pour évaluer la santé fonctionnelle selon huit attributs : la vision, l'ouïe, l'élocution, la marche, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur. Les réponses sont combinées selon une échelle de notation allant de -0,36 à 1, une note élevée indiquant une meilleure santé fonctionnelle. Ces questions ont été utilisées régulièrement dans les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, et ont souvent été utilisées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population.

L'indice HUI3 ne permet pas d'évaluer convenablement l'incapacité. La raison principale est conceptuelle — le HUI3 mesure la santé fonctionnelle, pas l'incapacité. Le module sur l'incapacité recherché devait tenir compte

9. On a évalué l'incidence de l'exclusion de la population des NON de l'EPLA de 2001 dans le cadre d'un essai pilote à l'été et à l'automne 2000. La majorité des personnes de la population des NON ayant une incapacité n'avaient que des limitations légères et des difficultés moins sévères, comparativement à la population des OUI.
10. En 2011, le questionnaire complet du recensement a été remplacé par l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM). C'est pourquoi l'expression « post-ENM » remplace ici l'expression « postcensitaire ».
11. Voir Feng 2009.

des limitations d'activités et faire appel au cadre de la Classification internationale du fonctionnement (CIF)[12]. Les scores HUI3 reposent principalement sur des questions relatives à la « capacité habituelle à effectuer certaines tâches ». Par exemple, les personnes indiquant avoir du mal à accomplir des tâches à cause de difficultés liées à la vision, à l'ouïe, à l'élocution, à la marche ou à la dextérité peuvent obtenir des scores HUI3 les classant comme ayant une condition modérée ou même sévère. Cependant, en vertu du modèle social et du cadre de la CIF, les déficiences et difficultés fonctionnelles ne représentent qu'une dimension de l'incapacité. Le cadre tient compte de la façon dont les déficiences et les difficultés à accomplir les tâches interagissent avec l'environnement du répondant et nuisent à sa capacité à participer et à exécuter des activités de la vie quotidienne. Ceci ne peut être accompli que par un deuxième niveau de questions permettant de déterminer si la déficience ou la difficulté fonctionnelle s'accompagne d'une limitation des activités.

En outre, beaucoup de personnes ayant des incapacités sévères se considèrent en bonne santé. Comme le but avec les QII est de se rapprocher du modèle social de l'incapacité et de s'éloigner du modèle médical, cette différence conceptuelle pose problème et entraîne l'identification de populations quelque peu différentes. En dépit d'un chevauchement inévitable, une proportion considérable de la population identifiée par l'indice HUI3 comme ayant une mauvaise santé fonctionnelle n'est pas susceptible d'être identifiée comme ayant une incapacité en vertu du modèle social. De même, l'indice HUI3 ne permet probablement pas d'identifier une bonne partie des gens qui satisfont aux critères du modèle social, particulièrement ceux qui ont une incapacité non physique. L'indice HUI3 et le modèle social d'incapacité ne mesurent pas les mêmes choses.

De plus, l'indice HUI3 ne convient pas pour évaluer l'incapacité parce qu'il ne couvre pas adéquatement les incapacités liées à la santé mentale avec l'utilisation de son « échelle de bonheur ». Bien que l'indice HUI3 comporte une question sur la capacité cognitive, celle-ci combine plusieurs types d'incapacité. Le module voulu devait, pour combler les lacunes des modules antérieurs, permettre d'identifier séparément les incapacités liées à la mémoire, aux troubles d'apprentissage, ainsi que les incapacités intellectuelles ou liées au développement (un besoin important pour la communauté des personnes avec incapacité).

En ce qui concerne la mobilité, l'indice HUI3 se concentre uniquement sur la capacité de marcher. Les travaux réalisés dans le cadre de l'EPLA pour déterminer les questions essentielles à poser pour couvrir la majorité des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité indiquent qu'il faut au moins mentionner la capacité de marcher et la capacité de monter et descendre un escalier. Aux fins des QII, l'élément encore plus important était les questions de suivi permettant de déterminer si ces difficultés limitaient les activités. L'indice HUI3 ne comprend pas ces questions de suivi.

En outre, des recherches antérieures fondées sur l'EPLA ont montré que des questions de base sur la capacité à effectuer des tâches identifient souvent des personnes ayant des difficultés temporaires. L'incapacité cependant est à long terme, bien qu'elle puisse être vécue de façon cyclique ou épisodique. L'équipe chargée d'élaborer les QII s'est efforcée de faire en sorte que la notion de « long terme » soit incluse dans le nouveau module d'identification et qu'elle tienne compte des incapacités cycliques qui se produisent de façon épisodique sur une longue période. L'indice HUI3 ne tient pas compte de ces caractéristiques.

Enfin, l'indice HUI3 de base ne satisfait pas à l'exigence de durée du nouveau module, qui doit prendre en moyenne moins de deux minutes à administrer. Initialement, on avait envisagé d'utiliser les questions de l'indice HUI3 (ou un sous-ensemble ou des variantes de ces questions) pour identifier les déficiences (problèmes et difficultés à exécuter des tâches) en y ajoutant des questions de suivi sur les limitations des activités ainsi que sur les incapacités liées à la santé mentale et les troubles d'apprentissage. Toutefois, l'indice HUI3 (30 questions) était déjà trop long pour la majorité des enquêtes auprès de l'ensemble de la population.

Les questions de l'indice HUI3 ont initialement servi de modèles pour formuler certaines questions du nouveau module (on s'est efforcé d'utiliser des questions ayant déjà fait leurs preuves pour répondre aux objectifs des QII), mais l'ensemble complet des questions de l'indice HUI3 ne convenait pas. Certaines questions ont été mises à l'essai pour les QII; celles qui n'ont pas donné de bons résultats ont été abandonnées.

12. La CIF va au-delà d'une conceptualisation purement médicale ou biologique de la dysfonction et tient compte de l'influence des facteurs de l'environnement et d'autres facteurs contextuels sur la santé fonctionnelle.

2.2.2. Ensemble de questions du Groupe de Washington

L'ensemble de questions du Groupe de Washington a été proposé comme instrument international pour identifier l'incapacité. Les origines du Groupe de Washington remontent au séminaire international des Nations Unies sur la mesure des incapacités qui a eu lieu à New York du 4 au 6 juin 2001. Des spécialistes de la mesure de l'incapacité aux fins des rapports statistiques de pays développés et de pays en développement ont examiné les méthodes utilisées dans les systèmes statistiques nationaux pour mesurer l'incapacité en portant une attention particulière à la conception des questionnaires, puis ont formulé des recommandations et défini des priorités. Le mandat du Groupe de Washington est fondé sur les discussions qui ont eu lieu à cette occasion. La première réunion officielle du groupe s'est déroulée à Washington, D.C., du 18 au 20 février 2002.

L'un des objectifs était d'« identifier toutes les personnes présentant un risque plus élevé que celui de l'ensemble de la population de voir leur participation sociale limitée »[13] [*Traduction*]. Ceci est similaire à l'utilisation de questions filtres afin d'établir une base de sondage des personnes les plus susceptibles d'avoir une incapacité. Toutefois, comme l'indice HUI3, les questions du Groupe de Washington ne vont pas au-delà du dépistage des troubles ou difficultés liés à l'exécution de tâches, et ne conviennent donc pas aux fins d'identification des incapacités.

Le Groupe de Washington a établi deux ensembles de questions : un ensemble abrégé et un ensemble élargi. L'ensemble élargi, qui est encore en développement, dépasse la cible de deux minutes. L'ensemble abrégé est axé sur les difficultés à effectuer des tâches et comporte six questions relatives à la vue, à l'ouïe, à la capacité de marcher ou de monter et descendre des escaliers, à la mémoire ou à la concentration, à la capacité de se laver et de s'habiller, et à la communication. Comme celles de l'indice HUI3, ces questions ne couvrent pas un éventail assez large de types d'incapacité, notamment en ce qui concerne les incapacités liées à la santé mentale et les troubles d'apprentissage. Par ailleurs, l'ensemble abrégé de questions du Groupe de Washington ne satisfait pas à l'exigence de tenir compte de l'incidence de la difficulté à effectuer des tâches.

On a tout de même tenté d'utiliser les questions du Groupe de Washington dans les premières versions du module des QII afin de déceler les déficiences et difficultés à effectuer des tâches. On espérait qu'il suffirait de les compléter par des questions de suivi pour déterminer l'importance des limitations découlant de ces difficultés et déficiences. Certains éléments de ces questions ont été conservés dans les QII; d'autres ont été abandonnés ou modifiés après les essais qualitatifs.

13. Voir http://www.un.org/disabilities/documents/events/washington-group-disability.pdf (en anglais seulement)

3. Élaboration des QII

La première version des QII a été élaborée sur une période de deux ans; les travaux ont commencé au printemps 2010 par un examen des modules sur les incapacités utilisés antérieurement au Canada (comme les questions de l'indice HUI3 ou du Groupe de Washington) et d'autres instruments envisagés ou utilisés dans d'autres pays, comme l'initiative de Budapest ou le questionnaire WHODAS[14]. L'équipe chargée d'élaborer les QII était formée de spécialistes du sujet et d'analystes d'EDSC (RHDCC à l'époque) ainsi que de spécialistes et de méthodologistes de Statistique Canada, sous la direction d'un Groupe consultatif technique (GCT) constitué de spécialistes issus des milieux communautaires et universitaires. À la suite de cet examen, des approches et des questions ont été proposées. On s'est efforcé d'employer les formulations utilisées dans des instruments comme l'indice HUI3, les questions du Groupe de Washington et l'initiative de Budapest afin de favoriser la comparabilité des données. Des essais qualitatifs ont été réalisés par le Centre de ressources en conception de questionnaires (CRCQ) de Statistique Canada en septembre 2010, en mars 2011 et en mai 2011[15].

L'un des objectifs était d'élaborer les QII en fonction du modèle social de l'incapacité et en tenant compte des limitations d'activités afin d'identifier les incapacités. De plus, comme les QII devaient être incluses dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, leur administration ne pouvait pas prendre plus de deux minutes en moyenne. On voulait aussi que les QII permettent de distinguer le plus grand nombre de types d'incapacité possible et de traiter de façon uniformisée tous les types d'incapacité.

3.1. Modèle social de l'incapacité

Le modèle social de l'incapacité reconnaît que même si l'incapacité est liée à une personne et au degré de difficulté d'exécution de certaines tâches, au niveau de déficience ou à l'existence d'un problème de santé, il tient aussi compte du milieu de vie d'une personne comme facteur clé pour déterminer une incapacité.

Modèle médical et **modèle social** de l'incapacité[16,17]

Le **modèle médical** de l'incapacité est axé sur les déficiences, les affections ou les handicaps. Il suppose que l'incapacité est causée par une maladie physiologique ou une blessure qui donne lieu à un corps ou à un esprit « endommagé » qui ne fonctionne pas d'une manière considérée comme normale pour un être humain. Il ne tient pas compte du fait que la société s'organise en fonction de certaines suppositions, notamment celle voulant que tout le monde soit physiquement apte.

Selon le **modèle social**, l'incapacité est un désavantage social imposé par un environnement défavorable qui s'ajoute à la déficience d'une personne. Il examine les façons d'éliminer les obstacles qui restreignent les choix de vie que peuvent faire les personnes ayant une incapacité.

En vertu du modèle social, il importe de poser des questions à propos non seulement des difficultés qu'une personne peut éprouver pour effectuer certaines tâches, mais aussi à quelle fréquence ces difficultés limitent les activités. Selon ce modèle, une personne peut avoir une déficience fonctionnelle sans avoir une incapacité si ses environnements physique et social sont adaptés de façon que ses activités ne soient pas limitées.

Avant les QII, la définition de l'incapacité utilisée ne tenait pas toujours compte des limitations d'activités. Par exemple, l'EPLA faisait appel à un modèle parfois fonctionnel, parfois social pour identifier les personnes ayant une incapacité, selon le type d'incapacité. L'EPLA comportait des questions à propos des limitations d'activités pour certains types d'incapacité, mais ces limitations n'étaient pas toujours prises en compte pour déterminer s'il y avait ou non incapacité.

14. Questionnaire intitulé *Disability Assessment Schedule* mis au point par l'Organisation mondiale de la santé.
15. Par la suite, des rondes d'essais des QII ont été réalisées dans le cadre de la mise à l'essai du questionnaire de l'ECI; la version abrégée des QII a aussi été mise à l'essai, de façon autonome ou dans le cadre de la mise à l'essai du contenu d'autres enquêtes. Une version QE des QII abrégées a aussi fait l'objet d'essais qualitatifs.
16. Ces définitions sont tirées en partie de MacKenzie (2009).
17. MacKenzie (2013) présente les origines du modèle social de l'incapacité ainsi que les différences entre le modèle médical et le modèle social.

3.2. Validité du contenu des QII

La validité du contenu est le degré auquel un instrument mesure ce qu'il est censé mesurer. Dans le cas des QII, la validité du contenu a été évaluée au moyen d'essais qualitatifs de chacune des questions.

Les essais qualitatifs servent à s'assurer que les questions et les réponses captent bien les concepts à mesurer. Ils permettent de déceler des problèmes même pour des questions très simples.

La première version longue des QII est passée par trois rondes d'essais qualitatifs d'envergure à six endroits au Canada. Environ 125 interviews individuelles et quatre groupes de discussions ont été menés. Le recrutement des répondants pour les interviews en profondeur s'est fait en fonction de plusieurs facteurs; l'échantillon était composé d'un mélange :

- d'anglophones et de francophones;
- d'hommes et de femmes;
- de personnes appartenant à différents groupes d'âge (20 ans ou plus)[18];
- de personnes ayant différents niveaux de scolarité et revenus du ménage et appartenant à des ménages de différentes tailles;
- de personnes ayant divers types d'incapacité (d'après les questions posées à l'étape du recrutement).

Les résultats de chaque ronde d'essai qualitatif ont permis d'améliorer les questions de la ronde suivante. De plus, les résultats obtenus au premier endroit dans une ronde particulière ont souvent servi à améliorer les questions posées aux endroits suivants au cours de la même ronde.

Le reste de la section présente un aperçu des principaux résultats de chaque ronde d'essai. Le libellé de chaque question mise à l'essai n'est pas précisé; seule l'idée générale et les décisions principales concernant la conception du questionnaire sont indiquées. Le libellé final retenu pour chaque question d'identification des incapacités est présenté à la section 4.3.

Au début des essais qualitatifs, les QII s'appelaient « Disability Identification Questions ». Les rapports du CRCQ[19] rédigés dans le cadre des deux premières rondes d'essais font donc référence à ce nom, alors que le dernier parle des QII.

Première ronde d'essais qualitatifs – Septembre 2010

La première ronde d'essais a commencé par 15 interviews en anglais réalisées à Vancouver, suivies de 15 interviews en anglais à Ottawa, puis de 16 interviews en français à Montréal.

Les questions de la première ronde portaient sur tous les types d'incapacité inclus dans l'EPLA de 2006. Elles étaient toutefois divisées en deux sections.

Les questions de la première section portaient sur la difficulté à effectuer certaines tâches pour certains types d'incapacité, alors que pour d'autres types d'incapacité, elles portaient sur les **difficultés qui réduisaient** la quantité ou le genre d'activités que la personne pouvait faire (par exemple : « Avez-vous un trouble d'apprentissage qui réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire? Des exemples de troubles d'apprentissage sont les troubles d'attention, l'hyperactivité et la dyslexie. »). On espérait que les dernières questions permettraient de gagner du temps en ne posant pas deux questions séparées — l'une portant sur la présence d'une difficulté et l'autre sur la limitation d'activité qui en découle. Ces questions n'ont pas donné de bons résultats parce que le fait de demander en même temps au répondant s'il avait des difficultés et si ces difficultés réduisaient ses activités créait de la confusion.

18. Bien qu'il serait idéal de mettre les questions à l'essai auprès de la population de 15 ans et plus, certaines restrictions s'imposent lorsqu'il s'agit d'inviter au téléphone des mineurs à participer à une interview qualitative.
19. Voir Allard et Lawrence (2010), Allard (2011a) et Allard (2011b).

La deuxième section du questionnaire d'essai visait à déterminer si les limitations déclarées à la première section créaient des difficultés dans des domaines particuliers : trouver ou garder un emploi, fréquenter l'école, se déplacer, accomplir des tâches ménagères, s'occuper de ses soins personnels, avoir des activités en dehors de la maison, communiquer, s'entendre avec les autres et participer à d'autres activités. L'objectif était de couvrir les domaines prévus dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. L'EPLA de 2006 mentionnait aussi des domaines spécifiques en rapport avec certains types d'incapacité, mais cela était fait immédiatement après chaque question sur une difficulté relative à un type d'incapacité particulier, plutôt que dans une section distincte après avoir posé toutes les questions sur les difficultés pour tous les types d'incapacité. De plus, un ensemble restreint de domaines (maison, école ou travail, ou autre) était pris en considération dans l'EPLA.

Cette deuxième section posait problème parce que les répondants ne savaient pas comment tenir compte des limitations pour plusieurs types d'incapacité lorsqu'ils répondaient à des questions relatives à un domaine spécifique. Par exemple, si dans la première section du questionnaire une personne déclarait des difficultés attribuables à un problème de santé mentale et d'autres difficultés attribuables à un manque de flexibilité, elle avait du mal à évaluer le degré de difficulté éprouvé à l'égard de chaque domaine (trouver un emploi, garder un emploi, fréquenter l'école, etc.) à la deuxième section. Le problème de santé mentale de cette personne pouvait lui donner *un peu* de difficulté dans certains domaines et beaucoup dans d'autres, alors que son manque de flexibilité ne touchait pas nécessairement les mêmes domaines.

La première ronde d'essais a débouché sur plusieurs constatations et décisions d'ordre général :

- Certaines questions étaient complexes et il était difficile d'y répondre; les intervieweurs s'entendaient généralement sur les questions qui étaient trop verbeuses et difficiles à administrer.
- Les participants n'interprétaient pas toujours correctement les questions.
- La définition du contexte des questions posait aussi parfois problème, par exemple à cause de la difficulté pour les participants à se rappeler de la période de temps requise (six mois/long terme). En outre, certains participants ne savaient pas s'ils devaient tenir compte de facteurs comme des appareils fonctionnels (par exemple, déambulateur ou canne) ou des médicaments lorsqu'ils répondaient à certaines questions.
- Les participants n'établissaient pas toujours une correspondance entre les réponses qui leur venaient en tête et les catégories de réponse offertes. Cette situation s'expliquait par le choix de l'échelle de réponse ainsi que par le nombre de points offerts sur l'échelle.
- L'utilisation d'une terminologie non uniformisée et mal comprise peut entraîner des problèmes d'interprétation, par exemple « difficulté », « problème », « limitations », « incapacité ou trouble ».
- Pour tenter d'avoir un module le plus court possible, on a sélectionné bon nombre de questions et de choix de réponse de d'autres outils d'enquête, puis on les a combinés. Il est **possible** que les subtilités de l'élaboration et de la conception des questions aient été négligées.
- On a tenté d'utiliser des questions provenant d'autres enquêtes. Par exemple, la question initialement proposée pour déterminer une mobilité réduite était principalement fondée sur l'ensemble abrégé des questions du Groupe de Washington, qui portait entre autres sur la « difficulté à marcher ou à monter et descendre des escaliers ». Les essais qualitatifs ont révélé que les participants avaient du mal à répondre à cette question à deux volets, posée comme question de sélection finale. Il a été recommandé de la diviser en deux questions.
- Particulièrement en ce qui a trait aux incapacités liées à la santé mentale, les répondants qui avaient vécu des difficultés épisodiques étaient réticents à déclarer un problème s'ils ne l'avaient pas éprouvé continuellement pendant six mois ou plus. La question initialement mise à l'essai provenait directement de l'EPLA. Toutefois, certaines personnes avaient des antécédents de limitations attribuables à des problèmes de santé mentale ayant duré plus de six mois, mais ce n'était plus le cas. Le libellé a été modifié pour préciser que la condition avait duré six mois ou plus, même si les symptômes n'étaient pas nécessairement présents pendant tout ce temps.

- Certaines questions de l'EPLA donnaient des exemples qui posaient problème. Par exemple, le mot « phobie » à la question concernant les incapacités liées à la santé mentale n'était pas interprété comme prévu. Les répondants avaient tendance à interpréter une « phobie » comme quelque chose que l'on déteste vivement, plutôt que comme une peur ou une aversion maladive.
- Les questions de la deuxième section étaient souvent mal comprises, particulièrement lorsque le répondant avait plusieurs incapacités légères.

Les questions ont été largement remaniées avant la deuxième ronde d'essais. Les changements les plus importants étaient les suivants :

1. Élimination de la deuxième section, dans laquelle on posait des questions à propos des difficultés dans plusieurs contextes;
2. Ajout de questions filtres au début du questionnaire pour éliminer tout de suite les personnes qui ne sont pas susceptibles d'avoir une incapacité, afin de réduire la durée du questionnaire.

La formulation des questions a été révisée en fonction des résultats de la première ronde d'essais; par exemple, le choix de réponse « Rarement » a été ajouté pour les questions sur les limitations d'activités; dans la première ronde, les choix de réponse étaient « Non », « Parfois », « Souvent » et « Toujours ».

Deuxième ronde d'essais qualitatifs – Mars 2011

La deuxième ronde d'essais des QII a eu lieu en mars 2011. On a réalisé 17 interviews en anglais à Toronto, 16 interviews en français à Montréal, et 16 interviews en anglais à Ottawa. Deux groupes de discussion ont aussi été tenus à Montréal, et deux autres à Ottawa; dans chaque ville, l'un des groupes était réservé aux personnes ayant un problème de santé mentale et l'autre, aux personnes ayant un trouble d'apprentissage.

L'ajout de questions filtres au début du questionnaire permettait de distinguer les personnes les plus susceptibles d'avoir une incapacité de celles qui ne l'étaient pas. On posait ensuite une série de questions de sélection plus précises aux personnes considérées comme étant susceptibles d'avoir une incapacité pour déterminer si c'était vraiment le cas et, dans l'affirmative, de quel type d'incapacité il s'agissait. Cette stratégie était nécessaire pour réduire la durée moyenne des interviews, surtout en raison de la prévalence relativement faible des incapacités dans la population et du grand nombre de questions nécessaires pour identifier les incapacités.

Ces questions filtres devaient satisfaire plusieurs conditions :

- avoir une durée totale minimale, puisque les questions devaient être posées à tous les participants;
- avoir une portée suffisamment vaste pour inclure les personnes ayant des incapacités de tous les types et de tous les niveaux, sans toutefois accroître inutilement le taux de sélection;
- sélectionner comme il se doit les personnes ayant des incapacités non physiques;
- réduire le nombre de faux négatifs afin d'éviter d'exclure des personnes ayant une incapacité.

