

Caractérisation de la population francophone de la région du Grand Saint John (2015- 2020)



Andy Balzer, M.Sc.
Jillian Cameron, M.Sc.

Ted McDonald, Ph.D.
Rawia Mokhtar, Ph.D.

Titre du projet

Caractérisation de la population francophone de la région du Grand Saint John (2015- 2020)

Chercheur principal

Ted McDonald, directeur, IRDF-NB

Équipe de recherche

Andy Balzer, analyste de données, IRDF-NB

Jillian Cameron, adjointe à la recherche, IRDF-NB

Rawia Mokhtar, coordonnatrice des projets de recherche, IRDF-NB

Date de la publication

Février 2023

Remerciement des partenaires et des bailleurs de fonds

Ce projet est financé par le gouvernement du Canada par l'intermédiaire de l'Association régionale de la Communauté francophone de Saint-Jean inc. (ARCf de Saint-Jean) conformément à un contrat avec l'Institut de recherche, de données et de formation du Nouveau-Brunswick de l'Université du Nouveau-Brunswick. Les fonds nécessaires à ce travail proviennent du gouvernement du Canada. Les points de vue exprimés dans ce rapport n'engagent que les auteurs.

Funded by the
Government
of Canada

Financé par le
gouvernement
du Canada

Canada 

Données du projet

Les résultats analytiques de ce projet de recherche ont été produits à l'aide de données de la plateforme obtenues auprès de l'Institut de recherche, de données et de formation du Nouveau-Brunswick.

Comment citer ce produit

Balzer, A., J. Cameron, T. McDonald et R. Mokhtar (2023). Caractérisation de la population francophone de la région du Grand Saint John (2015- 2018). Fredericton (N.-B.). Institut de recherche, de données et de formation du Nouveau-Brunswick.

Table des matières

Sommaire	2
Faits saillants des conclusions	2
Population francophone	2
Caractéristiques démographiques.....	3
Mesures de l'aide socio-économique et des soins à domicile.....	3
Mesures des maladies chroniques.....	4
Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation	4
Consultations médicales.....	5
Introduction	6
Données et méthodologie	8
Sources des données	8
Langue et région	9
Définitions de la langue	9
Définitions de la région	10
Facteurs d'échelle.....	12
Caractéristiques d'intérêt supplémentaires	12
Caractéristiques démographiques.....	13
Mesures socio-économiques.....	14
Mesures des maladies chroniques.....	15
Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation	16
Consultations médicales.....	16
Résultats	16
Langue et région	17
Définitions de la langue	17
La population par région.....	18
Facteurs d'échelle.....	20
Caractéristiques d'intérêt supplémentaires	21
Caractéristiques démographiques.....	22
Mesures socio-économiques.....	26
Mesures des maladies chroniques.....	29
Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation	33
Consultations médicales.....	35
Conclusion.....	39
Références.....	41
Annexe – Taux normalisés selon l'âge et le sexe	42

Liste des graphiques

Graphique 1 : Régions de tri d'acheminement (polygones verts) se trouvant à l'intérieur ou partiellement à l'intérieur de la RMR de Saint John (polygone orange)	11
Graphique 2 : Régions de tri d'acheminement (polygones verts) se trouvant à l'intérieur ou partiellement à l'intérieur de la RMR de Moncton (polygone orange)	11
Graphique 3 : Proportion de la population du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone à l'aide des trois définitions de la préférence linguistique	18
Graphique 4 : Population (18+) du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone (selon la définition de l'assurance-maladie) dans cinq zones géographiques	19
Graphique 5 : Proportion de la population (18+) du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone (selon la définition de l'assurance-maladie) dans trois zones géographiques	19
Graphique 6 : La proportion de personnes identifiées comme francophones (18+) diffère à Saint John, à Moncton et dans le reste du N.-B. (en fonction des trois définitions de la préférence linguistique)	20
Graphique 7 : Facteurs d'échelle pour la population francophone (18+) du N.-B. et de la RMR de Saint John (Référence : préférence linguistique pour l'assurance-maladie)	21
Graphique 8 : Pourcentage de la population du N.-B. (18+) par tranche d'âge et sexe (1 ^{er} juillet 2018)	22
Graphique 9 : Pourcentage de la population francophone du GSJ (18+) par tranche d'âge et sexe (1 ^{er} juillet 2018)	23
Graphique 10 : Proportion de la population du N.-B. et des francophone du GSJ (18+) par composition du ménage	24
Graphique 11 : Proportion de la population du N.-B. et des francophones du GSJ (18+) par statut d'immigrant	24
Graphique 12 : Proportion de la population du N.-B. et des francophones du GSJ (18+) par durée de résidence dans une même RTA	25
Graphique 13 : Taux de mortalité pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue	25
Graphique 14 : Proportion de la population (18+) du N.-B., du GSJ francophone, de la zone francophone de Moncton et du GSJ anglophone par quintile de revenu (1 = échelon inférieur and 5 = échelon supérieur)	26
Graphique 15 : Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale entre 2015 et 2018 pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B., classés selon la langue	27
Graphique 16 : Nombre de personnes ayant bénéficié de soins à domicile entre 2015 et 2018 pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B., classées selon la langue	28
Graphique 17 : Proportion des bénéficiaires de soins à domicile du GSJ entre 2015 et 2018 avec une langue donnée pour les services (par préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie)	29

Graphique 18 : Taux de prévalence des maladies chroniques du N.-B. (2018)	30
Graphique 19 : Taux de prévalence pour les quatre maladies chroniques prédominantes au N.-B. et dans le GSJ francophone (2018)	30
Graphique 20 : Taux de Prévalence de l'hypertension pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue (2018)	31
Graphique 21 : Moyenne des années depuis le diagnostic d'une maladie chronique pour la population du N.-B. (à l'exception des maladies mentales et des troubles de l'humeur et de l'anxiété) (2018)	32
Graphique 22 : Moyenne des années écoulées depuis le diagnostic d'une maladie chronique pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue (à l'exception des maladies mentales et des troubles de l'humeur et de l'anxiété) (2018)	33
Graphique 23 : Nombre total d'hospitalisations selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)	33
Graphique 24 : Nombre d'hospitalisations par habitant selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)	34
Graphique 25 : Moyenne du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)	35
Graphique 26 : Nombre total de consultations médicales selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2018)	36
Graphique 27 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté, dans les autres établissements médicaux ou dans des établissements inconnus du GSJ (2015-2018)	37
Graphique 28 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté, dans les autres établissements médicaux ou dans des établissements inconnus du GSJ francophone (2015-2018)	37
Graphique 29 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté selon la langue (2015-2018)	38
Graphique 30 : Pourcentage du total annuel des consultations médicales en anglais et en français dans le GSJ (2015-2018)	39
Graphique 31 : Taux de prévalence normalisés selon l'âge et le sexe pour les quatre maladies chroniques prédominantes au N.-B. et dans le GSJ francophone	42
Graphique 32 : Taux de Prévalence de l'hypertension normalisés selon l'âge et le sexe pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue ..	43
Graphique 33 : Moyenne du nombre d'années normalisée selon l'âge et le sexe depuis l'annonce du diagnostic de maladie chronique pour le N.-B. (2018).	43

Liste des tableaux

Tableau 1: Séries de données de l'IRDF-NB utilisées pour réaliser l'analyse	8
Tableau 2 : Classifications du statut d'immigrant en fonction du statut de citoyen tiré de la Base de données sur les citoyens.....	14

Tableau 3 : Population (18+) du Nouveau-Brunswick classée en fonction de la préférence linguistique pour l'assurance-maladie en date du 1 ^{er} juillet 2018.	17
Tableau 4 : Estimations concernant la population francophone du GSJ réalisées à l'aide de facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	21
Tableau 5 : Estimations concernant les bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ francophone réalisées à l'aide de facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	27
Tableau 6 : Estimations concernant les francophones du GSJ bénéficiant de soins à domicile selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	28
Tableau 7 : Estimations des hospitalisations dans le GSJ francophone selon les facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	34
Tableau 8 : Estimations des consultations médicales dans le GSJ francophone selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	36
Tableau 9 : Estimations des consultations à la clinique Médisanté du GSJ francophone selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)	38

Liste des acronymes

Acronyme	Définition
AR	Agglomérations de recensement
RMR	Région métropolitaine de recensement
RGSJ	Région du Grand Saint John
N.-B.	Nouveau-Brunswick
IRDF-NB	Institut de recherche, de données et de formation du Nouveau-Brunswick

Sommaire

Le bilinguisme rend la province du Nouveau-Brunswick (N.-B.) unique au sein du Canada, de par sa forte diversité linguistique et son incroyable richesse culturelle. Cependant, comme le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue du Canada, certains segments de sa population sont confrontés à des obstacles linguistiques. Par exemple, il n'y a que peu d'information sur la taille de la communauté francophone dont les membres préféreraient un service en français dans les régions à majorité anglophone. Sans cette information, il est, toutefois, impossible de représenter précisément la demande potentielle de services sociaux et de soins de santé en français et de trouver le moyen de répondre à cette demande le plus efficacement possible.

Dans ce rapport, nous tentons de remédier aux obstacles linguistiques, particulièrement dans la région du Grand Saint John¹ en élaborant un profil de la population francophone de cette région. Pour combler cette lacune au niveau des connaissances et éclairer les discussions sur les obstacles linguistiques au N.-B., les auteurs de ce rapport exposent une analyse de la mesure dans laquelle les services de santé, entre autres services d'aide, peuvent être offerts en français dans les régions à majorité anglophone de la province. Parmi les aspects visés, mentionnons l'état de santé des résidents, l'usage des services de santé, la réception des services sociaux, la composition des ménages et le profil socio-économique du quartier. Nous examinons comment ces aspects ont changé au fil du temps et nous les comparons à celles des Néo-Brunswickois francophones et anglophones qui vivent dans une communauté urbaine majoritairement francophone et des résidents anglophones qui vivent dans la RGSJ, à Moncton et dans le reste du N.-B.²

Étant donné qu'à ce jour, la seule information sur la préférence linguistique que l'on trouve dans les données administratives du N.-B. est tirée des dossiers du système de l'assurance-maladie de la province, il y a des raisons de croire que l'on sous-estime peut-être la préférence linguistique réelle concernant les services de santé. C'est pourquoi nous envisageons des ajustements en fonction des résultats sur les connaissances linguistiques régionales indiqués dans le recensement canadien de 2016.

Faits saillants des conclusions

Population francophone

À l'aide de trois mesures de la préférence linguistique, on estime qu'entre 20 et 33 % des Néo-Brunswickois se disent francophones. Pour la région du GSJ, on estime qu'entre 1 et 5 % de la population est francophone, alors que ce pourcentage va de 16 à 36 % pour la population de Moncton et de 27 à 40 % pour la population du reste du N.-B.

¹ La RGSJ comprend la ville de Saint John, Rothesay, Hampton, Quispamsis et les régions environnantes.

