

N° 89-654-X2024003 au catalogue  
ISBN 978-0-660-98090-4

## Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada

# Rapport technique sur la mesure de l'incapacité au Canada

par Carrly McDiarmid et Rebecca Choi

Date de diffusion : le 17 mars 2026



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](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)

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

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

## Normes de service à la clientèle

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

## Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

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.*

## Table des matières

1 Introduction .....	4
2 Mesure de l'incapacité au Canada.....	4
3 Outils de mesure à Statistique Canada.....	7
3.1 Questions d'identification des incapacités .....	7
3.2 Question d'auto-identification.....	7
3.3 Questions sur les problèmes de santé à long terme (version SEA) .....	8
3.4 Indice de l'état de santé (IES) .....	9
3.5 Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS).....	9
3.6 Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) .....	10
4 Comparaison des outils de mesure.....	10
4.1 Auto-identification de l'incapacité .....	10
4.2 Série d'enquêtes sur l'accessibilité – Module sur les difficultés et conditions à long terme (LTC).....	12
4.3 Indice de l'état de santé (IES) .....	13
4.4 Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS).....	15
4.5 Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) .....	16
5 Conclusion .....	17
Annexe .....	20
Annexe A.1 .....	20
Annexe A.2.....	26
Annexe A.3.....	27
Annexe B.1.....	28
Annexe B.2.....	29
Annexe B.3.....	30
Annexe B.4.....	31
Annexe B.5.....	32
Annexe B.6.....	33
Annexe B.7.....	34
Annexe B.8.....	35
Annexe B.9.....	36
Annexe B.11.....	38
Annexe B.12.....	39
Référence .....	40

# Rapport technique sur la mesure de l'incapacité au Canada

par Carrly McDiarmid et Rebecca Choi

## 1 Introduction

L'incapacité est un concept complexe qui a évolué au fil du temps et qui n'a pas de définition universelle ni de méthode de mesure unique. Une incapacité peut survenir à tout moment de la vie d'une personne et peut varier par sa nature, son degré de sévérité, le type de limitation qu'elle entraîne et ses fluctuations au fil du temps (MacKenzie, Hurst et Crompton, 2009). Différents modèles conceptuels de l'incapacité ont été façonnés par des facteurs contextuels et servent souvent à des fins différentes (Darcy et Buhalis, 2011). Des définitions de l'incapacité et des méthodes de mesure sont requises pour différentes situations et à différentes fins, que ce soit pour déterminer les besoins en matière de soutien, élaborer des politiques publiques ou suivre l'inclusion, et elles peuvent également contribuer à une meilleure compréhension du vécu et des résultats des personnes ayant une incapacité.

Anciennement, l'incapacité a été caractérisée de façon négative, souvent perçue comme une erreur, un signe de malheur ou de possession démoniaque, ou encore une punition pour des péchés. Ces interprétations ont dominé de l'Antiquité jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle (Adesina et coll., 2021; MacKenzie, Hurst et Crompton, 2009). Vers le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, avec l'émergence de la médecine moderne, on s'est éloigné de ces explications surnaturelles ou religieuses au profit du modèle médical de l'incapacité (Kaplan, 1999; MacKenzie, Hurst et Crompton, 2009). Selon cette perspective, l'incapacité résulte des déficiences, des limitations fonctionnelles ou des problèmes de santé de la personne.

Vers la fin du 20<sup>e</sup> siècle, l'importance accordée à l'expérience individuelle ainsi qu'au rôle de l'environnement et des systèmes, combinés aux déficiences, limitations fonctionnelles ou problèmes de santé qu'une personne peut avoir, ont mené à ce qui est devenu le modèle social de l'incapacité (Oliver, 1990). Dans ce modèle, l'accent est mis sur l'interaction entre les limites fonctionnelles de la personne et les obstacles dans son environnement qui limitent ses activités. Les obstacles environnementaux peuvent être de nature physique, comme les caractéristiques structurelles d'un bâtiment, ou de nature moins visible, comme les attitudes des fournisseurs de services. De plus, cette approche s'est traduite par une plus grande reconnaissance des incapacités cognitives (y compris les incapacités liées à l'apprentissage, à la mémoire et au développement) ainsi que les incapacités liées à la santé mentale dans la définition de l'incapacité.

En raison de l'utilisation de différents modèles et définitions, le concept de l'incapacité est complexe, ce qui complique la mesure et la collecte de données sur l'incapacité. Par conséquent, la prévalence et les expériences déclarées peuvent varier, car elles sont influencées par l'instrument de mesure, la méthodologie sous-jacente ainsi que la portée et la couverture de l'enquête ou de la méthode de collecte utilisée (Molden et Tøssebro, 2010).

Le présent rapport offre une vue d'ensemble des définitions de l'incapacité et des méthodes de mesure utilisées dans le contexte canadien. Il fournit des renseignements contextuels sur la mesure de l'incapacité au fil du temps, tout en examinant différents outils de mesure et sources de données de Statistique Canada. De plus, il traite des populations visées par chaque mesure selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et variables sociodémographiques. La comparaison des divers outils de mesure peut mettre en évidence d'importantes différences dans la façon dont l'incapacité est déterminée selon les enquêtes, les sources de données et les situations. Les connaissances acquises dans ce domaine peuvent être utilisées pour fournir aux utilisateurs des renseignements contextuels pertinents, y compris des mises en garde pour leurs analyses.

## 2 Mesure de l'incapacité au Canada

L'année 1981 a été proclamée « Année internationale des personnes handicapées » par l'Organisation des Nations Unies. À cette époque, le gouvernement du Canada a publié le rapport [Obstacles](#), lequel formulait de nombreuses recommandations visant à améliorer les programmes et services gouvernementaux pour les personnes ayant une incapacité. Dans la foulée de ce rapport, Statistique Canada a créé l'Enquête sur la santé et les limitations

d'activités (ESLA), en 1986, pour recueillir des données sur les personnes ayant une incapacité<sup>1</sup>. Des questions sur les limitations d'activités ont été ajoutées au Recensement de 1986 comme moyen d'identifier les personnes susceptibles d'avoir une incapacité et de créer une base de sondage pour sélectionner les participants à l'ESLA postcensitaire. Cette enquête a permis de recueillir des renseignements sur les limitations fonctionnelles et portait principalement sur les limites physiques et sensorielles.

En 2001, dans la [Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé \(CIF\)](#), l'incapacité a été définie comme la relation entre les structures et fonctions corporelles, les activités quotidiennes et la participation sociale, et le rôle des facteurs environnementaux a été reconnu. Cela a mené à la création de l'[Enquête sur la participation et les limitations d'activités \(EPLA\)](#) de Statistique Canada, en remplacement de l'ESLA. Cette nouvelle enquête commençait par les mêmes questions filtres utilisées aux fins du recensement, mais contenait des questions d'approfondissement sur le type et le degré de sévérité de l'incapacité. Les questions filtres du recensement avaient été conçues dans le but d'offrir un court ensemble de questions pouvant être ajoutées à toute enquête de Statistique Canada afin d'assurer la cohérence entre les enquêtes. Toutefois, des incohérences dans les résultats ont été observées d'une enquête à l'autre lorsque ces questions filtres étaient utilisées (Rietschlin et MacKenzie, 2004). Les questions de dépistage de l'EPLA étaient plus inclusives pour les types d'incapacité non physique et tous les degrés de sévérité, et elles reposaient sur une démarche hybride combinant les modèles médical et social. De plus, les questions de l'EPLA sur les limitations sont passées du format binaire oui/non utilisé dans le cadre de l'ESLA à une échelle d'options de réponse fondée sur le degré de difficulté. Le libellé des questions a également évolué, passant de termes plus négatifs ou sévères, à une formulation axée sur les restrictions de participation vécues par la personne.

En 2010, le Canada a ratifié la [Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées](#) et a lancé une nouvelle stratégie de données sur l'incapacité. Cette stratégie avait pour objectifs d'établir une mesure plus inclusive pour les personnes ayant une incapacité non physique, une mesure plus précise et une façon plus uniforme de mesurer l'incapacité en fonction du modèle social. Cela a mené à l'élaboration des questions d'identification des incapacités (QII), qui ont ensuite été utilisées dans la nouvelle [Enquête canadienne sur l'incapacité \(ECI\)](#) de 2012 (Grondin, 2016). Ces questions ont continué d'être utilisées dans les cycles suivants de l'ECI. Toutefois, il est important de noter qu'en raison des nouvelles questions filtres utilisées dans le Recensement de 2016, les résultats de l'ECI de 2012 ne peuvent pas être comparés avec ceux de l'ECI de 2017 ou de 2022 (Pianosi et coll., 2023). Il existe une version plus courte des QII qui convient pour les enquêtes sur la population générale, y compris l'Enquête sociale générale (ESG) et l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR).

### Encadré : Question filtre sur les activités de la vie quotidienne

La population visée par l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) est composée de tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ont répondu « parfois », « souvent » ou « toujours » à l'une ou l'autre des composantes de la question sur les activités de la vie quotidienne dans le recensement. La question sur les activités de la vie quotidienne fournit des renseignements sur le nombre de personnes au Canada qui peuvent avoir de la difficulté à accomplir certaines activités, que ce soit en raison d'un problème de santé physique, cognitive, mentale ou autre de longue durée. Ces renseignements servent de première étape pour identifier les personnes susceptibles d'avoir une incapacité, en vue de l'ECI. Cette question à elle seule ne fournit pas d'estimation de l'incapacité au Canada.

La principale raison pour laquelle les réponses à la question sur les activités de la vie quotidienne ne peuvent pas être utilisées pour estimer l'incapacité au Canada est qu'elle donne lieu à un grand nombre de « faux positifs » déclarés. En d'autres termes, un répondant peut indiquer avoir de la difficulté à accomplir certaines activités lors du recensement, mais ne pas avoir d'incapacité selon ses réponses aux questions de l'ECI. Ces « faux positifs » peuvent être attribuables à différents facteurs. Il peut s'agir, par exemple, de personnes blessées, malades ou se remettant d'une intervention chirurgicale au moment du recensement, mais qui n'éprouvent plus de difficulté ou dont les activités quotidiennes ne sont plus limitées au moment de l'ECI, ou encore d'erreurs dans les réponses obtenues par personne interposée lors du recensement etc.

1. Voir l'annexe A.1 pour les spécifications des questions de présélection utilisées dans l'ESLA.

Diverses autres approches administratives et liées à la santé sont également utilisées au Canada pour définir et mesurer l'incapacité. Les enquêtes sur la santé de la population comprennent souvent du contenu lié à la santé fonctionnelle, portant sur la capacité à accomplir différentes activités (p. ex. soins personnels, communication, marche, mémoire). Plusieurs mesures ont été établies pour recueillir des renseignements sur la santé fonctionnelle et les principaux outils utilisés par Statistique Canada sont les mesures de l'[indice de l'état de santé \(IES\)](#) et du [Groupe de Washington \(WG\)](#) sur les statistiques relatives à l'incapacité. Depuis sa création en 2000, l'[Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\)](#) sert de principale source de données sur la santé fonctionnelle au Canada, et celle-ci alterne entre les mesures de l'IES et celles du WG sur des cycles de deux ans.

Dans certaines situations administratives et d'enquête, une méthode simplifiée est utilisée pour déterminer le statut d'incapacité. Cela se traduit souvent par une forme de question d'auto-identification, comme : « Êtes-vous une personne ayant une incapacité? » ou « Vous identifiez-vous comme personne ayant une incapacité? », avec des options de réponse « oui » ou « non ». Cependant, cette méthode requiert que le répondant se perçoive comme une personne ayant une incapacité. Le processus d'auto-identification peut être complexe : dans certaines situations, cela peut témoigner d'un sentiment d'appartenance à une communauté et faciliter l'accès à des mesures de soutien et à des services, tandis que dans d'autres, cela peut être associé à la stigmatisation et à des obstacles (Eyer, 2021; Parekh et Brown, 2020).

Des définitions et des critères de mesure de l'incapacité sont également requis pour les programmes et les services du gouvernement, y compris les crédits d'impôt. Ces approches offrent un moyen de déterminer l'admissibilité d'une personne aux mesures de soutien et de lui fournir de l'aide pour compenser les coûts plus élevés associés au fait de vivre avec une incapacité. Au fédéral, le [crédit d'impôt pour personnes handicapées \(CIPH\)](#) est l'un des principaux programmes de soutien à cet effet et il est utilisé pour établir l'admissibilité à la Prestation canadienne pour les personnes handicapées (PCPH) et au Programme canadien d'épargne invalidité (PCEI). Le processus de demande du CIPH exige qu'un médecin certifie qu'une personne a une incapacité sévère et prolongée dans un domaine de fonctionnement ou des limitations significatives dans au moins deux domaines de fonctionnement, ou qu'elle reçoit une thérapie pour soutenir une fonction vitale.

## Encadré : Mesure de l'incapacité chez les enfants

Il peut être difficile de détecter les enfants ayant une incapacité, compte tenu de la dynamique et des changements complexes tout au long du développement de l'enfance et des changements considérables qui se produisent dans le milieu d'un enfant au cours de la petite enfance, ce qui rend difficile l'évaluation des restrictions à la participation.

La mesure de l'incapacité des enfants représente une lacune statistique importante au Canada. À Statistique Canada, l'[Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes \(ECSEJ\)](#) recueille des renseignements sur la santé fonctionnelle de cette population à l'aide de questions fondées sur l'ensemble de questions du [Groupe de Washington sur le fonctionnement de l'enfant \(WG-CF\)](#). Selon l'ECSEJ de 2023, 16,6 % des enfants âgés de 5 à 17 ans et 5,7 % des enfants âgés de 2 à 4 ans ont éprouvé des difficultés fonctionnelles dans au moins un domaine.

À l'heure actuelle, aucune approche de mesures d'enquête établie n'intègre à la fois la santé fonctionnelle et les restrictions de participation découlant d'un environnement non favorable afin de saisir la population d'enfants ayant une incapacité. Certaines études ont exploré des options de dépistage des enfants ayant une incapacité. [Dans le cadre d'une étude](#), on a examiné les réponses affirmatives aux questions filtrées du Recensement de 2021 sur les activités de la vie quotidienne (questions filtrées utilisées pour l'application des QII à la population adulte de l'ECI) chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Une autre [étude récente](#), fondée sur les données de l'[Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants – Les enfants ayant un problème de santé de longue durée ou une incapacité \(EMAGJE-EPSLDI\) de 2023](#), a porté sur les différentes mesures utilisées pour cerner l'incapacité chez les enfants. D'autres travaux sont nécessaires pour définir et mesurer l'incapacité chez les enfants de façon uniforme dans le cadre des enquêtes de Statistique Canada.