Ces questions filtres, tout comme les questions filtres du recensement, ne visaient pas à mesurer l'incapacité. Elles étaient délibérément un peu vagues afin d'inclure les personnes **susceptibles** d'avoir une incapacité. Ce sont les questions de suivi (ou de sélection) qui identifient comme il se doit les personnes ayant une incapacité.

Le questionnaire mis à l'essai commençait par cinq questions filtres; des questions de sélection étaient ensuite posées si le participant répondait « oui » à au moins une des questions filtres.

Deux versions des questions de sélection relatives à l'incapacité visuelle ont été mises à l'essai. Celle qui a donné les meilleurs résultats parlait de la **capacité** de voir, plutôt que de la difficulté à voir. Cette formulation a été retenue dans la version finale des QII. Pour conserver la même structure, la question sur l'ouïe parlait aussi de la capacité d'entendre plutôt que de la difficulté à entendre. Ce sont les deux seuls types d'incapacité pour lesquels la version finale des QII parle de *capacité* plutôt que de *difficulté*.

À l'issue de la deuxième ronde d'essais, il a été décidé de remplacer la question filtre visant à identifier les personnes ayant une condition reliée à la santé mentale par la première question de sélection relative à ce type d'incapacité. La question filtre mise à l'essai était trop générale; elle ne permettait pas d'identifier les personnes ayant une condition reliée à la santé mentale, alors que la question de sélection, qui donnait des exemples plus précis, le permettait. En conséquence, on pose d'abord aux répondants la question filtre, puis on pose de nouveau à certains d'entre eux la même question comme question de sélection (voir la section 4.3.4).

Après la deuxième ronde d'essais, le type d'incapacité « Communication » a été retiré des QII. Quelques variantes de la question ont été explorées, mais toutes suscitaient diverses interprétations. Quand les intervieweurs ont exploré les questions auprès des répondants, il était clair que les questions étaient interprétées et les réponses formulées avec une connotation culturelle.

La cinquième question filtre (« Avez-vous tout autre problème de santé ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus? ») avait tendance à inclure trop de faux positifs. Pour réduire le nombre de faux positifs, une sixième question filtre a été ajoutée : « À quelle fréquence ce problème de santé ou condition à long terme limite-t-il vos activités? ». Ceux qui répondaient « Rarement », « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » étaient retenus et on leur posait ensuite les questions de sélection.

Troisième ronde d'essais qualitatifs – Mai 2011

La troisième ronde d'essais qualitatifs des QII a eu lieu en mai 2011 et comprenait 22 interviews : 8 en anglais et 6 en français à Moncton, et 8 en anglais à Vancouver.

D'après le rapport d'observation du CRCQ :

- En règle générale, les participants n'avaient pas de mal à répondre aux questions.
- Il s'agit de loin de la version la plus efficiente des QII mises à l'essai depuis septembre 2010.
- Dans de rares cas, les répondants ne savaient pas s'ils devaient signaler des problèmes qu'ils avaient eus dans le passé (par exemple, une personne ayant eu des problèmes de vue il y a trois ans qui a subi une chirurgie depuis et qui voit maintenant sans problème).
    - **Recommandation** : *Si un répondant a des doutes, l'intervieweur doit consigner les difficultés et problèmes actuels.*
- Le remplacement de la formulation « *activités quotidiennes* » employée dans le cadre des essais de mars par « *activités* » a donné de bons résultats auprès des répondants francophones. Quand on leur posait des questions d'approfondissement, ils donnaient un grand éventail d'exemples comme les tâches ménagères, le travail, les courses, etc., ce qui se rapproche de l'expression « *daily activities* » en anglais.

Les recommandations formulées par le CRCQ après cette ronde d'essais concernaient une meilleure utilisation du texte dynamique[20] dans les libellés des questions, une légère modification des catégories de réponse, l'insistance sur certains mots dans les questions et de meilleures directives à l'intention des intervieweurs.

20. La collecte de données assistée par ordinateur permet de recourir à du « texte dynamique » pour adapter le libellé des questions aux caractéristiques du répondant ou aux réponses fournies aux questions précédentes. Par exemple, si le participant répond « Oui » à la question « Portez-vous des lunettes ou des verres de contact pour améliorer votre vision? », la question suivante est « Avec vos lunettes ou verres de contact, lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à voir? ». Si le répondant ne porte ni lunettes ni verres de contact, la prochaine question est simplement « Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à voir? ».

4. Les nouvelles QII

La section qui suit présente les questions retenues pour la version finale[21] des QII. Les buts des QII sont d'abord examinés; suit une liste des types d'incapacité pris en compte. Le libellé de chaque question et catégorie de réponse est donné.

4.1. Buts des nouvelles QII

Les QII ont été mises au point dans trois buts principaux :

1. Les questions devaient couvrir le plus de types d'incapacité possible et comprendre des questions sur les limitations d'activités pour chaque type afin de respecter le modèle social de l'incapacité;
2. Les questions devaient permettre d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour calculer un score de sévérité;
3. Les questions devaient être suffisamment courtes pour être administrées en deux minutes ou moins, en moyenne par répondant dans le cadre d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population.

L'élaboration des QII présentait des défis, puisque les buts sont contradictoires — les deux premiers sous-entendent qu'une quantité considérable de données doivent être recueillies, alors que le troisième exige que le nombre de questions soit maintenu au strict minimum.

4.2. Types d'incapacité couverts

Le tableau 1 dresse la liste des 10 types d'incapacité couverts dans la version longue des QII. Le type « Autre/Inconnu » ne compte pas comme l'un des 10 types; il s'agit d'une catégorie « fourre-tout » pour les personnes ayant déclaré un problème de santé qui limite leurs activités, mais qui n'appartient à aucun des 10 types d'incapacité retenus.

Tableau 1
Types d'incapacité couverts dans les questions d'identification des incapacités

Type d'incapacité	Catégorie d'incapacité[1]
Vue Ouïe	Sensorielle
Mobilité Flexibilité Dextérité Douleur	Physique
Apprentissage Développement Mémoire	Cognitive
Santé mentale	Santé mentale
Autre/inconnu	Autre/inconnu

1. La catégorie d'incapacité est utile pour comprendre le fonctionnement de la version courte des QII. C'est un groupement de types d'incapacité qui sont conceptuellement reliés.

Les QII ne portent pas sur les incapacités relatives à la communication. Les questions d'identification des personnes ayant une telle incapacité ont été mises à l'essai à l'occasion des interviews qualitatives mais n'ont pas donné les résultats escomptés[22], en grande partie à cause de la nature évolutive de la communication, notamment l'importance et l'utilisation croissantes des médias sociaux et de la technologie.

21. La version des QII dont il est question dans le présent document est celle qui a été utilisée dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) en 2012. Les modifications qui y ont été apportées par la suite sont décrites à la section 9.
22. Quand on a interrogé les répondants à propos de leurs difficultés à communiquer durant les essais, les réponses allaient de la difficulté à comprendre les accents étrangers jusqu'à la difficulté avec la connexion Internet, en passant par la difficulté à communiquer avec leur conjoint(e).

Contrairement à ce qui a été fait dans les instruments antérieurs, l'agilité est divisée en deux types d'incapacité dans les QII : la flexibilité et la dextérité. Cette mesure a été prise à la demande du GCT et pour donner suite aux commentaires des utilisateurs, qui ont souligné des différences dans les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant des incapacités liées à la dextérité et à la flexibilité. Même si de telles incapacités peuvent toucher une population similaire (principalement des adultes âgés), elles requièrent des dispositifs d'aide et des appareils fonctionnels différents.

4.3. Questions filtres et questions de sélection des QII

Comme il est mentionné à la section 3.2 (deuxième ronde des essais qualitatifs – mars 2011), des questions filtres ont été ajoutées au début des QII afin de réduire le temps moyen des interviews. Ces questions filtres visaient à identifier les personnes qui n'étaient pas susceptibles d'avoir une incapacité afin de leur permettre de sauter toutes les questions de sélection subséquentes.

4.3.1. Questions filtres

Les questions filtres doivent être le moins nombreuses possibles, puisqu'on les pose à chaque répondant. Elles doivent être brèves et suffisamment inclusives pour ne pas éliminer des personnes ayant une incapacité, sans être trop inclusives pour réduire le nombre de faux positifs.

La version actuelle des QII compte six questions filtres portant sur cinq **catégories** de types d'incapacité : incapacités sensorielles, physiques, cognitives, liées à la santé mentale et autre/inconnu (tableau 1). Il y a une question pour chaque catégorie, et une question supplémentaire pour la catégorie autre/inconnu. Les questions filtres des QII sont numérotées de 1 à 6 et portent le préfixe F (pour « filtre »), afin de les distinguer des questions de sélection présentées plus loin.

Questions filtres

Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous pourriez avoir à faire certaines activités. Veuillez déclarer uniquement les difficultés ou conditions qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

F1. Avez-vous une quelconque difficulté à voir ou à entendre?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant indique qu'il utilise des lunettes, des verres de contact, un appareil auditif ou un implant cochléaire, demandez une réponse en fonction du moment où le répondant utilise cette aide ou cet appareil spécialisé.

- Non, Parfois, Souvent, Toujours

F2. Avez-vous une quelconque difficulté à marcher, à utiliser des escaliers, à vous servir de vos mains ou de vos doigts ou à faire d'autres activités physiques?

- Non, Parfois, Souvent, Toujours

Encore une fois, veuillez déclarer uniquement les difficultés ou conditions qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

F3. Avez-vous une quelconque difficulté à apprendre, à retenir de l'information ou à vous concentrer?

- Non, Parfois, Souvent, Toujours

J'aimerais vous rappeler que vos réponses demeureront strictement confidentielles.

F4[23]**.** Avez-vous une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale? Celles-ci pourraient inclure l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, la toxicomanie, l'anorexie ainsi que d'autres conditions.

- Non, Parfois, Souvent, Toujours

Si Non à F1, F2, F3 et F4, passez à F5;
Autrement, passez aux questions de sélection.

F5. Avez-vous tout autre problème de santé ou condition qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus?

- Oui – Précisez, Non

Si la réponse est Non, mettez fin aux QII : la personne n'est pas considérée comme ayant une incapacité.
Autrement, passez à F6.

F6[24]**.** À quelle fréquence ce problème de santé ou condition limite-t-il vos activités?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant indique plus d'un problème de santé ou condition à la question F5, demandez une réponse en fonction du problème de santé ou de la condition qui limite le plus ses activités.

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Si la réponse à F6 est Jamais, mettez fin aux QII : la personne n'est pas considérée comme ayant une incapacité;
Autrement, passez aux questions de sélection.

4.3.2. Élaboration des questions filtres

Comme les questions filtres visent à faire en sorte que les personnes qui répondent « Non » à toutes celles-ci n'aient pas à répondre aux questions de sélection, on pourrait penser que des catégories de réponse « Oui » et « Non » sont suffisantes. Les choix de réponse visent à offrir aux répondants une certaine souplesse en leur permettant des réponses moins « catégoriques ». Cela réduit le risque d'éliminer des personnes ayant une incapacité moins grave qui pourraient hésiter à répondre « Oui » si elles n'éprouvent que des difficultés moindres seulement à l'occasion. On pourrait aussi penser que les catégories de réponse devraient être liées à l'intensité des difficultés (« Aucune difficulté », « Un peu de difficulté », « Beaucoup de difficulté », etc.). Toutefois, durant les essais qualitatifs, beaucoup de répondants ont fourni une réponse avant même que l'intervieweur lise les catégories, et les réponses étaient généralement « Parfois ». Les essais ont révélé que les participants songent plus à la fréquence qu'à l'intensité lorsqu'on leur pose ce genre de question.

Pour réduire le nombre de questions filtres, chaque question combine plusieurs types d'incapacité. Par exemple, la question filtre n° 1 combine la vue et l'ouïe. Dans les essais qualitatifs, les répondants n'ont pas hésité à répondre lorsque les deux concepts étaient présentés dans la même question filtre. Quand on leur a demandé leur avis, la plupart des répondants ont indiqué qu'idéalement, les deux devraient être séparés, mais que « cela ne pose pas vraiment problème ». Le fait de couvrir plus d'un type par question n'est pas une solution idéale, parce qu'une personne qui a « parfois » de la difficulté à l'égard d'un type et « souvent » à l'égard d'un autre pourrait ne pas savoir comment dire précisément à quelle fréquence elle a de la difficulté. Toutefois, l'objectif est d'identifier les personnes qui **n'ont pas** de difficulté à l'égard des types d'incapacité couverts par chaque question. S'il y a une difficulté, sa fréquence importe peu à ce stade.

23. La question filtre n° 4 est la même que la question de sélection portant sur l'incapacité liée à la santé mentale, comme il est expliqué à la section 3.2, sous Deuxième ronde d'essais qualitatifs – Mars 2011.
24. Bien que la question F6 soit une question « filtre », elle porte sur la fréquence des limitations des activités et joue donc le rôle de question de sélection. C'est pourquoi les catégories de réponse diffèrent de celles des autres questions filtres. Les personnes à qui on pose cette question n'ont pas à répondre aux questions de sélection « Autres » à la fin des QII (voir la section 4.3.3).

Les versions antérieures de la question filtre F1 (à propos de la vue et de l'ouïe) mises à l'essai comprenaient le concept de communication, qui a été retiré de la version finale (voir la note de bas de page n° 22).

Comme les questions filtres doivent être courtes, elles sont assez vagues. Par exemple, on ne mentionne pas le recours à des aides pour bien voir ou bien entendre. Toutefois, les intervieweurs avaient pour consigne de clarifier ce point au besoin. Le fait de poser des questions sans précision à propos de l'utilisation d'aides a pour conséquence que certaines personnes peuvent déclarer avoir de la difficulté, même si elles n'en ont pas lorsqu'elles utilisent des aides. Lorsqu'on leur pose les questions de sélection, ce problème est résolu.

Les QII ne comportent aucune question filtre spécifique pour identifier les personnes qui éprouvent de la douleur. Selon le type et la cause, les personnes qui éprouvent de la douleur peuvent être identifiées grâce aux questions concernant les difficultés relatives à la mobilité, à la concentration ou même à la vue (p. ex. migraines). Durant les essais qualitatifs, la plupart des personnes éprouvant de la douleur ont répondu « Oui » à l'une des quatre premières questions filtres, alors que quelques autres ont répondu « Oui » à la question filtre « Autres » (la question « fourre-tout »).

La question filtre F6 n'est posée qu'aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question filtre F5. Dans les versions antérieures des QII, la question filtre F5 portait sur la présence de tout autre problème de santé **qui limitait** les activités. Le caractère à deux volets de cette question posait problème. Les essais qualitatifs ont révélé qu'il fallait poser deux questions distinctes – l'une portant sur la présence de tout autre problème de santé, et l'autre visant à déterminer si ce problème limite les activités. La question filtre F6 a été ajoutée pour éviter de sélectionner un trop grand nombre de personnes ayant des problèmes de santé mineurs ne limitant pas leurs activités.

4.3.3. Questions de sélection

Les questions de sélection des QII visent à déterminer si le répondant a une incapacité et dans l'affirmative, à savoir de quel(s) type(s) d'incapacité(s) et degré(s) de sévérité il s'agit. Les questions de sélection sont présentées pour chaque type d'incapacité, dans l'ordre où ils sont présentés dans le questionnaire. Elles sont numérotées de 1 à 33 et portent le préfixe S (pour « sélection ») afin de s'assurer qu'elles ne sont pas confondues avec les questions filtres.

Questions de sélection relatives à la vue

S1. Portez-vous des lunettes ou des verres de contact pour améliorer votre vision?

- Oui, Non

S2. [Avec vos lunettes ou verres de contact, lequel/Lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à voir?

- Vous n'avez aucune difficulté à voir = > Si Aucune difficulté, passez aux questions de sélection relatives à l'ouïe
- Vous avez un peu de difficulté (à voir)
- Vous avez beaucoup de difficulté (à voir)
- Vous êtes une personne aveugle ou légalement aveugle

S3. À quelle fréquence cette [difficulté/condition] limite-t-elle vos activités?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Questions de sélection relative à l'ouïe

S4. Utilisez-vous un appareil auditif ou un implant cochléaire?

- Oui, Non

S5. [Avec votre appareil auditif ou implant cochléaire, lequel/Lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à entendre?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Personne sourde : réfère à une personne ayant une déficience auditive grave ou profonde avec peu ou pas d'audition résiduelle.

- Vous n'avez aucune difficulté à entendre = > Si Aucune difficulté, passez aux questions de sélection relatives à la mobilité
- Vous avez un peu de difficulté (à entendre)
- Vous avez beaucoup de difficulté (à entendre)
- Vous ne pouvez pas entendre du tout
- Vous êtes une personne sourde

S6. À quelle fréquence cette [difficulté/condition] limite-t-elle vos activités?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Questions de sélection relatives à la mobilité[25]

Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer même en utilisant une aide comme une canne. Encore une fois, ces questions se rapportent à des difficultés qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

S7. Combien de difficulté avez-vous à marcher sur un terrain plat pendant 15 minutes sans vous reposer?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Cela correspond au rythme régulier de marche du répondant.
Le répondant devrait seulement considérer les aides qui offrent un support minimal tel qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles.

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous en êtes incapable

S8. Combien de difficulté avez-vous à monter ou à descendre un escalier, soit environ 12 marches, sans vous reposer?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Cela correspond au rythme régulier de marche du répondant.
Le répondant devrait seulement considérer les aides qui offrent un support minimal tel qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles.

- Aucune difficulté = > Si Aucune difficulté à S7 et S8, passez aux questions de sélection relatives à la flexibilité
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous en êtes incapable

25. Dans une version antérieure des QII, la question S7 était précédée d'une question visant à déterminer si le répondant utilisait une aide à la mobilité (« Est-ce que vous utilisez des aides ou des appareils spécialisés pour vous déplacer ou pour monter et descendre les escaliers? »). La question S7 mentionnait ensuite les aides si le répondant avait déclaré en utiliser (« Avec votre aide ou appareil spécialisé, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté […]? ». Cette question à propos de l'utilisation d'aides à la mobilité a été retirée de la version utilisée dans l'ECI de 2012.

S9. À quelle fréquence [cette difficulté à marcher limite-t-elle/cette difficulté à monter ou à descendre un escalier limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Questions de sélection relatives à la flexibilité

Les prochaines questions traitent de flexibilité et de dextérité. (Encore une fois, ces questions se rapportent à des difficultés ou conditions qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.)

S10. Combien de difficulté avez-vous à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher?

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous en êtes incapable

S11. Combien de difficulté avez-vous à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête?

- Aucune difficulté = > Si Aucune difficulté à S10 et S11, passez aux questions de sélection relatives à la dextérité
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous en êtes incapable

S12. À quelle fréquence [cette difficulté à vous pencher et à ramasser un objet limite-t-elle/cette difficulté à tendre les bras limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Questions de sélection relatives à la dextérité

S13. Combien de difficulté avez-vous à vous servir de vos doigts pour saisir de petits objets comme un crayon ou des ciseaux?

- Aucune difficulté = > Si Aucune difficulté, passez aux questions de sélection relatives à la douleur
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous en êtes incapable

S14. À quelle fréquence cette difficulté à vous servir de vos doigts limite-t-elle vos activités?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Questions de sélection relatives à la douleur

Les prochaines questions se rapportent à la douleur due à une condition qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus.

S15. Avez-vous de la douleur qui est **toujours** présente?

- Oui, Non

S16. Avez-vous des périodes de douleur qui **reviennent** de temps à autre?

- Oui, Non = > Si Non à S15 et S16, passez aux questions de sélection relatives à l'apprentissage

S17. À quelle fréquence cette douleur limite-t-elle vos activités?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant a les 2 types de douleur, c'est-à-dire toujours présente ou qui revient de temps à autre, demandez de considérer la douleur qui le dérange le plus. Si le répondant indique que la douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, demandez une réponse en fonction du moment où le répondant consomme des médicaments ou a recours à une thérapie.

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours = > Si Jamais, passez aux questions de sélection relatives à l'apprentissage

S18. Lorsque vous ressentez cette douleur, combien de difficulté avez-vous avec vos activités?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant a les 2 types de douleur, c'est-à-dire toujours présente ou qui revient de temps à autre, demandez de considérer la douleur qui le dérange le plus. Si le répondant indique que la douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, demandez une réponse en fonction du moment où le répondant consomme des médicaments ou a recours à une thérapie.

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités

Questions de sélection relatives à l'apprentissage

S19. Croyez-vous avoir une condition qui rend l'apprentissage difficile pour vous en général? Ceci pourrait inclure les troubles d'apprentissage tels que la dyslexie, l'hyperactivité, les problèmes d'attention ainsi que d'autres conditions.

- Oui, Non

S20. Un enseignant, un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble d'apprentissage?

- Oui, Non = > Si Non à S19 et S20, passez aux questions de sélection relatives au développement

S21. À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours = > Si Jamais, passez aux questions de sélection relatives au développement

S22. Combien de difficulté avez-vous avec vos activités à cause de cette condition?

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités

Questions de sélection relatives au développement

S23. Un médecin, un psychologue ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème ou un trouble du développement? Celui-ci pourrait inclure la trisomie, l'autisme, le syndrome d'Asperger ou un trouble mental due à un manque d'oxygène à la naissance, etc.

- Oui, Non = > Si Non, passez aux questions de sélection relatives à la santé mentale

S24. À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours = > Si Jamais, passez aux questions de sélection relatives à la santé mentale

S25. Combien de difficulté avez-vous avec vos activités à cause de cette condition?

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités

Questions de sélection relatives à la santé mentale

Encore une fois, ces questions se rapportent à des difficultés ou conditions qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Si la réponse à F4 (question filtre sur la santé mentale) était Non, posez la question S26;
Autrement, passez à S27 et lisez le texte entre crochets.

S26. Avez-vous une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale? Celles-ci pourraient inclure des troubles de l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, la toxicomanie, l'anorexie ainsi que d'autres conditions.

- Oui, Non = > Si Non, passez aux questions de sélection relatives à la mémoire

S27. [Vous avez mentionné plus tôt que vous avez une condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale. À/À] quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant indique que la condition est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, demandez une réponse en fonction du moment où le répondant consomme des médicaments ou a recours à une thérapie.

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours = > Si Jamais, passez aux questions de sélection relatives à la mémoire

S28. Lorsque cette condition se manifeste, combien de difficulté avez-vous avec vos activités?