² Le « reste du N.-B. » comprend les régions de tri d'acheminement (RTA) intégralement à l'extérieur des RMR de Saint John et de Moncton classées en fonction des trois premiers chiffres du code postal régional.

- Selon les données sur la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie du N.-B., 79,90 % du N.-B. peuvent être considérés comme anglophones, et 20,10 % francophones. Cependant, selon le recensement de 2016, le français est la langue la plus fréquemment parlée à la maison pour 28,97 % des résidents du N.-B., et la langue maternelle de 32,84 % d'entre eux. Ces chiffres laissent penser que les données de l'assurance-maladie sous-estiment la proportion de francophones au N.-B.
- Si l'on considère les données sur la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie, on constate que la population francophone de la région du GSJ comprend 1 065 personnes (1 % de la population du GSJ). Cependant, selon les facteurs d'échelle fondés sur le recensement, on estime que 1 575 résidents du GSJ parlent le plus souvent français à la maison (1,48 % de la population du GSJ), et que 4 985 résidents ont le français comme langue maternelle (4,70 % de la population du GSJ).

Caractéristiques démographiques

Bien que les membres de la population francophone du GSJ affichent des caractéristiques similaires à celles de la population générale du N.-B. concernant l'âge, le sexe et la composition du ménage, ils ont deux fois plus de probabilité de ne pas être considérés comme des citoyens ou des résidents à long terme du N.-B., et sont aussi deux fois plus susceptibles d'avoir vécu dans la même région moins de cinq ans, ce qui laisse penser que cette population est plus mobile.

- La répartition selon l'âge, le sexe et la composition du ménage du GSJ francophone est similaire à celle du N.-B., bien qu'une plus grande proportion de ménages soit composée de deux adultes avec enfants dans le GSJ francophone.
- Non moins de 7,98% des francophones du GSJ ne sont pas considérés comme des citoyens ou des résidents à long terme du N.-B. Ce pourcentage est plus de deux fois supérieur à celui des personnes de la population du N.-B. qui ne sont pas considérées comme des citoyens ou des résidents à long terme (3,81 %).
- Non moins de 20,66 % des francophones du GSJ vivent dans la même région de tri d'acheminement (RTA) depuis moins de cinq ans. Ici également, ce pourcentage est plus de deux fois supérieur à celui des personnes de la population du N.-B. qui vivent dans la même RTA depuis moins de cinq ans (9,5 %).

Mesures de l'aide socio-économique et des soins à domicile

Par rapport à la population du N.-B., une plus grande proportion de la population francophone du GSJ se situe dans les quintiles de faible revenu et de revenu élevé, avec une proportion inférieure affichant un revenu moyen. La population francophone du GSJ (1-5 % de la population du GSJ) représente entre 0,5 et 2,22 %, approximativement, des bénéficiaires des soins à domicile du GSJ. Moins de la moitié de la population francophone dont la préférence

linguistique pour correspondance médicale est le français ont reçu des services de soins à domicile en français.

- La population du N.-B. affiche une répartition égale, à environ 20 %, pour chaque quintile de revenu par construction, tandis que 29,41 % de la population francophone du GSJ se trouve dans le quintile 5 (revenu élevé), 23,04 % dans le quintile 1 (faible revenu) et 14,22 % dans le quintile 3 (revenu intermédiaire).
- On estime qu'entre 2015 et 2018, le nombre des francophones récipiendaires de l'aide sociale dans le GSJ allait de 100 à 470 (selon les facteurs d'échelle fondés sur la définition de la langue). Ces chiffres représentent entre 0,47 et 2,22 % des récipiendaires de l'aide sociale du GSJ. À l'aide des mêmes facteurs d'échelle, on estime que le nombre des francophones du GSJ ayant bénéficié de soins à domicile entre 2015 et 2018 allait de 35 à 165, soit de 0,48 à 2,27 % des personnes du GSJ ayant bénéficié de soins à domicile.
- Non moins de 42,86 % des personnes du GSJ ayant bénéficié de soins à domicile et dont la préférence linguistique pour l'assurance-maladie est le français ont reçu des soins à domicile en français, tandis que les autres personnes (57,14 %) ont reçu des services de soins à domicile en anglais.

Mesures des maladies chroniques

La population francophone du GSJ affiche une prévalence similaire des maladies chroniques les plus courantes à celle de l'ensemble de la population du N.-B., avec, toutefois, une prévalence moindre pour l'hypertension et un nombre d'années substantiellement inférieur depuis le diagnostic.

- En ce qui concerne les quatre maladies chroniques prédominantes (diabète, hypertension, maladies mentales, troubles de l'anxiété et de l'humeur), les francophones du GSJ affichent des taux de prévalence similaires à ceux de l'ensemble du N.-B., la plus grande différence se produisant pour l'hypertension, dont le taux est relativement plus faible pour les résidents francophones du GSJ (25,73 % par rapport à 32,69 %).
- Les francophones du GSJ affichent un nombre moyen d'années substantiellement inférieur depuis le diagnostic d'une maladie chronique (5,38 années) par rapport à l'ensemble des autres domaines et langues du N.-B., soit environ 10 années depuis le diagnostic.

Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation

La population francophone du GSJ affiche le plus faible taux d'hospitalisation par habitant des régions et des groupes linguistiques examinés dans tout le N.-B., ainsi qu'une moyenne de jours d'hôpital par hospitalisation bien inférieure à celle des anglophones du GSJ.

- On estime que, de 2015 à 2020, il y a eu entre 850 et 3 980 hospitalisations dans la région du GSJ (selon les facteurs d'échelle fondés sur la définition de la langue du GSJ francophone). Sur les six groupes examinés dans ce rapport, il s'agit du taux le plus bas d'hospitalisations par habitant, soit 0,139. La population anglophone du reste du N.-B. affiche le taux le plus élevé (0,192) d'hospitalisations par habitant.
- La RMR de Saint John affiche la moyenne la plus élevée du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation au N.-B., soit 9,22 jours par hospitalisation pour la population anglophone et 6,95 jours par hospitalisation pour la population francophone.

Consultations médicales

On estime qu'entre 2015 et 2018, 24 % des consultations faites à la clinique Médisanté du GSJ concernaient la population francophone du GSJ. Bien que les consultations des francophones aient augmenté de 55 % durant la période de l'étude, ce sont les anglophones du GSJ qui effectuent la majorité des consultations à la clinique.

- On estime qu'entre 2015 et 2018, le nombre de consultations médicales réalisées par des francophones du GSJ allait de 27 965 à 130 875 (selon les facteurs d'échelle de la définition linguistique du GSJ francophone).
- On estime qu'entre 2015 et 2018, le nombre de consultations faites par des francophones à la clinique Médisanté du GSJ s'élevait à 4 940, soit 23,92 % des consultations faites à la clinique Médisanté du GSJ (selon la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie). Si toutes les personnes ayant indiqué le français comme leur langue maternelle lors du recensement de 2015 se rendaient à la clinique Médisanté du GSJ pour leurs consultations médicales, il y aurait eu 20 650 consultations durant la période de l'étude.
- Entre 2015 et 2018, les consultations à la clinique Médisanté Saint-Jean ont augmenté tant pour les anglophones que pour les francophones. Les consultations des anglophones ont augmenté de 83,57 % (de 2 830 à 5 195), tandis que celles des francophones ont augmenté de 55,19 % (de 1 060 à 1 645). Un nombre bien plus élevé d'anglophones que de francophones a continué de se rendre dans cette clinique.

Introduction

Dans le monde entier, les groupes linguistiques minoritaires sont confrontés à des inégalités sur le plan de la santé à cause d'obstacles linguistiques. Cependant, on n'a fait que peu de recherches sur l'expérience des minorités de langues officielles au Canada (Marmen et Delisle, 2003). L'anglais et le français sont les deux langues officielles reconnues au Canada, mais l'usage de l'anglais prédomine dans toutes les provinces, sauf au Québec. Les francophones représentent environ 22,8 % de la population du Canada; cependant, cette proportion atteint 31,8 % au Nouveau-Brunswick, la seule province officiellement bilingue du Canada (Statistique Canada [StatCan], 2017a).

Les obstacles linguistiques influent sur la prestation des services de santé ainsi que sur les résultats des traitements à cause de la réduction de la qualité des soins et de l'atteinte à la sécurité du patient qu'ils provoquent³. Lorsque les patients et les fournisseurs de soins de santé parlent la même langue, il est possible de réaliser des évaluations plus exactes et des examens plus appropriés, de poser des diagnostics plus précis et de prescrire des traitements plus adéquats (Nelson, 2002). Par contre, les obstacles linguistiques peuvent influencer négativement sur la gestion d'une maladie chronique, par exemple en compliquant le compte-rendu des symptômes. Les difficultés de communication peuvent aussi affecter négativement les soins de fin de vie, la gestion de la douleur, la sécurité régulière hors de l'hôpital ainsi que la réadmission à l'hôpital pour le même problème de santé, et entraîner une prolongation du séjour à l'hôpital (Bowen et De Moissac, 2018).

Selon Bouchard et coll. (2012), les maladies chroniques sont plus courantes chez les francophones que chez les anglophones, comme le montrent les données du sondage sur la santé de la population canadienne (cité dans Gauthier et coll., 2015). Suite à des analyses régionales des mesures de la santé par groupe linguistique, on a constaté que les francophones qui résident dans certaines communautés du Nord de l'Ontario sont plus vulnérables que les francophones du reste du Canada (Gauthier et coll., 2015). De plus, dans les communautés francophones vieillissantes, les obstacles linguistiques peuvent exposer ces personnes à des risques sanitaires plus élevés que la population générale (Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada [FCFA], 2001).

Les Néo-Brunswickois ont le droit de recevoir des soins de santé dans la langue officielle de leur choix, mais les francophones sont encore confrontés à des défis pratiques pour obtenir ces services en français dans les régions à majorité anglophone du Nouveau-Brunswick. Il est important de combler cette lacune au niveau des connaissances pour déterminer la demande potentielle de services de santé en français et le moyen de répondre à cette demande le plus efficacement possible.

³ La qualité des soins est définie comme la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux personnes et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir le résultat désiré, conformément aux connaissances professionnelles actuelles. La sécurité du patient désigne la réduction et l'amoindrissement des actes non sécuritaires, et accroît l'utilisation des pratiques exemplaires à l'origine de résultats médicaux optimaux (Organisation mondiale de la santé, 2009).

Malheureusement, comme il n'y a aucun indicateur largement répandu de la préférence linguistique dans les divers systèmes d'information utilisés au N.-B., la composition de la population qui préférerait un service en français dans les régions à majorité anglophone n'est pas bien connue. L'approche que nous avons choisie pour ce rapport consiste à utiliser la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie indiquée dans le système provincial de l'assurance-maladie et à envisager plusieurs ajustements à cette situation en fonction des données régionales sur les connaissances linguistiques issues du recensement du Canada de 2016.