## 3 Outils de mesure à Statistique Canada

### 3.1 Questions d'identification des incapacités

Les questions d'identification des incapacités (QII) comprennent des questions sur les difficultés qu'une personne peut éprouver dans divers domaines de fonctionnement et la fréquence à laquelle ses activités quotidiennes sont limitées par ces difficultés<sup>2</sup>. Seules les personnes ayant déclaré une limitation dans leurs activités quotidiennes sont considérées comme ayant une incapacité (voir le tableau 3.1). Il convient toutefois de noter que ce critère est modifié dans certaines situations; par exemple, les incapacités développementales identifiées si elles ont été diagnostiquées chez le répondant (quel que soit le degré, la difficulté ou la fréquence de la limitation). Les QII portent sur des limitations ou des problèmes de santé qui durent depuis au moins six mois ou qui devraient durer six mois ou plus. Ces questions ont été spécifiquement élaborées pour la mesure de l'incapacité chez les adultes canadiens et n'ont pas encore été mises à l'essai auprès des enfants. Les QII servent de base au calcul du taux d'incapacité au Canada chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

**Tableau 3.1**

#### Combinaisons de réponses aux questions d'identification des incapacités utilisées pour identifier une incapacité

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à...?	À quelle fréquence vos activités sont-elle limitées...?				
	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
En est incapable	Pas d'incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité	Incapacité

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Ces questions permettent d'identifier 10 types d'incapacité distincts et de calculer un score de sévérité pour chacun d'eux, ainsi qu'un score de sévérité global. En fonction de ce score global de sévérité, une catégorie de sévérité de l'incapacité est attribuée : légère, modérée, sévère ou très sévère<sup>3</sup>. Les 10 types d'incapacité sont liées à la vision, à l'ouïe, à la mobilité, à la flexibilité, à la dextérité, à la douleur, à l'apprentissage, au développement, à la santé mentale et à la mémoire. Les répondants peuvent avoir n'importe quel nombre ou combinaison de ces types. Un onzième type, inconnu, est attribué aux répondants qui déclarent avoir des difficultés importantes et/ou des limitations d'activités non liées aux catégories indiquées et qui ne répondent pas à la définition de tout autre type d'incapacité. Cela fait des QII la mesure de l'incapacité la plus complète à Statistique Canada<sup>4</sup>. Bien que le module des QII soit composé de plusieurs questions de dépistage et de suivi, le temps moyen de réponse est d'environ deux minutes.

Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), tous les répondants reçoivent des questions du module de QII, mais certaines questions sont omises en fonction de réponses antérieures. Puisque l'ECI vise à recueillir des renseignements sur l'incapacité, les répondants qui ne répondent pas à la définition de personne ayant une incapacité après avoir rempli le module de QII passent outre la plupart des questions d'enquête restantes. En raison du plan de sondage et de la possibilité de coupler les données avec les renseignements du recensement des répondants, il est possible, grâce à l'ECI, d'examiner les différences entre la population ayant ou non une incapacité.

### 3.2 Question d'auto-identification

Pour la première fois en 2022, l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) comprenait une question d'auto-identification posée à tous les répondants, que leurs réponses aux questions d'identification des incapacités (QII) les aient désignés comme une personne ayant une incapacité ou non. La question suivante est ainsi posée : « Vous

2. Consultez le site Web de Statistique Canada pour obtenir l'ensemble complet des QII : [Enquête canadienne sur l'incapacité de 2022](#).

3. Un score global de sévérité est calculé pour chaque personne en tenant compte du nombre de types d'incapacité qu'elle présente, du degré de difficulté à accomplir certaines tâches et de la fréquence à laquelle ses activités sont limitées. Toutefois, il est important de noter que le nom assigné à chaque catégorie 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.

4. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les QII, veuillez consulter l'[Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022 : Guide des concepts et méthodes](#).

identifiez-vous comme personne ayant une incapacité? », avec des options de réponse « oui » ou « non ». Ce type d'approche a été utilisé dans quelques autres enquêtes à Statistique Canada (p. ex. l'Enquête sociale canadienne ou le Sondage sur les inconduites sexuelles dans les Forces armées canadiennes), ainsi que dans le contexte du Sondage auprès des fonctionnaires fédéraux. Il s'agit d'une méthode simple pour interroger les répondants sur l'incapacité, moins contraignante pour eux que des outils de dépistage plus longs. Dans certains cas, la question d'auto-identification est suivie d'une question sur les difficultés ou les problèmes de santé de longue durée, afin d'encourager les répondants à réfléchir d'abord aux difficultés qu'ils pourraient avoir avant de répondre à une question d'auto-identification. Les questions d'auto-identification peuvent également être suivies d'une liste de types d'incapacités, afin de fournir des renseignements supplémentaires sur les caractéristiques de l'incapacité.

Des recherches antérieures indiquent que cette forme de mesure de l'incapacité se traduit généralement par de faibles taux de prévalence et une sous-représentation de l'incapacité (Palmer et Harley, 2012; Subwedi, 2012). Cela peut être attribuable au processus décisionnel complexe amenant les personnes à déclarer leur statut d'incapacité. Celui-ci peut être influencé par la stigmatisation, la crainte de discrimination ou les réactions négatives ou la pertinence perçue du problème de santé par rapport à la situation dans laquelle la question est posée (Bogart et coll., 2017; Smith, Woodhead et Chin-Newman, 2021). Diverses caractéristiques de l'incapacité peuvent également influencer la probabilité de l'auto-identification, y compris la sévérité, le type et le degré de visibilité du problème de santé pour les autres (Rottenstein, 2013). Cette approche ne permet pas de saisir les différents domaines de restriction de la participation ni de déterminer la sévérité des limitations.

### 3.3 Questions sur les problèmes de santé à long terme (version SEA)

De 2024 à 2025, Statistique Canada a mis à l'essai un nouvel ensemble de questions de dépistage dans le cadre de la Série d'enquêtes sur l'accessibilité (SEA), en s'appuyant sur les questions existantes qui portaient sur de grandes catégories de difficultés ou de problèmes de santé à long terme, en ajoutant du contexte concernant leurs effets sur les activités quotidiennes. Il s'agit d'une tentative visant à trouver une approche qui limite le nombre de questions requises dans une enquête, mais qui tient également compte de l'interaction entre les limites et l'environnement de la personne, dans les situations où l'enquête ne peut pas intégrer un long outil de dépistage des incapacités. Essentiellement, ces questions visent à ce qu'il soit facile pour les répondants de répondre d'une façon semblable aux questions d'auto-identification, mais en produisant des résultats qui reflètent mieux la population cernée par les QII. Par conséquent, cet ensemble de questions consiste à demander au répondant s'il éprouve certains types de difficultés, puis de demander à quelle fréquence ses activités quotidiennes sont limitées et dans quelle mesure il a de la difficulté à accomplir ses activités quotidiennes en raison de ses difficultés<sup>5</sup>.

À l'aide de cet ensemble de questions, dans le module sur les Difficultés et conditions à long terme (LTC)<sup>6</sup>, l'objectif est de déterminer la population des personnes ayant une incapacité ou des problèmes de santé de longue durée. Cette approche ne permet pas de déterminer des types précis d'incapacité ni de produire un score de sévérité de la même façon que les QII. Il est demandé d'indiquer le degré et la fréquence des difficultés en fonction de toutes les difficultés ou problèmes de santé de longue durée regroupés, plutôt que pour chaque type de limitation, comme c'est le cas dans les QII<sup>7</sup>.

Il est important de noter que ces questions ont été mises à l'essai dans le cadre d'une enquête par panel Web utilisant un sous-échantillon de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) comme échantillon, créant ainsi un groupe de répondants dont la situation antérieure en matière d'incapacité était connue. À la prochaine étape de l'élaboration de ces questions, elles devront être mises à l'essai dans le cadre d'une enquête auprès de la population générale afin d'évaluer leur rendement dans ce contexte, particulièrement par rapport aux QII. La série du panel Web comprenait trois vagues de collecte sur différents thèmes, mais les nouvelles questions de dépistage ont été répétées à chaque vague.

5. Voir l'annexe A.2 pour les spécifications des questions de dépistage utilisées dans la SEA.

6. La version précédente du module LTC contenait la même question sur les difficultés et une question de suivi pour savoir si la personne avait déclaré avoir une incapacité (voir l'annexe A.3).

7. Consultez le site Web de Statistique Canada pour obtenir le questionnaire complet de la SEA : [Questionnaire\(s\) et guide\(s\) de déclaration pour le premier trimestre de 2024 – Série d'enquêtes sur l'accessibilité](#).

### 3.4 Indice de l'état de santé (IES)

Les systèmes de classification de l'indice de l'état de santé (IES) fournissent une méthode pour mesurer la qualité de vie liée à la santé et évaluer l'état de santé selon huit dimensions du fonctionnement, soit la vision, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur. La version de l'IES utilisée à Statistique Canada a été adaptée à partir de l'indice de l'état de santé de niveau 3 (HUI3). Les questions sont légèrement différentes de celles de HUI3 initial. Cet indice permet de calculer un score global d'utilité de santé, ainsi que des scores individuels pour chaque attribut. Les scores d'utilité individuels produits variaient de 0,00 à 1,00, les valeurs plus faibles indiquant davantage de limitations et les valeurs plus élevées indiquant moins de limitations. Le score à attributs multiples produit peut varier de -0,36 à 1,00, où les scores de 1,00 indiquent une santé parfaite, les scores de 0,00 indiquent un état de santé équivalent à la mort et les scores inférieurs à 0,00 représentent un état de santé considéré comme pire que la mort<sup>8</sup>. L'IES a été validé et utilisé dans des contextes cliniques et d'enquêtes auprès de la population générale (Horsman et coll., 2003).

En ce qui concerne la mesure de l'incapacité, cette mesure peut présenter certaines difficultés à refléter une mesure comme les questions d'identification des incapacités (QII), étant donné qu'elle ne tient pas compte de l'incidence des limitations sur la participation ou l'exécution des activités quotidiennes et ne met pas l'accent sur les états de santé à long terme (Grondin, 2016). Dans certains cas, les personnes dont on a déterminé que leur santé fonctionnelle était mauvaise en vertu de l'IES ne seraient pas considérées comme ayant une incapacité selon les QII, puisque leurs déficiences ou leurs difficultés fonctionnelles peuvent ne pas restreindre leur capacité à participer aux activités quotidiennes. À l'inverse, certaines des personnes recensées par un outil comme les QII ne seraient pas recensées par la mesure de l'IES, particulièrement en ce qui concerne les incapacités non physiques<sup>9</sup>.

### 3.5 Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS)

Le Groupe de Washington a été créé en 2001 dans le but d'élaborer une mesure coordonnée de l'incapacité à l'échelle internationale. L'un des objectifs était de produire un ensemble de questions qui pourraient être utilisées lorsque l'espace disponible dans les questionnaires est limité. Le groupe visait également à fournir des données comparables entre pays en mettant l'accent sur un ensemble universel d'activités applicables dans divers contextes et cadres culturels.

Plusieurs ensembles de questions ont été élaborés au fil du temps, mais tous découlent du petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS)<sup>10</sup>, lequel comprend six questions et constitue la version utilisée à Statistique Canada. L'ensemble de questions évalue le fonctionnement à partir des difficultés éprouvées dans six domaines. Les répondants sont classés comme ayant une « incapacité » s'ils déclarent éprouver beaucoup de difficulté ou ne pas du tout pouvoir accomplir l'une des activités d'au moins l'un des six domaines. Les six domaines couverts par l'outil de dépistage comprennent la difficulté à voir, à entendre, à marcher ou à monter des escaliers, à se souvenir de choses ou à se concentrer, à prendre soin de soi et à communiquer.

L'intention pour l'ensemble de questions du WG-SS est qu'il soit utilisé conjointement avec des renseignements sur la participation et l'environnement pour illustrer les liens entre les limitations et les expériences vécues. Les questions de dépistage utilisées pour l'ensemble de questions du WG-SS servent à identifier les personnes présentant des risques plus élevés de restriction de participation, mais l'outil ne contient pas de questions portant sur l'ampleur de l'incidence de chaque difficulté sur les activités quotidiennes<sup>11</sup>. Cet outil est également limité dans sa capacité à saisir certains problèmes de santé mentale.

8. Des valeurs négatives apparaissent lorsque certaines combinaisons de limites fonctionnelles reçoivent des poids d'utilité négatifs dans les études sur les préférences de la population. Ces scores reflètent des conventions d'évaluation et ne représentent pas des jugements sur la vie des personnes.

9. Lors de la conception des QII, des aspects de l'IES ont servi d'inspiration pour le contenu, mais l'outil dans son ensemble n'a pas été jugé adéquat pour mesurer l'incapacité selon l'approche du modèle social. Tout aspect de l'IES ne répondant pas bien à cette exigence n'a pas été retenu au contenu dans la version finale des QII.

10. Pour obtenir l'ensemble complet de questions, veuillez consulter le site [Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington \(WG-SS\)](#).

11. À l'instar de l'IES, certains éléments de l'ensemble de questions du WG-SS ont été utilisés dans l'élaboration des QII, mais d'autres ont été modifiés ou exclus en fonction des résultats des essais.

### 3.6 Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH)

Au Canada, le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est une mesure fiscale non remboursable qui contribue à réduire l'impôt sur le revenu que les personnes handicapées peuvent avoir à payer. L'admissibilité au CIPH peut ensuite permettre l'accès à d'autres programmes fédéraux. Les personnes doivent présenter une demande de CIPH, qui définit l'admissibilité au moyen de sa propre définition de l'invalidité.

Les critères indiquent qu'un médecin praticien doit certifier que la personne a une déficience grave et prolongée dans une catégorie de fonctions, des limitations marquées dans au moins deux catégories de fonctions ou qu'elle reçoit une thérapie pour soutenir une fonction vitale<sup>12</sup>. Les catégories comprennent la marche, les fonctions mentales, s'habiller, se nourrir, évacuer (fonctions intestinales ou vésicales), entendre, parler, voir et les soins thérapeutiques essentiels. Des restrictions marquées sont reconnues lorsqu'une personne est incapable de faire l'activité ou qu'il lui faut trois fois plus de temps pour l'effectuer qu'une personne d'âge semblable. De plus, les limitations doivent être présentes la plupart du temps et durer 12 mois ou plus.