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités

Questions de sélection relatives à la mémoire

S29. Avez-vous des troubles de mémoire continus ou des périodes de confusion? Veuillez exclure les oublis occasionnels, comme par exemple ne plus se souvenir où l'on a mis ses clés.

IINTERVIEWEUR : Ces difficultés sont souvent associées à des maladies telles que la maladie d'Alzheimer et d'autres démences ou peuvent être le résultat d'un traumatisme cérébral.

- Oui, Non = > Si Non, passez aux questions de sélection « Autres »

S30. À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant indique que ce problème est contrôlé grâce à des médicaments ou à de la thérapie, demandez une réponse en fonction du moment où le répondant consomme des médicaments ou a recours à une thérapie.

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours = > Si Jamais, passez aux questions de sélection « Autres »

S31. Combien de difficulté avez-vous avec vos activités à cause de ce problème?

- Aucune difficulté
- Un peu (de difficulté)
- Beaucoup (de difficulté)
- Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités

Questions de sélection « Autres »

Si la question F5 (question filtre Autres) a été posée, mettez fin aux QII;
Sinon, passez à S32.

S32. Avez-vous tout autre problème de santé ou condition qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus?

INTERVIEWEUR : Demandez au répondant de préciser seulement de nouvelles conditions n'ayant pas été encore discutées jusqu'ici.

- Oui – Précisez, Non = > Si Non, mettez fin aux QII

S33. À quelle fréquence ce problème de santé ou condition à long terme limite-t-il vos activités?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.
Si le répondant indique plus d'un problème de santé ou condition à la question S32, demandez une réponse en fonction du problème de santé ou de la condition qui limite le plus ses activités.

- Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

4.3.4. Élaboration des questions de sélection

Les questions de sélection sont présentées de l'une des deux manières suivantes, selon le type d'incapacité :

1. Dans le cas des incapacités relatives à la vue, à l'ouïe, à la mobilité, à la flexibilité et à la dextérité, une ou plusieurs questions évaluent l'intensité de la difficulté à effectuer **certaines tâches**; s'il y a une difficulté, la question suivante détermine à quelle fréquence les activités sont limitées par cette difficulté.

2. Dans le cas des incapacités relatives à la douleur, à l'apprentissage, au développement, à la santé mentale et à la mémoire, une ou plusieurs questions évaluent la **présence d'un problème de santé ou d'une condition**; s'il y a un problème de santé ou une condition, la question suivante détermine à quelle fréquence les activités sont limitées par ce problème. Si les activités sont limitées, une autre question détermine l'intensité de la difficulté.

Cette structure différente des questions selon le type d'incapacité s'explique par le fait que dans le premier cas (vue, ouïe, mobilité, flexibilité et dextérité), la difficulté est évaluée en posant des questions à propos de certaines tâches. Pour les autres types d'incapacité (liés à la douleur, à l'apprentissage, au développement, à la santé mentale et à la mémoire), les questions ne sont pas axées sur des tâches et il n'était donc pas possible de poser des questions sur l'ampleur de la difficulté. Il fallait poser une question pour déterminer si le répondant avait un certain problème de santé ou une condition, puis une autre question pour déterminer si cela limitait ses activités et, dans l'affirmative, poser encore une question pour déterminer l'ampleur de la difficulté.

Cette distinction subtile dans la façon de poser les questions sur le type d'incapacité signifie que pour le second groupe, la question sur l'intensité de la difficulté n'était pas posée aux personnes ayant déclaré que leur problème de santé ne limitait jamais leurs activités. Il ne s'agit pas d'un problème dans le cas des QII, puisque l'accent est mis sur les personnes dont les activités sont limitées (afin de respecter le modèle social). Toutefois, cela complique l'analyse du degré de difficulté des personnes ayant un problème de santé ou une condition, que ce problème limite ou non les activités[26].

Les questions sur la fréquence des limitations d'activités sont semblables pour tous les types d'incapacité, mais l'évaluation de la difficulté ou de la présence d'un problème de santé ou d'une condition varie d'un type à l'autre. Ce point est abordé plus en détail pour chaque groupe de questions de sélection.

Les catégories de réponse des questions sur les limitations d'activités (« Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent », « Toujours ») diffèrent des catégories utilisées pour les questions filtres (« Non », « Parfois », « Souvent », « Toujours »). Le choix de réponse « Rarement » a été inséré entre « Jamais » et « Parfois » tôt dans le processus d'élaboration des questions de sélection des QII. Il offre une meilleure précision et était utile aux personnes qui hésitaient à répondre « Jamais ».

Questions de sélection relatives à la vue et à l'ouïe

Les types d'incapacité liés à la vue et à l'ouïe sont les deux seuls pour lesquels les questions parlent de **capacité**, plutôt que de difficulté (bien que les catégories de réponse parlent du degré de difficulté). Les essais ont révélé que la question sur la capacité était la plus efficace. Pour des raisons d'uniformité, la même formulation a été adoptée pour les questions sur l'ouïe.

Des questions mentionnant à la fois une aide **et** la capacité à voir ou à entendre (par exemple, « Avez-vous de la difficulté à voir, même avec vos lunettes ou verres de contact? ») ont été mises à l'essai, mais les répondants ne donnaient pas toujours la réponse à laquelle on s'attendait compte tenu de leur situation. Cette formulation était trop longue; les répondants ne se rappelaient souvent que de l'énoncé « même avec vos lunettes ou verres de contact » et répondaient comme si on leur avait posé la question « Portez-vous des lunettes ou des verres de contact? ».

Les essais où l'on décrivait des contextes de vision de près ou de loin pour essayer d'évaluer le degré de difficulté ont montré que le concept « voir de près » n'était pas toujours bien interprété. Par exemple, un répondant a dit qu'il

26. Par exemple, il pourrait être difficile de comparer les QII à d'autres mesures de la santé (voir la section 8).

n'avait pas besoin de lunettes pour voir de près, mais qu'il en avait besoin pour lire. Pour éviter une telle confusion, les concepts « voir de près » et « voir de loin » n'ont pas été utilisés dans le libellé final des questions.

L'utilisation accrue d'implants cochléaires au Canada[27] a influencé la décision de les mentionner dans les questions de sélection portant sur l'ouïe. Les personnes qui ont un implant cochléaire savent de quoi il s'agit, alors que les autres répondent simplement qu'ils n'en ont pas, ce qui ne pose aucun problème.

Questions de sélection relatives à la mobilité

Le préambule aux questions de sélection sur la mobilité parle de la capacité à se déplacer, y compris avec une aide comme une canne. D'autres aides, par exemple des béquilles et un déambulateur, ont été mises à l'essai, mais les répondants interprétaient mal la question et pensaient qu'il s'agissait de fauteuils roulants ou d'ascenseurs. C'est pourquoi seule la canne est mentionnée.

Les questions de sélection sur la mobilité comprennent deux questions distinctes visant à évaluer la difficulté : l'une porte sur la difficulté à marcher, et l'autre, sur la difficulté à monter ou à descendre un escalier. Les questions combinant les deux concepts ne donnaient pas de bons résultats. De plus, il fallait fournir un contexte pour chaque tâche – les répondants demandaient plus de précisions, par exemple, combien de marches? L'expression « monter un escalier » a été remplacée par « monter ou descendre un escalier ». Diverses itérations de la distance ont été mises à l'essai pour la question relative à la difficulté à marcher; la longueur d'un terrain de football, souvent utilisée dans d'autres enquêtes, ne signifiait rien pour la plupart des répondants, et la longueur d'un pâté de maison varie considérablement; en outre, les mesures de la distance doivent être données en pieds et en mètres, car de nombreuses personnes plus âgées connaissent mieux les pieds. La mesure la plus uniforme était le temps, et a donné de bons résultats.

Questions de sélection sur la flexibilité et la dextérité

Les questions de sélection sur la flexibilité comprennent deux questions distinctes pour évaluer la difficulté : l'une sur la difficulté à se pencher et l'autre, sur la difficulté à tendre les bras dans n'importe quelle direction. Les questions de sélection sur la dextérité ne comprennent qu'une question pour évaluer la difficulté, qui porte sur la difficulté à saisir de petits objets. Le questionnaire de l'EPLA utilisait sept questions pour évaluer la difficulté sur le plan de l'agilité (qui combinait la flexibilité et la dextérité). Les données de l'EPLA ont montré que les questions retenues pour les QII permettaient de sélectionner la grande majorité des personnes ayant des problèmes d'agilité.

L'une des questions utilisées depuis longtemps pour mesurer l'agilité, soit la difficulté à se couper les ongles d'orteil, a été éliminée durant les essais qualitatifs des QII. Cette question visait à mesurer à la fois la flexibilité et la dextérité, mais certaines personnes ont déclaré que comme elles étaient diabétiques, on leur a conseillé de ne pas le faire à cause des risques de se couper et de saigner. D'autres ont dit qu'à cause de leur corpulence, elles ne pouvaient pas se pencher assez pour se couper les ongles d'orteil.

En ce qui concerne la dextérité, on a mis à l'essai une question à propos de la difficulté à appuyer sur les touches d'un appareil électronique, mais les résultats étaient médiocres, puisque tout dépend de l'appareil, certains ayant des touches plus grandes que d'autres. En outre, l'exemple des « pinces » qui figurait dans l'EPLA a été éliminé. Il ne s'agissait pas d'une aide par rapport à laquelle la majorité des gens pouvaient se situer, et elle était associée au sexe de la personne.

Questions de sélection sur la douleur

Le préambule aux questions de sélection sur la douleur explique que les questions portent sur la douleur due à une condition qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus. En précisant que l'on parle de la douleur **due à une condition**, on s'assure que les répondants ne déclarent pas une douleur causée par une blessure récente. De plus, un énoncé parlant seulement de « douleur qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus » pourrait être trompeur et donner à penser aux répondants que l'on parle de douleur présente tous les jours durant cette période.

27. Voir Fitzpatrick et Brewster (2010).

Deux questions évaluent la présence de douleur, l'une portant sur la douleur qui est toujours présente et l'autre, sur les périodes de douleur qui reviennent de temps à autre, afin de recueillir des données sur la douleur cyclique ou épisodique. Ces deux questions sont semblables à celles de l'EPLA, sauf que le concept d'« inconfort » dont il était question dans l'EPLA a été éliminé dans les QII. La variation des réponses durant les essais qualitatifs donnait à penser que le mot « inconfort » est trop vague pour donner des résultats exacts.

Autre différence entre les QII et l'EPLA qu'il convient de souligner : dans l'EPLA, on ne posait pas de question sur les douleurs qui reviennent de temps à autre aux personnes qui déclaraient une douleur qui est toujours présente, alors que dans les QII, on pose des questions sur les deux types de douleur. Ces questions ont été davantage améliorées dans la version abrégée des QII[28] (créée après l'ECI de 2012) grâce à du texte dynamique[29], comme on l'explique à la section 9.

Questions de sélection des incapacités liées à l'apprentissage

Deux questions déterminent si les répondants ont un trouble d'apprentissage. La première porte sur les conditions que les répondants croient avoir qui rendent l'apprentissage difficile, et donne quelques exemples. Dans la deuxième, on demande aux répondants si un enseignant, un médecin ou un autre professionnel de la santé leur a déjà dit qu'ils avaient un trouble d'apprentissage. Il est nécessaire de poser ces deux questions afin de tenir compte des différences générationnelles. Dans le cadre des essais qualitatifs, des personnes ayant un trouble d'apprentissage ont participé à des groupes de discussion. À cette occasion, on leur a demandé comment ils avaient appris qu'ils avaient un trouble d'apprentissage. La plupart des participants plus jeunes avaient subi une évaluation ou reçu un diagnostic durant leurs premières années d'école. Les participants plus âgés l'avaient appris soit par accident, soit à cause d'un autre événement (par exemple à l'occasion d'une consultation à cause d'un état dépressif ou d'une perte d'emploi, ou encore du diagnostic d'un enfant montrant des caractéristiques similaires). Une **difficulté** d'apprentissage est identifiée par une réponse affirmative à l'une ou l'autre de ces deux questions. L'utilisation combinée de ces questions a donné les résultats escomptés. Bien que la première question emploie des termes médicaux, elle a donné de bons résultats. Les répondants sont identifiés comme ayant une incapacité liée à l'apprentissage seulement si la condition limite leurs activités.

Questions de sélection des incapacités liées au développement

Une question détermine la présence d'un trouble du développement — la même que celle qui a été utilisée dans l'EPLA. La question est conçue pour identifier les personnes ayant des troubles du développement importants, dont la prévalence est relativement faible chez les personnes de 15 ans ou plus ne vivant pas dans un établissement institutionnel. En dépit du fait qu'on y emploie des termes techniques, la question a été bien comprise dans le cadre des essais qualitatifs et a donné les résultats escomptés.

Les QII comptent deux autres questions de sélection pour les troubles du développement, l'une sur la fréquence des limitations d'activités, et l'autre sur l'intensité de la difficulté causée par la condition. Toutefois, la déclaration d'une limitation d'activités n'est pas nécessaire pour identifier une incapacité liée au développement. Les troubles du développement sont, par définition, très limitants. Les interviews auprès des personnes ayant un trouble du développement sont souvent réalisées par personne interposée car ces personnes ne sont souvent pas en mesure de répondre par elles-mêmes. C'est le seul type d'incapacité qui peut être identifié sans déclaration de limitations d'activités.

Questions de sélection des incapacités liées à la santé mentale

La question de sélection utilisée pour déterminer la présence d'une condition liée à la santé mentale est la même que la quatrième question filtre posée au début des QII; les catégories de réponse sont toutefois différentes. D'autres versions de la question filtre sur la santé mentale ont été mises à l'essai et n'ont pas donné de bons résultats : les participants répondaient « Non » à la question filtre, mais finissaient par déclarer une condition liée à la santé mentale à la question de sélection. Il semble que les exemples proposés à la question de sélection (mais pas dans les versions antérieures de la question filtre) aidaient à identifier les personnes concernées. Ainsi, pour

28. La version abrégée des QII est présentée à la section 6.
29. Voir la note de bas de page n° 20.

accroître les chances que les répondants déclarent toute condition liée à la santé mentale, la question de sélection a également été utilisée comme question filtre.

Plusieurs exemples accompagnent cette question. Ces exemples sont tirés des questions de sélection de l'EPLA, mais ont été légèrement modifiés. Les phobies ont été éliminées parce que le mot tendait à être interprété comme quelque chose que l'on n'aime vraiment pas, plutôt que comme quelque chose qui provoque une peur ou une aversion maladive. La schizophrénie a aussi été éliminée, les répondants ayant dit que la dépression et l'anxiété ne faisaient pas partie de la même catégorie. Les personnes ayant des maladies mentales plus graves s'identifiaient quand même à d'autres exemples de la liste, qui contenait les troubles de santé mentale les plus courants.

Lorsque cette question de sélection des incapacités liées à la santé mentale est utilisée comme question filtre, les catégories de réponse sont les mêmes que celles des autres questions filtres (« Non », « Parfois », « Souvent » et « Toujours »), mais lorsqu'elle est utilisée comme question de sélection, les catégories de réponse sont « Oui » et « Non ». De plus, si les participants répondent par l'affirmative à la question filtre, la même question ne leur est pas posée de nouveau comme question de sélection. On leur pose plutôt la question sur la fréquence des limitations d'activités, mais commençant par : « Vous avez mentionné plus tôt que vous avez une condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale. . . ». Dans le cas des personnes qui ont répondu par la négative à la question filtre sur la santé mentale, la question est posée de nouveau comme question de sélection. Un certain nombre de participants ayant répondu « Non » à la question filtre ont répondu « Oui » à la question de sélection.

L'utilisation de termes techniques et médicaux dans la question n'a pas semblé poser problème, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Aucune plainte à propos de la formulation ou du fait qu'il s'agit d'une question délicate n'a été formulée.

Questions de sélection sur la mémoire

Les questions de sélection sur la mémoire commencent par une question sur la présence de troubles de mémoire continus ou des périodes de confusion; on précise que les oublis occasionnels, comme par exemple ne plus se souvenir où l'on a mis ses clés, sont exclus. Cet exemple contribue à distinguer les difficultés cognitives réelles et les banals trous de mémoire. Les versions antérieures de la question comprenaient des exemples comme la maladie d'Alzheimer et la démence, mais les répondants avaient tendance à ne retenir que ces exemples et à déclarer qu'ils n'avaient aucun problème de mémoire. La version de la question retenue a donné de bons résultats aux essais qualitatifs.

Autres questions de sélection

Comme les questions filtres « Autres » (F5 et F6), les questions de sélection « Autres » (S32 et S33) sont une catégorie fourre-tout. On a posé aux répondants soit les questions filtres 5 et 6 (s'ils avaient répondu « Non » à toutes les questions filtres précédentes), soit les questions de sélection « Autres », mais pas les deux.

Pour les questions de sélection « Autres », on fait mention d'une période de six mois pour s'assurer que les répondants ne déclarent pas une blessure récente qui guérira dans peu de temps.

Les questions filtres et les questions de sélection « Autres » servent à déterminer le type d'incapacité « Inconnu ». Si un répondant ne déclare aucun des 10 types d'incapacité, mais dit que ses activités sont limitées par un autre problème de santé ou condition (soit à la question filtre, soit à la question de sélection pertinente), il est considéré comme ayant une incapacité de type inconnu.

4.4. Fiabilité des QII

Après les essais qualitatifs pour s'assurer que les questions étaient valides, on a mis à l'essai leur fiabilité, pour vérifier dans quelle mesure elles permettent d'obtenir des résultats cohérents.

Les QII ont été utilisées comme supplément à l'Enquête sur la population active (EPA) en septembre et octobre 2011[30], ainsi que dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) durant les mêmes mois. On a ainsi pu examiner les taux d'incapacité selon le type d'incapacité en tenant compte des limitations d'activités, et comparer les résultats pour la même population dans différents contextes : une enquête sur l'emploi et une enquête sur la santé. Les résultats ont été analysés en tenant compte du fait que l'ESCC a tendance à donner des taux d'incapacité supérieurs[31], quelles que soient les questions posées.

Le nombre total de répondants aux suppléments de septembre et octobre à l'EPA s'établissait à 13 500 personnes. Les QII ont été posées après l'interview pour l'EPA. Dans le cas de l'ESCC, le nombre de répondants en septembre et octobre s'établissait à 21 000. Les QII ont été posées au milieu du questionnaire de l'ESCC, après les questions sur l'état de santé général, la santé mentale, l'autodéclaration de la taille et du poids, les problèmes de santé chroniques, les douleurs et malaises, l'utilisation des soins de santé, les vaccins contre la grippe, la consommation de fruits et légumes, les activités physiques, l'environnement du quartier et les activités sédentaires. Comme l'ESCC comportait déjà des questions sur la douleur (celles du module HUI3), les questions de sélection des QII sur la douleur n'ont pas été posées. En conséquence, l'analyse des questions sur la douleur de l'ESCC est fondée sur les questions de l'indice HUI3, et non sur les QII. Les questions sur la douleur de l'ESCC étaient posées bien avant celles du module des QII et ne remplaçaient pas les questions sur la douleur de ce dernier.

Pour chaque enquête, des poids ont été produits afin de pouvoir inférer les résultats à l'ensemble de la population de 15 ans ou plus. Les résultats des essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC dont il est question dans le présent rapport sont tous pondérés, et tiennent donc compte des différences dans les plans de sondage et dans les caractéristiques des répondants.

Deux rapports[32] présentant des analyses détaillées des résultats de ces essais quantitatifs ont été rédigés. Seuls les résultats sommaires et les conclusions principales de ces analyses sont exposés dans le présent document.

4.4.1. Analyse des essais quantitatifs

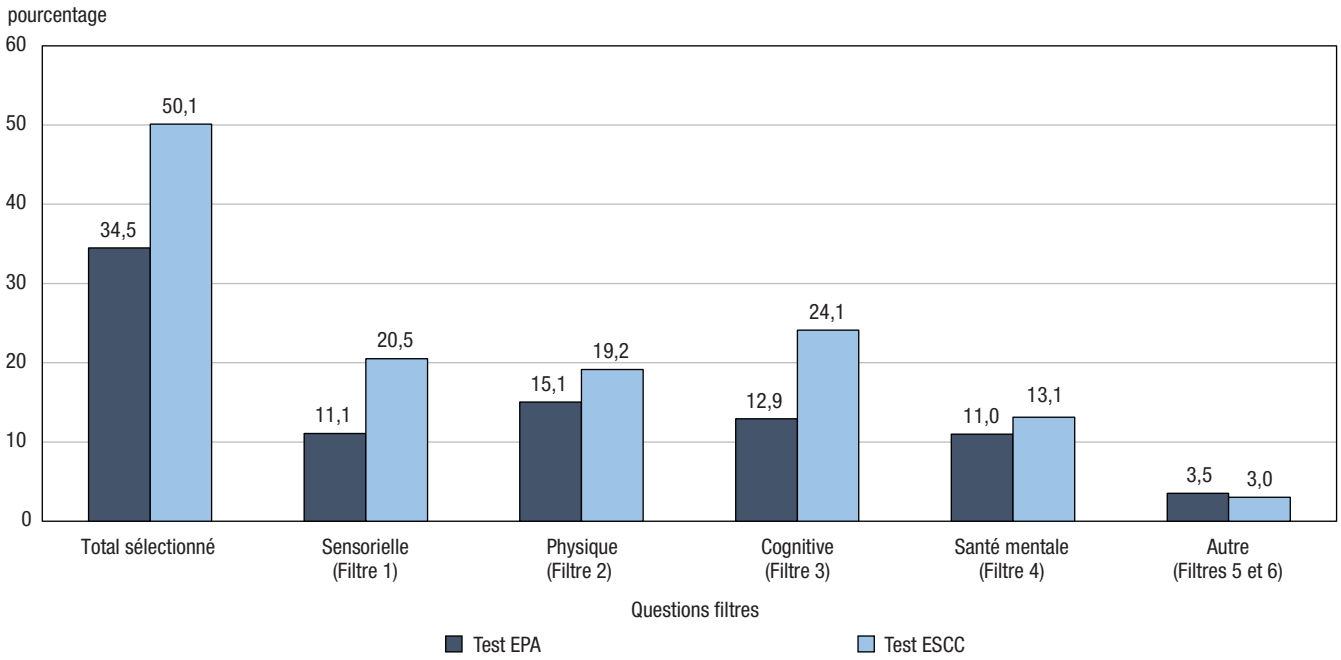
4.4.1.1. Taux de sélection

Les questions filtres[33] ont pour but de s'assurer que les personnes qui ne sont pas susceptibles d'avoir une incapacité n'ont pas à répondre à toutes les QII, afin de réduire la durée de l'entrevue. Ces questions n'ont pas pour but de mesurer l'incapacité. C'est à l'occasion des essais de l'EPA et de l'ESCC que l'on a mesuré pour la première fois les taux de sélection pour les QII. Le graphique 1 montre les taux de sélection globaux pour l'EPA et l'ESCC, ainsi que les taux de sélection par question filtre. Les questions filtres 5 et 6 (« Autres ») ont été regroupées parce qu'elles sont toutes deux nécessaires pour déterminer si le filtre est positif.