Nous amorçons l'analyse en comparant les chiffres de la population francophone obtenus à l'aide de la définition de la langue de l'assurance-maladie et de deux autres définitions de la langue issues du recensement (langue la plus souvent parlée à la maison et langue maternelle) pour obtenir les différences dans les estimations sur la population francophone à l'aide des diverses définitions de la langue, plus particulièrement dans la région du Grand Saint John (GSJ)⁴.

L'objectif du présent rapport est de caractériser la population francophone du GSJ et d'analyser la prestation des services de santé et des autres services offerts en français dans les régions à majorité anglophone de la province. Dans ce rapport, nous répondons aux questions de recherche suivantes :

- Y a-t-il eu des changements au profil de la communauté francophone du GSJ (nombre et composition) entre 2015 et 2020?
- Dans quelle mesure la taille et la composition estimées de la communauté francophone reflètent-elles les données du profil du recensement le plus récent?
- Quels sont les profils médicaux, économiques et géographiques de la communauté francophone, par rapport aux non-francophones du GSJ et à la population francophone des communautés urbaines à majorité francophone comme Moncton?
- Dans quelle mesure les résultats et les expériences des membres âgés de la communauté francophone du GSJ reflètent-ils ceux des membres âgés des autres communautés (les non-francophones du GSJ et la population francophone de Moncton)?
- Quelles sont les caractéristiques des membres de la communauté francophone qui ont reçu des services de santé à la clinique Médisanté du GSJ par rapport aux personnes qui n'en n'ont pas reçus?

⁴ La région du GSJ comprend la ville de Saint John, Rothesay, Hampton, Quispamsis et les régions environnantes.

Données et méthodologie

Dans cette section, nous donnons un aperçu des données utilisées pour cette analyse. Puis nous divisons la méthodologie en deux parties. Dans la première partie, nous définissons la langue et la région à l'aide des données de l'assurance-maladie et nous décrivons comment les résultats seront comparés aux définitions de la langue du recensement à l'aide des facteurs d'échelle issus de ces données. Dans la deuxième partie, nous expliquons la méthodologie utilisée pour plusieurs mesures médicales, démographiques et socio-économiques obtenues à l'aide de la définition de la langue de l'assurance-maladie. Dans l'ensemble de ce rapport, les chiffres de tous les résultats sont aléatoirement arrondis à 5 pour protéger la confidentialité des personnes associées aux échantillons de petite taille.

Sources des données

Plusieurs séries de données disponibles dans l'environnement de recherche sécurisé de l'Institut de recherche, de données et de formation du Nouveau-Brunswick (IRDF-NB) ont servi à réaliser l'analyse présentée dans ce rapport, bien que les années pour lesquelles les données sont disponibles varient d'une série de données à l'autre. Le Tableau 1 contient un résumé des séries de données utilisées dans ce rapport.

Tableau 1: Séries de données de l'IRDF-NB utilisées pour réaliser l'analyse

Série de données	Information disponible	Année
Données sur le citoyen	Démographie de la population du N.-B., particulièrement dans la région francophone de Saint John	2015-2020
Données sur l'aide sociale	Indicateurs pour les bénéficiaires de l'aide sociale	2015-2018
Données sur les soins de longue durée	Indicateurs pour les participants du programme de soins à domicile du N.-B.	2015-2018
SNSMC (multiples séries de données)*	Indicateurs pour les personnes ayant diverses maladies chroniques	2015-2018
Données sur le cancer du N.-B.	Indicateurs pour les personnes ayant le cancer	2015-2018
Données sur les congés des patients	Facteurs liés à la santé, comme le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hôpital par hospitalisation	2015-2020
Facturation des médecins du N.-B.	Facteurs liés à la santé comme le nombre de consultations médicales	2015-2018

* Parmi les séries de données du SNSMC spécifiquement utilisées pour cette analyse, mentionnons les séries de données du SNSMC sur l'infarctus aigu du myocarde, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les troubles neurocognitifs, le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, les cardiopathies ischémiques, les maladies mentales, les troubles de l'humeur et de l'anxiété, la schizophrénie et les accidents cérébrovasculaires.

Veillez noter que les Données sur le citoyen entreposées à l'IRDF-NB contiennent des renseignements démographiques et géographiques sur tous les résidents du N.-B. inscrits à l'assurance-maladie du N.-B.

Langue et région

Dans cette section, nous exposons comment la langue est définie à partir des Données sur le citoyen (i.e., données de l'assurance-maladie) et des définitions correspondantes issues du recensement de 2016. La région géographique est ensuite définie à l'aide des Données sur le citoyen. Des facteurs d'échelle sont calculés et servent à produire des prévisions de l'incidence des caractéristiques propres aux francophones et de l'usage des services de santé par des francophones à partir de l'hypothèse selon laquelle ces proportions reflètent le nombre de personnes qui préféreraient des services de santé en français.

Veillez noter que ces valeurs d'échelle issues du recensement sont fondées sur la situation de personnes âgées de plus de 19 ans en 2016, bien que notre analyse porte sur des personnes de plus de 18 ans.

Définitions de la langue

Nous utilisons trois définitions de la langue; la première est issue des données de l'assurance-maladie et les deux autres proviennent du recensement :

- La préférence linguistique pour la correspondance (assurance-maladie)
- La langue la plus souvent parlée à la maison (recensement)
- La langue maternelle (recensement)

Nous distinguons les francophones des anglophones à l'aide d'une variable linguistique issue des Données sur le citoyen qui indique si une personne préfère recevoir les communications de l'assurance-maladie en anglais ou en français. Nous utilisons cette variable pour déterminer le nombre de francophones dans la province. Il s'agit du seul indicateur de la préférence linguistique disponible à l'échelle de l'individu. Comme la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie n'est pas forcément représentative de la préférence ou des connaissances linguistiques d'une personne à des fins de communication, nous avons aussi utilisé des données statistiques régionales concernant deux indicateurs de la préférence linguistique issus du recensement du Canada : la langue la plus souvent parlée à la maison et la langue maternelle.

Nous comparons les chiffres de population qui distinguent les francophones des anglophones à l'aide de la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie, en calculant les chiffres de population correspondants à l'aide des définitions sur la langue afin d'adapter les valeurs signalées à l'hypothèse selon laquelle les estimations du recensement

reflètent plus précisément la préférence linguistique d'une personne. Les résultats sélectionnés comparent les chiffres de la population francophone à l'aide de chacune des trois définitions.

Définitions de la région

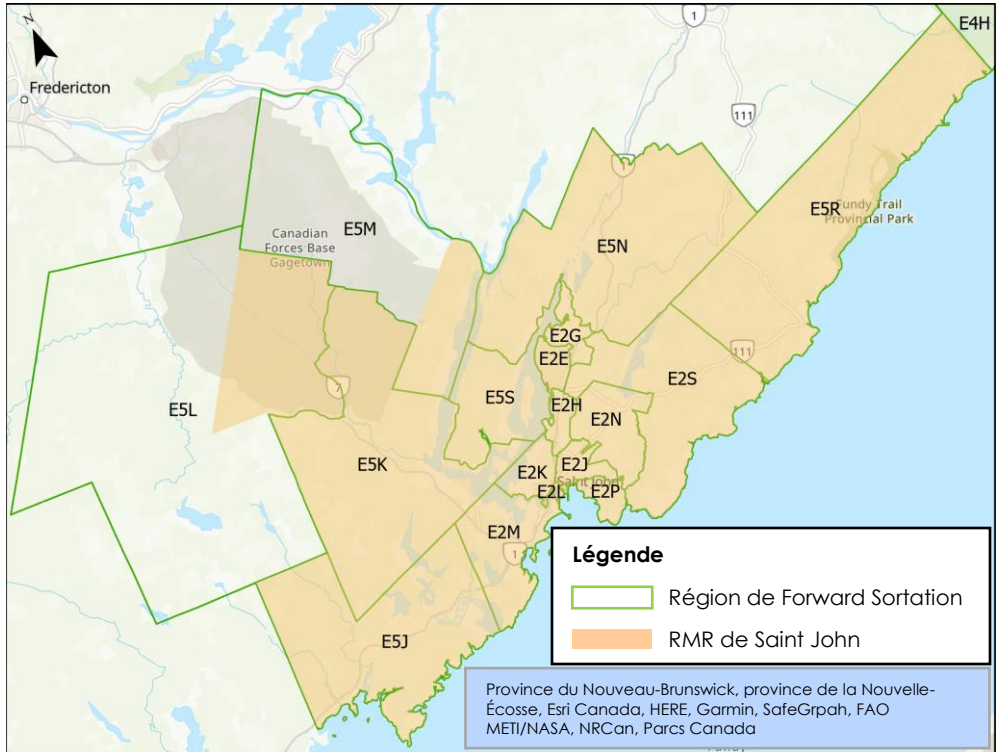
Les régions géographiques sont définies dans les données de l'assurance-maladie de sorte à correspondre aux régions du recensement. Le recensement et les données connexes sont disponibles au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR)⁵ tandis que les données de l'assurance-maladie consignent les régions de tri d'acheminement (RTA), qui sont déterminées par les trois premiers chiffres du code postal. En raison des différences dans la façon dont Statistique Canada définit les RMR et la façon dont Postes Canada attribue les codes postaux, la cartographie des RTA par rapport aux RMR n'est pas complète. C'est pourquoi chaque RTA du N.-B. est affectée à l'une de cinq zones géographiques, comme suit :

- Dans la RMR de Saint John
- Partiellement dans la RMR de Saint John
- Dans la RMR de Moncton
- Partiellement dans la RMR de Moncton
- Reste du N.-B.

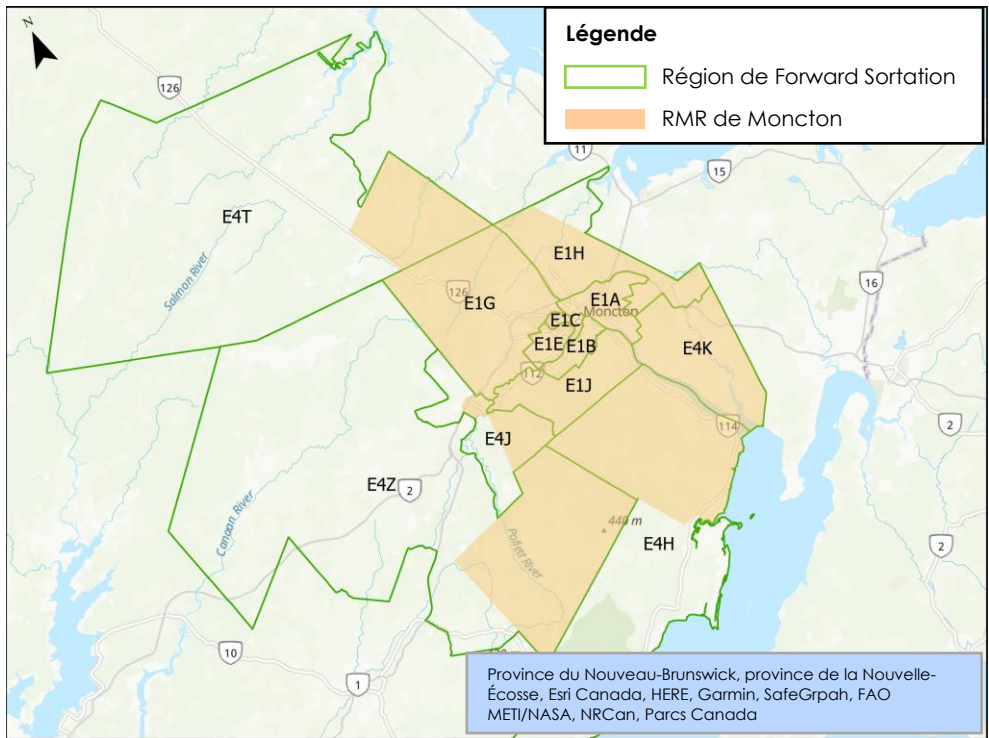
Les zones Dans la RMR de Saint John et Dans la RMR de Moncton renferment les RTA situées intégralement dans leur RMR respective (par ex., E5S au [Graphique 1](#)). Les zones Partiellement dans la RMR de Saint John et Partiellement dans la RMR de Moncton renferment les RTA situées en partie dans leur RMR respective (par ex., E5L au [Graphique 2](#)). La zone Reste du N.-B. contient toutes les autres RTA du N.-B.