Dans le cadre du processus de demande, le demandeur remplit une section du formulaire tandis que son médecin remplit la deuxième partie. Cela diffère des autres approches décrites dans le présent rapport, car un professionnel de la santé est responsable de l'évaluation de la situation de la personne et ce n'est pas la personne elle-même qui déclare ses expériences. Une fois rempli, le formulaire est évalué par l'Agence du revenu du Canada (ARC) et le demandeur reçoit un avis de décision une fois la décision rendue. Les délais de traitement peuvent varier, particulièrement s'il manque des renseignements ou si l'ARC a besoin de plus de renseignements, mais ils sont généralement de l'ordre de quelques mois.

Certaines limites du programme de CIPH ont été relevées en ce qui concerne les critères d'admissibilité et le processus de demande, et celles-ci peuvent entraîner des difficultés quant aux personnes effectivement prises en compte par cette approche et à la capacité de rendre compte des expériences de la population en situation de handicap à partir de ces données (Eggleton et coll., 2018; Gewurtz et coll., 2024; Larre, 2018). Les données du CIPH peuvent fournir des renseignements utiles sur les personnes qui reçoivent du soutien dans le cadre du programme et des comparaisons peuvent être faites avec les QII pour mieux comprendre qui y accède. En dehors de ces objectifs précis, il ne s'agit pas d'une méthode recommandée pour déterminer les personnes ayant une incapacité et en faire rapport de façon plus générale. Une étude récente a servi d'exploration pour démontrer la nécessité et l'utilité d'utiliser des données d'enquête couplées à des données administratives pour déterminer les personnes ayant une incapacité pouvant être admissibles aux mesures de soutien pour personnes handicapées (Leanage, Jeon et Arim, 2025).

## 4 Comparaison des outils de mesure

La présente section examine de plus près les données sur l'incapacité disponibles à Statistique Canada et, le cas échéant, présente les taux d'incapacité résultant de chaque approche et des comparaisons pour certaines caractéristiques démographiques et d'incapacité. Dans la mesure du possible, des comparaisons directes sont effectuées entre les mesures et les QII, tandis que des comparaisons indirectes sont effectuées entre les QII et les mesures de la santé fonctionnelle.

### 4.1 Auto-identification de l'incapacité

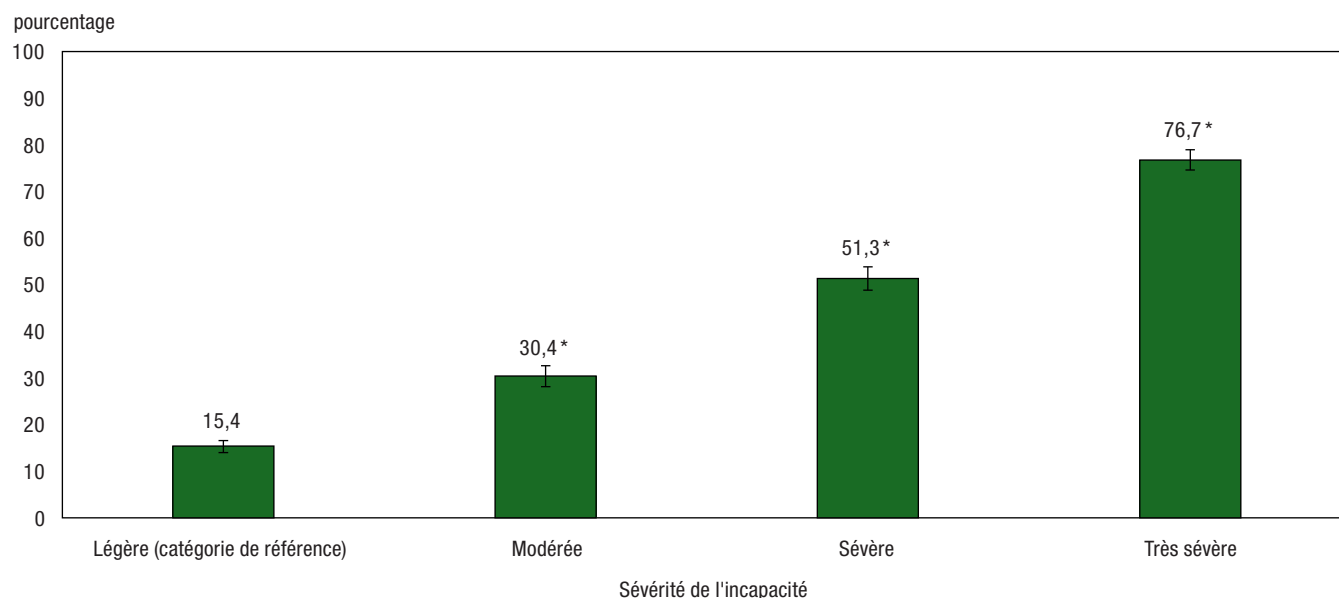
En 2022, la prévalence de l'incapacité au Canada au sein de la population âgée de 15 ans et plus, selon les QII, était de 27,0 % (8,0 millions de personnes). Parmi celles-ci, environ 3,2 millions de personnes se sont auto-identifiées comme personne ayant une incapacité, ce qui représente près des deux cinquièmes (38,5 %) des personnes ayant une incapacité selon les QII et 1 personne sur 10 (10,4 %) de la population canadienne âgée de 15 ans et plus. Dans la présente section, l'analyse porte uniquement sur les répondants identifiés comme des personnes ayant une incapacité selon les QII.

12. Voir qui est admissible: [Crédit d'impôt pour personnes handicapées \(CIPH\) – Canada.ca](https://www.canada.ca/fr/impot/impot/credit-impot-personnes-handicapees-ciph).

Lorsqu'on les examine en fonction des différents types d'incapacité, une forte proportion des personnes ayant une incapacité liée au développement (75,1 %) se sont également auto-identifiées comme personne ayant une incapacité, tout comme environ les deux tiers de celles ayant une incapacité liée à la dextérité (62,8 %) ou à la mémoire (60,9 %)¹³. Moins de la moitié des personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale (45,4 %), à la douleur (44,8 %), à l'ouïe (44,5 %) et à la vision (43,1 %) se sont auto-identifiées comme personne ayant une incapacité. Des différences dans les taux d'auto-identification sont également apparues selon la sévérité de l'incapacité. Plus des trois quarts (76,7 %) des personnes ayant une incapacité très sévère ont déclaré être une personne ayant une incapacité comparativement à 15,4 % des personnes ayant une incapacité légère (graphique 1)¹⁴.

### Graphique 1

#### Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII qui se sont auto-identifiées âgées de 15 ans et plus, selon la sévérité de l'incapacité, 2022



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Note :** QII = Questions d'identification des incapacités.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Le nombre de différents types d'incapacité qu'une personne pouvait avoir était également associé à l'auto-identification : près des deux tiers (63,6 %) des personnes ayant quatre types d'incapacité ou plus se sont auto-identifiées comme personne ayant une incapacité, comparativement à 15,0 % de celles ayant un seul type d'incapacité (tableau 4.1). Les personnes ayant des limitations progressives (62,1 %) ou fluctuantes (40,8 %) étaient plus susceptibles de déclarer être une personne ayant une incapacité que celles ayant des limitations constantes (36,3 %)¹⁵.

13. Il est important de noter que les personnes pouvaient déclarer plusieurs types d'incapacité. Les données tiennent donc compte de l'effet combiné de tous les types d'incapacité que ces personnes peuvent avoir.

14. Dans le présent article, lorsque deux estimations sont dites différentes, cela signifie que la différence est statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % (valeur de  $p$  inférieure à 5 %).

15. Une limitation progressive correspond à une situation où la capacité d'effectuer les activités quotidiennes diminue au fil du temps. Une limitation récurrente correspond à des périodes d'un mois ou plus sans limitation, durant lesquelles la capacité d'effectuer les activités quotidiennes s'améliore, demeure la même ou change. Les limitations fluctuantes ne présentent pas de périodes sans limitation, mais la capacité de faire des activités quotidiennes varie. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les catégories d'incapacités dynamiques, veuillez consulter le rapport « [Les dynamiques de l'incapacité : les limitations progressives, récurrentes ou fluctuantes.](#) »

**Tableau 4.1**

**Proportion des personnes ayant une incapacité selon le QII qui se sont auto-identifiées, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques d'incapacité, 2022**

Certaines caractéristiques d'incapacité	Personnes ayant une incapacité selon le QII qui se sont auto-identifiées		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Nombre de types d'incapacité</b>			
Un type d'incapacité (catégorie de référence)	15,0	13,6	16,6
Deux ou trois types d'incapacité	34,2*	32,5	35,9
Quatre types d'incapacité ou plus	63,6*	61,6	65,4
<b>Type de limitation</b>			
Constantes (catégorie de référence)	36,3	34,6	38,2
Fluctuante	40,8*	38,1	43,6
Récurrente	24,1*	22,3	25,9
Progressive	62,1*	59,6	64,5

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

Notes : QII = Questions d'identification des incapacités.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Lorsque les résultats ont été examinés par genre, les hommes (39,6 %) étaient plus susceptibles de déclarer être une personne ayant une incapacité que les femmes (37,7 %) <sup>16</sup>. En examinant les différences selon le groupe d'âge, les personnes âgées (65 ans et plus) étaient plus susceptibles de déclarer avoir une incapacité (41,8 %) que les jeunes (15 à 24 ans) (37,6 %). Les personnes âgées de 25 à 44 ans (33,9 %) étaient moins portées à déclarer être une personne ayant une incapacité que les personnes âgées de 15 à 24 ans (37,6 %). Selon les regroupements provinciaux, l'Ontario enregistrait la plus forte proportion d'auto-identification (42,1 %) comparativement aux autres régions, à l'exception des provinces de l'Atlantique, qui enregistraient un taux semblable (40,5 %). La plus faible proportion d'auto-identification se situait au Québec (34,0 %).

## 4.2 Série d'enquêtes sur l'accessibilité – Module sur les difficultés et conditions à long terme (LTC)

À l'aide des données de chacune des trois vagues de la Série d'enquêtes sur l'accessibilité (SEA), il a été possible de comparer les questions d'identification des incapacités (QII), l'auto-identification et le nouveau module de questions de dépistage les difficultés et conditions à long terme (LTC) au sein de la population ayant une incapacité, étant donné que l'ECI a été utilisée comme base de sondage pour les vagues. Il est important de noter que les QII ont été posées au cours de l'ECI de 2022 et que les questions du module LTC ont été posées plus de deux ans plus tard au cours de la SEA en 2024 et 2025 <sup>17</sup>. L'échantillon a été dérivé des personnes ayant répondu « oui » à une question de l'ECI sur l'intérêt à participer à de futures initiatives d'enquête <sup>18</sup>. L'échantillon comprenait des personnes ayant ou non une incapacité, selon les QII. En examinant la population de la SEA pour chaque vague de la série, on a déterminé qu'environ 80 % des répondants avaient une incapacité ou un problème de santé à long terme selon le module LTC. Comparativement, 40 % des répondants de la SEA ont déclaré avoir une incapacité dans l'ensemble des vagues.

Pour faciliter la présentation des résultats, étant donné que le dénominateur varie entre les trois vagues, l'analyse portera sur la deuxième vague, la Série d'enquêtes sur l'accessibilité – Expériences liées à l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications (SEA-EATIC), qui compte l'échantillon le plus important. Les constats analytiques étaient généralement cohérents pour les trois vagues <sup>19</sup>. Les résultats suivants résument la mesure dans laquelle les questions du module LTC et la question d'auto-identification ont permis de saisir la population ayant une incapacité relevée dans les QII. Les renseignements sur l'incapacité et les caractéristiques démographiques sont dérivés des données de l'ECI du répondant.

16. La présente analyse utilise le concept de genre. Toutefois, une variable de genre à deux catégories (hommes+ et femmes+) a été créée pour protéger la confidentialité des personnes non binaires, compte tenu de la taille relativement faible de cette population. Plus précisément, les personnes non binaires ont été redistribuées dans les catégories « hommes » et « femmes ». La catégorie « hommes » comprend les hommes (et/ou garçons) cisgenres et transgenres, ainsi que certaines personnes non binaires, tandis que « femmes » comprend les femmes (et/ou filles) cisgenres et transgenres, ainsi que certaines personnes non binaires (dans les graphiques et les tableaux, ces catégories sont désignées par « hommes+ » et « femmes+ »).

17. Une proportion relativement faible de répondants n'avaient pas d'incapacité selon les trois mesures (de 4 % à 7 %).

18. Cette méthodologie entraîne un taux de réponse faible pour les trois vagues, ce qui augmente le risque de biais. Il faut donc interpréter toutes les estimations présentées avec prudence.

19. Pour des comparaisons détaillées et les différences entre toutes les vagues et tous les tableaux, veuillez consulter l'Annexe B.4 à B.6.