Comme on s'y attendait, les taux de sélection globaux et les taux relatifs à chaque question filtre étaient plus élevés pour l'ESCC que pour l'EPA (sauf pour la catégorie fourre-tout « Autres », pour laquelle les taux étaient comparables). L'expérience avec les questions filtres du recensement lorsque placées sur des enquêtes auprès de l'ensemble de la population a montré que les taux de sélection dans une enquête sur la santé ont tendance à être supérieurs à ceux des autres enquêtes. Dans l'EPA, les deux tiers des répondants ont été éliminés, alors que la moitié seulement l'ont été dans l'ESCC. La principale conséquence est que la durée moyenne de l'interview pour l'ESCC était supérieure à celle de l'EPA.

30. Un autre essai a été réalisé en novembre 2011, mais les objectifs et la population cible étaient légèrement différents. Comme les résultats pour ce mois ne sont pas comparables à ceux de l'ESCC, ils ne sont pas présentés ici.
31. Voir MacKenzie et Rietschlin (2004).
32. Voir Fawcett (2012) et Furrie (2012).
33. Les questions filtres sont présentées à la section 4.3.1.

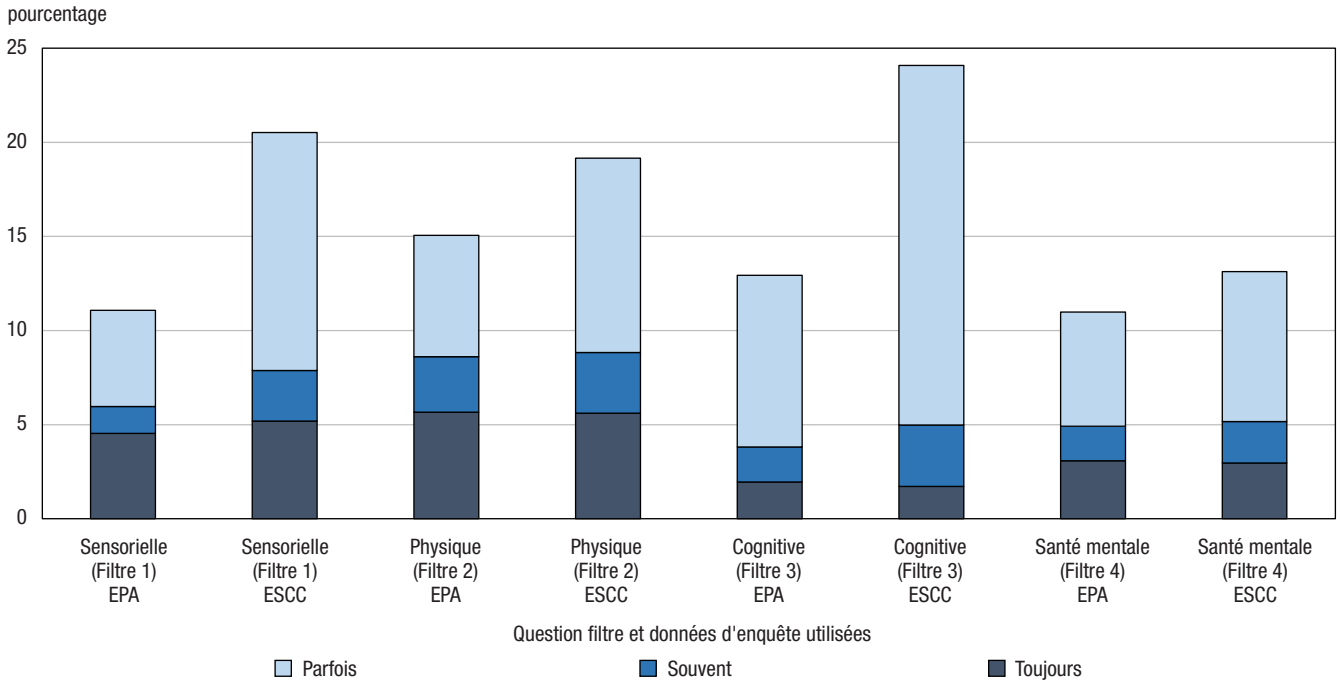
Graphique 1
Taux de sélection des questions filtres portant sur l'incapacité, Canada excluant les territoires, 2011



Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active (EPA) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), septembre et octobre 2011.

Dans le graphique 2, les taux de sélection de chaque question filtre dans l'EPA et dans l'ESCC, par catégorie de réponse (« Parfois », « Souvent » et « Toujours »), montrent ce qu'auraient été les taux de sélection si seules les réponses « Souvent » et « Toujours » avaient été considérées comme des réponses positives.

Graphique 2
Taux de sélection des questions filtres portant sur l'incapacité, par catégorie de réponse, Canada excluant les territoires, 2011



Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active (EPA) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), septembre et octobre 2011.

La plus grande part de la différence entre les taux de sélection des deux enquêtes est attribuable à la réponse moins catégorique (« Parfois »); les pourcentages des répondants déclarant avoir « Souvent » ou « Toujours » de la difficulté étaient très semblables dans l'EPA et dans l'ESCC. La troisième question filtre portant sur les incapacités cognitives faisait exception; le pourcentage des réponses « Souvent » pour l'ESCC correspondait à près du double de celui de l'EPA.

Comme il s'agit de questions filtres et non de questions de sélection, une différence entre les taux de sélection n'influe que sur la durée moyenne de l'interview. Pour déterminer la fiabilité des QII, l'important est de comparer les taux d'incapacité à partir des réponses aux questions de sélection dans les deux enquêtes.

4.4.1.2. Taux d'incapacité

En vertu du modèle social de l'incapacité, une personne est considérée comme ayant une incapacité si ses activités sont limitées à cause d'une condition ou d'un problème de santé à long terme. Les QII comprennent des questions sur la fréquence des limitations d'activités pour chaque type d'incapacité, dont les catégories de réponse sont « Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent » et « Toujours ». Comme la réponse « Rarement » était une nouvelle catégorie par rapport aux questions d'enquêtes précédentes sur l'incapacité, il n'était pas clair si elle devait être incluse dans la définition de l'incapacité. Cette catégorie a été introduite pour cerner les personnes ayant des problèmes très mineurs et s'assurer que les personnes répondant « Parfois » auraient des problèmes plus importants.

Plusieurs définitions de l'incapacité ont été comparées grâce aux données des essais quantitatifs. La seule constante dans toutes les définitions concerne le trouble du développement, pour lequel l'obtention d'un diagnostic suffit pour qu'une personne soit considérée comme ayant une incapacité.

Comme les questions de sélection sur la douleur de l'ESCC étaient celles de l'indice HUI3 et non les QII, on a tenté de réaliser une analyse reproduisant les définitions de l'incapacité attribuable à la douleur à l'aide des questions de l'indice HUI3. Les définitions de la douleur de l'indice HUI3 utilisées pour cette comparaison étaient fondées sur deux questions, l'une sur l'intensité de la douleur (« Faible », « Modérée » ou « Forte »), et l'autre sur le nombre d'activités limitées par la douleur (« Aucune », « Quelques-unes », « Plusieurs » ou « La plupart »). Puisque les questions sur la douleur de l'indice HUI3 ont été posées avant les QII, si le participant avait répondu « Non » à toutes les questions filtres des QII, son statut d'incapacité (et ce pour chaque type) était fixé à « Non » aux fins de la comparaison, même si les réponses aux questions sur la douleur de l'indice HUI3 indiquaient le contraire. Cette façon de faire visait à assurer la cohérence avec les autres types d'incapacité, qui sont fixés à « Non » lorsque toutes les réponses aux questions filtres sont négatives.

Définition n° 1 de l'incapacité : Inclusion de toutes les réponses « Rarement »

Pour cette définition, si les activités étaient au moins « Rarement » limitées, le répondant était considéré comme ayant une incapacité (sauf dans le cas des troubles du développement). Le tableau 2A illustre cette première définition. Pour l'ESCC, la définition de l'incapacité attribuable à la douleur comprenait les personnes dont « Quelques-unes », « Plusieurs » ou « La plupart » des activités étaient limitées.

Tableau 2A
Définition n° 1 de l'incapacité, fondée sur les questions d'identification des incapacités

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Un peu de difficulté	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Beaucoup de difficulté	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Incapable	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Définition n° 2 de l'incapacité : Exclusion de toutes les réponses « Rarement »

Pour cette définition, si les activités étaient « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » limitées, le répondant était considéré comme ayant une incapacité (sauf dans le cas des troubles du développement). Le tableau 2B illustre cette deuxième définition. Pour l'ESCC, la définition de l'incapacité attribuable à la douleur comprenait les personnes dont « Plusieurs » ou « La plupart » des activités étaient limitées.

Tableau 2B
Définition n° 2 de l'incapacité, fondée sur les questions d'identification des incapacités

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Un peu de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Beaucoup de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Incapable	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Définition n° 3 de l'incapacité: Inclusion de certaines réponses « Rarement »

Cette définition constitue un intermédiaire entre la définition n° 1 et la définition n° 2. Si les répondants déclaraient que leurs activités étaient « Rarement » limitées, l'intensité de la difficulté était prise en compte; si celle-ci était « Beaucoup (de difficulté) » ou « Incapable », le répondant était considéré comme ayant une incapacité. Si la réponse à la question sur l'intensité de la douleur était « Aucune difficulté » ou « Un peu de difficulté », le répondant n'était pas considéré comme ayant une incapacité. Le tableau 2C illustre cette troisième définition. Encore une fois, la définition s'appliquant aux troubles du développement était la même. Pour adapter cette définition en fonction des questions de l'ESCC sur la douleur, les répondants dont « Plusieurs » ou « La plupart » des activités étaient limitées et ceux dont « Certaines » activités étaient limitées et qui avaient aussi répondu que la douleur était « Modérée » ou « Forte » ont été considérés comme ayant une incapacité.

Tableau 2C
Définition n° 3 de l'incapacité, fondée sur les questions d'identification des incapacités

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Un peu de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Beaucoup de difficulté	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Incapable	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Cette troisième définition n'a pas pu être utilisée pour le type « Autres », parce qu'aucune question n'a été posée à propos de l'intensité de la difficulté pour ce type. En conséquence, seuls les répondants qui ont déclaré que leurs activités étaient « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » limitées ont été considérés comme ayant une incapacité (comme pour la définition n° 2).

Comparaison des trois définitions

Le tableau 3 montre les taux d'incapacité pour chacun des 10 types d'incapacité en fonction des trois définitions, selon les données des essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC. Sauf en ce qui concerne les questions relatives à la douleur, qui étaient différentes, les deux enquêtes utilisaient les QII et les données ont été recueillies en septembre et octobre 2011.

Le tableau 3 présente aussi les taux d'incapacité de l'EPLA de 2006 (taux pour les 15 ans et plus, résidents des territoires et des logements collectifs non compris[34]). Quand les essais quantitatifs des QII ont été menés, l'EPLA de 2006 était l'enquête de référence la plus récente pour la mesure de l'incapacité à Statistique Canada. Les résultats de l'EPLA de 2006 ne sont pas directement comparables à ceux de l'EPA et de l'ESCC, qui utilisaient un autre ensemble de questions; en outre, l'EPLA a été administrée à une population présélectionnée et les données ont été recueillies en 2006. Les taux de l'EPLA sont présentés pour faciliter la compréhension de l'incidence des QII. Les taux de l'EPLA ont cependant été normalisés selon l'âge pour tenir compte du vieillissement de la population.

34. Au Recensement de 2006, certains établissements de soins infirmiers ont reçu le questionnaire complet, ce qui les rendait admissibles à la sélection aux fins de l'EPLA. Pour assurer la comparabilité avec les résultats de l'EPA et de l'ESCC, ces cas ont été exclus des données de l'EPLA de 2006 pour l'analyse.

Tableau 3
Taux d'incapacité mesurés dans différentes enquêtes en fonction de trois définitions, selon le type d'incapacité, Canada excluant les territoires, 2011 et 2006

	Enquête sur la population active 2011			Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011			Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006
	Inclut tous les rarement[1]	Exclut tous les rarement[2]	Inclut quelques rarement[3]	Inclut tous les rarement[1]	Exclut tous les rarement[2]	Inclut quelques rarement[3]	Définition de 2006[4]
Type d'incapacité	taux d'incapacité (%)						
Vue	5,7	3,6	3,7	7,5	3,9	4,0	3,3
Ouïe	6,6	3,5	3,6	8,3	4,0	4,2	5,2
Mobilité	10,2	8,1	8,3	10,2	7,6	8,0	11,8
Agilité (c.-à-d. Flexibilité ou Dextérité)	13,6	10,2	10,4	15,0	10,5	11,0	11,4
Douleur	19,7	14,3	14,8	13,4	8,3	11,6	12,0
Apprentissage	4,3	3,3	3,4	5,0	3,4	3,5	2,5
Développement	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,5
Santé mentale	8,7	5,6	5,9	10,2	6,2	6,6	2,3
Mémoire	4,2	3,1	3,2	4,3	3,0	3,0	2,0
Inconnu	1,4	1,5	1,4	2,6	2,2	1,9	0,5
Total incapacité	29,0	22,5	22,8	35,6	25,6	27,3	17,0

1. Correspond à la première définition de l'incapacité montrée au tableau 2A.
2. Correspond à la seconde définition de l'incapacité montrée au tableau 2B.
3. Correspond à la troisième définition de l'incapacité montrée au tableau 2C.
4. Cette enquête utilise sa propre définition de l'incapacité. Les Territoires et logements collectifs ont été exclus, et les données standardisées par groupe d'âge.
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011, et Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006.

Pour l'EPA et l'ESCC, on constate une grande différence entre les taux d'incapacité globaux fondés sur la première et la deuxième définition : environ 7 et 10 points de pourcentage, respectivement. L'examen des données révèle qu'un nombre considérable de répondants ont indiqué qu'ils avaient « Un peu » de difficulté à exécuter une tâche particulière, ce qui limitait « Rarement » leurs activités; il est peu probable que ces personnes aient en fait une incapacité. C'est pourquoi la deuxième définition (qui exclut les réponses « Rarement ») a été privilégiée dès le début.

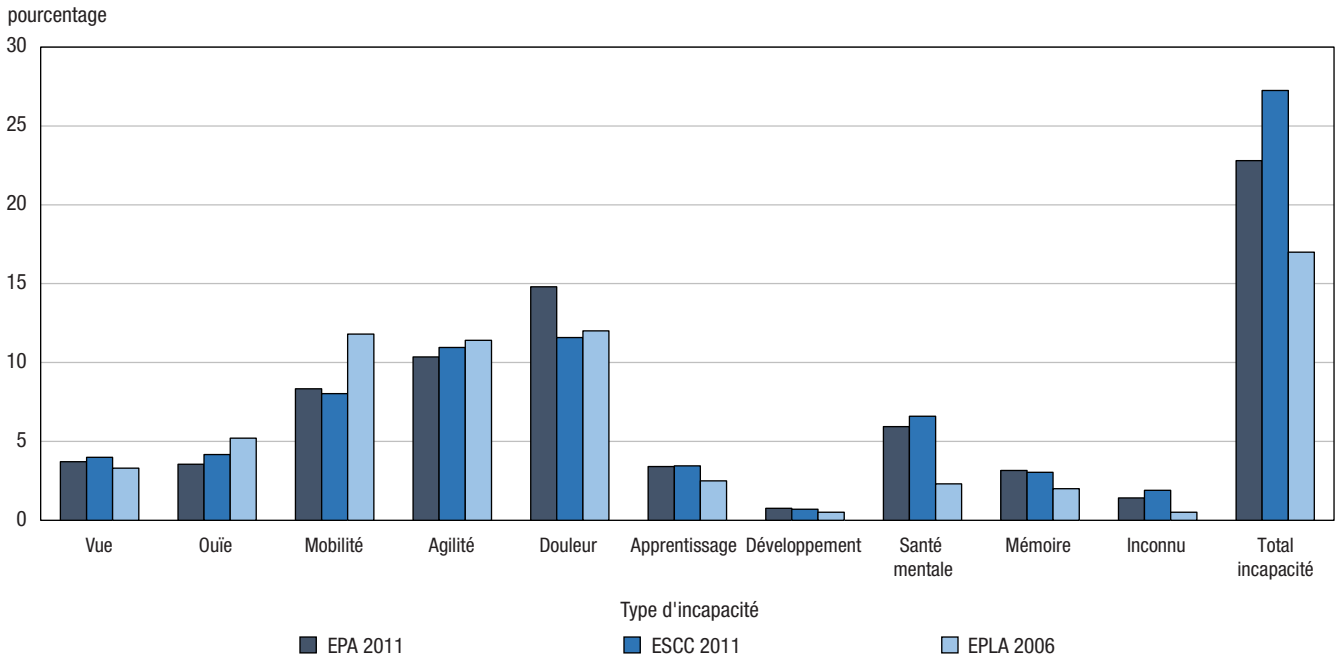
Toutefois, certains répondants qui disaient être « Rarement » limités ont aussi répondu « Beaucoup de difficulté » ou « Incapable » à la question sur l'intensité de la difficulté. Il est probable que ces personnes avaient une incapacité cyclique ou épisodique qui, lorsqu'elle se manifestait, avait une grande incidence. Dans les données de l'EPA, ce groupe est proportionnellement plus grand chez les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale, à la douleur, à la mémoire ou à l'apprentissage. Bon nombre des conditions entraînant des incapacités liées à la douleur et à la santé mentale sont cycliques — par exemple les migraines, la dépression, l'anxiété, etc. De plus, certaines personnes peuvent avoir une condition sous-jacente qui les limite seulement dans certains contextes. Par exemple, les personnes ayant un trouble d'apprentissage et qui ne fréquentent plus l'école ou qui ne se trouvent plus dans une situation axée sur l'apprentissage peuvent être limitées seulement dans certaines situations. Ces personnes font partie de la population ayant une incapacité; c'est pourquoi la troisième définition est proposée. Dans certains documents sur les QII ainsi que dans ce rapport, la troisième définition est désignée par le sigle **RBIXR** (R pour « Rarement », B pour « Beaucoup », I pour « Incapable » et XR pour l'exclusion des réponses « Rarement » du type « Autres »).

Selon la troisième définition, le taux d'incapacité s'établissait à 22,8 % pour l'EPA et à 27,3 % pour l'ESCC. Les taux d'incapacité à l'EPA et à l'ESCC selon le type en fonction de cette définition étaient comparables, sauf en ce qui concerne la douleur parce que les questions utilisées n'étaient pas les mêmes.

Les résultats des essais de l'EPA et de l'ESCC ont été comparés à ceux de l'EPLA de 2006 afin de déterminer si les différences correspondaient à ce à quoi on s'attendait. On prévoyait que les taux des QII seraient inférieurs pour certains types d'incapacité à cause de l'exigence concernant les limitations d'activités, alors que pour d'autres types, on s'attendait à des taux des QII supérieurs parce que la population n'était pas présélectionnée à l'aide des questions du recensement.

Les taux de la plupart des types d'incapacité sont proches (graphique 3). Les données des QII relatives à la flexibilité et à la dextérité ont été regroupées dans la catégorie Agilité aux fins de comparaison avec l'EPLA.

Graphique 3
Taux d'incapacité issus de différentes enquêtes selon la troisième définition, selon le type d'incapacité, Canada excluant les territoires, 2011 et 2006



Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active (EPA) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011, et Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2006.

Mobilité

Les taux de prévalence des incapacités liées à la mobilité dans l'EPA et l'ESCC (8,3 % et 8,0 %, respectivement) sont beaucoup plus bas que ceux de l'EPLA (11,5 %), principalement parce que l'EPLA n'imposait pas de critère de limitations d'activités pour identifier ce type d'incapacité. Si l'on ne tient pas compte de l'exigence de limitations d'activités avec la définition des QII, les taux de prévalence des réponses correspondant à au moins « un peu de difficulté » à exécuter une tâche relative à la mobilité s'établissent à 12,1 % et à 12,9 % respectivement pour l'EPA et l'ESCC.

Douleur

Le taux de prévalence des incapacités liées à la douleur obtenu à partir des QII (seule l'EPA utilisait les QII pour évaluer les incapacités liées à la douleur) est supérieur à celui de l'EPLA. Cela peut paraître étonnant parce que les questions sont très semblables et que l'EPLA imposait un critère de limitations d'activités pour identifier les incapacités liées à la douleur. La différence s'explique principalement par le fait que l'EPLA a été administrée à une population présélectionnée à partir des questions filtres du Recensement de 2006, qui ne sont pas efficaces pour sélectionner les personnes ayant des incapacités moins visibles. En conséquence, les personnes dont la douleur n'affecte que les capacités cognitives (difficulté à se concentrer, par exemple) ne sont pas nécessairement couvertes par l'EPLA. Ce peut aussi être le cas des personnes qui ont des migraines.

Apprentissage

Comme prévu, le taux de prévalence des incapacités liées à l'apprentissage obtenu à partir des QII est supérieur à celui de l'EPLA. La population présélectionnée de l'EPLA avait tendance à exclure les personnes ayant des incapacités non physiques. La définition d'incapacité de l'EPLA concernant l'apprentissage n'exigeait pas de limitations d'activités; autrement, le taux de l'EPLA aurait été encore plus faible.

Incapacité liée à la santé mentale

Le taux de prévalence des incapacités liées à la santé mentale obtenu à partir des QII est beaucoup plus élevé que celui de l'EPLA. Bien que l'EPLA exige des limitations d'activités pour ce type d'incapacité, la population étudiée était présélectionnée, et les questions filtres ne sont pas efficaces pour sélectionner les personnes ayant des incapacités non physiques.

4.4.2. Les QII dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité

Suite à l'analyse des résultats des essais quantitatifs, les QII étaient considérées prêtes à être utilisées dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2012.

L'ECI a fait l'objet d'essais qualitatifs qui comprenaient les QII. Pour s'assurer que le choix d'inclure les QII était le bon par rapport à l'utilisation des questions de sélection de l'EPLA, ces dernières ont aussi été mises à l'essai dans le cadre d'un certain nombre d'interviews. Le cheminement des QII était supérieur; les QII étaient plus claires et faciles à comprendre et ont moins soulevé de questions. Après ces essais qualitatifs, seuls quelques changements mineurs de formulation ont été apportés aux QII.