⁵ Par définition, une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants, dont au moins 50 000 vivent dans le noyau urbain.

Graphique 1 : Régions de tri d'acheminement (polygones verts) se trouvant à l'intérieur ou partiellement à l'intérieur de la RMR de Saint John (polygone orange)



Graphique 2 : Régions de tri d'acheminement (polygones verts) se trouvant à l'intérieur ou partiellement à l'intérieur de la RMR de Moncton (polygone orange)



Facteurs d'échelle

Les chiffres de la population francophone diffèrent entre la définition de l'assurance-maladie et les deux définitions de la langue du recensement, tant pour l'ensemble du N.-B. que pour le GSJ en particulier. Un moyen de rendre compte de ces différences dans la population consiste à appliquer des facteurs d'échelle à certains de nos résultats.

Ces facteurs d'échelle sont calculés à l'aide de la définition de la langue de l'assurance-maladie comme base de référence (dénominateur), puis en déterminant dans quelle mesure chaque proportion linguistique est différente par rapport à sa base de référence correspondante. Cela signifie que la définition de la langue de l'assurance-maladie aura un facteur d'échelle de 1, et que les définitions de la langue du recensement auront des facteurs d'échelle fondés sur la division de la proportion de la population francophone établie à l'aide d'une définition de la langue du recensement par la proportion de la population francophone établie à l'aide de la définition de la langue de l'assurance-maladie.

Nous avons développé des facteurs d'échelle francophones pour la langue la plus souvent parlée à la maison et la langue maternelle. Ces facteurs permettent d'adapter les résultats en fonction des populations du recensement définies selon la langue afin de réduire la sous-estimation des populations d'une langue donnée qui se produit lorsqu'on utilise la préférence linguistique pour l'assurance-maladie. À moins d'indication contraire, les résultats présentés dans ce rapport seront fondés sur la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie comme définition de la langue.

Caractéristiques d'intérêt supplémentaires

Nous décrivons dans cette section comment nous avons obtenu plusieurs mesures à partir des données de l'assurance-maladie à l'aide des définitions de la langue et de la région de l'assurance-maladie.

Les caractéristiques démographiques comprennent l'âge, le sexe, la composition du ménage, le statut d'immigrant, la durée de la résidence et le taux de mortalité.

Les mesures socio-économiques comprennent les quintiles de revenu du quartier, l'aide sociale et les soins à domicile.

Les mesures utilisées pour les maladies chroniques comprennent la prévalence et la moyenne des années depuis le diagnostic de plusieurs maladies chroniques.

Les autres mesures des soins de santé comprennent les hospitalisations, le nombre de jours par hospitalisation et les consultations médicales.

Caractéristiques démographiques

Nous avons utilisé les Données sur le citoyen pour calculer plusieurs caractéristiques démographiques de la population adulte du N.-B., que nous avons ensuite comparées aux sous-populations suivantes :

- Francophones de Saint John
- Francophones de Moncton
- Anglophones de Saint John

Les caractéristiques démographiques comprennent la population par zone, la langue, l'âge, le sexe, la composition du ménage, le statut d'immigrant, la durée de résidence et le taux de mortalité. Chacune d'entre elles est déterminée à partir des personnes activement membres de l'assurance-maladie en date du 1^{er} juillet 2018.

Le sexe est fondé sur l'information de l'assurance-maladie et comprend les variables homme et femme. Les personnes dont le sexe est inconnu ont été exclues pour protéger leur confidentialité vu la petite taille des échantillons associés à cette catégorie.

L'âge est établi en date du 1^{er} juillet 2018, puis réparti en sept tranches d'âge : 18-34 ans, 35-54 ans, 55-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans et 80 ans et plus.

Nous avons établi cinq catégories pour la composition des ménages : Deux adultes sans enfant, Deux adultes avec enfants (0-17 ans), Un adulte avec enfants, Ménage d'une seule personne et Autre. La composition du ménage est déterminée à l'aide d'une variable de l'identifiant du ménage issue des Données sur le citoyen qui regroupe les personnes appartenant au même ménage à un moment donné. Cependant, comme les relations entre les membres du ménage ne sont pas précisées (par ex., mère, enfant, colocataire, etc.), nous sommes limités dans ce que nous pouvons déterminer concernant la composition du foyer. Pour chaque ménage, le nombre des adultes et des enfants est déterminé en fonction de l'âge de chaque personne en date du 1^{er} juillet 2018. Les ménages sont ensuite catégorisés en fonction du nombre d'adultes et d'enfants. Veuillez noter que les ménages avec deux parents et des enfants adultes sont répertoriés dans la catégorie Autre.

Nous avons établi trois catégories pour le statut d'immigrant : Citoyen ou résident à long terme, Résident permanent et Autre. Ces catégories sont fondées sur la variable du statut de citoyen tirée des Données sur le citoyen qui comporte six catégories. Les personnes ayant un statut de citoyen inconnu sont classées soit dans la catégorie Citoyen ou résident à long terme si, selon les Données sur le citoyen, elles sont activement admissibles depuis au moins dix ans à l'assurance-maladie, soit dans la catégorie Autre si elles sont activement admissibles à l'assurance-maladie depuis moins de dix ans (voir [Tableau 2](#)).

Tableau 2 : Classifications du statut d'immigrant en fonction du statut de citoyen tiré de la Base de données sur les citoyens.

Statut d'immigrant	Statut de citoyen selon la Base de données sur les citoyens
Citoyen ou résident à long terme	Citoyen
	Citoyen à double nationalité
	Indien inscrit
	Inconnu, mais avec au moins dix ans d'admissibilité active à l'assurance-maladie
Résident permanent	Immigrant reçu
Autre	Permis de séjour
	Inconnu, mais avec moins de dix ans d'admissibilité active à l'assurance-maladie

La durée de la résidence est déterminée en fonction de la question de savoir si une personne vit depuis au moins cinq ans dans la même RTA, selon la RTA dans laquelle elle se trouvait le 1^{er} juillet 2018.

Le taux de mortalité est calculé en fonction du nombre de décès répertorié en 2018, puis divisé par la population en date du 1^{er} juillet 2018. Les décès sont déterminés en fonction d'un statut d'admissibilité au décès inclus aux Données sur le citoyen.

Mesures socio-économiques

Nous utilisons les Données sur le citoyen, les Données sur l'aide sociale et les Données sur les soins de longue durée de l'IRDF-NB pour établir des mesures socio-économiques, qui comprennent le quintile de revenu, le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale et le nombre de personnes bénéficiant de soins à domicile.

Les quintiles de revenu sont estimés en fonction du résultat du géocodage issu du code postal. Le géocodage est réalisé dans le cadre du programme du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+) de Statistique Canada (StatCan, 2017b).

Une personne est incluse aux personnes recevant l'aide sociale s'il y a à son sujet au moins une mention dans les sections Aide de transition ou Prestation complémentaire des Données sur l'aide sociale à un moment donné entre 2015 et 2018, et qu'elle est activement admissible à l'assurance-maladie le 1^{er} juillet de l'année donnée (par ex., bénéficiaire de l'aide sociale en 2015, et admissible à l'assurance-maladie en date du 1^{er} juillet 2015).

Une personne est considérée comme recevant des soins à domicile si elle affiche un statut Ouvert dans les Données sur les soins de longue durée entre 2015 et 2018 ainsi qu'une admissibilité active à l'assurance-maladie en date du 1^{er} juillet de l'année en question (par ex.,

bénéficiaire de soins à domicile en 2015 et admissible à l'assurance-maladie en date du 1^{er} juillet 2015). Une variable linguistique supplémentaire aussi été ajoutée pour préciser la langue de service des bénéficiaires de soins à domicile.

Mesures des maladies chroniques

Nous utilisons les Données sur le citoyen parallèlement à plusieurs séries de données du SNSMC et du Registre du cancer du N.-B. pour élaborer des mesures des maladies chroniques au N.-B. entre 2015 et 2018. Les maladies chroniques incluses à cette analyse sont l'infarctus aigu du myocarde, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les troubles neurocognitifs, le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, les cardiopathies ischémiques, les maladies mentales, les troubles de l'humeur et de l'anxiété, la schizophrénie, les accidents cérébrovasculaires et le cancer. Les mesures des maladies chroniques comprennent les taux de prévalence et la moyenne des années écoulées depuis le diagnostic.

Des tranches d'âge plus vastes ont été créées pour mesurer les maladies chroniques ainsi que pour d'autres mesures de santé, comme les hospitalisations et les consultations médicales. Pour ces mesures, nous utilisons six tranches d'âge : 18-49 ans, 50-59 ans, 60-64 ans, 70-74 ans et 75 ans et +. Ces tranches d'âge servent à axer les mesures de la santé sur la population âgée.

Pour la majorité des maladies chroniques, nous avons conservé la date du premier diagnostic. Comme nous partons du principe que le diagnostic demeure avec ces personnes pour le reste de leur vie, ces personnes sont mentionnées dans les Données sur les maladies chroniques chaque année après le diagnostic. Par exemple, le nom d'une personne ayant reçu un diagnostic de diabète en 2013 sera mentionné dans les Données sur les maladies chroniques pour 2015-2018, à moins que cette personne soit décédée avant 2018. Même si une personne a plusieurs maladies chroniques, il n'y aura à son sujet qu'une seule mention dans l'analyse par maladie chronique par année. De 2015 à 2018, des personnes sont incluses chaque année pour laquelle elles étaient présentes avec la maladie chronique. Il y a deux exceptions à l'utilisation de la première date du diagnostic : les maladies mentales et les troubles de l'humeur et de l'anxiété.