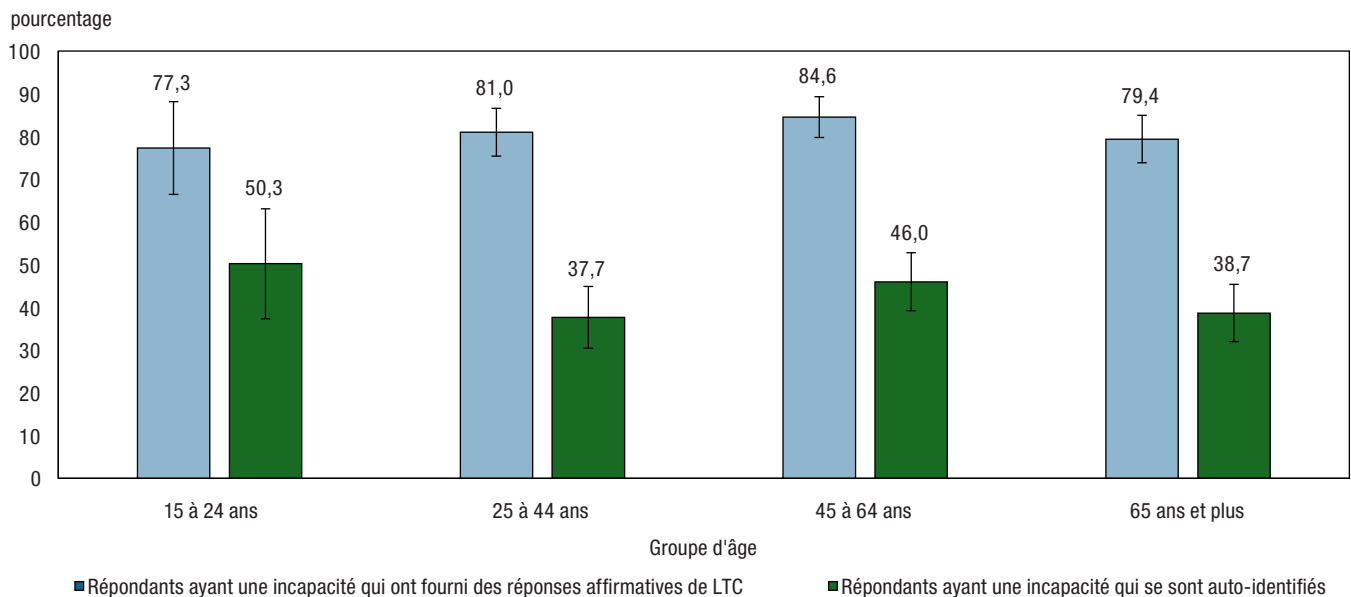
Lors de l'examen du type d'incapacité, les questions du module LTC ont saisi une forte proportion de personnes ayant une incapacité liée à la mémoire (95,4 %), à la mobilité (94,6 %) et à la flexibilité (94,6 %). Les proportions les plus faibles étaient chez les personnes ayant une incapacité développementale (89,3 %) et visuelle (89,9 %). Par ailleurs, les proportions les plus élevées de celles ayant déclaré une incapacité selon la mesure d'auto-identification concernaient les personnes ayant une incapacité développementale (87,2 %), tandis que les proportions les plus faibles étaient observées chez celles ayant une incapacité liée à la douleur (55,8 %), à la santé mentale (56,5 %) et à la vision (58,4 %).

La mesure du module LTC a permis de saisir une proportion plus élevée de personnes ayant une incapacité plus sévère (95,4 %) que de celles ayant une incapacité moins sévère (80,1 %). En examinant les mesures d'auto-identification au sein de la population de la SEA, la proportion était plus élevée chez les personnes ayant une incapacité plus sévère (77,1 %) que chez celles ayant une incapacité moins sévère (25,4 %). Toutefois, les questions du module LTC ont permis de repérer un taux plus élevé de personnes ayant une incapacité moins sévère que la question d'auto-identification. Les questions du module LTC et d'auto-identification ont permis de saisir une proportion plus élevée de personnes ayant plusieurs types d'incapacité, comparativement à celles ayant un seul type d'incapacité.

Les femmes susceptibles d'être identifiées à la fois par la mesure du module LTC et d'auto-identification (respectivement 84,3 % et 43,7 %) que les hommes (respectivement 77,0 % et 38,2 %). Selon le groupe d'âge, la proportion de personnes repérées par le module LTC était la plus élevée chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (84,6 %). En revanche, la proportion la plus élevée pour la question d'auto-identification a été observée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans (50,3 %) (graphique 2).

## Graphique 2

### Proportion des répondants à la SEA - EATIC ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives de LTC ou qui se sont auto-identifiés, âgées de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge, 2024



**Notes :** SEA - EATIC = Série d'enquêtes sur l'accessibilité – Expériences liées à l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications; et LTC = Les mesures fondées sur les problèmes de santé de longue durée. SEA - EATIC incluent les personnes ayant une incapacité selon les QII.

**Source :** Statistique Canada, Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications, 2024.

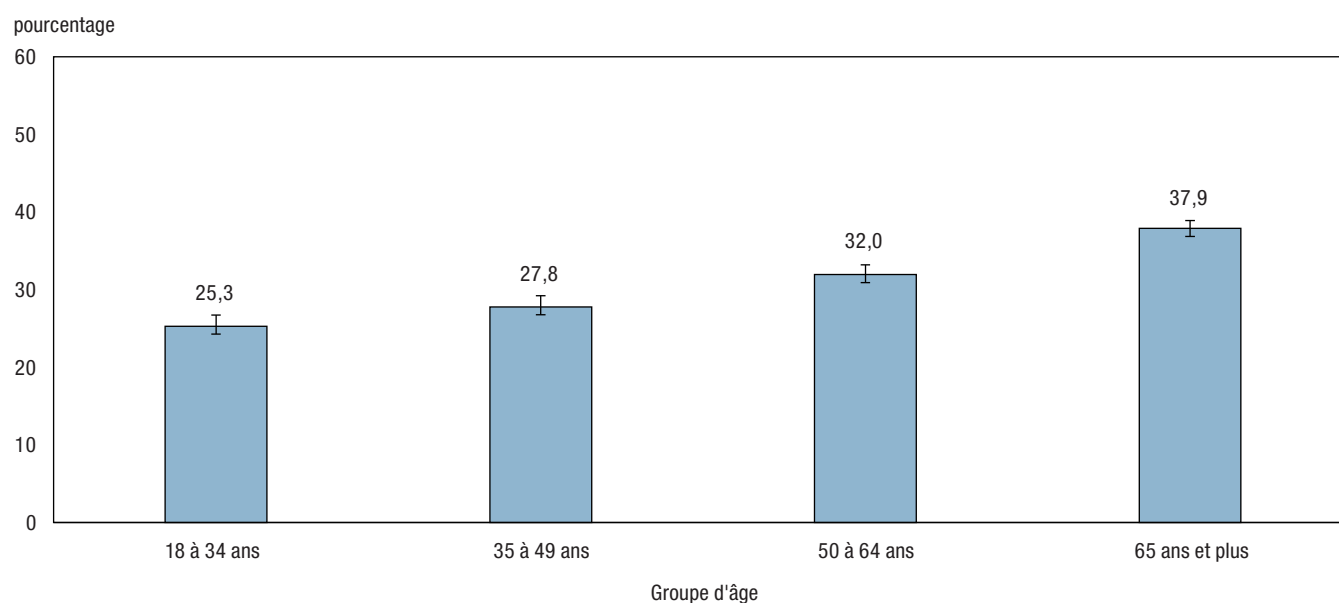
## 4.3 Indice de l'état de santé (IES)

L'indice de l'état de santé (IES) est utilisé dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête annuelle, mais recueille des renseignements relatifs à l'IES selon un système de rotation, en alternance avec le petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS). Bien qu'il ne soit pas possible de faire des comparaisons directes entre la plupart des autres mesures présentées dans le

présent rapport et les résultats de l'IES, étant donné qu'elles proviennent d'une source de données différente, il est possible d'examiner indirectement les résultats de cette approche de santé fonctionnelle et ceux des QII. Les données de l'ESCC de 2023 sont utilisées pour cette analyse, car elles correspondent de plus près à la période de référence des autres données<sup>20</sup>.

Dans l'ensemble, 69,6 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus avaient une bonne ou une pleine santé fonctionnelle en 2023, tandis que 30,4 % avaient une santé fonctionnelle passable à mauvaise<sup>21</sup>. Les femmes (33,3 %) étaient plus susceptibles d'avoir une santé fonctionnelle passable à mauvaise que les hommes (27,4 %)<sup>22</sup>. La proportion de personnes ayant une santé fonctionnelle passable à mauvaise augmentait avec l'âge pour aller de 25,3 % chez celles de 18 à 34 ans à 37,9 % chez celles de 65 ans et plus (graphique 3).

**Graphique 3**  
**Proportion des personnes ayant une santé fonctionnelle passable à mauvaise âgées de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 2023**



Source : Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2023.

Le taux de limitation variait entre les différents attributs de l'IES. Le cinquième (20,0 %) des Canadiens ont déclaré éprouver un niveau de douleur au moins modéré limitant leurs activités, tandis que plus de 1 sur 10 (11,9 %) a indiqué avoir de la difficulté à se souvenir de choses et à penser et résoudre des problèmes de tous les jours. Interrogés sur la façon dont ils se décrivent habituellement, 7,9 % des répondants ont déclaré être plutôt malheureux, malheureux et peu intéressés à vivre ou si malheureux que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. En ce qui concerne l'attribut de la vue, 4,8 % des personnes avaient au moins certaines limitations liées à leur capacité de voir, même avec des lunettes. Quant à la capacité de marcher, le taux de limitation était de 4,4 %, alors que pour la capacité à entendre, il était de 2,3 %. Les plus faibles taux de limitation ont été observés pour les attributs de la dextérité (0,6 %) et de la parole (0,6 %).

Le profil de la population de 18 ans et plus ayant une santé fonctionnelle passable à mauvaise selon l'IES présente certaines similitudes avec celui de la population ayant une incapacité selon les QII, moins du tiers des personnes de 18 ans et plus et des personnes de 15 ans et plus ayant été classées dans chacune des populations selon chaque mesure (respectivement 30,4 % et 27,1 %). La proportion de personnes ayant une santé fonctionnelle passable à mauvaise et la proportion de personnes ayant une incapacité augmentaient avec l'âge, celles âgées

20. De plus, l'ESCC de 2023 comprenait une question d'auto-identification de l'incapacité, ce qui permettrait des comparaisons futures entre l'IES et l'approche d'auto-identification.

21. Le seuil associé à une santé fonctionnelle bonne à complète est de 0,8 ou plus, tandis que les scores inférieurs à 0,8 sont correspondent à une santé fonctionnelle modérée à mauvaise.

22. Il est important de noter que cette analyse utilise le sexe à la naissance plutôt que le genre.

de 65 ans et plus présentant les taux les plus élevés de santé fonctionnelle passable à mauvaise (37,9 %) et d'incapacité (40,4 %). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir une santé fonctionnelle passable à mauvaise (33,3 % par rapport à 27,4 %) et plus susceptibles d'être une personne ayant une incapacité selon les QII (29,9 % par rapport à 23,9 %).

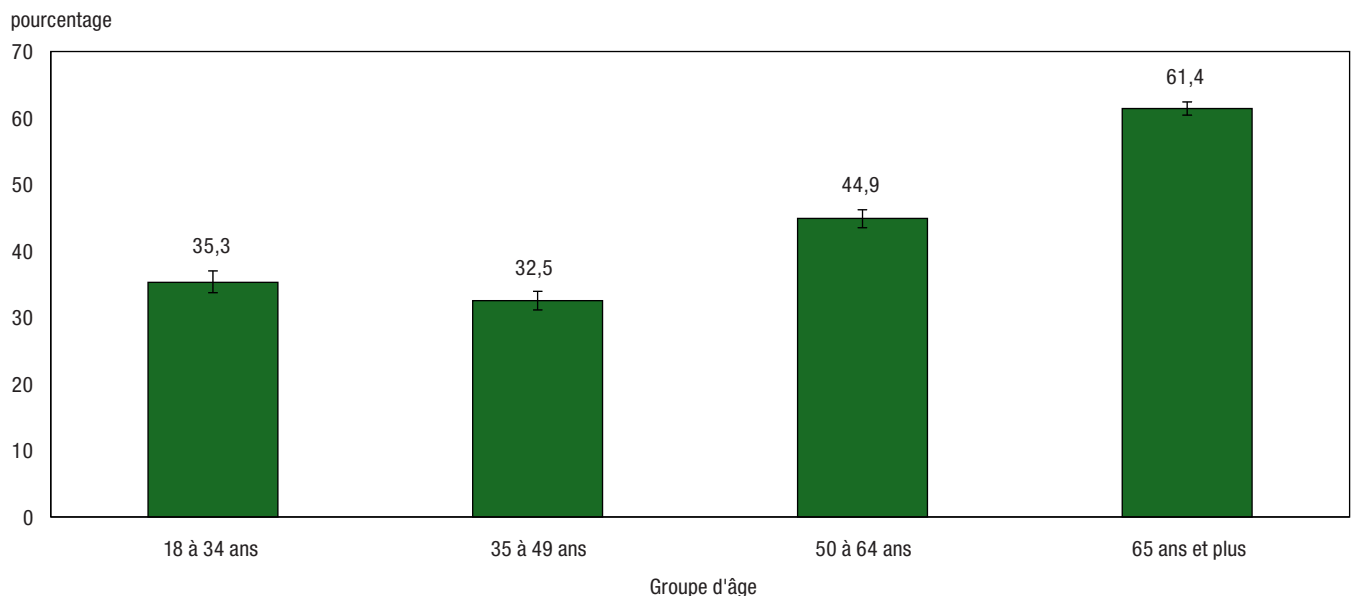
#### 4.4 Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS)

Tous les deux ans, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) alterne entre la collecte de données au moyen des questions de l'IES et des questions du WG-SS. À l'instar de l'IES, aucune comparaison directe ne peut être faite avec d'autres mesures utilisées dans le présent rapport, mais les résultats peuvent être comparés indirectement. Les questions du WG-SS ont été utilisées dans le cadre de l'ESCC de 2022 et les résultats sont examinés afin de mieux refléter la période de référence des autres résultats présentés dans le présent rapport<sup>23</sup>.

Selon les résultats de l'ESCC de 2022, 43,0 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus éprouvaient au moins une difficulté fonctionnelle, et les femmes (45,5 %) étaient plus susceptibles que les hommes (40,5 %) d'avoir une telle difficulté<sup>24</sup>. Le taux était plus élevé chez les personnes plus âgées, allant de 35,3 % chez les personnes de 18 à 34 ans à 61,4 % chez celles de 65 ans et plus (graphique 4).

#### Graphique 4

##### Proportion des personnes ayant des difficultés fonctionnelles selon le petit ensemble de questions du Groupe de Washington âgées de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 2022



**Note :** Difficultés fonctionnelles signifient éprouver une certaine difficulté, beaucoup de difficulté ou ne pas du tout pouvoir / être incapable de faire l'une ou plusieurs des activités suivantes : vision, audition, mobilité (marcher ou monter des marches), cognition (mémoire et concentration), autonomie en matière de soins personnels et communication.