L'inclusion des QII dans l'ECI constituait une amélioration par rapport aux questions de sélection de l'EPLA, mais l'ECI présentait le même inconvénient : elle utilisait une population présélectionnée à partir des questions filtres du recensement qui faisaient partie de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM)[35]. En conséquence, les personnes ayant des incapacités non physiques étaient toujours sous-représentées. C'est pourquoi, même si les QII ont été utilisées dans l'ECI, les questions filtres des QII ont été « désactivées », c'est-à-dire que tous les participants devaient répondre aux questions de sélection, quelles que soient leurs réponses aux questions filtres des QII. Comme la population était déjà présélectionnée, il n'était pas nécessaire de faire une nouvelle sélection.

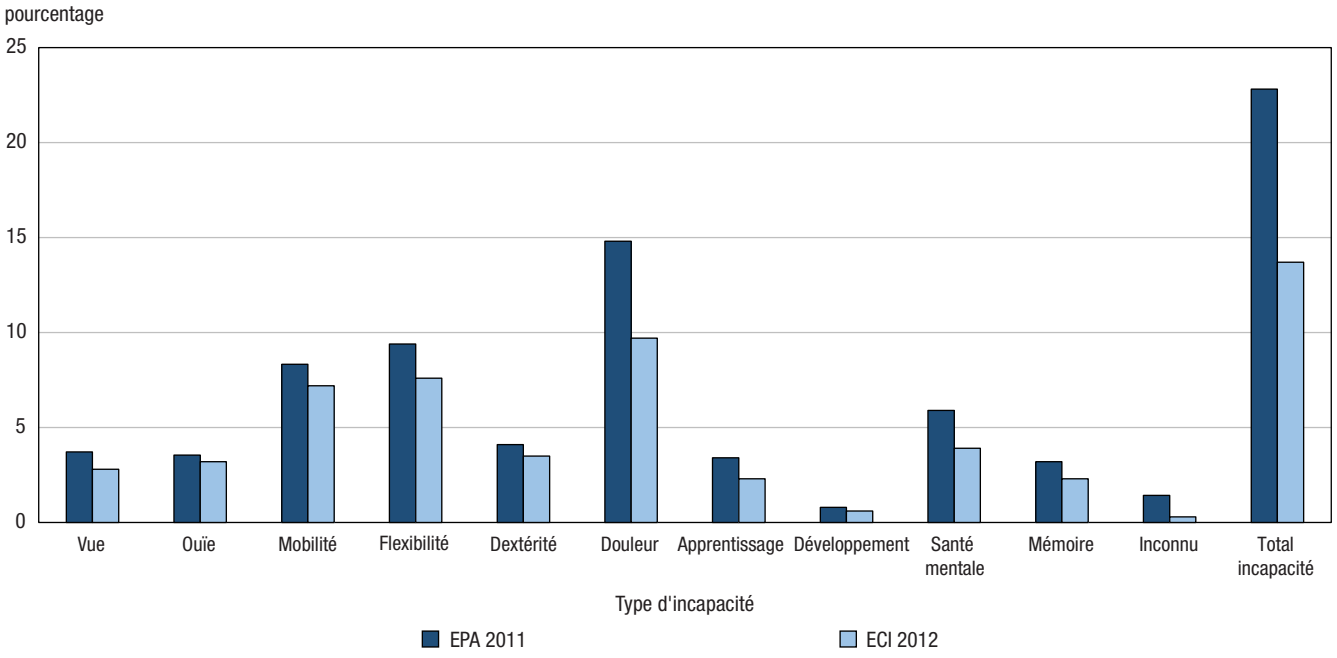
Durant la collecte, on a utilisé dans l'ECI la définition la plus inclusive de l'incapacité pour identifier les personnes à qui on poserait toutes les questions de l'enquête. En conséquence, les répondants qui ont déclaré être au moins « Rarement » limités dans leurs activités (définition n° 1 énoncée plus haut) ont été retenus pour poursuivre l'entrevue de l'ECI jusqu'à la fin. À l'étape du traitement des données, une analyse plus approfondie reposant sur les différentes définitions de l'incapacité a facilité la prise de décision quant à la pertinence de considérer les personnes « Rarement » limitées comme ayant une incapacité. D'après les données de l'ECI et la rétroaction des intervieweurs[36], la troisième définition (RBIXR) a été retenue — les personnes « Rarement » limitées ont été considérées comme ayant une incapacité seulement si elles avaient aussi répondu avoir « Beaucoup de difficulté » ou être « Incapable ».

Le graphique 4, qui présente les taux d'incapacité issus de l'EPA de 2011 et de l'ECI de 2012 en fonction de la troisième définition, montre l'incidence de l'administration des QII à une population présélectionnée à partir des questions filtres de l'ENM, ainsi que l'incidence de la réalisation d'une enquête postcensitaire 18 mois après l'ENM. Il est probable que certaines personnes qui avaient une incapacité au moment de l'ENM ne l'avaient plus lorsqu'elles ont été interviewées pour l'ECI, à cause d'une intervention chirurgicale, de la prise de médicaments ou d'autres raisons.

Les résultats de l'ESCC ne sont pas présentés[37] parce que les questions sur la douleur étaient celles de l'indice HUI3, et non celles des QII.

35. L'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) a remplacé le questionnaire complet du Recensement en 2011. Les questions filtres du Recensement de 2006 ont été utilisées dans l'ENM de 2011 pour identifier les personnes susceptibles d'avoir une incapacité, afin d'établir une base de sondage pour l'ECI. C'est pourquoi on parle des questions filtres de l'ENM. Au moment de l'élaboration des QII, il était trop tard pour modifier les questions filtres de l'ENM.
36. Les intervieweurs ont dit que les répondants qui étaient seulement « Rarement » limités se plaignaient d'avoir à répondre à toutes les questions qui, à leur avis, ne s'appliquaient pas à eux.
37. Le graphique 3 montre les résultats de l'ESCC.

Graphique 4
Taux d'incapacité issus de différentes enquêtes selon la troisième définition, selon le type d'incapacité, Canada excluant les territoires, 2011 et 2012



Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active (EPA) de 2011 et Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2012.

L'effet du recours à une population présélectionnée à partir des questions filtres de l'ENM est considérable. Ces questions ont tendance à exclure les personnes ayant de très légères incapacités quel qu'en soit le type, ainsi que les personnes ayant des incapacités non physiques. En conséquence, pour tous les types d'incapacité, les taux de l'ECI sont inférieurs à ceux de l'EPA. Les types d'incapacité les plus touchés par la présélection (différences relatives les plus importantes entre l'EPA et l'ECI) sont les incapacités liées à la douleur, à la santé mentale et à l'apprentissage.

Cette comparaison montre qu'il est nécessaire d'intégrer des questions filtres plus efficaces dans la prochaine ENM; ce sujet est abordé à la section 7.

4.5. Définition officielle de l'incapacité selon la version longue des QII[38]

L'analyse de la totalité du contenu de l'ECI a permis de sélectionner la définition pertinente de l'incapacité à utiliser avec les QII. Tel que mentionné précédemment, pour chaque type d'incapacité, les QII comprennent au moins une question sur le degré de difficulté connexe (« Aucune difficulté », « Un peu de difficulté », « Beaucoup de difficulté » ou « Incapable ») et une question sur la fréquence des limitations d'activités (« Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent » ou « Toujours »). Pour qu'une personne soit considérée comme ayant une incapacité d'un type particulier, la fréquence des limitations des activités doit être « Parfois », « Souvent » ou « Toujours », ou encore « Rarement » si le degré de difficulté est « Beaucoup de difficulté » ou « Incapable » (tableau 4). La seule exception concerne l'incapacité liée à un trouble du développement, pour laquelle un diagnostic est suffisant pour que la personne soit considérée comme ayant une incapacité. En outre, pour le type « Autres », l'incapacité doit être « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » associée à des limitations. Cela correspond à la définition n° 3 (voir la section 4.4.1.2).

38. Cette définition a été utilisée dans l'ECI de 2012 qui utilisait la version longue des QII. Pour des raisons opérationnelles, il faut utiliser une définition différente avec la version abrégée des QII, comme il est expliqué à la section 6.

Tableau 4
Définition officielle de l'incapacité, fondée sur la version longue des questions d'identification des incapacités

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Un peu de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Beaucoup de difficulté	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Incapable	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

4.6. Durée d'administration des QII

L'un des objectifs était de concevoir un module de QII dont l'administration ne prendrait que deux minutes en moyenne. Les fichiers de pistes de vérification des essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC ont montré que la durée moyenne nécessaire pour administrer les QII dans l'EPA était d'environ trois minutes, et plus près de quatre minutes dans l'ESCC. Comme il est mentionné plus haut, le taux de sélection de l'ESCC est beaucoup plus élevé parce que les répondants étaient plus susceptibles de déclarer des difficultés aux questions filtres des QII, ce qui faisait augmenter la durée moyenne de l'interview.

Une durée de trois à quatre minutes pourrait être trop longue pour que les questions soient incluses dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, dans lesquelles on préfère consacrer plus de temps aux questions portant sur des sujets spécifiques. Une version abrégée des QII a donc été mise au point. Cette version écourtée des QII exige moins de deux minutes par répondant et identifie cinq grands types d'incapacité, soit les incapacités visuelles, auditives, physiques (regroupant la mobilité, la flexibilité, la dextérité et la douleur), cognitives (regroupant l'apprentissage, le développement et la mémoire) et liées à la santé mentale, ainsi qu'une catégorie « Inconnu ». Comme la version abrégée regroupe certains types d'incapacité, elle ne permet pas de calculer un score de sévérité.

La version abrégée des QII est décrite à la section 6.

5. Score de sévérité[39]

L'un des buts des QII est de permettre le calcul d'un score de sévérité. Pour chaque type d'incapacité, on recueille des données sur l'intensité de la difficulté et sur la fréquence des limitations d'activités, qu'on peut ensuite combiner pour obtenir un score global. Le score développé se devait de répondre aux trois critères suivants : il devait augmenter avec le nombre de types d'incapacité, augmenter avec le degré de difficulté associé à l'incapacité et augmenter avec la fréquence des limitations d'activités.

La méthode utilisée pour calculer un score de sévérité pour chaque type d'incapacité et le score global qui tient compte de tous les types d'incapacité est décrite ci-dessous. Le score a été mis au point à partir des données de l'ECI de 2012.

5.1. Score par type d'incapacité

À l'aide d'une grille de pointage qui tient compte de la fréquence des limitations d'activités (« Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent » ou « Toujours ») et de l'intensité de la difficulté (« Aucune difficulté », « Un peu de difficulté », « Beaucoup de difficulté » ou « Incapable »), on attribue un score à chaque type d'incapacité (tableau 5A). Ce score augmente avec la fréquence des limitations et avec l'intensité de la difficulté. Ainsi, une personne déclarant être toujours limitée dans ses activités et être incapable de faire une activité aura le score maximal pour ce type d'incapacité[40]. Dans la grille, les réponses les plus sévères ont les scores les plus élevés, les réponses modérées ont des scores moyens et les réponses légères, des scores plus faibles. Les termes sévères, modérées et légères utilisés ici ne sont pas à confondre avec les classes de sévérité énoncées à la section 5.4; il s'agit seulement d'une façon de qualifier la combinaison des réponses pour un type d'incapacité particulier.

Tableau 5A
Grille de pointage basée sur l'intensité de la difficulté et la fréquence des limitations d'activités quotidiennes

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	0	0	2 [1]	3 [1]	4 [2]
Un peu de difficulté	0	0	4 [2]	6 [2]	12 [3]
Beaucoup de difficulté	0	3 [1]	6 [2]	18 [3]	20 [3]
Incapable	0	4 [2]	12 [3]	20 [3]	24 [3]

1. Réponses légères
2. Réponses modérées
3. Réponses sévères

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Le score de chacun des types d'incapacité est ensuite normalisé afin de le ramener à une valeur comprise entre 0 et 1; pour ce faire, on divise le score de chaque cellule par le score maximal possible, soit 24 (tableau 5B).

Tableau 5B
Pointage normalisé basé sur l'intensité de la difficulté et la fréquence des limitations d'activités quotidiennes

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	0,0000	0,0000	0,0833 [1]	0,1250 [1]	0,1667 [2]
Un peu de difficulté	0,0000	0,0000	0,1667 [2]	0,2500 [2]	0,5000 [3]
Beaucoup de difficulté	0,0000	0,1250 [1]	0,2500 [2]	0,7500 [3]	0,8333 [3]
Incapable	0,0000	0,1667 [2]	0,5000 [3]	0,8333 [3]	1,0000 [3]

1. Réponses légères
2. Réponses modérées
3. Réponses sévères

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

39. L'information présentée dans cette section provient principalement du document intitulé *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012* : Guide des concepts et méthodes (produit n° 89-654-X2014001).
40. Pour calculer le score qui figure dans chacune des cellules, on a multiplié le score attribué à l'intensité de la difficulté (Aucune difficulté = 1 point, Un peu de difficulté = 2 points, Beaucoup de difficulté = 3 points et Incapable = 4 points) et le score attribué à la fréquence des limitations (Jamais = 0 point, Rarement = 1 point, Parfois = 2 points, Souvent = 3 points et Toujours = 4 points). Dans le cas des réponses plus sévères, les scores ont été majorés parce que ces réponses correspondent à des situations considérablement plus sévères que celle des autres réponses. Les scores correspondant aux personnes n'ayant aucune incapacité (jamais limitées ou rarement limitées et aucune difficulté ou un peu de difficulté) ont été fixés à 0.

Cas spéciaux

La grille de pointage a été utilisée pour la plupart des types d'incapacité, mais a été adaptée dans trois cas particuliers.

D'abord pour le type « Inconnu », les QII ne comprenaient pas de question sur l'intensité de la difficulté. Ainsi, on considérait comme ayant une incapacité seulement les personnes déclarant être limitées « Parfois », « Souvent » ou « Toujours ». Comme les personnes de type « Inconnu » n'ont par définition qu'un seul type d'incapacité, on a examiné la distribution de l'intensité chez les autres personnes qui n'avaient qu'un seul des 10 types d'incapacité. Dans la plupart des cas, le degré d'intensité était « Un peu de difficulté ». On a donc, pour le type « Inconnu », utilisé la grille de pointage (tableau 5B) en fixant le degré d'intensité à « Un peu de difficulté ». Ainsi les réponses « Parfois » recevaient 0,1667 point, les « Souvent » 0,25 point et les « Toujours » 0,50 point.

Le deuxième cas spécial concerne les troubles du développement. Toute personne qui déclare avoir reçu un diagnostic de trouble du développement est automatiquement considérée comme ayant une incapacité, peu importe le degré de difficulté et la fréquence des limitations. Pour éviter qu'une personne ayant un trouble du développement obtienne un score très faible ou nul, on lui attribue un score minimal en fonction de la grille. Si la fréquence des limitations déclarée est « Jamais » ou « Rarement » et que le degré de difficulté est « Aucune difficulté » ou « Un peu de difficulté », le score est fixé à 0,0833 (valeur minimale pour tout autre type d'incapacité). Un score minimal a été attribué à environ 1 cas sur 5 ayant un trouble du développement.

Le troisième cas spécial concerne les types d'incapacité « Mobilité » et « Flexibilité », pour lesquels on pose deux questions au lieu d'une à propos de l'intensité de la difficulté. Pour calculer le score de sévérité pour ces deux types, on a utilisé l'intensité maximale déclarée aux deux questions, combinée à la fréquence des limitations. La décision d'utiliser l'intensité la plus élevée des deux questions (plutôt qu'une moyenne) est motivée par le fait qu'il était préférable de donner la même importance à chacun des 10 types d'incapacité dans le calcul du score global. Le fait qu'on ait besoin de deux questions pour bien établir si le répondant a de la difficulté avec sa mobilité ou sa flexibilité ne devrait pas diminuer le score de cette personne lorsqu'une des deux questions indique « Aucune difficulté » tandis que l'autre indique « Incapable », par exemple.

5.2. Classe de sévérité par type d'incapacité

Pour **chaque type d'incapacité**, on a défini deux classes de sévérité : moins sévère et plus sévère. Les personnes ayant un score de 0,5 ou plus pour un type d'incapacité font partie de la classe « plus sévère » pour ce type, et les autres, de la classe « moins sévère ». Les personnes ayant un score de 0 pour un type d'incapacité sont classées comme n'ayant pas ce type d'incapacité.

Dans le fichier analytique de l'ECI, on a créé une variable de classe de sévérité pour chaque type d'incapacité (**DVIS_CL** pour la vue, **DHEA_CL** pour l'ouïe, **DMOB_CL** pour la mobilité, **DFLE_CL** pour la flexibilité**, DDEX_CL** pour la dextérité, **DPAI_CL** pour la douleur, **DLEA_CL** pour l'apprentissage, **DDEV_CL** pour le développement, **DEMO_CL** pour la santé mentale, **DMEM_CL** pour la mémoire, et **DUNK_CL** pour les incapacités de type inconnu). Chaque variable prend l'une des valeurs suivantes :

0 = aucune incapacité

1 = moins sévère

2 = plus sévère

5.3. Score global de sévérité

Le **score global de sévérité** tient compte de tous les types d'incapacité qu'a une personne. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour les 10 types d'incapacité. Ainsi, plus le nombre de types d'incapacité est grand, plus le score est élevé. Par définition, le score global est également compris entre 0 et 1. Les personnes n'ayant pas déclaré d'incapacité pour les 10 types mais ayant déclaré une autre condition ou problème de santé (donc de type « inconnu ») ont un score global correspondant au score du type « Inconnu » divisé par 10.

Le fichier analytique de l'ECI contient une variable correspondant au score global, soit **DSCORE**.

5.4. Classe de sévérité globale

Afin de faciliter l'utilisation du score de sévérité, des classes de sévérité ont été établies. Le nom attribué à chaque classe a pour seul but d'en faciliter l'utilisation; il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du degré d'incapacité de la personne. Les personnes de la classe 1 ont une incapacité moins grave que les personnes de la classe 2; ces dernières ont une incapacité moins grave que les personnes de la classe 3; et ainsi de suite. Le fichier analytique de l'ECI contient une variable correspondant à la classe de sévérité globale, soit **DCLASS** :

1 = Incapacité légère

2 = Incapacité modérée

3 = Incapacité sévère

4 = Incapacité très sévère

Le point de coupure entre les classes 2 et 3 a d'abord été déterminé de façon graphique. En effet, il existe une coupure naturelle dans la distribution du score global autour de la valeur de 0,1. Cette valeur correspond au score d'une personne qui aurait obtenu le nombre maximal de points pour **un seul** type d'incapacité, ce qui la placerait dans la classe *incapacité sévère*. Pour qu'une personne soit classée *incapacité très sévère*, il lui faut le double de ce score, soit 0,2, ce qui correspond au score d'une personne qui aurait obtenu le nombre maximal de points pour deux types d'incapacité, par exemple. Le point de coupure entre la classe 1 et la classe 2 correspond à la moitié du score requis pour faire partie de la classe 3, soit 0,05, ce qui pourrait par exemple correspondre à une personne qui aurait un score parmi les plus sévères pour un type d'incapacité.

Le tableau 6 présente la répartition des personnes avec incapacité de l'ECI de 2012 dans les quatre classes de sévérité.

Tableau 6
Distribution des personnes ayant une incapacité, selon la classe de sévérité, Canada, 2012

	Personnes avec incapacité	
Classe de sérévité	**(nombre)**	**(pourcentage)**
Classe 1 = léger	1 195 590	31,7
Classe 2 = modéré	747 980	19,8
Classe 3 = sévère	849 540	22,5
Classe 4 = très sévère	982 810	26,0

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

5.5. Score global pour les personnes sans incapacité (ECI de 2012 seulement)

Normalement, les personnes sans incapacité auraient un score global de sévérité de 0, mais une exception a été faite dans le cadre de l'ECI de 2012. Comme il est précisé plus haut, quand l'ECI a été réalisée sur le terrain, la décision finale concernant les critères déterminant si une personne avait ou non une incapacité (par exemple, devrait-on inclure les réponses « Rarement »?) en fonction des QII n'avait pas encore été prise. Les personnes qui étaient rarement limitées ont donc dû répondre à toutes les questions de l'ECI, même si elles pouvaient finalement être considérées comme n'ayant pas d'incapacité.

Un score a été calculé pour ces répondants aux fins d'examen de leurs caractéristiques. On appelle ce groupe les « Rarement » non catégoriques — ce sont les personnes qui ont déclaré être limitées « Rarement » et avoir « Aucune difficulté » ou « Un peu de difficulté ». Les personnes qui ont dit n'être « Jamais » limitées (sauf celles qui ont un trouble du développement) ont un score de 0.

Le nombre de points utilisé pour calculer les scores des « Rarement » non catégoriques a délibérément été fixé très bas pour s'assurer que les personnes déclarant être « Rarement » limitées et avoir « Aucune difficulté » ou « Un peu de difficulté » pour plusieurs types d'incapacité n'obtiennent pas un score supérieur à celui d'une

personne considérée comme ayant une incapacité selon la définition de l'ECI. Les points attribués à ces réponses sont indiqués dans le tableau 7A.

Tableau 7A
Scores pour les personnes appartenant au groupe des « Rarement » non catégoriques

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	...	0,1	...	...	...
Un peu de difficulté	...	0,2	...	...	...
Beaucoup de difficulté	...	...	...	...	...
Incapable	...	...	...	...	...

... sans objet
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Le score pour chaque type d'incapacité est normalisé pour le ramener à une valeur comprise entre 0 et 1 en le divisant par le score maximal possible de 24 (comme il est indiqué dans le tableau 5A). Le tableau 7B présente les scores normalisés pour le groupe des « Rarement » non catégoriques.

Tableau 7B
Scores normalisés pour les personnes appartenant au groupe des « Rarement » non catégoriques

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	...	0,0042	...	...	...
Un peu de difficulté	...	0,0083	...	...	...
Beaucoup de difficulté	...	...	...	...	...
Incapable	...	...	...	...	...

... sans objet
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

Dans le cas du groupe des « Rarement » non catégoriques, même s'il a fallu calculer un score pour chaque type d'incapacité afin d'obtenir un score global, le score de chaque type a par la suite été ramené à 0 dans le fichier final. On a également fixé le nombre de types d'incapacité à 0. Le but ici est d'éviter toute confusion lorsqu'on s'intéresse à étudier un type d'incapacité particulier, puisque les personnes du groupe des « Rarement » non catégoriques ne doivent pas être considérées comme ayant une incapacité.

6. Version abrégée des QII

La section qui suit explique pourquoi il a fallu créer une version abrégée des QII, ainsi que les étapes d'élaboration de cette version.