Les maladies mentales et les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont traités différemment en raison des différentes définitions des cas (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Ces deux maladies apparaissent dans les Données sur les maladies chroniques uniquement les années durant lesquelles une personne a été hospitalisée ou a eu une consultation médicale pour cette maladie. Par exemple, si une personne a dû être hospitalisée en 2016 et en 2018 pour un trouble de l'humeur et de l'anxiété, son nom apparaîtra dans les Données sur les maladies chroniques de 2016 et de 2018, mais pas de 2017.

On détermine les taux de prévalence en calculant la proportion des personnes qui ont une maladie chronique donnée durant une année donnée et dans un sous-groupe donné (par ex., GSJ francophone) que l'on divise par le total de la population pour cette même année et ce même sous-groupe. On calcule la moyenne des années depuis l'annonce du diagnostic à partir du total des années écoulées depuis l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique donnée durant une année donnée au sein d'un sous-groupe particulier que l'on divise par le

nombre de personnes ayant cette maladie chronique durant cette année et dans ce sous-groupe.

Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation

Nous utilisons la Base de données sur les congés des patients pour 2015-2020 parallèlement aux Données sur le citoyen pour cette même période afin de déterminer le nombre d'hospitalisations et de jours d'hôpital par hospitalisation.

Nous incluons à notre analyse les hospitalisations des personnes de 18 ans et plus qui se sont produites au N.-B. entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2020. Nous calculons ensuite le nombre des hospitalisations et le total des jours d'hôpital pour chaque personne et chaque année.

Consultations médicales

Nous utilisons les Données sur la facturation des médecins du N.-B. pour 2015-2018 parallèlement aux Données sur le citoyen pour cette même période afin de déterminer le nombre de consultations médicales.

La clinique Médisanté Saint-Jean est spécifiquement mentionnée dans notre analyse parce qu'il s'agit d'une clinique qui offre principalement des soins de santé à la communauté francophone de Saint John⁶. C'est pourquoi les consultations médicales sont réparties en trois groupes : Médisanté, Autres cliniques connues et Cliniques à l'identifiant inconnu.

On calcule le nombre de consultations médicales annuelles en fonction du nombre de jours d'une année durant lesquels une personne a eu au moins une consultation médicale. Si une personne a eu plusieurs consultations médicales la même journée, on considère qu'il s'agit d'une seule consultation médicale afin de tenir compte des cas où une personne reviendrait plusieurs fois la même journée pour un suivi auprès du même médecin (par ex., pour venir chercher des ordonnances).

Résultats

Cette section commence par une présentation des résultats par langue et par zone, tel que décrit dans les Données sur le citoyen. Puis, nous y présentons un recalcul des résultats sélectionnés à l'aide de facteurs d'échelle issus des chiffres sur la préférence linguistique de la population visée par le recensement pour le N.-B. et le GSJ. Finalement, nous donnons d'autres résultats à l'aide de la définition de la langue tirée des Données sur le citoyen. Certains résultats

⁶ Pour de l'information sur la clinique Médisanté Saint-Jean, visitez <https://horizonnb.ca/facilities/medisante-saint-jean/>

sont aussi établis à l'aide de facteurs d'échelle par définition de la langue. Ces cas sont indiqués de façon explicite.

Langue et région

Dans cette section, nous présentons les résultats selon la langue issus des Données sur le citoyen ainsi que les résultats correspondants obtenus à l'aide des définitions de la langue utilisées dans le recensement. Nous indiquons aussi les résultats tirés des Données sur le citoyen selon la langue et la zone géographique de l'assurance-maladie. Nous avons utilisé des facteurs d'échelle pour montrer comment les résultats par langue et zone diffèrent en fonction des définitions de la langue de l'assurance-maladie par opposition à celles du recensement.

Définitions de la langue

Les Données sur le citoyen contiennent une variable sur la préférence linguistique qui saisit si quelqu'un préfère recevoir la correspondance de l'assurance-maladie en anglais ou en français. Au vu de la langue choisie dans les Données sur les citoyens, 79,90 % des Néo-Brunswickois sont considérés anglophones, tandis que 20,10 % d'entre eux sont considérés francophones en date du 1^{er} juillet 2018 (voir [Tableau 3](#)).

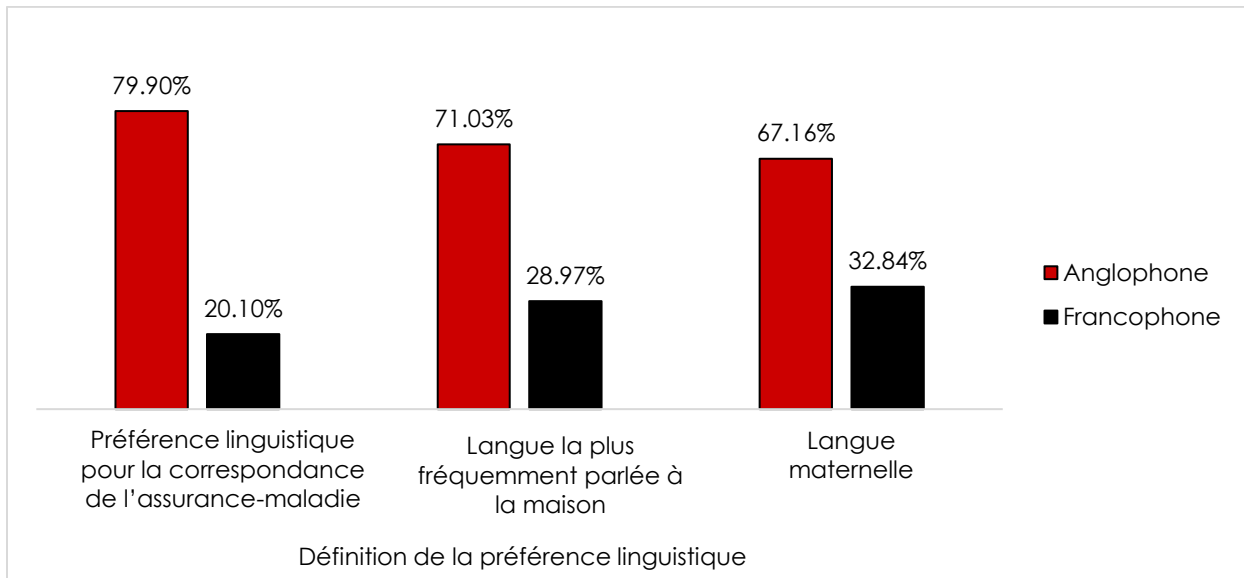
Tableau 3 : Population (18+) du Nouveau-Brunswick classée en fonction de la préférence linguistique pour l'assurance-maladie en date du 1^{er} juillet 2018.

Langue	Population	% de la population
Anglophone	509 050	79,90 %
Francophone	128 040	20,10 %
Total	637 090	100 %

La préférence linguistique pour la correspondance enregistrée dans le système de l'assurance-maladie ne correspond pas nécessairement à la préférence d'une personne concernant les services de santé dans la langue de son choix. Pour permettre cette possibilité, nous avons comparé ces valeurs avec les données du recensement de 2016, qui classe la langue de deux façons : la langue la plus souvent parlée à la maison et la langue maternelle. Cette comparaison montre que le calcul de la proportion des francophones au N.-B. varie en fonction de la définition de la langue utilisée (voir [Graphique 3](#)).

La différence la plus notable dans la proportion des francophones au N.-B. se produit lorsqu'on utilise la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie (20,10 %) ou la langue maternelle (32,84 %). Ce résultat laisse penser que les données de l'assurance-maladie sur la préférence linguistique sous-estiment la proportion des francophones du N.-B. dont le français est la langue maternelle, bien que nous ayons relevé que la langue maternelle elle-même ne correspond pas nécessairement à la préférence linguistique.

Graphique 3 : Proportion de la population du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone à l'aide des trois définitions de la préférence linguistique



La population par région

Au N.-B., les RTA sont réparties en cinq zones géographiques :

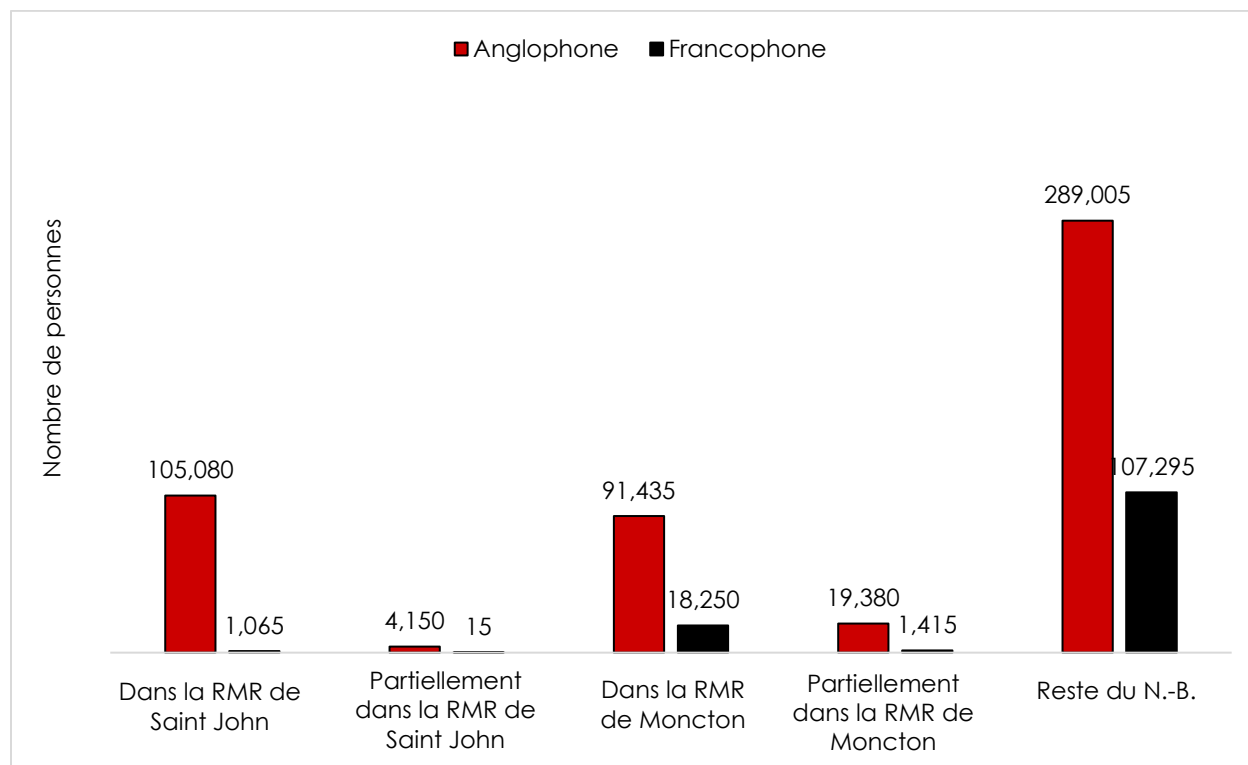
- Dans la RMR de Saint John
- Partiellement dans la RMR de Saint John
- Dans la RMR de Moncton
- Partiellement dans la RMR de Moncton
- Reste du N.-B.