**Source :** Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

La prévalence des limitations fonctionnelles différait selon le type de difficulté fonctionnelle. Plus du cinquième (23,6 %) des répondants ont déclaré éprouver des difficultés de mémoire ou de concentration. Les autres types de difficultés les plus souvent invoqués étaient la difficulté à marcher ou à monter un escalier (16,2 %) et la difficulté à voir (15,0 %). Plus de 1 personne sur 10 (11,7 %) a indiqué avoir de la difficulté à entendre, tandis qu'environ 5 % ont dit avoir de la difficulté à prendre soin d'eux-mêmes (5,7 %) ou à communiquer (4,9 %). La majorité des réponses à chacun des domaines de difficulté fonctionnelle ont été regroupées dans la catégorie « une certaine difficulté » par rapport aux catégories « beaucoup de difficulté » ou « totalement incapable de le faire ».

23. L'ESCC de 2025 comprenait une question d'auto-identification de l'incapacité et, une fois les données disponibles, permettra de futures comparaisons entre la mesure du WG-SS et l'approche d'auto-identification.

24. Il est important de noter que cette analyse utilise le sexe à la naissance plutôt que le genre.

Le profil de la population éprouvant des difficultés fonctionnelles, selon les réponses aux questions du WG-SS, présente certaines similitudes avec celui de la population ayant une incapacité, selon les QII, et les proportions selon chaque mesure augmentent avec l'âge. Dans l'ensemble, les questions du WG-SS donnent lieu à des taux plus élevés de difficultés fonctionnelles pour les domaines inclus comme types d'incapacité dans les QII. Par exemple, selon l'ESCC de 2022, 11,7 % des Canadiens avaient de la difficulté à entendre, tandis que selon l'ECI de 2022, c'était le cas pour 5,6 % des Canadiens. Selon l'ESCC de 2022, la proportion de Canadiens ayant de la difficulté à voir était de 15,0 %, tandis que selon l'ECI, 7,4 % des Canadiens avaient une incapacité liée à la vision.

#### 4.5 Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH)

En couplant les dossiers fiscaux à l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), il a été possible d'examiner les caractéristiques des demandeurs du Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) selon diverses caractéristiques disponibles dans l'ECI<sup>25,26</sup>. Comme on l'a mentionné précédemment, l'admissibilité au CIPH exige qu'un médecin praticien certifie une incapacité dans une ou plusieurs catégories de fonctions. Les données du CIPH sont incluses dans le Fichier des familles T1 (FFT1). Le FFT1 est un ensemble de données principalement dérivé des déclarations de revenus; il fournit des renseignements démographiques et relatifs au revenu des personnes et des familles. Les résultats de cette section seront axés sur les répondants à l'ECI qui ont demandé le CIPH en leur propre nom en 2022<sup>27</sup>. Il est important de noter que cela ne tient pas compte des personnes qui ont un certificat de CIPH, mais qui ne l'ont pas demandé le crédit dans leur déclaration de revenus.

Selon l'ECI de 2022, 14,6 % des personnes ayant une incapacité ont demandé le CIPH. Comme prévu, le taux de recours au CIPH était très faible chez les personnes sans incapacité (environ 1 %). En ce qui concerne l'auto-identification des personnes ayant une incapacité selon les QII, 31,1 % de celles s'étant auto-identifiées comme personne ayant une incapacité ont demandé le CIPH, comparativement à 4,0 % de celles ne l'ayant pas fait.

La proportion de personnes ayant demandé le CIPH augmentait en fonction de la sévérité de l'incapacité, allant de 4,2 % chez celles ayant une incapacité légère à 34,8 % chez celles ayant une incapacité très sévère (tableau 4.5). Une proportion plus élevée de celles ayant une incapacité développementale a demandé ce crédit (42,3 %). À l'inverse, un faible pourcentage de celles ayant une incapacité liée à la santé mentale (15,5 %) ou une incapacité liée à la douleur (16,2 %) ont demandé le CIPH. Environ le quart des personnes ayant une incapacité liée à la dextérité (28,9 %), à la mémoire (25,7 %) ou à la mobilité (25,3 %) ont demandé le CIPH.

25. Le pourcentage de personnes couplées entre l'ECI de 2022 et le FFT1 de 2022 était de 92,0 %.

26. Les données du crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) diffèrent des autres sources du présent rapport, car il s'agit de données administratives obtenues au moyen du Fichier des familles T1, qui contient les renseignements fiscaux des particuliers.

27. La personne ayant une incapacité peut demander le CIPH dans sa déclaration de revenus, mais elle peut également transférer une partie ou la totalité du montant de la prestation d'invalidité à un membre de la famille qui subvient aux besoins indiqués dans le formulaire de demande du CIPH.

Tableau 4.5

**Proportion des personnes ayant une incapacité selon le QII qui ont demandé le CIPH, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques d'incapacité, 2022**

Certaines caractéristiques de l'incapacité	Demandeurs du crédit d'impôt pour personnes handicapées		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>14,6</b>	<b>14,4</b>	<b>14,8</b>
<b>Sévérité de l'incapacité</b>			
Légère	4,2	4,1	4,4
Modérée	9,1*	8,7	9,5
Sévère	19,5*	19,0	20,0
Très sévère	34,8*	34,3	35,4
<b>Type d'incapacité</b>			
Vision	16,3	16,0	16,7
Ouïe	17,8	17,3	18,2
Mobilité	25,3	24,9	25,7
Flexibilité	23,3	22,9	23,6
Dextérité	28,9	28,3	29,5
Douleur	16,2	16,0	16,4
Santé mentale	15,5	15,2	15,9
Apprentissage	21,8	21,3	22,3
Développement	42,3	41,3	43,4
Mémoire	25,7	25,1	26,3

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes :** QII = Questions d'identification des incapacités; et CIPH = Crédit d'impôt pour personnes handicapées. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité et fichier de familles T1, 2022.

La proportion de personnes demandant le CIPH variait également selon le nombre de différents types d'incapacités. Parmi les personnes ayant un type d'incapacité, 5,1 % ont demandé le CIPH, tandis que la proportion de celles demandant le CIPH passait à 27,1 % chez celles ayant plus de trois types d'incapacité. La proportion de demandeurs de CIPH variait selon les groupes d'invalidité dynamiques, car le taux de demandes de CIPH était plus élevé chez ceux ayant des limitations progressives (26,4 %) que chez ceux ayant des limitations continues (14,9 %). Les personnes ayant des limitations fluctuantes (12,5 %) ou récurrentes (7,3 %) étaient moins susceptibles de demander le CIPH que celles ayant des limitations continues (14,9 %).

Alors que le taux d'incapacité était plus élevé chez les femmes que chez les hommes selon l'ECI de 2022, en ce qui concerne le recours au CIPH, les femmes (13,5 %) étaient moins susceptibles de demander le CIPH que les hommes (16,1 %). Comparativement aux jeunes (âgés de 15 à 24 ans) (14,5 %), les personnes âgées de 25 à 44 ans (10,2 %) étaient moins susceptibles de demander le CIPH, tandis que les personnes plus âgées ayant une incapacité (âgées de 65 ans et plus) (18,4 %) étaient plus susceptibles de le faire.

La proportion de personnes ayant une incapacité qui ont demandé le CIPH variait également selon la région. Celles vivant au Manitoba (24,7 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (23,3 %), à l'Île-du-Prince-Édouard (21,3 %), en Nouvelle-Écosse (19,3 %) et au Nouveau-Brunswick (19,0 %) étaient plus susceptibles de demander le CIPH que celles vivant en Ontario (15,3 %). Une proportion plus faible de personnes ayant une incapacité au Québec (9,1 %), au Yukon (10,8 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (10,3 %) et au Nunavut (5,8 %) ont demandé ce crédit, comparativement à l'Ontario (15,3 %).

## 5 Conclusion

Certaines tendances distinctes se sont dégagées des résultats obtenus à partir des outils de mesure examinés dans le présent rapport. Parmi les personnes ayant une incapacité repérées au moyen des questions d'identification des incapacités (QII), de la question d'auto-identification dans l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), du module sur les difficultés et conditions à long terme (LTC) et du crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), les données administratives étaient plus susceptibles de détecter les personnes ayant une incapacité plus sévère et celles ayant plusieurs types d'incapacité que celles ayant une incapacité moins sévère ou un seul type d'incapacité. Les personnes ayant des limitations progressives étaient plus susceptibles de s'auto-identifier comme personne ayant une incapacité et enregistraient des taux de demande de CIPH plus élevés que

les personnes ayant une incapacité continue. Ces constatations concordent à des recherches antérieures sur les personnes déclarant une incapacité, qui ont montré que la nature, la sévérité et la présence d'incapacités multiples sont des facteurs prédictifs du processus d'auto-identification (Bogart et coll., 2017). Compte tenu de l'exigence « d'avoir une incapacité sévère et prolongée » pour être admissible au CIPH, le taux accru de recours au CIPH chez les personnes ayant une incapacité plus sévère correspond aux critères du programme. Ces résultats reflètent également les conclusions d'un article précédent sur le recours au CIPH pour 2015, 2016 et 2017 chez les personnes ayant une incapacité (Leanage, Jeon et Arim, 2025).

En ce qui concerne les types d'incapacités, les personnes ayant une incapacité développementale relevée par les QII présentaient des taux plus élevés d'auto-identification et de recours au CIPH. De plus, les personnes ayant une incapacité liée à la mémoire, à la dextérité ou à la mobilité enregistraient des taux élevés d'auto-identification et de recours au CIPH. Les types d'incapacité les plus représentés parmi les personnes repérées au moyen des questions du module LTC étaient ceux liés à la mémoire, à la mobilité et à la flexibilité. En ce qui concerne les mesures de la santé fonctionnelle, les limitations liées au fonctionnement cognitif ont généralement été signalées par les questions de l'indice de l'état de santé (IES) et du petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS), ce qui pourrait correspondre à la représentation des incapacités développementales et de mémoire observée dans les autres mesures. Selon l'ensemble de questions du WG-SS, la difficulté à marcher ou à monter un escalier était une autre limitation courante, tandis que selon l'IES, les limitations de la capacité à marcher étaient moins souvent déclarées. Les incapacités liées à la douleur sont le type d'incapacité le plus souvent déclaré chez les personnes identifiées au moyen des QII, ce qui concorde avec les taux élevés pour ce type de limitation selon les questions de WG-SS et de l'IES. L'incapacité liée à la douleur ne présentait pas de taux élevés d'auto-identification ou de recours dans le cadre du CIPH et n'a pas été aussi bien saisi par les questions du module LTC que les autres types d'incapacité.

Comme pour des recherches antérieures (Ganesh et coll., 2023; Parekh et Brown, 2020; Palmer et Harley, 2012), cette analyse montre un taux de prévalence plus faible de l'incapacité selon l'auto-identification. Toutefois, le recours au CIPH était plus élevé chez les personnes qui se sont auto-identifiées comme personne ayant une incapacité que chez celles qui ne l'ont pas fait. De plus, la proportion de personnes qui se sont auto-identifiées était d'environ 40 % parmi les répondants à la SEA, toutes vagues confondues.

L'âge était un facteur constant dans l'ensemble des outils de mesure : les personnes plus âgées étaient plus susceptibles de déclarer avoir une incapacité ou des limitations fonctionnelles que les personnes plus jeunes. Ces résultats sont cohérents dans l'ensemble de la littérature existante, car non seulement l'incapacité est-elle souvent plus répandue chez les personnes d'âge plus avancé, mais elle est souvent considérée comme faisant partie de la trajectoire normale du vieillissement (Grenier, Griffin et McGrath, 2020), ce qui pourrait expliquer pourquoi les questions fondées sur la perception, les approches administratives et les outils de dépistage mènent tous à des constats similaires. De plus, plus une personne vit longtemps avec une incapacité, plus elle est susceptible d'intégrer cela à son processus de formation de l'identité (Bogart et coll., 2017). Pour la plupart des mesures incluses dans cette étude, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer une incapacité ou des limitations, ce qui correspond à des recherches antérieures sur diverses mesures de l'incapacité (Jacob et coll., 2018; Parekh et Brown, 2020). Les exceptions à cette règle étaient le CIPH, où les femmes étaient moins susceptibles de demander le crédit que les hommes, et la mesure d'auto-identification, où les hommes étaient plus susceptibles de s'auto-identifier comme ayant une incapacité que les femmes.

La définition d'incapacité utilisée et le contexte dans lequel les limitations sont mesurées ont une incidence sur la population ayant une incapacité ainsi repérée, comme en témoigne la variation de la proportion de la population ayant une incapacité ou des limitations au moyen des QII, de l'auto-identification, des questions du module LTC et des mesures de l'IES et du WG-SS. L'examen des différentes mesures suggère que des outils de dépistage plus détaillés (comme les QII ou l'IES) saisissent un plus large éventail de la population ayant une incapacité que d'autres mesures. En comparaison, les mesures simplifiées (c.-à-d. les questions d'auto-identification) ou les approches administratives (c.-à-d. le CIPH) peuvent entraîner une sous-représentation de la population en situation d'incapacité et omettre certains sous-groupes clés, comme ceux présentant des problèmes de santé moins sévères ou certains types d'incapacité.

Certaines limites et considérations propres à cette étude doivent être soulignées. Premièrement, la présente analyse utilise la population des QII comme référence aux fins de comparaison, mais cela ne signifie pas qu'elle reflète la population réelle ayant une incapacité. Ces questions représentent une tentative exhaustive de cerner la population ayant une incapacité, mais reposent sur la définition opérationnelle particulière retenue pour l'ECI et peuvent être influencées par certains aspects de conception de l'enquête, comme cerner seulement des personnes vivant dans des logements privés (ce qui exclut la population institutionnalisée), ou par des erreurs non dues à l'échantillonnage, comme le biais dû à la non-réponse ou les erreurs potentielles du répondant ou de l'intervieweur, lors de la saisie du questionnaire. Le module LTC n'a pu être examiné que dans le contexte d'un sous-ensemble de la population de l'ECI. Pour bien examiner les caractéristiques des personnes repérées au moyen de cette mesure et évaluer leur pertinence pour une enquête, ces questions devraient être utilisées dans le contexte de la population générale, ainsi que des QII. De plus, il convient de noter le délai de deux ans entre la collecte des renseignements des QII et celle de la SEA. Compte tenu de la nature dynamique de l'incapacité, certaines des différences observées pourraient être attribuables aux mesures utilisées à différents moments. L'emplacement ou l'ordre des questions dans un questionnaire peut également avoir une incidence sur les profils de réponse. Dans ce cas, la question d'auto-identification a été placée vers la fin de l'enquête; les répondants y ont répondu après avoir rempli un questionnaire complet portant sur diverses expériences liées à l'incapacité. Enfin, il n'est pas possible de comparer directement les profils de réponse des QII et de l'IES ou des questions du WG-SS, puisque ces questions n'ont pas été posées à la même population.