6.1. Pourquoi une version abrégée des QII?

Les QII présentent plusieurs avantages : 1) elles sont entièrement fondées sur le modèle social de l'incapacité et tiennent compte des limitations d'activités pour identifier l'incapacité (sauf dans le cas des troubles du développement, qui constituent par définition une incapacité); 2) elles couvrent 10 types d'incapacité; 3) elles offrent une meilleure couverture des types d'incapacité non physiques grâce à des questions filtres posées au début de l'interview qui sont plus inclusives que celles de l'ENM; 4) elles fournissent toute l'information nécessaire pour calculer un score de sévérité fondé sur l'intensité de la difficulté et la fréquence des limitations d'activités pour chaque type d'incapacité.

De plus, les essais qualitatifs et quantitatifs ont montré que les QII constituent une mesure valide et fiable de l'incapacité. Les participants répondent aux QII comme on s'y attend. Les essais quantitatifs menés dans le cadre de l'EPA et de l'ESCC ont révélé que les QII donnent des mesures de l'incapacité hautement comparables, même lorsqu'on les administre dans des contextes d'enquête différents.

Le principal inconvénient des QII est leur longueur. Selon les résultats des deux essais quantitatifs d'envergure, il faut en moyenne trois à quatre minutes pour les administrer. La plupart des enquêtes auprès de l'ensemble de la population ne peuvent pas se permettre d'ajouter trois ou quatre minutes de contenu supplémentaire, particulièrement si le sujet principal de l'enquête n'est pas directement lié à l'incapacité.

Plusieurs des idées proposées pour raccourcir les QII auraient exigé que l'on élimine des questions et que l'on en regroupe d'autres, ce qui risquait de créer de la confusion pour les répondants. Des essais qualitatifs étendus auraient aussi été nécessaires pour évaluer la capacité des répondants à comprendre ces nouvelles questions.

6.2. Exigences minimales de la version abrégée des QII

L'élaboration des QII a été motivée, entre autres, par la décision de Statistique Canada de retirer les questions filtres du recensement des enquêtes auprès de l'ensemble de la population parce que les questions, d'une part, sélectionnaient un trop grand nombre de personnes sans incapacité (faux positifs) et, d'autre part, ne sélectionnaient pas adéquatement l'éventail complet des personnes ayant une incapacité (faux négatifs). Les enquêtes auprès de l'ensemble de la population qui ont utilisé ces questions donnaient des taux d'incapacité très différents. La stratégie de recherche d'EDSC visait entre autres à mieux utiliser toutes les données d'enquête sur les personnes ayant une incapacité. Il fallait donc intégrer aux enquêtes auprès de l'ensemble de la population portant sur des thèmes spécifiques un court module pour identifier les personnes ayant une incapacité, afin de remplacer les anciennes questions filtres du recensement.

Si le seul but est de remplacer les anciennes questions filtres du recensement, la version abrégée des QII doit à tout le moins permettre d'identifier les personnes ayant une incapacité, sans nécessairement déterminer le type ni la sévérité de l'incapacité.

6.3. Version préliminaire des QII abrégées

L'objectif était de créer une version abrégée des QII comparable et compatible avec la version longue. Il était possible d'utiliser les mêmes questions, mais il fallait les administrer de façon à réduire le temps d'interview.

6.3.1. Identification de la présence d'une incapacité (version « IPI » des QII abrégées)

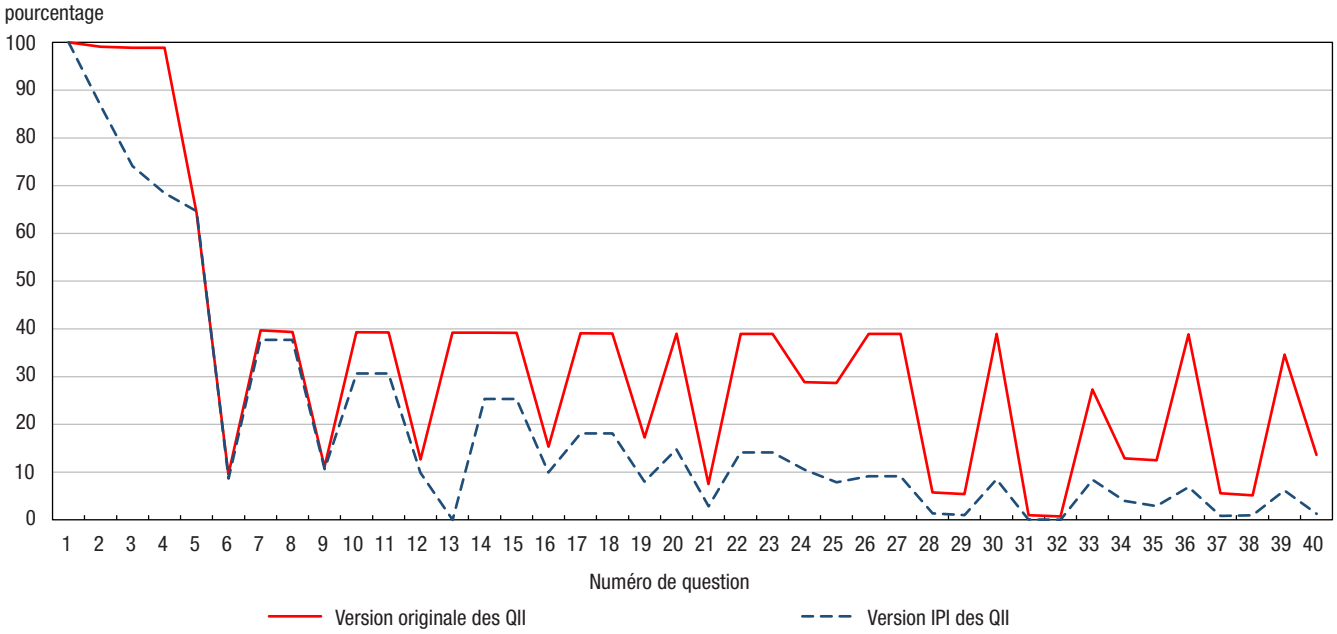
Si l'unique but des QII abrégées était d'identifier les personnes ayant une incapacité sans connaître les détails sur le type d'incapacité, les QII pourraient être administrées telles quelles, mais le module prendrait fin dès qu'un premier type d'incapacité est identifié, puisque la personne est déjà identifiée comme ayant une incapacité. Cette façon de faire réduirait le temps d'interview moyen parce que bon nombre de gens ont plus d'un type d'incapacité et qu'il ne serait pas nécessaire de passer à travers toutes les questions de sélection pour les identifier tous. Pour gagner encore plus de temps, on pourrait faire de même avec les questions filtres : dès le premier « Oui », on pourrait sauter les autres questions filtres puisque les questions de sélection seront posées plus loin. Le principal avantage de cette méthode est qu'elle permet d'obtenir le **même taux d'incapacité** que la version longue des QII. La seule différence est que cette version abrégée ne produirait pas d'information sur tous les types d'incapacité et, en conséquence, ne fournirait pas les données nécessaires pour calculer un score de sévérité.

Cette version n'était **pas** la version finale des QII abrégées, mais elle a donné lieu à d'autres idées qui ont culminé par la création des QII abrégées. Ce premier prototype a été appelé la version « identification de la présence d'une incapacité » (IPI).

Pour déterminer si ce changement serait suffisant pour réduire la durée moyenne d'administration des questions, on a utilisé les fichiers de pistes de vérification de l'essai quantitatif de la version longue des QII dans le cadre de l'EPA. On a effectué une simulation pour déterminer quelles questions auraient été sautées si la version IPI avait été utilisée, et combien de temps on aurait gagné. La durée moyenne d'administration de la version IPI s'établissait à 1 minute 54 secondes.

Le graphique 5 illustre comment la version IPI influe sur la proportion de personnes à qui on pose chaque question, comparativement à la version longue. Les nombreuses questions sautées dans la version IPI font en sorte que la proportion de personnes à qui on pose chaque question subséquente est de plus en plus petite, par rapport aux QII originales.

Graphique 5
Proportion des répondants à qui on pose chaque question de la version originale et de la version IPI des questions d'identification des incapacités



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2011.

6.3.2. Synchronisation de la version IPI des QII abrégées

Comme il fallait quand même près de deux minutes pour administrer la version IPI et qu'elle produisait si peu d'information (présence d'une incapacité seulement), d'autres possibilités ont été explorées. Pour réduire la durée d'administration de la version IPI, on a proposé d'utiliser les réponses aux questions filtres pour déterminer quelles questions de sélection seraient posées. Dans les QII originales, si une réponse positive est donnée à une question filtre, toutes les questions de sélection sont posées. L'idée était de « synchroniser » les questions de sélection avec les questions filtres en fonction de leur relation conceptuelle. Chaque type d'incapacité est relié à une catégorie d'incapacité, et chaque catégorie d'incapacité est associée à une question filtre (tableau 8).

Tableau 8
Relation entre les questions filtres et les types d'incapacité dans les questions d'identification des incapacités

Question filtre et catégorie d'incapacité	Types d'incapacité
F1 - Sensorielle	Vue, Ouïe
F2 - Physique	Mobilité, Flexibilité, Dextérité, Douleur[1]
F3 - Cognitive	Apprentissage, Développement, Mémoire
F4 - Santé mentale	Santé mentale
F5 et F6 - Autre/inconnu	Autre/inconnu

1. La douleur est traitée différemment des autres types dans la synchronisation, tel qu'expliqué plus loin dans le document.

Synchroniser les questions de sélection avec les questions filtres signifie que si la réponse à une question filtre particulière est « Non », toutes les questions de sélection associées aux types d'incapacité reliés à la question filtre sont sautées, parce qu'on présume qu'il n'y a pas d'incapacité de ces types. On gagne ainsi du temps, mais on obtient un taux d'incapacité différent de celui de la version longue. D'après les essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC, un répondant peut répondre « Non » à une question filtre particulière et être retenu pour les questions de sélection à cause de sa réponse à une autre question filtre, puis déclarer une incapacité d'un type associé à la question filtre à laquelle il avait initialement répondu « Non ». En vertu de la méthode de synchronisation, ce répondant serait considéré comme n'ayant pas ce type d'incapacité puisque sa réponse à la question filtre connexe est négative.

Si l'ordre des questions ne change pas, la synchronisation exige qu'on pose à tous les participants les quatre premières questions filtres; il n'est plus possible de passer directement aux questions de sélection si la réponse à une question filtre est positive. En conséquence, même si la synchronisation permet de gagner du temps, il faut plus de temps pour poser toutes les questions filtres à tous les répondants. Cependant, l'option de synchronisation présente la caractéristique suivante : au lieu de poser toutes les questions filtres au début des QII, puis ensuite *toutes* les questions de sélection, on peut alterner questions filtres et questions de sélection. Cette façon de faire améliore l'enchaînement des questions en regroupant les questions portant sur un même sujet. Ainsi, on pose la première question filtre sur la vue et l'ouïe. Si la réponse est négative, on saute toutes les questions sur la vue et l'ouïe, et on passe à la deuxième question filtre. Si toutefois la réponse à la première question filtre est positive, on pose les questions de sélection sur la vue, et si on ne constate aucune incapacité liée à la vue, on passe aux questions de sélection sur l'ouïe. Si on ne constate aucune incapacité liée à l'ouïe, on passe à la deuxième question filtre sur les incapacités physiques, et ainsi de suite. Avec la version IPI, les QII prennent fin dès qu'une première incapacité est constatée.

Pour réduire encore davantage la durée de l'interview, les réponses « Rarement » étaient exclues de la définition de l'incapacité (définition n° 2 de l'incapacité énoncée à la section 4.4.1.2). L'exclusion des réponses « Rarement » signifie qu'on saute les questions sur l'intensité de la difficulté pour les types d'incapacité liés à la douleur, à l'apprentissage, à la santé mentale et à la mémoire, puisque ces questions viennent après celles qui portent sur la fréquence des limitations d'activités, qui servent à identifier l'incapacité. Ce changement a une légère incidence sur le taux d'incapacité dérivé de la version IPI synchronisée des QII abrégées, comparativement à la version longue des QII.

À l'aide des données des essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC, on a évalué l'incidence de la synchronisation des QII sur le taux d'incapacité[41]. La relation entre chaque indicateur de type d'incapacité et la question filtre correspondante a été examinée afin de déterminer à quelle fréquence il y avait incapacité alors que la réponse à la question filtre était négative. Ce sont ces cas qui sont perdus lorsqu'on utilise la version synchronisée. L'incidence de l'exclusion de toutes les réponses « Rarement » de la définition de l'incapacité a aussi été évaluée.

41. Les détails de cette analyse sont exposés dans un document de travail interne (Grondin, 2013).

Dans le cas de la douleur, plusieurs options ont été mises à l'essai. Bien que la douleur soit considérée comme une incapacité physique, elle n'entraîne pas nécessairement une réponse positive à la question filtre sur l'incapacité physique (F2). La douleur peut nuire à la concentration (F3) et même à la vue (F1). En conséquence, il a été décidé que les questions de sélection sur la douleur doivent être posées si la réponse à n'importe laquelle des questions filtres 1 à 4 est positive.

Avec cette option pour les QII abrégées (synchronisation et exclusion des réponses « Rarement »), le taux global d'incapacité serait sous-estimé de 1,4 (EPA) à 3,4 (ESCC) points de pourcentage, comparativement à la version longue originale des QII qui utilise la définition RBIXR[42].

La majorité (70 % à 98 %, selon le type d'incapacité) des personnes exclues des QII abrégées synchronisées ont déclaré avoir soit « Aucune difficulté », soit « Un peu de difficulté », et la plupart (76 % à 86 %) étaient limitées « Parfois ». En conséquence, bien que le taux d'incapacité soit sous-estimé, les QII abrégées excluent les personnes ayant des incapacités plus légères. Idéalement, le taux d'incapacité ne devrait pas être sous-estimé, mais le but est de créer une version des QII suffisamment courte pour être intégrée aux enquêtes.

Une simulation à l'aide des fichiers de pistes de vérification de l'EPA a montré qu'il fallait en moyenne 1 minute 33 secondes pour administrer la version IPI synchronisée des QII abrégées.

6.4. Les QII abrégées peuvent-elles faire plus?

L'utilité des QII abrégées pourrait être accrue si on pouvait identifier des groupes de types d'incapacité, plutôt que simplement la présence d'une incapacité. Sur le plan opérationnel, cela signifie qu'au lieu de sauter toutes les questions de sélection dès qu'un premier type d'incapacité est identifié, on sauterait des questions à l'intérieur de grandes catégories ou groupes de types d'incapacité. Ainsi, dès qu'une première incapacité serait identifiée **dans une catégorie particulière**, on sauterait les autres questions de sélection **de cette catégorie**, et on poursuivrait l'interview avec la catégorie suivante (si la réponse à la question filtre qui y est associée est positive).

Différents regroupements de types d'incapacité et leur incidence sur la durée moyenne de l'interview ont été évalués. L'objectif était d'arriver à maintenir la durée moyenne des QII abrégées sous les deux minutes, tout en obtenant de l'information sur le plus grand nombre possible de catégories d'incapacité.

6.5. Version finale des QII abrégées

La version finale[43] des QII abrégées permet d'identifier les incapacités appartenant à cinq grandes catégories : les incapacités visuelles, auditives, physiques (y compris la douleur), cognitives et liées à la santé mentale, en plus d'une catégorie « Autres ». L'administration de cette version finale des QII abrégées exige en moyenne un peu moins de deux minutes et a une meilleure valeur analytique que la version IPI.

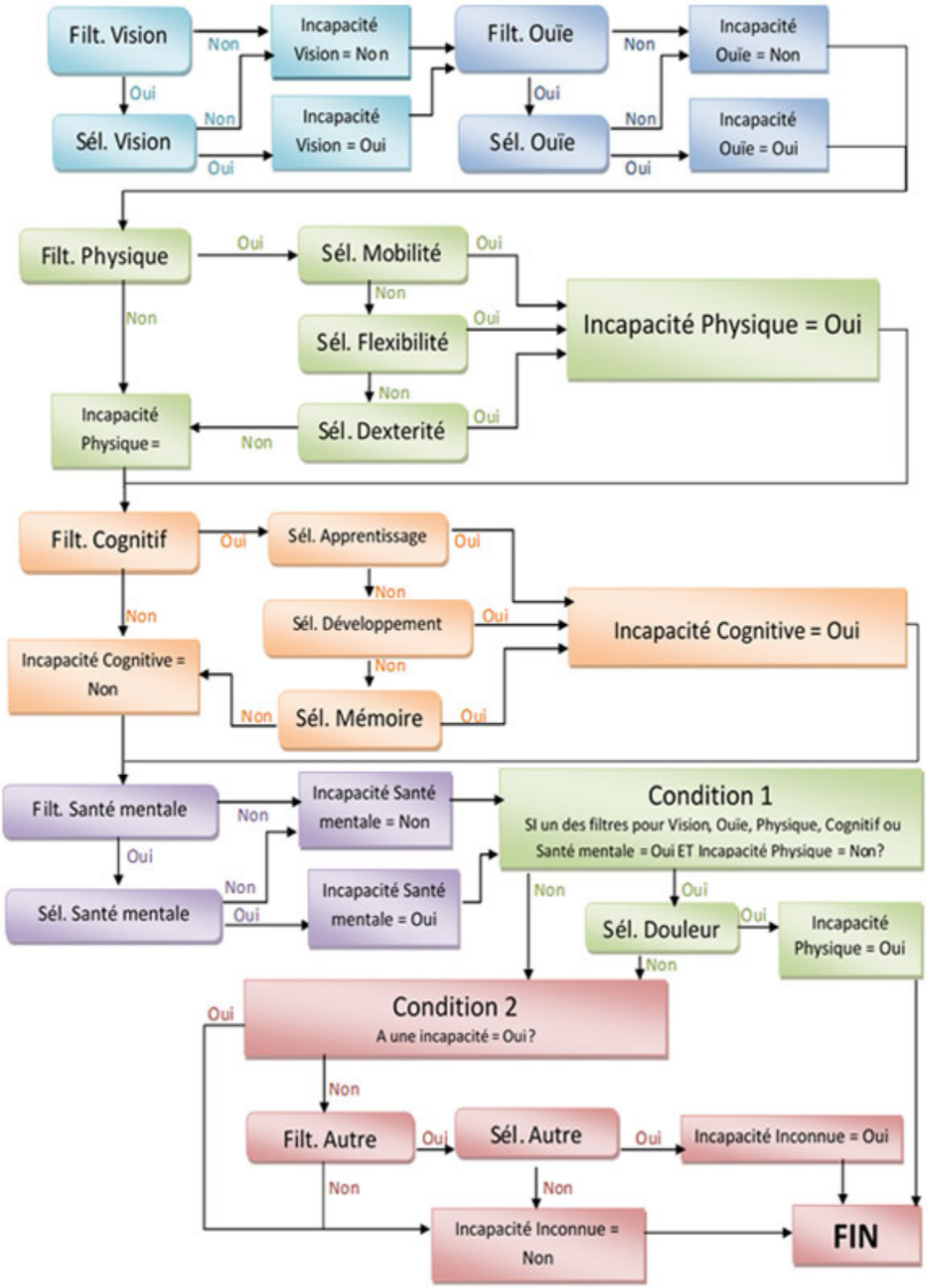
La figure 1 présente un diagramme du cheminement des questions de cette version des QII abrégées.

Des essais qualitatifs de cette version abrégée ont permis de s'assurer que l'ordre et l'enchaînement des nouvelles questions ne posaient pas problème pour les répondants. Le passage entre questions filtres et questions de sélection soulevait notamment des préoccupations, en particulier à cause de la légère différence dans les catégories de réponse (« Non », « Parfois », « Souvent » et « Toujours » pour les questions filtres, et « Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent » et « Toujours » pour les questions de sélection). Toutefois, l'enchaînement des questions se faisait bien; les questions étaient claires et les interviews se sont bien déroulées.

Une version électronique de ces QII abrégées a aussi subi des essais qualitatifs aux fins d'intégration à l'Enquête sociale générale (ESG), dont les données sont recueillies à la fois par l'entremise d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) et de questionnaires électroniques (QE). La version QE a donné de bons résultats. Dans la version QE et la version ITAO, le principal changement a été de diviser en deux la première question filtre (F1) à propos de la vue et de l'ouïe (F1S et F1H), afin d'améliorer l'enchaînement.

42. Une partie seulement de la sous-estimation est attribuable à la synchronisation; l'autre est attribuable à l'exclusion des réponses « Rarement ». L'effet de la synchronisation représente 1,1 (EPA) et 1,7 (ESCC) point de pourcentage des différences constatées.
43. Il s'agit de la version de mars 2015 des QII abrégées; les changements apportés par la suite sont décrits à la section 9.

Figure 1
Diagramme du cheminement des questions de la version abrégée des questions d'identification des incapacités



6.6. Définition officielle de l'incapacité à l'aide des QII abrégées

Pour deux raisons, la définition de ce qui est considéré comme une incapacité dans la version abrégée des QII n'est pas tout à fait la même que celle de la version longue. D'une part, les questions filtres et les questions de sélection sont synchronisées dans la version abrégée, ce qui fait en sorte que certaines questions de sélection ne sont pas posées dans les QII abrégées (on suppose alors une réponse négative) lorsque la réponse à la question filtre correspondante est négative. D'autre part, on exclut les personnes qui sont « Rarement » limitées de la définition de l'incapacité (définition n° 2 énoncée à la section 4.4.1.2) afin de réduire la durée des interviews avec la version abrégée. Le tableau 9 présente un résumé de la définition de l'incapacité aux fins des QII abrégées pour tous les types d'incapacité, y compris le type « Autres ». Dans le cas des troubles du développement, la définition est fondée uniquement sur l'obtention d'un diagnostic.

Tableau 9
Définition officielle de l'incapacité fondée sur la version abrégée des questions d'identification des incapacités

	À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées…?				
Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à …?	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Toujours**
Aucune difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Un peu de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Beaucoup de difficulté	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité
Incapable	Pas d'incapacité	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.