La population adulte de Saint John est similaire à celle de Moncton, avec 106 145 personnes dans la RMR de Saint John et 109 685 personnes dans la RMR de Moncton (Graphiques 4 et 5). Il y a 1 065 francophones dans la RMR de Saint John (1 % de la population) et 18 250 francophones dans la RMR de Moncton (16,64 % de la population).

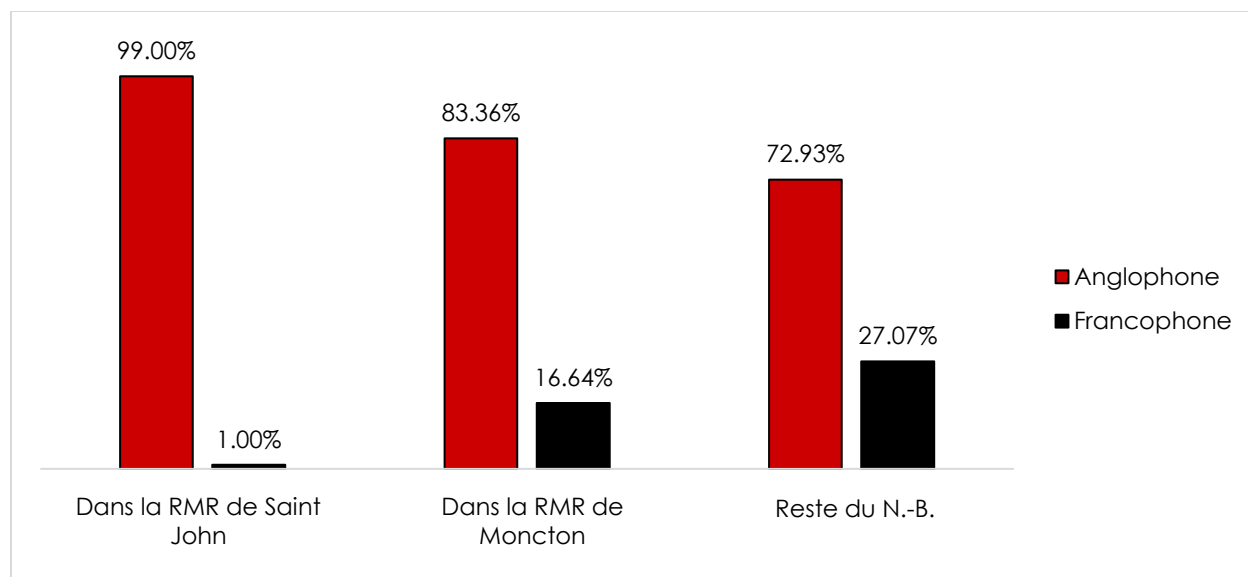
La zone Partiellement dans la RMR de Saint John est particulièrement restreinte, avec un total de 4 165 personnes et seulement 15 francophones. La zone Partiellement dans la RMR de Moncton est plus grande, mais ne compte que 20 795 personnes au total, et 1 415 francophones. Le reste du N.-B. compte un total de 396 300 personnes et 107 295 francophones (27,07 % de la population).

Veuillez noter que les zones géographiques Partiellement dans la RMR de Saint John et Partiellement dans la RMR de Moncton sont exclues du reste de ce rapport en raison de la taille restreinte de leur échantillon. La zone géographique Reste du N.-B. représente la zone du N.-B. qui se trouve intégralement à l'extérieur de Saint John et de Moncton.

Graphique 4 : Population (18+) du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone (selon la définition de l'assurance-maladie) dans cinq zones géographiques



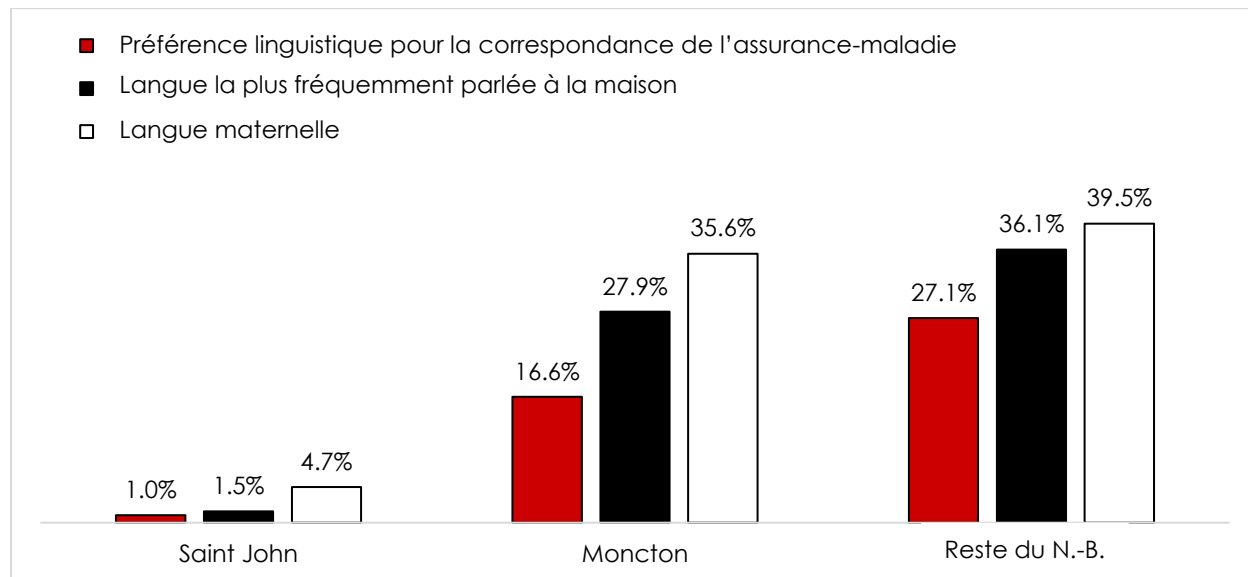
Graphique 5 : Proportion de la population (18+) du N.-B. identifiée comme anglophone ou francophone (selon la définition de l'assurance-maladie) dans trois zones géographiques



La proportion d'adultes identifiés comme francophones diffère entre Saint John, Moncton et le reste du N.-B., en fonction de la définition de la préférence linguistique utilisée (). C'est à Saint John qu'on a relevé la plus forte augmentation, qui va de 1 %, selon la définition de la

préférence linguistique pour l'assurance-maladie, à 4,7 %, selon la définition de la langue maternelle du recensement de 2016. La proportion d'adultes francophones de Moncton est plus élevée que celle de Saint John, et varie entre 16,6 % et 35,6 % en fonction de la définition de la langue utilisée. Ces proportions sont moins élevées pour Moncton que pour le reste du N.-B., et varient entre 27,1 % et 39,5 % en fonction de la définition de la langue.

Graphique 6 : La proportion de personnes identifiées comme francophones (18+) diffère à Saint John, à Moncton et dans le reste du N.-B. (en fonction des trois définitions de la préférence linguistique)



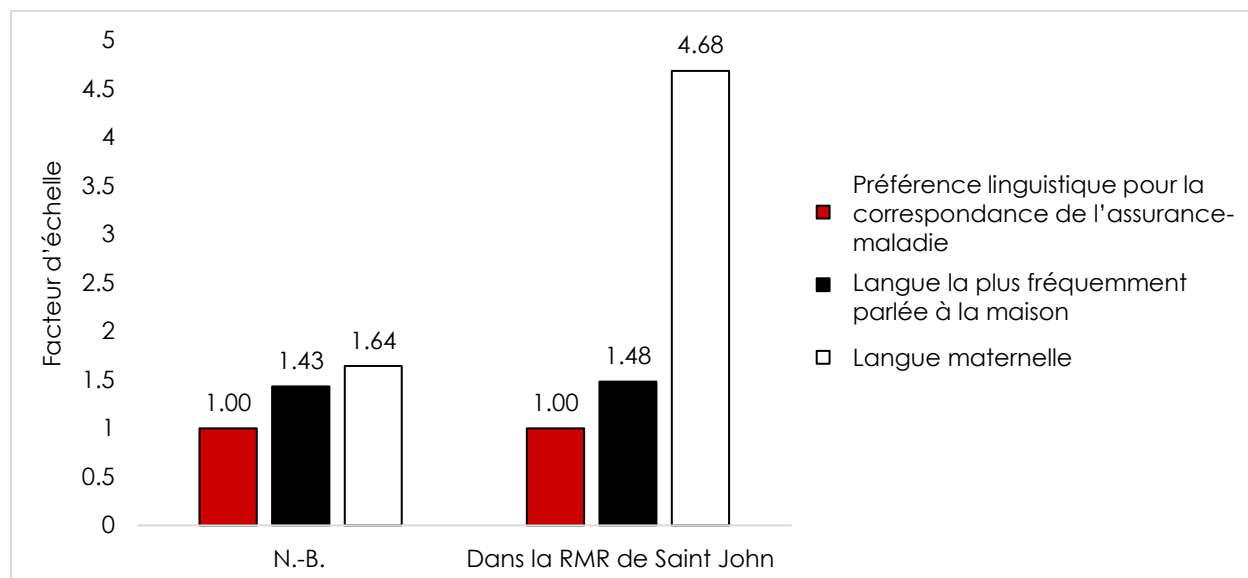
Facteurs d'échelle

Les facteurs d'échelle sont calculés pour rendre compte des différences dans les chiffres de la population francophone du N.-B. et spécifiquement du GSJ selon les définitions de la langue issues des Données sur le citoyen et du recensement.

On trouve au [Graphique 7](#) les facteurs d'échelle du N.-B. et du GSJ. Le facteur d'échelle de la langue maternelle relevé dans la RMR de Saint John (4,68) est substantiellement plus élevé que les autres facteurs d'échelle, dont le facteur d'échelle de la langue la plus fréquemment parlée à la maison au sein de la RMR de Saint John (1,48) et le facteur d'échelle de la langue maternelle pour l'ensemble du N.-B. (1,64).

Résultat : à Saint John, il y a beaucoup plus d'adultes dont la langue maternelle est le français, mais qui ont choisi l'anglais comme préférence linguistique pour les communications de l'assurance-maladie, à hauteur de près d'un facteur de cinq.

Graphique 7 : Facteurs d'échelle pour la population francophone (18+) du N.-B. et de la RMR de Saint John (Référence : préférence linguistique pour l'assurance-maladie)



On obtient les estimations pour la population francophone du GSJ à l'aide des facteurs d'échelle du GSJ francophone présentés au [Tableau 4](#). Par rapport aux 1 065 personnes qui ont indiqué le français comme préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie, 4 985 personnes, soit 4,7 % de la population du GSJ, utilisent la définition de la langue fondée sur la langue maternelle.