En ce qui concerne les pistes de recherche futures, une analyse approfondie de la mesure d'auto-identification et des mesures de l'IES et du Groupe de Washington est recommandée, une fois les données disponibles. Cela pourrait fournir des renseignements importants sur le lien entre la mesure d'auto-identification et la santé fonctionnelle. Tout comme il est important d'examiner la population ayant déclaré une incapacité, enquêter sur les personnes n'ayant pas déclaré avec une incapacité serait une autre étape de recherche dans ce domaine. Cela pourrait aider à guider davantage les utilisateurs de données quant aux personnes qui ne se considèrent pas comme des personnes ayant une incapacité. Malgré la taille limitée de l'échantillon des personnes qui n'ont pas été identifiées comme ayant une incapacité selon les QII, mais qui se sont auto-identifiées comme personnes ayant une incapacité (ce qui limiterait la quantité d'analyses qui pourrait être effectuées), un examen plus approfondi du profil de ces personnes pourrait être instructif. Un autre axe d'exploration, tant pour la population relevée dans le cadre des QII que pour celle s'étant auto-identifiée comme personnes ayant une incapacité, serait l'incidence de l'âge de l'apparition de l'incapacité ou des limitations sur les profils de réponse. Enfin, une analyse de régression évaluant les facteurs associés à l'auto-identification au sein de la population des QII, en particulier par des sous-segments de la population des QII, aiderait davantage à comprendre la mesure de l'incapacité au Canada.

## Annexe

### Annexe A.1

#### Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA)

##### Section A – Questions de sélection

Les questions suivantes portent sur votre capacité d'accomplir certaines activités que vous ayez ou non recours à des aides techniques. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

A1. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A2. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A4. Éprouvez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal avec de lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A5. Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), avec des lunettes ou des verres contact si vous en portez habituellement?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A6. Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?

- Oui
- Non
- Ne sait pas ou incertain

A7. Avez-vous des difficultés à parler et être compris(e)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A8. Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer. Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 350 mètres ou 400 verges sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons, un demi kilomètre ou un quart de mille)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A9. Éprouvez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier (environ 12 marches)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A10. Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 4,5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres ou 10 livres sur une distance de 30 pieds (par exemple, un sac d'épicerie)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A11. Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A12. Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A13. La section suivante comprend trois questions qui portent sur la souplesse. Rappelez-vous qu'il s'agit de problèmes qui durent depuis plus de six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par ex., un soulier)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A14. Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A15. Éprouvez-vous des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A16. Les quatre questions suivantes portent sur l'agilité. Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils? (C'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils?)

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A17. Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A18. Éprouvez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction (par exemple, au-dessus de votre tête)?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A19. Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A20. Voici la dernière question portant sur les aptitudes physiques. A cause d'une affection ou d'un problème de santé chronique qui dure depuis plus de six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire :

A20i. à la maison

- Oui, est limité(e)
- Non limité(e)
- Sans objet

A20ii. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire : à l'école

- Oui, est limité(e)
- Non limité(e)
- Sans objet

A20iii. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire : au bureau

- Oui, est limité(e)
- Non limité(e)
- Sans objet

A20iv. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire : dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs

- Oui, est limité(e)
- Non limité(e)

A21. Il arrive que certaines personnes aient plus de difficulté que d'autres à apprendre des choses nouvelles et à réagir à de nouvelles situations.

De temps à temps CHACUN éprouve de difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière, à apprendre quelque chose de nouveau, ou il nous arrive d'être confus pendant quelques instants. Toutefois, avez-vous en permanence des problèmes de mémoire ou d'apprentissage?

- Oui, éprouve des difficultés
- Non, pas de difficulté

A22i. Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à lire?

- Oui
- Non

A22ii. Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à écrire?

- Oui
- Non

A22iii. Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à épeler?

- Oui
- Non

A22iv. Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à faire des additions et des soustractions?

- Oui
- Non

A22v. À l'école, aviez-vous plus de difficulté dans certaines matières que dans d'autres?

- Oui
- Non

A23i. Avez-vous de la difficulté à différencier la gauche de la droite?

- Oui
- Non

A23ii. Est-ce qu'on vous dit souvent que vous ne faites pas les bonnes choses au bon moment?

- Oui
- Non

A23iii. Avez-vous de la difficulté à expliquer vos idées lorsque vous parlez?

- Oui
- Non

A23iv. Avez-vous de la difficulté à faire des activités qui comprennent plusieurs étapes (par exemple, suivre une recette)?

- Oui
- Non

A23v. Avez-vous souvent de la difficulté à résoudre des problèmes concernant la vie de tous les jours?

- Oui
- Non

A23vi. Avez-vous souvent besoin d'aide pour comprendre les gens que vous ne connaissez pas?

- Oui
- Non

A23vii. Avez-vous souvent besoin d'aide pour parler aux gens que vous ne connaissez pas?

- Oui
- Non

A24a. Est-ce qu'un professeur ou un professionnel de la santé (docteur, infirmière, travailleur(se) social du conseiller(ère) vous a déjà dit, à vous ou à un membre de votre famille, que vous aviez des troubles d'apprentissage (comme la dyslexie, des difficultés d'attention, des troubles de perception ou de l'hyperactivité)?

- Oui
- Non

A24b. Dans le passé, on disait souvent aux personnes qui avaient de la difficulté à apprendre qu'elles étaient handicapées mentales, retardées ou arriérées. Quelqu'un a-t-il déjà utilisé ces mots pour vous décrire?

- Oui
- Non

A25i. Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental...à la maison

- Oui, est limité(e)
- Non

A25ii. Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental... à l'école

- Oui, est limité(e)
- Non

A25iii. Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental... au travail

- Oui, est limité(e)
- Non

A25iv. Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental... dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs?

- Oui, est limité(e)
- Non

A27. Voici maintenant quelques questions qui portent sur ce que vous ressentez ou avec déjà senti. Avez-vous déjà:...

A27i. Tout à coup éprouvé de la peur ou de l'anxiété dans une situation où, en général, les gens n'éprouvent ne peur ne anxiété?

- Oui
- Non

A27ii. Eu une période de SIX MOIS ou plus au cours de laquelle vous avez été inquiet(e) ou anxieux(se) la plupart du temps?

- Oui
- Non

A27iii. Eu une période de DEUX SEMAINES ou plus au cours de laquelle vous étiez triste ou déprimé(e) , presque tous les jours?

- Oui
- Non

A27iv. Eu une période de DEUX SEMAINES ou plus où presque rien ne vous intéressait, par exemple votre travail, vos passe-temps ou les activités qui vous distraient d'habitude?

- Oui
- Non

A27v. Eu une période d'au moins DEUX JOURS où vous étiez si heureux ou excité(e) que vous vous êtes attiré(e) des ennuis, ou que votre famille ou vos amis s'en sont inquiétés?

- Oui
- Non

A27vi. Eu une période de plusieurs jours où vous étiez tellement irritable que vous avez lancé ou brisé des objets, suscité une dispute, crié après les gens ou frappé quelqu'un?

- Oui
- Non

A27vii. Eu des ennuis avec votre famille, vos amis ou avec la justice à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue?

- Oui
- Non

A28i. Est-ce qu'un professionnel de la santé comme une infirmière, un médecin, un travailleur(se) social ou un conseiller(ère) vous a déjà dit que: vous aviez une dépression majeure?

- Oui
- Non

A28ii. Vous aviez des épisodes maniaco-dépressifs?

- Oui
- Non

A28iii. Vous aviez un problème dû à la consommation d'alcool?

- Oui
- Non

A28iv. Vous étiez schizophrène?

- Oui
- Non

A28v. Vous aviez une dépression nerveuse ou un problème de nervosité?

- Oui
- Non

A28vi. Vous aviez un autre problème sérieux de nature émotionnelle?

- Oui
- Non

A29i. Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation...à la maison?

- Oui, est limité(e)
- Non

A29ii. Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation... à l'école?

- Oui, est limité(e)
- Non

A29iii. Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation... au travail?

- Oui, est limité(e)
- Non

A29iv. Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation... dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs?

- Oui, est limité(e)
- Non

## Annexe A.2

### Difficultés et conditions à long terme (LTC)

**LTC\_R05** Les questions suivantes portent sur les difficultés ou les conditions à long terme que vous pouvez avoir. Seules les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus devraient être considérées.

**LTC\_Q05** Avez-vous l'une des difficultés ou conditions à long terme suivantes?

Avez-vous :

- 1 : De la difficulté à voir, même en portant des lunettes ou des verres de contact
- 2 : De la difficulté à entendre, même en utilisant un appareil auditif ou un implant cochléaire
- 3 : De la difficulté à marcher, à utiliser des escaliers, à vous servir de vos mains ou de vos doigts ou à faire d'autres activités physiques
- 4 : De la difficulté à apprendre, à retenir de l'information ou à vous concentrer
- 5 : Une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale (p. ex. anxiété, dépression, trouble bipolaire, toxicomanie, anorexie)
- 6 : Tout autre problème de santé ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus
- 7 : Je n'ai aucune difficulté ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus

**LTC\_R10** Les prochaines questions portent sur l'incidence de [vos conditions/votre condition] sur vos activités. Veuillez tenir compte de l'incidence de toutes les difficultés ou conditions à long terme que vous avez.

**LTC\_Q10** À quelle fréquence [vos conditions limitent-t-elles/votre condition limite-t-elle] vos activités?

Diriez-vous :

- 1 : Jamais
- 2 : Rarement
- 3 : Parfois
- 4 : Souvent
- 5 : Toujours
- 6 : Ne sais pas

**LTC\_Q15** Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités en raison de [vos conditions/votre condition]?

Diriez-vous :

- 1 : Aucune difficulté
- 2 : Un peu de difficulté
- 3 : Beaucoup de difficulté
- 4 : Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 5 : Ne sais pas

## Annexe A.3

### Conditions à long terme (LTC)

#### LTC\_R05

Les questions suivantes concernent toutes conditions à long terme que vous pourriez avoir.

#### LTC\_Q05 Avez-vous l'une des difficultés suivantes?

- 1 : Difficulté à voir, même en portant des lunettes ou des verres de contact
- 2 : Difficulté à entendre, même en utilisant un appareil auditif ou un implant cochléaire
- 3 : Difficulté à marcher, à utiliser des escaliers, à vous servir de vos mains ou de vos doigts ou à faire d'autres activités physiques
- 4 : Difficulté à apprendre, à retenir de l'information ou à vous concentrer
- 5 : Condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale (p.ex., anxiété, dépression, trouble bipolaire, toxicomanie, anorexie)
- 6 : Autre problème de santé ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus
- 7 : Je n'ai aucune difficulté ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus

#### LTC\_Q10 Vous identifiez-vous comme une personne ayant une incapacité?

- 1: Oui
- 2: Non

## Annexe B.1

Tableau B.1

Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques de d'incapacité, 2022

Certaines caractéristiques d'incapacité	Personnes ayant une incapacité selon les QII		
	pourcentage	intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Type d'incapacité</b>			
Vision	27,4	26,4	28,4
Ouïe	20,7	19,9	21,6
Mobilité	39,2	38,2	40,2
Flexibilité	40,3	39,2	41,4
Dextérité	18,4	17,5	19,3
Douleur	61,8	60,7	62,9
Apprentissage	20,7	19,9	21,5
Développement	5,7	5,3	6,2
Santé mentale	38,6	37,6	39,6
Mémoire	18,2	17,3	19,1
<b>Sévérité de d'incapacité</b>			
Légère (catégorie de référence)	39,0	38,0	40,1
Modérée	19,8*	18,9	20,8
Sévère	20,0*	19,1	20,9
Très sévère	21,1*	20,2	22,0
<b>Type de limitation</b>			
Limitations constantes (catégorie de référence)	35,2	34,1	36,2
Fluctuante	15,7*	14,9	16,6
Récurrente	29,0*	27,9	30,0
Progressive	19,5*	18,7	20,4
<b>Nombre de types d'incapacité</b>			
Un type d'incapacité (catégorie de référence)	29,4	28,4	30,4
Deux ou trois types d'incapacité	36,7	35,6	37,8
Quatre types d'incapacité ou plus	33,9*	32,9	34,9

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes :** QII = Questions d'identification des incapacités. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %. Un score global de sévérité est calculé en utilisant le nombre de types d'incapacité d'une personne, le niveau de difficulté à accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère. Le nom attribué à chaque classe a pour seul but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

## Annexe B.2

Tableau B.2

Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII qui se sont auto-identifiées, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques de d'incapacité, 2022

Certaines caractéristiques d'incapacité	Personnes ayant une incapacité selon les QII qui se sont auto-identifiées		
	pourcentage	intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Type d'incapacité</b>			
Vision	43,1	40,9	45,2
Ouïe	44,5	42,1	47,0
Mobilité	59,4	57,7	61,2
Flexibilité	55,7	53,9	57,4
Dextérité	62,8	60,2	65,3
Douleur	44,8	43,4	46,3
Apprentissage	57,7	55,5	59,9
Développement	75,1	71,7	78,3
Santé mentale	45,4	43,7	47,2
Mémoire	60,9	58,3	63,3
<b>Sévérité de d'incapacité</b>			
Légère (catégorie de référence)	15,4	14,2	16,8
Modérée	30,4*	28,2	32,7
Sévère	51,3*	48,8	53,8
Très sévère	76,7*	74,5	78,8
<b>Type de limitation</b>			
Limitations constantes (catégorie de référence)	36,3	34,6	38,2
Fluctuante	40,8*	38,1	43,6
Récurrente	24,1*	22,3	25,9
Progressive	62,1*	59,6	64,5
<b>Nombre de types d'incapacité</b>			
Un type d'incapacité (catégorie de référence)	15,0	13,6	16,6
Deux ou trois types d'incapacité	34,2*	32,5	35,9
Quatre types d'incapacité ou plus	63,6*	61,6	65,4