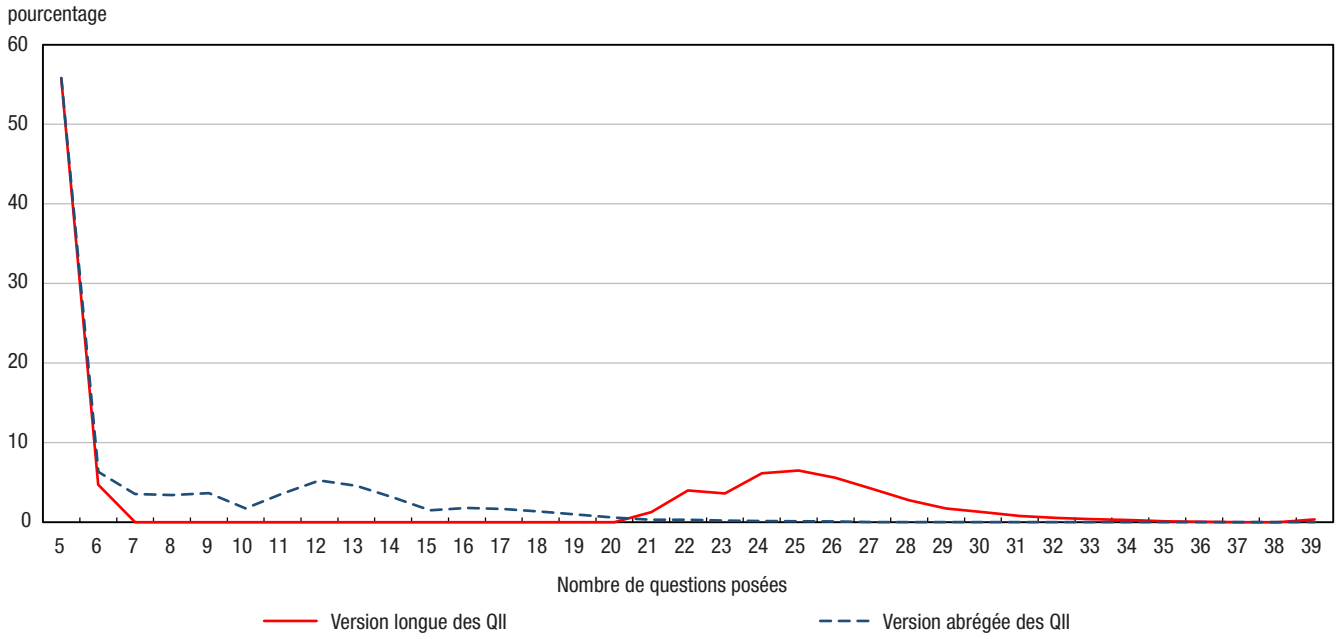
6.7. Différences entre les QII longues et abrégées

Les versions longue et abrégée des QII comprennent essentiellement les mêmes questions, bien que quelques questions ne soient pas incluses dans les QII abrégées. Les principales différences entre les deux versions concernent le cheminement et l'enchaînement des questions.

Le graphique 6 montre la répartition du nombre de questions posées dans les versions longue et abrégée[44], selon les données d'essai de l'EPA de 2011. Comme la version longue des QII a été utilisée dans l'essai, on a pu déterminer le nombre de questions posées à chaque participant. Pour estimer le nombre de questions pour la version abrégée, les données de l'EPA ont été ajustées en fonction du cheminement des questions de la version abrégée des QII.

44. Comme les données présentées dans le graphique proviennent de l'essai de l'EPA de 2011, la question filtre n° 1 est la question originale où la vue et l'ouïe sont combinées. Dans la version finale des QII abrégées, cette question est divisée en deux.

Graphique 6
Répartition des répondants selon le nombre de questions posées, versions longue et abrégée des questions d'identification des incapacités



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2011.

Dans les deux versions des QII (version longue et version abrégée), les participants répondent à au moins cinq questions (les cinq premières questions filtres). En fait, la majorité des participants ne répondent qu'aux cinq ou six premières questions filtres. Dans la version longue, on pose d'abord toutes les questions filtres puis, si la réponse à l'une de ces questions est positive, on pose toutes les questions de sélection. C'est pourquoi le nombre de personnes ayant répondu de 7 à 20 questions à la version longue des QII est nul. En revanche, la version abrégée commence par la première question filtre; si la réponse est positive, on passe aux questions de sélection correspondantes. Si la réponse est négative, on passe à la deuxième question filtre, et ainsi de suite.

En moyenne, les répondants à la version longue des QII ont répondu à 13,2 questions, contre 7,9 questions pour les répondants à la version abrégée (tableau 10).

Tableau 10
Percentiles de la répartition du nombre de questions posées, versions longues et abrégées des questions d'identification des incapacités

	Version longue des QII	Version abrégée des QII
Percentile	nombre de questions posées	
Maximum	39	27
P99	33	21
P95	29	17
P90	27	14
P75	24	11
Médiane	5	5
Moyenne	13,2	7,9
P25	5	5
P10	5	5
P05	5	5
P01	5	5
Minimum	5	5

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2011.

Ainsi, 95 % des répondants à la version abrégée ont répondu à 17 questions au plus, alors que 95 % des répondants à la version longue ont répondu à 29 questions au plus. Pour les deux versions, plus de la moitié des participants n'ont répondu qu'à cinq questions.

Dans la version longue des QII, toutes les questions de sélection relatives aux 10 types d'incapacité sont posées si la réponse à au moins une des questions filtres est positive. Dans la version abrégée, seules les questions de sélection associées à une réponse positive à une question filtre sont posées. En ce qui concerne les catégories de types d'incapacité, lorsqu'un premier type d'incapacité est identifié, les questions de sélection relatives aux autres types de la même catégorie ne sont pas posées. Par ailleurs, dans la version abrégée, les questions sur l'intensité de la difficulté relative aux incapacités liées à la douleur, à l'apprentissage, au développement, à la santé mentale et à la mémoire ont été supprimées du module parce qu'elles ne sont pas nécessaires pour identifier une incapacité. En ce qui concerne les troubles du développement, la question sur les limitations d'activités a aussi été supprimée du module de la version abrégée, parce qu'elle n'est pas nécessaire pour identifier une incapacité. Dans la version longue, cette question n'est pas utilisée pour identifier une incapacité, mais sert à calculer le score de sévérité.

Les différences entre les deux versions influent sur les résultats. La version longue des QII permet d'identifier 10 types d'incapacité et de calculer un score de sévérité pour chacun, ainsi qu'un score global de sévérité qui tient compte de tous les types d'incapacité. Quant à la version abrégée, elle permet d'identifier seulement cinq catégories d'incapacités (incapacités visuelles, auditives, physiques, cognitives et liées à la santé mentale). Comme certaines de ces catégories comprennent plus d'un type d'incapacité, on ne dispose pas de toute l'information sur chaque type nécessaire pour évaluer la sévérité de l'incapacité d'une personne. Par exemple, un participant peut avoir une incapacité légère liée à la dextérité en raison de l'arthrite dont il souffre, ainsi qu'une incapacité sévère liée à la douleur associée à des migraines. Tous ces détails sont recueillis dans la version longue des QII, alors que dans la version abrégée, il n'est question que de l'incapacité liée à la dextérité parce que la dextérité et la douleur appartiennent à la même catégorie (incapacités physiques) et que les questions sur la dextérité sont posées en premier. Les résultats seraient trompeurs si on n'utilisait que la dextérité pour évaluer la sévérité de l'incapacité de cette personne. La version abrégée des QII ne permet donc pas de calculer un score de sévérité.

La version longue des QII permet d'estimer le taux d'incapacité que l'on pourrait obtenir avec la version abrégée, mais on ne peut pas faire l'inverse.

À cause de la forte relation entre les deux versions des QII, les futures améliorations apportées à l'une pourraient aussi être mises en œuvre dans l'autre. Ainsi, dans la prochaine version longue des QII, la première question filtre (F1) sera divisée en deux parties (F1S et F1H), tout comme dans la version abrégée.

7. Usages actuels et futurs des QII

C'est dans l'EPA et l'ESCC de 2011 qu'on l'on a pour la première fois recueilli des données sur l'incapacité à l'aide de la version longue des QII. Depuis, les versions longue et abrégée des QII ont été intégrées à plusieurs autres enquêtes.

Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI)

La version longue des QII a été officiellement utilisée pour la première fois dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) à l'automne 2012; les résultats ont été diffusés en décembre 2013. On prévoit utiliser la version longue des QII dans le prochain cycle, en 2017.

En 2016, les questions filtres des QII[45] remplaceront les anciennes questions filtres sur le formulaire détaillé du Recensement[46]. Dans le cadre d'un essai réalisé à l'été 2014, on a comparé les questions filtres des QII aux anciennes questions filtres de l'ENM; les résultats ont montré[47] que les questions filtres des QII étaient plus inclusives, qu'elles étaient plus susceptibles d'inclure des personnes ayant des incapacités non physiques et qu'elles donnaient des taux de sélection comparables à ceux obtenus dans le cadre des essais quantitatifs de l'EPA et de l'ESCC.

Comme les questions filtres des QII seront incluses dans le questionnaire détaillé du Recensement de 2016, elles ne feront pas partie de l'ECI de 2017; les questions de sélection des QII seront donc posées à tous les participants. Cette approche se compare à celle qui a été adoptée pour l'ECI de 2012 — les questions filtres des QII ont été posées mais n'ont pas été utilisées comme filtres, puisque tous les participants à l'ECI devaient répondre à toutes les questions de sélection.

L'intégration de ces nouvelles questions filtres au questionnaire détaillé du Recensement améliorera la couverture des personnes ayant une incapacité dans la prochaine ECI, puisqu'ainsi un plus grand nombre de personnes ayant des incapacités non physiques seront incluses dans la base de sondage.

Étude longitudinale et internationale des adultes (ELIA)

La version longue des QII a été utilisée au cycle 2 de l'Étude longitudinale et internationale des adultes (ELIA), qui a eu lieu de janvier à mai 2014. Les résultats ne sont pas encore publiés. Pour le cycle 3, on prévoit utiliser la version abrégée des QII afin de réduire la durée de l'interview. Bien que la version longue et la version abrégée des QII n'utilisent pas la même définition de l'incapacité, on peut simuler à partir de la version longue les résultats que l'on aurait obtenus avec la version abrégée. Il est donc possible de comparer les résultats obtenus au cycle 2 avec ceux du cycle 3. Comme il s'agit d'une enquête longitudinale, on pourra comparer l'incapacité des répondants d'un cycle à l'autre.

Enquête sociale générale (ESG)

La version abrégée des QII a été officiellement utilisée pour la première fois dans le cadre de l'ESG sur la victimisation de 2014 (cycle 28). Ce cycle a été entièrement réalisé par ITAO. Les QII abrégées étaient aussi incluses dans l'essai pilote de l'ESG sur l'emploi du temps (cycle 29) en juillet 2014 et dans la collecte principale en 2015, qui a été réalisée par ITAO et par QE. Les données du cycle 28 ont été diffusées à l'automne 2015. D'autres cycles de l'ESG devraient aussi intégrer les QII abrégées, notamment l'enquête Les Canadiens au travail et à la maison de 2016 (cycle 30).

Les fichiers de pistes de vérification du cycle 28 montrent qu'il a fallu en moyenne 1 minute 53 secondes pour administrer les QII abrégées, ce qui est légèrement moins long que la durée de deux minutes prévue.

45. Toutes les questions filtres des QII, sauf la question F6.
46. En 2016, le Recensement de la population aura un questionnaire détaillé comme c'était le cas avant 2011.
47. Les résultats sont présentés dans Grondin (2016).

Enquête canadienne sur le revenu (ECR)

Les QII abrégées étaient incluses dans l'ECR réalisée de janvier à avril 2014. Dans le cadre de cette enquête, tous les membres des ménages sélectionnés doivent répondre au questionnaire. Afin de ne pas augmenter la durée totale de l'interview du ménage, on a posé les QII à un seul membre sélectionné aléatoirement dans chaque ménage. Un poids de sondage spécial permet de s'assurer que l'échantillon des répondants aux QII est représentatif de la population de 15 ans et plus.

Les fichiers de pistes de vérification de l'ECR montrent qu'il a fallu en moyenne 1 minute 59 secondes pour administrer les QII abrégées durant le premier mois de la collecte, 1 minute 58 secondes durant le deuxième mois et 1 minute 53 secondes durant les deux derniers mois.

Les résultats ont été diffusés en juillet 2015. Les QII seront utilisées dans la prochaine enquête.

8. Comparaison des QII avec d'autres mesures de la santé

La section 2.2 décrivait deux autres mesures de la santé, soit l'indice Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) et les questions du Groupe de Washington. Comme les trois mesures ont été intégrées à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2010 ou en 2011, une étude a été menée pour comparer les résultats[48]. L'on savait que ces trois mesures évaluent des concepts différents, mais il demeure intéressant de voir jusqu'à quel point les résultats peuvent être comparés. L'étude a montré que les QII et l'indice HUI3 donnent des taux de prévalence globaux similaires (27 % à 29 %), mais les taux de prévalence selon le type d'incapacité obtenus à l'aide des QII étaient supérieurs. Le taux de prévalence global obtenu à partir des questions du Groupe de Washington était beaucoup plus faible[49] (environ 8 %), et les taux de prévalence pour certains types d'incapacité étaient plus proches de ceux de l'indice HUI3 que de ceux des QII.

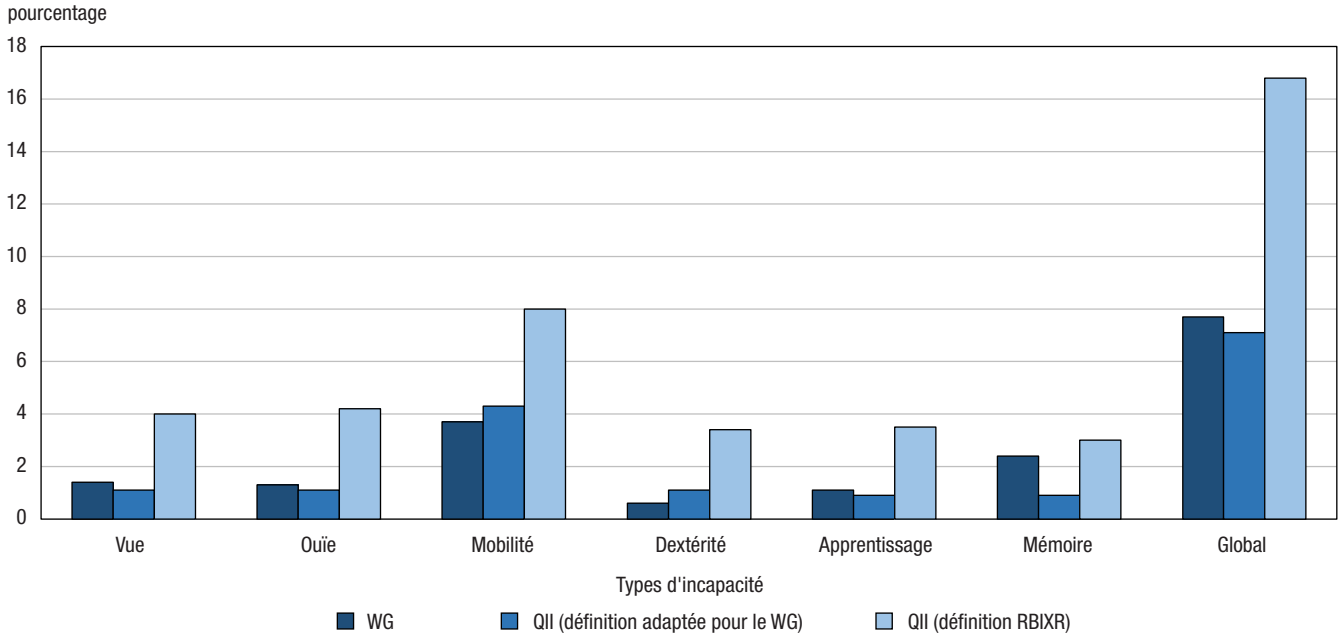
Une étude de suivi[50] a été menée afin de mieux comprendre les différences entre les QII et les deux autres mesures; les résultats de cette étude sont résumés ci-dessous.

Comparaison des QII avec les questions du Groupe de Washington

En termes de concepts et de formulation des questions, les types d'incapacité des QII et des questions du Groupe de Washington les plus comparables étaient ceux portant sur la vision, l'ouïe, la mobilité et, dans une certaine mesure, la dextérité; ceux qui étaient le moins comparables portaient sur l'apprentissage et la mémoire. Pour chaque type, on a utilisé les questions et les catégories de réponse des QII qui étaient les plus comparables à celles des questions du Groupe de Washington pour calculer un taux des QII « ajusté en fonction des questions du Groupe de Washington ». Le graphique 7 montre le taux des questions du Groupe de Washington, le taux des QII ajusté en fonction des questions du Groupe de Washington, et le taux des QII originales (définition RBIXR). On a aussi calculé un taux global. Avec les QII, il est fondé seulement sur les types d'incapacité apparaissant dans le graphique. Avec les questions du Groupe de Washington, le taux global a été tiré directement de l'étude de Bernier. Les types d'incapacité liés à l'apprentissage et à la mémoire sont plus difficiles à comparer, à cause de différences dans les concepts et dans la formulation des questions.

48. Voir Bernier et coll. (2013)
49. La faible prévalence obtenue à partir des questions du Groupe de Washington s'explique par le fait que les répondants ayant déclaré avoir « Un peu de difficulté » n'ont pas été considérés comme ayant une incapacité; seuls ceux ayant déclaré avoir « Beaucoup de difficulté » ou être « Incapable » ont été inclus. Les taux de prévalence incluant les réponses « Un peu de difficulté » auraient été beaucoup plus élevés, et auraient même dépassé les estimations de l'indice HUI3 et des QII pour certains types d'incapacité. Cela confirme que la variabilité au sein des participants identifiés à partir de réponses moins catégoriques est plus grande que celle des participants identifiés à partir de réponses plus sévères.
50. Voir Grondin (2014)

Graphique 7
Taux d'incapacité fondés sur les questions du Groupe de Washington et sur les questions d'identification des incapacités (ajustées en fonction des questions du WG[1] et selon la définition RBIXR[2])



1. Pour ce taux, la définition fondée sur les QII a été adaptée pour la rendre comparable à celle du WG.
2. RBIXR est le nom de la définition habituelle fondée sur les QII.
Note : Apprentissage et Mémoire sont les deux types les moins comparables entre les questions du WG et les QII.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2011.

Les taux de prévalence obtenus à partir des questions du Groupe de Washington et à partir des QII ajustées en fonction des questions du Groupe de Washington sont assez proches, sauf en ce qui concerne la mémoire, qui est l'un des types d'incapacité les moins comparables à cause de la formulation des questions.

L'étude de suivi conclut que si l'on ne tient compte que des questions des QII portant sur le degré de difficulté (sans tenir compte des questions sur les limitations d'activités) et des degrés de difficulté les plus sévères (« Beaucoup de difficulté » ou « Incapable »), les taux d'incapacité selon le type et le taux d'incapacité global obtenus à partir des QII sont beaucoup plus proches des taux obtenus à partir des questions du Groupe de Washington.

Comparaison des QII avec l'indice HUI3

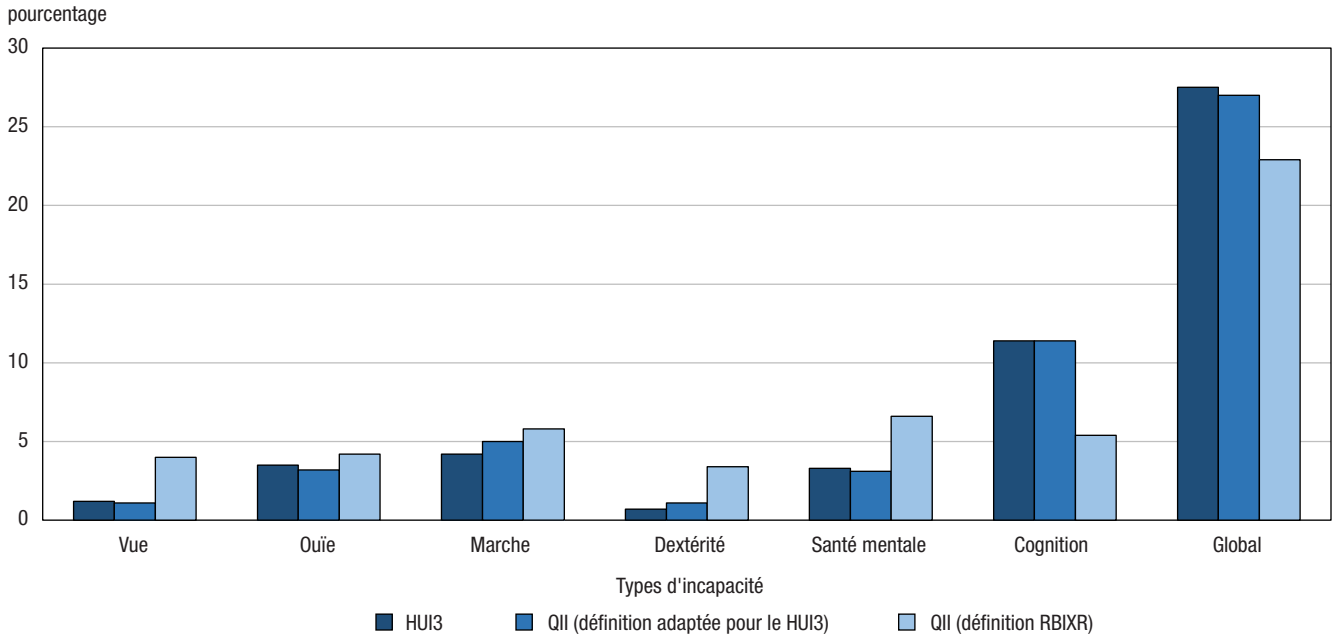
Les QII et les questions de l'indice HUI3 diffèrent considérablement. Pour imiter les questions de l'indice HUI3 concernant certains types d'incapacité, les réponses à plusieurs QII ont été regroupées. Par exemple, dans les questions HUI3, on tient compte de l'utilisation d'un appareil auditif ou d'une aide à la mobilité pour identifier les personnes ayant une incapacité, mais pas dans les QII. Ainsi, pour que les QII correspondent à la définition de l'incapacité de l'indice HUI3, les personnes qui ont déclaré utiliser une aide doivent aussi être considérées comme ayant une incapacité, même si, selon la définition des QII, cette caractéristique n'est pas suffisante pour les considérer comme tel.

Les types d'incapacité des QII les plus comparables à ceux de l'indice HUI3, en termes de concepts et de formulation des questions, étaient les incapacités relatives à la vue, à l'ouïe, à la marche (bien que les QII sur la mobilité tiennent aussi compte de la capacité à monter et à descendre des escaliers) et à la dextérité. Les moins comparables étaient les incapacités émotionnelles (l'indice HUI3 utilise une « échelle du bonheur ») et cognitives (comprenant l'apprentissage, la mémoire et le développement).