Tableau 4 : Estimations concernant la population francophone du GSJ réalisées à l'aide de facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

Définition de la langue	Facteur d'échelle	Population francophone du GSJ	% de la population du GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	1 065	1 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	1 575	1,48 %
Langue maternelle	4,68	4 985	4,70 %

Caractéristiques d'intérêt supplémentaires

Pour obtenir les résultats de cette section, nous avons utilisé la définition de la préférence linguistique de l'assurance-maladie tirée des Données sur le citoyen, ainsi que des résultats sélectionnés également signalés avec la mise à l'échelle. Ces résultats comprennent les caractéristiques démographiques, les mesures socio-économiques, les mesures des maladies chroniques, les hospitalisations, le nombre de jours d'hôpital par hospitalisation et les

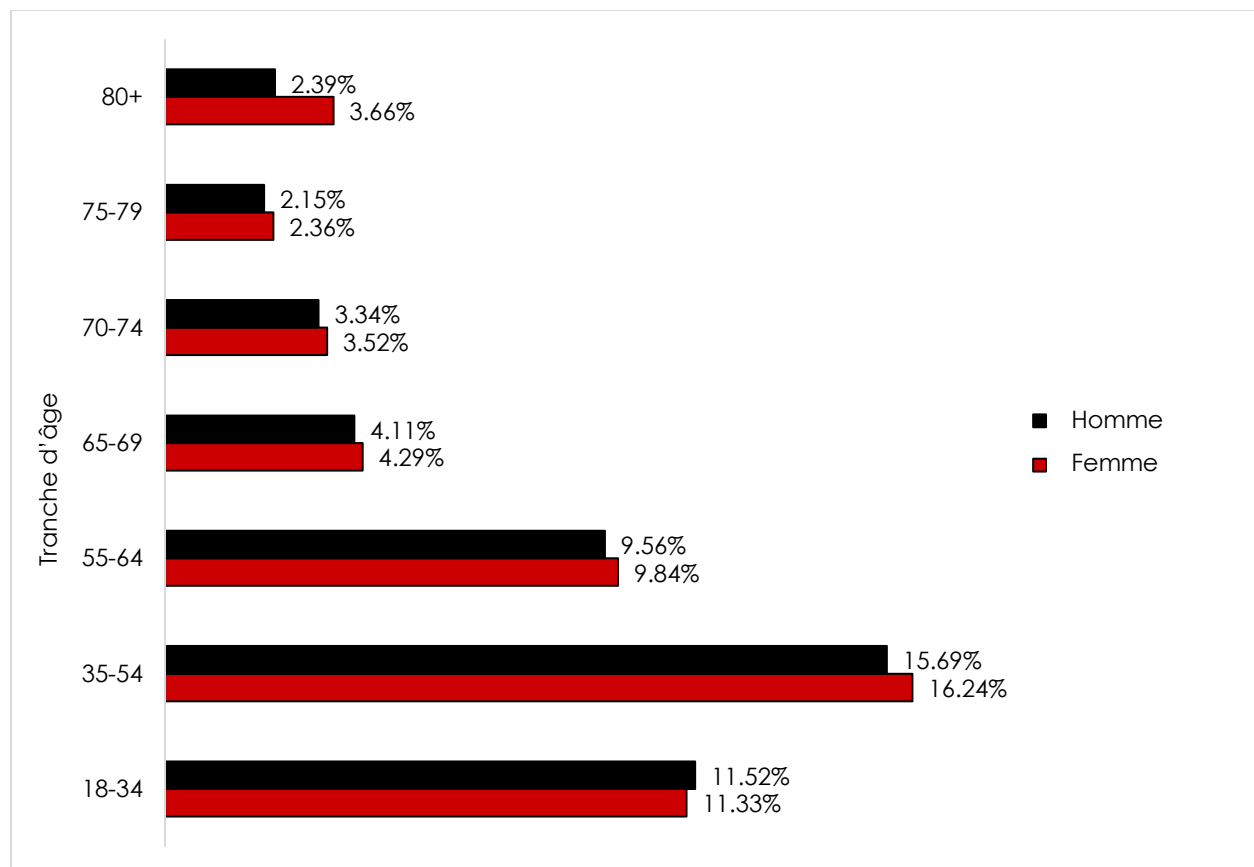
consultations médicales. Comme la majorité d'entre eux sont indiqués sous la forme de proportions de la population visée, les facteurs d'échelle ne sont pas indiqués pour ces proportions. Cependant, lorsque les résultats sont indiqués pour les chiffres de population, les résultats mis à l'échelle sont aussi indiqués. (Les proportions ne sont pas affectées par l'application de facteurs d'échelle.)

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques de la population adulte mesurée du N.-B. comprennent l'âge, le sexe, la composition du ménage, le statut d'immigrant, la durée de résidence et le taux de mortalité.

La répartition de la population par sexe est relativement égale pour la majorité des tranches d'âge, la plus grande exception étant la tranche d'âge des personnes de plus de 80 ans, avec 3,66 % pour les femmes et 2,39 % pour les hommes, soit 23 315 femmes et 15 225 hommes (Graphique 8). La tranche d'âge des 35 à 54 ans comporte la plus grande proportion de la population, avec 31,93 % de la population, soit 203 395 personnes.

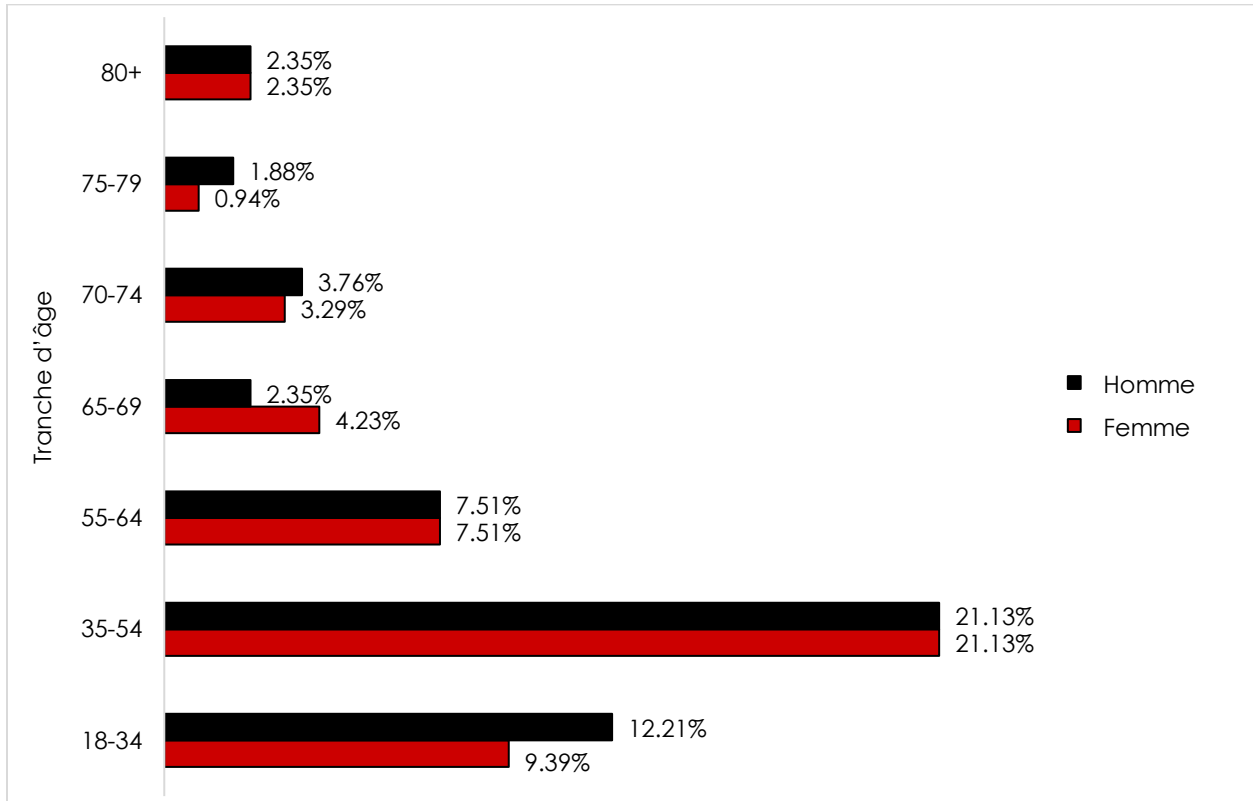
Graphique 8 : Pourcentage de la population du N.-B. (18+) par tranche d'âge et sexe (1^{er} juillet 2018)



La population totale des francophones du GSJ affiche une courbe démographique similaire à celle du reste du N.-B. La tranche d'âge des 35-54 ans affiche une proportion encore supérieure

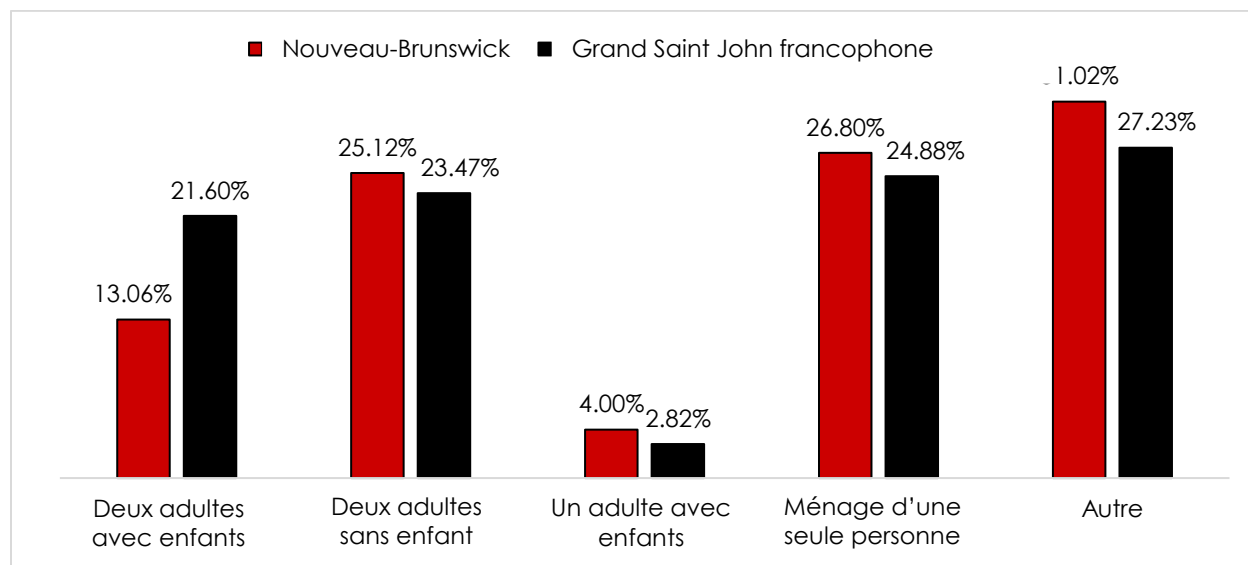
de la population (soit 42,25 %) par rapport au pourcentage de 31,93 % indiqué au [Graphique 8](#) pour la même tranche d'âge au N.-B. La tranche d'âge des 75-79 ans est la plus restreinte, à 2,82 % (0,94 % pour les femmes, 1,88 % pour les hommes) ([Graphique 9](#)).