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes :** QII = Questions d'identification des incapacités. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %. Un score global de sévérité est calculé en utilisant le nombre de types d'incapacité d'une personne, le niveau de difficulté à accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère. Le nom attribué à chaque classe a pour seul but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

## Annexe B.3

Tableau B.3

Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII qui se sont auto-identifiées, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, 2022

Certaines caractéristiques	Personnes ayant une incapacité selon les QII qui se sont auto-identifiées		
	pourcentage	intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>38,5</b>	<b>37,5</b>	<b>39,6</b>
<b>Genre</b>			
Hommes+ (catégorie de référence)	39,6	38,0	41,1
Femmes+	37,7*	36,3	39,2
<b>Groupe d'âge</b>			
15 à 24 ans (catégorie de référence)	37,6	35,2	40,1
25 à 44 ans	33,9*	31,9	36,0
45 à 64 ans	39,1	37,1	41,2
65 ans et plus	41,8*	39,9	43,7
<b>Région</b>			
Provinces de l'Atlantique	40,5	39,3	41,7
Québec	34,0*	32,0	36,1
Ontario (catégorie de référence)	42,1	39,9	44,3
Provinces des Prairies	35,0*	33,6	36,5
Colombie-Britannique	37,3*	35,1	39,5
Territoires	34,8*	31,4	38,3
<b>Place de résidence</b>			
Centre de population (catégorie de référence)	39,0	37,8	40,2
Région rurale	36,1	33,8	38,4
<b>Situation des particuliers dans le ménage</b>			
Couple sans enfants (catégorie de référence)	36,0	34,1	37,9
Couple avec des enfants	33,2*	31,4	35,2
Famille monoparentale	46,4*	43,2	49,6
Vivant seul	42,7*	40,2	45,3
Personne ne faisant pas partie d'une famille de recensement	44,9*	40,6	49,3
<b>Statut d'immigrant</b>			
Non-immigrants (catégorie de référence)	38,4	37,3	39,6
Immigrants	38,7	36,0	41,4
Résidents non permanents	42,4	28,0	58,1
<b>Groupe autochtone</b>			
Personnes non autochtones (catégorie de référence)	38,0	36,9	39,1
Personnes autochtones	48,5*	44,2	52,9
<b>Groupe racisé</b>			
Personnes non racisées, non autochtones (catégorie de référence)	37,9	36,7	39,1
Personnes racisées	38,3	35,3	41,4

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes :** QII = Questions d'identification des incapacités. Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ». Dans la présente publication, les données sur les « groupes racisés » sont mesurées à l'aide de la variable « minorité visible ». Le « groupe non racisées, non autochtones » est mesuré avec la catégorie « n'appartenant pas à une minorité visible » de la variable, à l'exclusion des répondants autochtones.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

## Annexe B.4

Tableau B.4

Proportion des répondants de la SEA ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives au LTC ou qui se sont auto-identifiés, âgés de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, 2024 et 2025

Certaines caractéristiques	Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et à l'emploi			Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications			Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et aux voyages		
	pourcentage	intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
<b>Difficultés et conditions à long terme (LTC)</b>									
<b>Ensemble</b>	<b>79,5</b>	<b>76,4</b>	<b>82,6</b>	<b>81,3</b>	<b>78,3</b>	<b>84,2</b>	<b>79,1</b>	<b>75,9</b>	<b>82,4</b>
<b>Genre</b>									
Hommes+	73,9	69,0	78,9	77,0	71,9	82,2	73,4	67,6	79,2
Femmes+	83,2	79,0	87,3	84,3	80,7	88,0	82,9	79,2	86,6
<b>Groupe d'âge</b>									
15 à 24 ans	76,3	63,5	89,2	77,3	66,4	88,1	81,6	71,4	91,9
25 à 44 ans	79,9	74,1	85,8	81,0	75,4	86,5	81,5	76,6	86,4
45 à 64 ans	80,9	75,6	86,2	84,6	79,8	89,4	81,6	75,0	88,2
65 ans et plus	78,7	72,9	84,5	79,4	73,8	84,9	75,5	69,4	81,6
<b>Auto-identification</b>									
<b>Ensemble</b>	<b>42,7</b>	<b>39,2</b>	<b>46,1</b>	<b>41,4</b>	<b>37,8</b>	<b>44,9</b>	<b>45,0</b>	<b>41,8</b>	<b>48,3</b>
<b>Genre</b>									
Hommes+	40,5	35,2	45,7	38,2	32,7	43,6	43,6	38,1	49,2
Femmes+	44,1	39,2	49,1	43,7	38,6	48,9	46,0	41,5	50,4
<b>Groupe d'âge</b>									
15 à 24 ans	40,0	28,8	51,3	50,3	37,5	63,2	50,2	35,3	65,0
25 à 44 ans	37,1	30,5	43,8	37,7	30,4	45,0	40,6	34,2	47,0
45 à 64 ans	47,4	40,8	53,9	46,0	39,1	52,8	51,8	44,9	58,7
65 ans et plus	43,4	36,8	50,0	38,7	32,0	45,4	42,0	36,1	48,0

**Notes:** SEA = Série d'enquêtes sur l'accessibilité; et difficultés et conditions à long terme (LTC). Les mesures fondées sur les problèmes de santé de longue durée (LTC) et sur l'auto-identification incluent les personnes ayant une incapacité selon les QII. Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ».

**Source :** Statistique Canada, Série d'enquêtes sur l'accessibilité, 2024 et 2025.

## Annexe B.5

Tableau B.5

Proportion de répondants de la SEA ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives au LTC, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques d'incapacité, 2024 et 2025

Certaines caractéristiques d'incapacité	Répondants de la SEA ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives au LTC - Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et à l'emploi			Répondants de la SEA ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives au LTC - Expériences liées à l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications			Répondants de la SEA ayant une incapacité qui ont fourni des réponses affirmatives au LTC - Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et aux voyages		
	pourcentage	intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>79,5</b>	<b>76,4</b>	<b>82,6</b>	<b>81,3</b>	<b>78,3</b>	<b>84,2</b>	<b>79,1</b>	<b>75,9</b>	<b>82,4</b>
<b>Type d'incapacité</b>									
Vision	88,9	84,4	93,4	89,9	85,8	94,1	88,0	83,0	92,9
Ouïe	85,8	80,3	91,3	92,8	88,6	97,0	86,4	79,4	93,4
Mobilité	89,3	84,0	94,6	94,6	91,7	97,5	90,6	86,2	95,1
Flexibilité	89,9	86,2	93,6	94,6	91,6	97,7	90,5	86,1	94,9
Dextérité	95,6	92,8	98,5	91,1	85,5	96,8	88,4	81,7	95,1
Douleur	88,0	84,8	91,3	90,0	86,4	93,6	83,2	78,6	87,8
Apprentissage	88,1	82,6	93,5	92,7	87,9	97,6	89,9	84,4	95,3
Développemental	82,4	70,9	93,9	89,3	81,2	97,3	85,5	76,2	94,8
Santé mentale	88,7	85,1	92,2	91,6	88,6	94,6	88,6	84,8	92,4
Mémoire	92,1	87,8	96,3	95,4	92,2	98,6	93,5	89,7	97,4
<b>Sévérité d'incapacité</b>									
Moins sévère	76,1	70,8	81,4	80,1	75,4	84,7	70,7	65,1	76,3
Plus sévère	92,6	89,8	95,4	95,4	92,7	98,1	93,7	90,0	97,4
<b>Nombre de types d'incapacité</b>									
Un type d'incapacité	68,2	59,1	77,4	75,7	68,2	83,2	64,9	56,1	73,8
Deux ou trois types d'incapacité	86,4	82,0	90,8	87,7	83,4	91,9	82,1	76,5	87,7
Quatre types d'incapacité ou plus	92,5	89,1	95,8	95,6	92,5	98,6	94,0	90,7	97,3

**Notes :** SEA = Série d'enquêtes sur l'accessibilité; et LTC = Difficultés et conditions à long terme. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %. Un score global de sévérité est calculé en utilisant le nombre de types d'incapacité d'une personne, le niveau de difficulté à accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère. Les classes de sévérité « légère » et « modérée » ont été regroupées sous l'appellation « moins sévère », et les classes « sévère » et « très sévère » ont été regroupées sous l'appellation « plus sévère ». Le nom attribué à chaque classe a pour seul but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

**Source :** Statistique Canada, Série d'enquêtes sur l'accessibilité, 2024 et 2025.

## Annexe B.6

Tableau B.6

Proportion des répondants de la SEA ayant une incapacité qui se sont auto-identifiés, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques d'incapacité, 2024 et 2025

Certaines caractéristiques d'incapacité	Répondants ayant une incapacité qui se sont auto-identifiées - Série d'enquêtes sur l'accessibilité - Expériences liées à l'accessibilité et à l'emploi			Répondants ayant une incapacité qui se sont auto-identifiées - Série d'enquêtes sur l'accessibilité et à la technologie de l'information et des communications			Répondants ayant une incapacité qui se sont auto-identifiées - Série d'enquêtes sur l'accessibilité et aux voyages		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>42,7</b>	<b>39,2</b>	<b>46,1</b>	<b>41,4</b>	<b>37,8</b>	<b>44,9</b>	<b>45,0</b>	<b>41,8</b>	<b>48,3</b>
<b>Type d'incapacité</b>									
Vision	54,1	46,9	61,4	58,4	51,2	65,6	57,2	50,0	64,3
Ouïe	66,1	58,8	73,4	62,0	53,9	70,1	63,3	54,3	72,4
Mobilité	69,5	64,0	75,1	70,1	63,9	76,3	72,3	67,0	77,5
Flexibilité	66,8	61,3	72,3	63,1	57,0	69,2	68,2	62,7	73,7
Dextérité	71,9	64,2	79,5	71,5	63,4	79,5	77,7	70,6	84,8
Douleur	54,8	50,1	59,4	55,8	50,9	60,8	59,5	55,0	63,9
Apprentissage	63,8	56,0	71,5	69,4	62,2	76,7	69,3	62,1	76,4
Développement	73,9	61,8	86,0	87,2	79,0	95,4	83,4	73,2	93,5
Santé mentale	53,8	48,4	59,1	56,5	50,9	62,2	55,5	50,4	60,7
Mémoire	72,9	65,5	80,2	75,7	69,1	82,3	74,8	68,4	81,2
<b>Sévérité de l'incapacité</b>									
Moins sévère	28,3	22,6	33,9	25,4	19,8	30,9	25,8	20,6	31,1
Plus sévère	74,7	70,2	79,3	77,1	72,5	81,7	79,3	75,2	83,4
<b>Nombre de types d'incapacité</b>									
Un type d'incapacité	27,6	18,5	36,7	21,6	13,4	29,8	24,6	16,6	32,6
Deux ou trois types d'incapacité	42,7	36,4	49,0	43,7	36,8	50,5	44,9	38,3	51,6
Quatre types d'incapacité ou plus	74,2	69,0	79,3	77,2	72,1	82,4	78,4	73,9	82,8

**Notes :** SEA = Série d'enquêtes sur l'accessibilité. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %. Un score global de sévérité est calculé en utilisant le nombre de types d'incapacité d'une personne, le niveau de difficulté à accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère. Les classes de sévérité « légère » et « modérée » ont été regroupées sous l'appellation « moins sévère », et les classes « sévère » et « très sévère » ont été regroupées sous l'appellation « plus sévère ». Le nom attribué à chaque classe a pour seul but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

**Source :** Statistique Canada, Série d'enquêtes sur l'accessibilité, 2024 et 2025.

## Annexe B.7

Tableau B.7

État fonctionnel de la santé selon l'indice de l'état de santé 3, chez les personnes âgées de 18 ans et plus, selon certaines caractéristiques, 2023

Certaines caractéristiques	Bonne à pleine santé fonctionnelle			Santé fonctionnelle passable ou mauvaise		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>69,6</b>	<b>68,9</b>	<b>70,3</b>	<b>30,4</b>	<b>29,7</b>	<b>31,1</b>
<b>Sexe</b>						
Masculin	66,7	65,7	67,6	27,4	26,4	28,4
Féminin	72,6	71,6	73,6	33,3	32,4	34,3
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 34 ans	74,7	73,2	76,1	25,3	23,9	26,8
35 à 49 ans	72,2	70,7	73,6	27,8	26,4	29,3
50 à 64 ans	68,0	66,8	69,3	32,0	30,7	33,2
65 ans et plus	62,1	61,1	63,1	37,9	36,9	38,9

**Notes :** L'indice d'utilité de la santé produit un score allant de 1 (parfaite santé) à 0 (état de santé équivalent à la mort). Un score de 0,8 à 1,0 indique une « bonne ou pleine » santé fonctionnelle; un score inférieur à 0,8 indique une santé fonctionnelle « passable ou mauvaise ». Cette analyse repose sur le sexe à la naissance plutôt que sur le genre.