Le graphique 8 présente les taux d'incapacité selon l'indice HUI3, les taux selon les QII ajustées en fonction de l'indice HUI3 ainsi que les taux des QII originales (définition RBIXR). Le taux des QII pour la « marche » montré dans ce graphique est en fait fondé sur les personnes qui ont rapporté de la difficulté à marcher aux QII (ignorant

celles qui ont rapporté uniquement de la difficuté à utiliser des escaliers), et dont les activités sont limitées. Avec les QII, le taux global est fondé sur les types d'incapacité figurant dans le graphique en plus de la douleur. Avec l'indice HUI3, le taux global a été tiré directement de l'étude de Bernier. Les types d'incapacité liés aux émotions et à la capacité cognitive sont plus difficiles à comparer, en raison de différences dans les concepts et la formulation des questions.

Graphique 8
Taux d'incapacité fondés sur les questions du Health Utility Index Mark 3 et sur les questions d'identification des incapacités (ajustées en fonction des questions de l'indice HUI3[1] et selon la définition RBIXR[2])



1. Pour ce taux, la définition fondée sur les QII a été adaptée pour la rendre comparable à celle du HUI3.
2. RBIXR est le nom de la définition habituelle fondée sur les QII.
Note : Santé mentale et Cognition sont les deux types les moins comparables entre le HUI3 et les QII.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2011.

Lorsqu'on utilise les questions et les catégories de réponse des QII qui ressemblent le plus à celles de l'indice HUI3, les taux de prévalence obtenus à partir des QII sont similaires à ceux de l'indice HUI3. Ainsi, en ne tenant compte que des QII sur les niveaux de difficultés et en ignorant les limitations d'activités (comme c'est le cas de l'indice HUI3), et si seuls les degrés de difficulté les plus sévères sont pris en compte (« Beaucoup de difficulté » et « Incapable »), les taux de prévalence selon le type obtenus à l'aide des deux instruments sont proches, tout comme les taux globaux. Pour améliorer la comparabilité avec l'indice HUI3 pour les types d'incapacité liés à la vue et à la marche, les QII doivent tenir compte de l'utilisation[51] de dispositifs d'aide. En ce qui concerne la mobilité, l'indice HUI3 n'inclut pas la difficulté à monter et à descendre les escaliers, facteur qui est pris en compte dans les QII; si l'on tient compte uniquement de la difficulté à marcher dans les QII, le taux de prévalence se rapproche de celui obtenu à partir des questions de l'indice HUI3. En ce qui concerne les incapacités cognitives, la définition des QII qui ne tient compte que de la présence d'une condition donne une estimation plus proche de celle de l'indice HUI3.

Mesures différentes, objectifs différents

L'étude de suivi a montré que les QII peuvent donner des résultats se rapprochant de ceux des questions du Groupe de Washington ou de l'indice HUI3 lorsque des questions et catégories de réponse comparables sont utilisées pour définir l'incapacité. En règle générale, une définition fondée sur les deux degrés de difficulté les plus sévères produit des taux se rapprochant de ceux obtenus à partir des questions du Groupe de Washington. Dans le cas de l'indice HUI3, la comparaison est moins directe à cause de la nature différente des questions.

51. Si les personnes qui déclarent utiliser un dispositif d'aide (qu'elles déclarent ou non avoir de la difficulté ou avoir une ouïe ou une mobilité réduite) sont considérées comme ayant une incapacité, l'estimation des QII est plus proche de celle de l'indice HUI3.

Néanmoins, l'utilisation d'une définition fondée sur les deux degrés de difficulté les plus sévères et la prise en compte de l'utilisation de dispositifs d'aide pour l'ouïe et la marche comme indicateur d'incapacité donnent des résultats comparables. Toutefois, pour les incapacités cognitives, seule la présence d'une condition doit être prise en compte pour obtenir des taux d'incapacité semblables. (Les QII utilisent cette définition pour les troubles du développement.)

Les outils que sont les QII, l'indice HUI3 et les questions du Groupe de Washington n'ont pas les mêmes objectifs. Il faut donc s'attendre à ce que les taux d'incapacité diffèrent lorsqu'on compare des estimations obtenues à l'aide de ces trois mesures.

9. Progrès récents

9.1. Changements apportés après l'ECI de 2012

La version longue des QII intégrée à l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2012 est celle dont il est question ici. Après l'ECI, la version abrégée a été créée, et celle-ci comporte des changements qui pourraient aussi être intégrés à la version longue pour l'améliorer.

Depuis le cycle 28 de l'ESG et l'ECR de 2013, la *version abrégée* comprend le changement suivant :

- Pour déterminer si les questions de sélection relatives à la douleur doivent être posées, la réponse à au moins une question filtre doit être positive, y compris la question filtre « Autres ». Pour ce faire, les questions de sélection relatives à la douleur ont été déplacées à la fin de la version abrégée des QII, après les questions filtres « Autres ». Un diagramme révisé du cheminement de cette version des QII abrégées est présenté à l'annexe B.

Depuis l'ECI de 2012, la version longue comprend les deux changements suivants :

- La question filtre n° 1 a été divisée en deux – l'une concernant la vue et l'autre, l'ouïe.
- Le texte dynamique relatif à l'une des questions de sélection sur la douleur (question S16) a été modifié de sorte que si une personne répond « Oui » lorsqu'on lui demande si elle a de la douleur qui est toujours présente (question S15), la question suivante (S16) soit formulée ainsi : « Avez-vous **aussi** des périodes de douleur qui reviennent de temps à autre? ». Le mot « aussi » ne figure pas dans la question S16 lorsque la réponse à la question S15 est « Non ».

9.2. Utilisation de la version longue des QII dans l'ECI

Comme il est mentionné à la section 7, la version longue des QII qui sera utilisée dans la prochaine ECI ne comprendra pas de questions filtres. Les questions filtres des QII (sauf la question filtre n° 6) remplaceront les anciennes questions filtres dans le questionnaire détaillé du Recensement de 2016, et la base de sondage pour l'ECI comprendra uniquement les personnes ayant donné au moins une réponse positive à l'une de ces questions filtres. La version des QII qui figurera dans la prochaine ECI sera donc comparable à celle qui a été utilisée dans l'ECI de 2012 (version décrite dans le présent rapport), sauf que toutes les questions filtres auront été supprimées.

Dans la prochaine ECI, la définition de l'incapacité sera la même que dans l'ECI de 2012[52] : toute personne déclarant être « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » limitée sera considérée comme ayant une incapacité, de même que celles qui déclarent être « Rarement » limitées mais qui disent aussi avoir « Beaucoup de difficulté » ou être « Incapable ». Il s'agit de la définition RBIXR (définition n° 3 de la section 4.4.1.2).

9.3. Utilisation de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population

Au cours des derniers mois, Statistique Canada et EDSC ont discuté de la possibilité de modifier la version longue des QII aux fins d'inclusion dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population advenant le cas où les responsables de ces enquêtes accepteraient d'inclure la version longue dans certains cycles. Si deux versions différentes (abrégée et longue) des QII sont utilisées dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, elles doivent reposer sur la même définition de l'incapacité afin que les estimations de toutes les enquêtes auprès de l'ensemble de la population puissent être comparables.

52. La section 4.5 présente la définition officielle dans la version longue des QII.

Parce que la définition de l'incapacité dans la version abrégée est plus restrictive, cette nouvelle version longue devrait être adaptée pour utiliser la même définition[53]. Pour ce faire, il faudrait synchroniser les QII de la version longue et exclure toutes les réponses « Rarement » de la définition de l'incapacité.

Avantages de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population

Il y a deux avantages à inclure la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population. Le premier est que la version longue permet d'identifier les 10 types d'incapacité, et non seulement les cinq grandes catégories (incapacités visuelles, auditives, physiques, cognitives et mentales ou psychologiques). Toutefois, l'identification des 10 types ne garantit pas que les estimations pour chacun soient assez fiables pour être diffusées. Même si certaines enquêtes ont des échantillons de taille considérable, le pourcentage de l'échantillon que représentent les personnes ayant une incapacité peut être faible. En outre, comme la prévalence de certains types d'incapacité est très faible, la taille de l'échantillon pour chaque type pourrait être insuffisante.

Le deuxième avantage est qu'en incluant une version longue des QII dans une enquête auprès de l'ensemble de la population, on pourrait calculer un score de sévérité. La sévérité d'une incapacité est liée à des facteurs clés dans la vie des personnes ayant une incapacité (revenu, participation au marché du travail, etc.); l'établissement d'un score de sévérité pour chaque répondant présente une grande valeur du point de vue de l'analyse.

Durée de la version longue des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population

À l'aide des données de l'essai quantitatif de la version longue des QII dans l'EPA de 2011, on a réalisé une simulation pour déterminer l'incidence de ces changements à la version longue sur la durée moyenne de l'interview. On a ainsi pu estimer le nombre de répondants qui devraient répondre à chaque question si les questions filtres et les questions de sélection étaient synchronisées et que la réponse « Rarement » était exclue de la définition de l'incapacité. À partir des fichiers de pistes de vérification de l'essai de l'EPA, on a estimé que la nouvelle version longue des QII exigerait 2 minutes 10 secondes, soit 10 secondes de plus que la version abrégée des QII. Le nombre moyen de questions auxquelles il faudrait répondre avec cette nouvelle version s'établit à 8,7, légèrement plus que la moyenne de 7,9 pour la version abrégée des QII (section 6.7).

Il serait donc possible, en prenant 10 secondes de plus pour poser les QII, d'obtenir des renseignements sur 10 types d'incapacité et de calculer un score de sévérité pour chaque répondant.

Prochaines étapes

La version longue des QII modifiée pour les enquêtes auprès de l'ensemble de la population et faisant appel à la définition de l'incapacité de la version abrégée sera prête à être intégrée aux enquêtes au cours des prochains mois. On n'a pas encore clairement déterminé si la version abrégée des QII serait toujours utile, puisque la nouvelle version longue offre beaucoup plus à faible coût – seulement 10 secondes de plus en moyenne.

La transition de la version abrégée à la nouvelle version longue des QII devrait se faire de façon transparente pour les utilisateurs.

53. Le tableau 10 présente la définition de l'incapacité utilisée dans la version abrégée des QII. La section 6.3.2 explique l'incidence de la définition de la version abrégée des QII sur le taux global d'incapacité.

10. Conclusion

Les QII sont le premier instrument de mesure de l'incapacité fondé sur le modèle social et tenant compte des limitations d'activités pour identifier les incapacités. Elles donnent donc des taux de prévalence qui ne sont pas directement comparables avec les estimations antérieures pour le Canada ou d'autres pays. Les utilisateurs pourraient avoir besoin d'un certain temps pour se familiariser avec les concepts et les définitions des QII.

Les QII peuvent aussi, bien qu'elles n'aient pas été conçues à cette fin, produire une mesure de la santé fonctionnelle — c.-à-d. des estimations de la prévalence des difficultés liées à la vue, à l'ouïe, à la mobilité, à la flexibilité, à la dextérité, à la douleur, à l'apprentissage, à la mémoire, à la santé mentale et au développement. Mais elles permettent surtout de déterminer combien de personnes sont limitées dans leurs activités à cause de ces difficultés ou problèmes de santé. Ces personnes font face à des obstacles et n'ont pas nécessairement l'aide dont elles ont besoin pour participer pleinement à la société.

L'inclusion des QII dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, ainsi que dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité, permettra de réaliser plus souvent des analyses approfondies afin de mieux comprendre la situation des personnes ayant une incapacité, particulièrement celles dont les activités sont limitées.

11. Remerciements

Le présent rapport est le fruit du travail de nombreuses personnes durant plusieurs années. Une grande partie de son contenu provient de d'autres rapports dont il convient de reconnaître les auteurs.

Je tiens à remercier les personnes suivantes pour leur contribution, leur aide, leurs conseils et leur patience pendant toute la durée du projet, en espérant n'oublier personne dans cette longue liste :

Emploi et Développement social Canada : Marcel Bédard, Sandra Bozas, Shannon Cushing, Sylvie Dubé, Gail Fawcett, Ali Manouchehri, Nancy Milroy-Swainson, Manon Monette, John Rietschlin et Matthew Till.

Membres du Groupe consultatif technique : Michael Bach, Laurie Beachell, Gary Birch, Cam Crawford, Adele Furrie, Monique Gignac, Elizabeth Lin, Michael Prince, Katherine Scott, Marie White et Doug Willms.

Statistique Canada : Sarah Acquaah, Rubab Arim, Jane Badets, Mike Burns, Tim Leonard, François Nault, Joan Conway, Brian Dole, Patric Fournier-Savard, Dominic Grenier, Krista Kowalchuk, Christiane Laperrière, Andrew MacKenzie, Marie Patry, Susan Stobert et Stacey Wan, ainsi que les membres suivants du Centre de ressources en conception de questionnaires : Benoit Allard, Dave Lawrence, Marie-Noëlle Parent et Shana Wogrinetz.

Je remercie aussi toutes les personnes impliquées dans la révision, traduction et diffusion du présent rapport. Un merci particulier à Isabelle Duncan pour son aide précieuse et la grande qualité de son travail.

Bibliographie

Allard, B. et D. Lawrence. 2010. *Findings from Cognitive Interviews To Test Disability Identification Questions*, Statistique Canada, rapport interne.

Allard, B. 2011a. *Disability Screening Questions (DSQ), Overview of Qualitative Test Findings – March 2011, Recommendations and Considerations for Qualitative Testing*, Statistique Canada, rapport interne.

Allard, B. 2011b. *Findings from Cognitive Interviews To Test Disability Screening Questions, Sta*tistique Canada, rapport interne.

Bernier, J., D. Kohen et P. Ramage-Morin. 2013. *A comparison of three measures used in the Canadian Community Health Survey: the Health Utilities Index Mark 3, the Disability Screening Questionnaire, and the Washington Group Measure*, Statistique Canada, rapport interne.

Bizier, V. 2008. *Projet de recherche sur les faux négatifs, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2006*, Statistique Canada, rapport interne.

Fawcett, G. 2012. *Analysis of Data from the Labour Force Survey 2011, Quantitative Test of the Disability Screening Questions*. Emploi et Développement social Canada, rapport interne.

Feng, Y., J. Bernier, C. McIntosh et H. Orpana. 2009. « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3 », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 2, 1-7, produit n° 82-003-XPE au catalogue de Statistique Canada.

Fitzpatrick, Elizabeth M. et L. Brewster. 2010. « Adult Cochlear Implantation in Canada: Results of a Survey », *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, vol. 34, n° 4. Hiver 2010.

Furrie, Adele D. 2012. *Analysis of the DSQ using the 2011 CCHS Rapid Response Data*. Adele Furrie Consulting Inc., document de travail.

Grondin, C. 2013. *Impact of synchronizing DSQ Filters and Screeners on the Disability Rate and Total Number of PWD (LFS and CCHS excluding all Rarelys)*, Statistique Canada, rapport interne.

Grondin, C. 2014. *Follow-up study on the comparison of three measures used in the Canadian Community Health Survey (CCHS)*, Statistique Canada, rapport interne.

Grondin, C. 2016. *Analysis of Activities of Daily Living Questions on the Census/NHS Behavioral Test number 2 (BT-2)*. Document de travail de la direction de la méthodologie, n° SSMD-2016-001 E, Statistique Canada.

MacKenzie, A. et J. Rietschlin. 2004. « Variation des taux d'incapacité dans les enquêtes nationales de Statistique Canada : des politiques reposant sur des bases instables », *Série des symposiums internationaux de Statistique Canada : recueil*, 2004.

MacKenzie, A., M. Hurst et S. Crompton. 2009. Série sur la vie avec une incapacité : Définition de l'incapacité dans l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, produit n° 11-008-X au catalogue de Statistique Canada.

MacKenzie, A. 2013. *Divergent Disability Rates in Canada: Analysis of the Social Determinants of Disability*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Carleton, p. 12-26.

Veilleux, L. 2008. Relation entre les questions filtres du Recensement de 2006 et les faux positifs de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006, rapport interne, Statistique Canada.

Autres références

Données de Statistique Canada sur l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) et l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) :
http://www.statcan.gc.ca/eci (cliquer sur « Autres périodes de référence » pour accéder à l'ESLA et à l'EPLA)

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF, en anglais seulement) :
http://www.who.int/classifications/icf/en/

Niveaux des attributs et fonctions de pointage de l'indice HUI3 (en anglais seulement) :
http://www.healthutilities.com/hui3.htm

Site Web du Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités :
http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

Annexe A

Questions filtres du recensement de 1986 à 2011

1986 : Questions sur la santé et les limitations d'activités du questionnaire complet du Recensement

Question 20a. Êtes-vous limité(e) dans vos activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique: (Consultez le Guide)

À la maison?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

À l'école ou au travail?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

Sans objet

Dans d'autres activités, par ex., dans vos trajets entre la maison et votre lieu de travail ou dans vos loisirs?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

Question 20b. Avez-vous des incapacités ou des handicaps à long terme?

Non

Oui

1991 : Questions sur les limitations d'activités du questionnaire complet du Recensement

Question 18. Cette personne est-elle limitée dans ses activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique : Consultez le Guide.

À la maison?

Non, pas limitée

Oui, limitée

À l'école ou au travail?

Non, pas limitée

Oui, limitée

Sans objet

Dans d'autres activités, par ex., dans ses trajets entre la maison et son lieu de travail ou dans ses loisirs?

Non, pas limitée

Oui, limitée

Question 19. Cette personne a-t-elle des incapacités ou handicaps **de longue durée**? Consultez le Guide.

Non
Oui

1996 : Questions sur les limitations d'activité du questionnaire complet du Recensement

Question 7. Cette personne est-elle limitée dans ses activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique :

a. à la maison?
Non, pas limitée
Oui, limitée

b. à l'école ou au travail?
Non, pas limitée
Oui, limitée
Sans objet

c. dans d'autres activités, par exemple, dans ses trajets entre la maison et son lieu de travail ou dans ses loisirs?
Non, pas limitée
Oui, limitée

Question 8. Cette personne a-t-elle des incapacités ou handicaps de **longue durée**?

Non
Oui

2001, 2006 et 2011 : Questions sur les activités de la vie quotidienne du questionnaire complet du Recensement (2001 et 2006) et de l'Enquête nationale auprès des ménages (2011)

Question 7. Cette personne a-t-elle une quelconque **difficulté**[54] à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables?

Oui, parfois
Oui, souvent
Non

Question 8. Est-ce qu'un état physique **ou** un état mental **ou** un problème de santé **réduit la quantité ou le genre d'activités** que cette personne peut faire :

a. à la maison?
Oui, parfois
Oui, souvent
Non

54. L'expression « une quelconque difficulté » est nouvelle dans l'ENM de 2011. En 2001 et 2006, la question disait simplement « de la difficulté ». Elle a été changée en 2011 pour mieux correspondre au texte en anglais.

b. au travail ou à l'école?

Oui, parfois

Oui, souvent

Non

Ne s'applique pas

c. dans d'autres activités, par exemple, dans les déplacements ou les loisirs?

Oui, parfois

Oui, souvent

Non

Annexe B

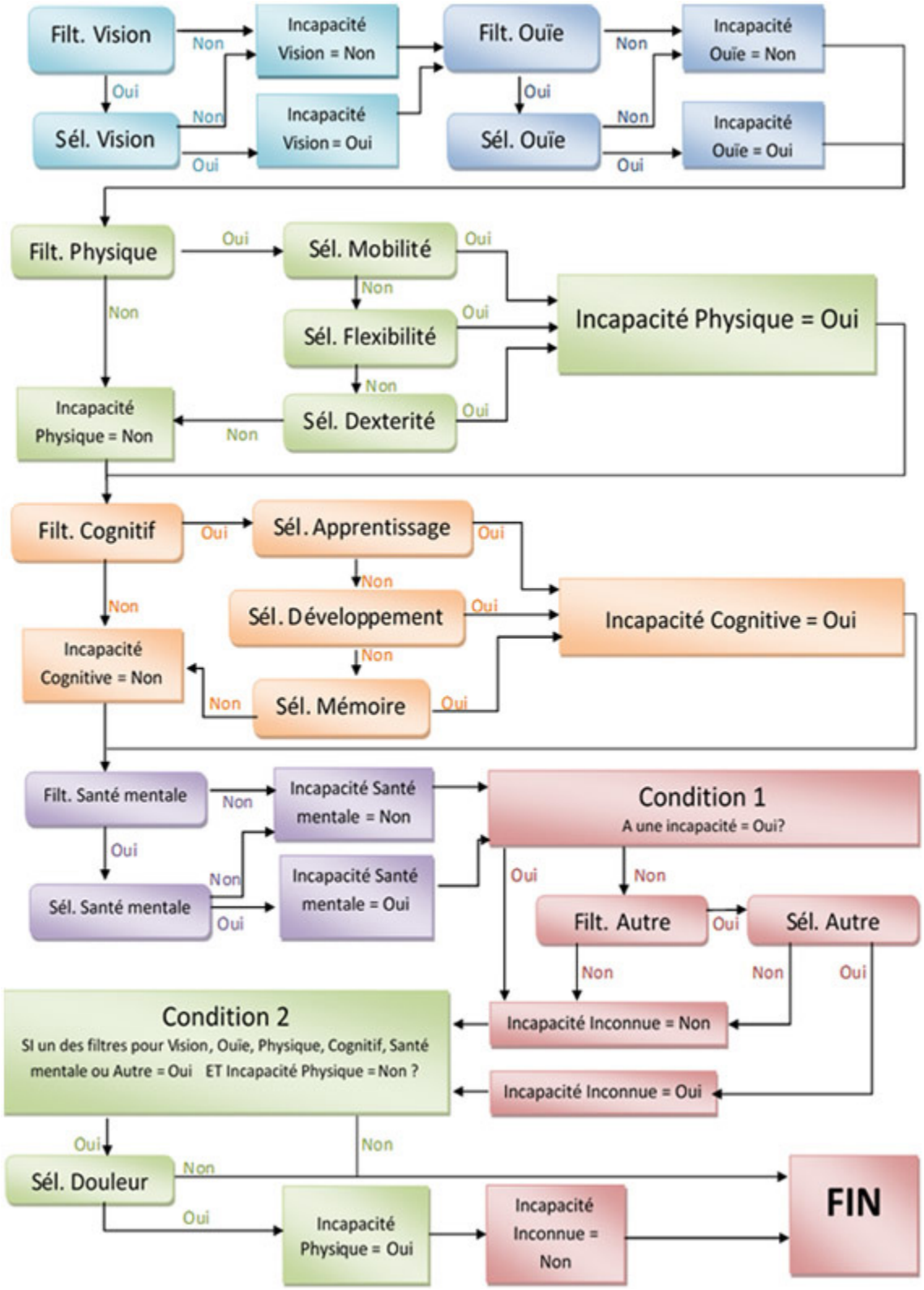



Diagramme du cheminement des questions de la dernière version abrégée des questions d'identification des incapacités