**Source :** Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2023.

## Annexe B.8

**Tableau B.8**  
**État fonctionnel de la santé selon les attributs de l'indice de l'état de santé 3, chez les personnes âgées de 18 ans et plus, 2023**

Attributs	Santé fonctionnelle		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Vue</b>			
Capable de bien voir	44,5	43,8	45,2
Capable de voir avec des lunettes (de loin, de près ou les deux)	50,7	50,1	51,4
Incapable de voir de loin, même avec des lunettes	0,8	0,7	0,9
Incapable de voir de près, même avec des lunettes	3,3	3,1	3,6
Incapable de voir de près et de loin, même avec des lunettes	0,3	0,3	0,4
Incapable de voir du tout	0,3	0,2	0,4
<b>Ouïe</b>			
Capable de bien entendre	95,3	95,0	95,5
Capable d'entendre à l'aide d'une prothèse auditive lors d'une conversation de groupe	2,4	2,3	2,6
Capable d'entendre une personne et un groupe avec l'aide d'une prothèse auditive	1,0	0,9	1,1
Incapable d'entendre un groupe mais capable d'entendre une personne sans l'aide d'une prothèse auditive	1,0	0,9	1,1
Incapable d'entendre un groupe mais capable d'entendre une personne avec l'aide d'une prothèse auditive	0,1	0,1	0,2
Incapable de bien entendre	0,2	0,1	0,3
<b>Parole</b>			
Capable d'être bien compris	98,5	98,3	98,6
Capable d'être compris par les personnes qui les connaissent bien et partiellement compris par des inconnus	1,0	0,8	1,1
Capable d'être partiellement compris par les personnes qui les connaissent bien	0,3	0,2	0,4
Incapable d'être compris par des inconnus	0,2	0,2	0,3
Incapable d'être compris	0,1 <sup>E</sup>	0,0	0,1
<b>Mobilité</b>			
Capable de marcher sans difficulté	94,3	94,1	94,6
Capable de marcher avec difficulté, sans aide	1,2	1,1	1,4
Capable de marcher avec difficulté, nécessite un équipement de marche	3,0	2,8	3,1
Capable de marcher avec difficulté, nécessite un fauteuil roulant	0,2	0,2	0,3
Capable de marcher avec difficulté, nécessite l'aide d'autres personnes	0,8	0,8	1,0
Incapable de marcher du tout	0,4	0,3	0,5
<b>Dextérité</b>			
Usage complet des mains et des doigts	99,4	99,3	99,5
Ont certaines limitations mais n'ont pas besoin d'aide	0,3	0,2	0,3
Limitation de dextérité, nécessite un équipement spécialisé	0,2 <sup>E</sup>	0,0	0,0
Limitation de dextérité, nécessite de l'aide pour certaines tâches	0,2	0,1	0,2
Limitation de dextérité, nécessite de l'aide pour la plupart des tâches	0,1 <sup>E</sup>	0,1	0,2
Besoin d'aide pour effectuer des tâches	0,0 <sup>E</sup>	0,0	0,1
<b>Santé Émotionnelle</b>			
Heureux et intéressé à vivre	60,9	60,2	61,7
Plutôt heureux	31,2	30,5	31,9
Plutôt malheureux	5,8	5,5	6,2
Malheureux et peu intéressé à vivre	1,8	1,6	2,0
Si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	0,3	0,2	0,4
<b>Connaissance</b>			
Capable de se souvenir et de penser	67,8	67,1	68,4
Capable de se souvenir et de penser	3,6	3,4	3,9
Plutôt porté à oublier des choses ou un peu de difficulté à penser	16,7	16,2	17,2
Plutôt porté à oublier des choses et un peu de difficulté à penser	7,9	7,5	8,3
Beaucoup de difficulté à se souvenir des choses ou à penser	3,7	3,4	4,0
Incapable de se souvenir ou incapable de penser	0,3	0,2	0,4
<b>Douleur</b>			
Aucune douleur ni aucun malaise	73,4	72,8	74,0
N'empêche pas de faire des activités	6,7	6,3	7,0
Empêche de faire quelque des activités	11,5	11,0	11,9
Empêche de faire certaines activités	5,5	5,2	5,8
Empêche de faire la plupart des activités	3,0	2,8	3,2

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

Source : Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2023.

## Annexe B.9

**Table B.9**

**Proportion des personnes ayant des difficultés fonctionnelles selon le Groupe de Washington, âgées de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, 2022**

Certaines caractéristiques	Difficultés fonctionnelles		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>43,0</b>	<b>42,4</b>	<b>43,7</b>
<b>Sexe</b>			
Masculin	40,5	39,5	41,4
Féminin	45,5	44,6	46,5
<b>Groupe d'âge</b>			
18 à 34 ans	35,3	33,6	36,9
35 à 49 ans	32,5	31,1	33,9
50 à 64 ans	44,9	43,6	46,3
65 ans et plus	61,4	60,4	62,4

**Notes :** Difficultés fonctionnelles signifient éprouver une certaine difficulté, beaucoup de difficulté ou ne pas du tout pouvoir / être incapable de faire l'une ou plusieurs des activités suivantes : vision, audition, mobilité (marcher ou monter des marches), cognition (mémoire et concentration), autonomie en matière de soins personnels et communication. Cette analyse repose sur le sexe à la naissance plutôt que sur le genre.

**Source :** Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

## Annexe B.10

**Table B.10**  
**Difficultés fonctionnelles selon le type de difficulté, d'après l'Ensemble court du Groupe de Washington, chez les personnes âgées de 18 ans et plus, 2022**

Type de difficulté	Difficultés fonctionnelles		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Difficultés à voir, même avec des lunettes</b>			
Pas du tout	85,0	84,5	85,5
Un peu	13,7	13,3	14,1
Beaucoup	1,2	1,0	1,3
Je ne vois rien du tout	0,2 <sup>F</sup>	0,1	0,2
<b>Difficultés à entendre, même avec une prothèse auditive</b>			
Pas du tout	88,3	87,9	88,7
Un peu	10,3	9,9	10,7
Beaucoup	1,3	1,2	1,4
Je ne vois rien du tout	0,1 <sup>E</sup>	0,1	0,2
<b>Difficultés à marcher ou à monter les escaliers</b>			
Pas du tout	83,8	83,4	84,2
Un peu	12,0	11,6	12,3
Beaucoup	3,8	3,6	4,0
Je ne vois rien du tout	0,5	0,4	0,5
<b>Difficultés à vous rappeler certaines choses et à vous concentrer</b>			
Pas du tout	76,4	75,9	77,0
Un peu	20,5	19,9	21,0
Beaucoup	3,0	2,8	3,2
Je ne vois rien du tout	0,1	0,1	0,2
<b>Difficultés à prendre soin de vous</b>			
Pas du tout	94,3	94,0	94,6
Un peu	4,5	4,2	4,8
Beaucoup	1,0	0,9	1,1
Je ne vois rien du tout	0,3	0,2	0,3
<b>Difficultés à communiquer dans votre langue habituelle</b>			
Pas du tout	95,1	94,9	95,4
Un peu	4,1	3,8	4,4
Beaucoup	0,7	0,6	0,8
Je ne vois rien du tout	0,1 <sup>E</sup>	0,1	0,2

<sup>F</sup> à utiliser avec prudence

Source : Statistique Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

## Annexe B.11

Tableau B.11

Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII qui ont demandé le CIPH, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques d'incapacité, 2022

Certaines caractéristiques d'incapacité	Demandeurs du crédit d'impôt pour personnes handicapées		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>14,6</b>	<b>14,4</b>	<b>14,8</b>
<b>Sévérité de l'incapacité</b>			
Légère	4,2	4,1	4,4
Modérée	9,1*	8,7	9,5
Sévère	19,5*	19,0	20,0
Très sévère	34,8*	34,3	35,4
<b>Type d'incapacité</b>			
Vision	16,3	16,0	16,7
Ouïe	17,8	17,3	18,2
Mobilité	25,3	24,9	25,7
Flexibilité	23,3	22,9	23,6
Dextérité	28,9	28,3	29,5
Douleur	16,2	16,0	16,4
Apprentissage	15,5	15,2	15,9
Développement	21,8	21,3	22,3
Santé mentale	42,3	41,3	43,4
Mémoire	25,7	25,1	26,3
<b>Nombre de types d'incapacité</b>			
Un type d'incapacité (catégorie de référence)	5,1	4,8	5,3
Deux ou trois types d'incapacité	10,8*	10,5	11,1
Quatre types d'incapacité ou plus	27,1*	26,7	27,5
<b>Type de limitation</b>			
Limitations constantes (catégorie de référence)	14,9	14,6	15,3
Fluctuante	12,5*	12,0	12,9
Récurrente	7,3*	7,1	7,6
Progressive	26,4*	25,9	27,0
<b>Auto-identification</b>			
Oui	31,1*	30,7	31,5
Non (catégorie de référence)	4,0	3,9	4,2

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes :** QII = Questions d'identification des incapacités; et CIPH = Crédit d'impôt pour personnes handicapées. Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'incapacité; par conséquent, les estimations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent totaliser plus de 100 %. Un score global de sévérité est calculé en utilisant le nombre de types d'incapacité d'une personne, le niveau de difficulté à accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère. Le nom attribué à chaque classe a pour seul but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité et fichier de familles T1, 2022.

## Annexe B.12

Table B.12

**Proportion des personnes ayant une incapacité selon les QII qui ont demandé le CIPH, âgées de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, 2022**

Certaines caractéristiques	Demandeurs du crédit d'impôt pour personnes handicapées		
	pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure
<b>Ensemble</b>	<b>14,6</b>	<b>14,4</b>	<b>14,8</b>
<b>Genre</b>			
Hommes+ (catégorie de référence)	16,1	15,8	16,4
Femmes+	13,5*	13,2	13,7
<b>Groupe d'âge</b>			
15 à 24 ans (catégorie de référence)	14,5	14,0	14,9
25 à 44 ans	10,2*	9,9	10,5
45 à 64 ans	14,2	13,8	14,5
65 ans et plus	18,4*	18,0	18,7
<b>Géographie</b>			
Terre-Neuve-et-Labrador	23,3*	22,8	23,8
Île-du-Prince-Édouard	21,3*	20,7	21,8
Nouvelle-Écosse	19,3*	18,8	19,7
Nouveau-Brunswick	19,0*	18,5	19,5
Québec	9,1*	8,8	9,4
Ontario (catégorie de référence)	15,3	14,9	15,7
Manitoba	24,7*	24,2	25,2
Saskatchewan	14,1	13,7	14,5
Alberta	13,9	13,5	14,3
Colombie-Britannique	14,5	14,1	14,9
Yukon	10,8*	9,9	11,6
Territoires du Nord-Ouest	10,3*	9,4	11,1
Nunavut	5,8*	4,9	6,8

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

**Notes:** QII = Questions d'identification des incapacités; et CIPH = Crédit d'impôt pour personnes handicapées. Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ».

**Source :** Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité et fichier de familles T1, 2022.

## Référence

- Adesina, M.A, Olufadewa I.I., Oladele, R.I., Oduguwa, I.O,et. Abudu, F.R (2021). [Historical perspective and classification of disability](#). *Yenagoa Medical Journal*, 3(1), 17-24.
- Bogart, K. R., A. Rottenstein, E.M. Lund, et L. Bouchard. (2017). [Who self-identifies as disabled? An examination of impairment and contextual predictors](#). *Rehabilitation Psychology*, 62(4), 553-562.
- Darcy, S., et D. Buhalis. (2011). Chapter 2 - Conceptualising disability: Medical, Social, WHO ICF, Dimensions & Levels of Support Needs. [Accessible tourism: Concepts and issues](#), 45. [https://books.google.ca/books?id=5\\_\\_OBQAAQBAJ](https://books.google.ca/books?id=5__OBQAAQBAJ).
- Eggleton, A., C. Petitclerc, et J. Seidman. (2018). [Éliminer les obstacles : analyse critique du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et du Régime enregistré d'épargne-invalidité](#). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2018/sen/yc17-0/YC17-0-421-26-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sen/yc17-0/YC17-0-421-26-fra.pdf).
- Eyer, K.R. (2021). [Claiming disability](#). *Boston University Law Review*, 101, 547.
- Ganesh, G. S., G. Gedamkar, M.A. Rami, M.D. Patel, et D.P. Patel. (2023). [Disability prevalence: comparing four types of disability measures in the community](#). *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*, 28(1), 3.
- Gewurtz, R., A. Dixon, A. Richards, et E. Tompa. (2024). [Le programme de crédit d'impôt pour les personnes handicapées : Une revue de la littérature et des entretiens avec des informateurs clés](#). <https://www.vraie-idea.ca/fr/ressources/rapport/le-programme-de-credit-dimpot-pour-les-personnes-handicapees-une-revue-de-la>.
- Grenier, A., Griffin, M., et McGrath, C. (2020). [Aging and Disability: The Paradoxical Positions of the Chronological Life Course](#). *Review of Disability Studies: An International Journal*, 12 (2).
- Grondin, C. (2016). [Nouvelle mesure de l'incapacité dans les enquêtes : questions d'identification des incapacités \(QII\)](#). *Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada*, produit n° 89-654-X au catalogue de Statistique Canada.
- Horsman, J., W. Furlong, D. Feeny, et G. Torrance. (2003). [The Health Utilities Index \(HUI®\): concepts, measurement properties and applications](#). *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 54.
- Jacob, M. E., Marron, M. M., Boudreau, R. M., Odden, M. C., Arnold, A. M., et Newman, A. B. (2018). [Age, race, and gender factors in incident disability](#). *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(2), 194-197.
- Kaplan, D. (1999). [The definition of disability: Perspective of the disability community](#). *Journal of Health Care Law and Policy*, 3(2), 352-364.
- Larre, T. (2018). [The Disability Tax Credit: Exploring Attitudes, Perceptions, and Beliefs About Disability](#). *Journal of Law and Social Policy*, 29, 92 -113. <https://doi.org/10.60082/0829-3929.1314>.
- Leanage, A., Jeon, S. H., et Arim, R. (2025) [Recours au crédit d'impôt pour personnes handicapées et aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec chez les personnes ayant une incapacité au Canada](#). *Rapports économiques et sociaux*, produit n° 36-28-0001 au catalogue de Statistique Canada.
- MacKenzie, A., Hurst, M., et Crompton, S. (2009). [Série sur la vie avec une incapacité : Définition de l'incapacité dans l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités](#). *Tendances sociales canadiennes*, produit n° 11-008-X au catalogue de Statistique Canada.
- Molden, T. H., et Tøssebro, J. (2010). [Measuring disability in survey research: Comparing current measurements within one data set](#). *Alter*, 4(3), 174-189.
- Oliver, M. (1990). [The politics of disablement](#). MacMillan Education Ltd. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-p-of-d-Oliver-contents.pdf>
- Palmer, M., et Harley, D. (2012). [Models and measurement in disability: an international review](#). *Health policy and planning*, 27(5), 357-364.
- Parekh, G., et Brown, R. S. (2020). [Naming and claiming: The tension between institutional and self-identification of disability](#). *Canadian Journal of Disability Studies*, 9(5), 347-379.

Pianosi, R., Presley, L., Buchanan, J., Lévesque, A., Savard, S.-A., et Lam, J (2023). « [Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022 : Guide des concepts et méthodes](#) ». *Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada*, produit n° 89-654-X au catalogue de Statistique Canada.

Rottenstein, A. T. (2013). [Predicting Disability Self-Identification: A Mixed-Methods Approach](#) (Doctoral dissertation).

Smith, S. A., Woodhead, E., et Chin-Newman, C. (2021). [Disclosing accommodation needs: Exploring experiences of higher education students with disabilities](#). *International Journal of Inclusive Education*, 25(12), 1358-1374.

Subedi, M. (2012). [Challenges to measure and compare disability: a methodological concern](#). *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, 6, 1-24.