Graphique 9 : Pourcentage de la population francophone du GSJ (18+) par tranche d'âge et sexe (1^{er} juillet 2018)



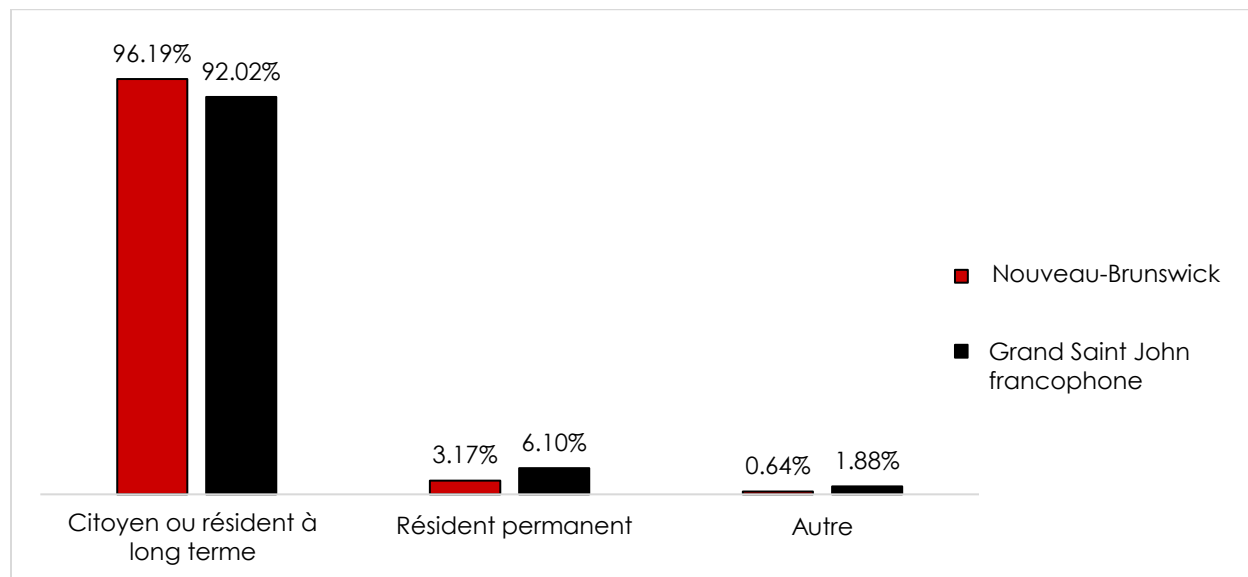
La composition des ménages affiche une répartition similaire pour le N.-B. et la zone francophone du GSJ ([Graphique 10](#)). La plus grande différence concerne les personnes des ménages composés de deux adultes avec enfants, qui représentent 13,06 % des personnes du N.-B. et 21,60 % des francophones du GSJ.

Graphique 10 : Proportion de la population du N.-B. et des francophone du GSJ (18+) par composition du ménage



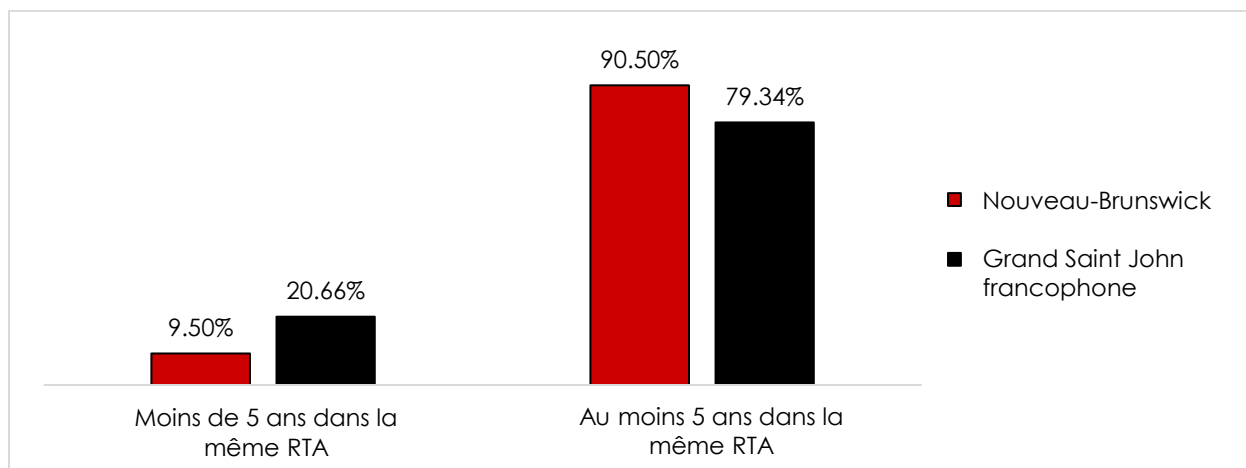
En ce qui concerne le statut d'immigrant, la proportion des personnes de la zone francophone du GSJ ayant un statut d'immigrant de résident permanent ou autre (7,98 %) est plus de deux fois supérieure à celle des personnes du N.-B. (3,81 %) ([Graphique 11](#)).

Graphique 11 : Proportion de la population du N.-B. et des francophones du GSJ (18+) par statut d'immigrant



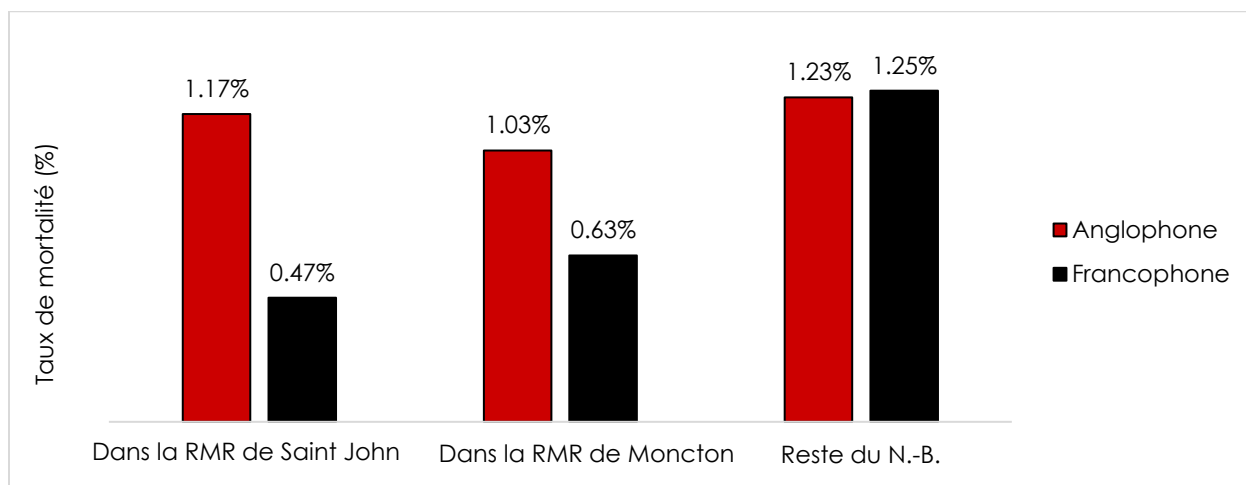
Nous avons aussi évalué le temps durant lequel les personnes ont résidé dans la même région à l'aide de la RTA de leur adresse domiciliaire. Le pourcentage des personnes du GSJ francophone qui vivent dans la même RTA depuis moins de cinq ans (20,66 %) est plus de deux fois supérieur à celui des résidents du N.-B. qui vivent dans la même RTA depuis moins de cinq ans (9,5 %) (). Ce résultat laisse penser que, plus récemment, des francophones ont déménagé dans le GSJ.

Graphique 12 : Proportion de la population du N.-B. et des francophones du GSJ (18+) par durée de résidence dans une même RTA



Les taux de mortalité ont été déterminés pour les trois grandes zones géographiques : La RMR de Moncton, la RMR de Saint John et le reste du N.-B. (Graphique 13)⁷. Le taux de mortalité des francophones de la RMR de Saint John (0,47 %) et celui de la RMR de Moncton (0,63 %) sont tous deux notablement inférieurs aux taux correspondants de mortalité des anglophones, qui s'élèvent à 1,17 % dans la RMR de Saint John et à 1,03 % dans la RMR de Moncton. Ces chiffres sont tous inférieurs aux taux de mortalité enregistrés dans le reste du N.-B., qui s'élèvent à 1,23 % pour les anglophones et à 1,25 % pour les populations francophones.

Graphique 13 : Taux de mortalité pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue



⁷ Veuillez noter que ces taux de mortalité représentent les taux bruts de mortalité et non pas les taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe ont aussi été calculés, mais n'étaient pas substantiellement différents des taux bruts de mortalité; c'est pourquoi ils ont été exclus de ce rapport.

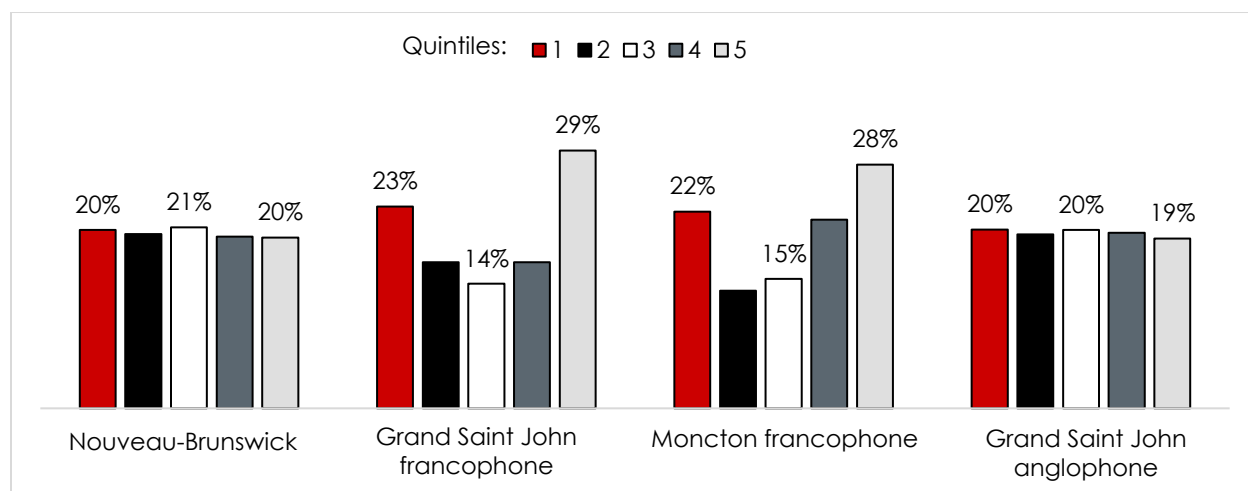
Mesures socio-économiques

Nous avons saisi deux principales mesures socio-économiques dans ce rapport : les quintiles de revenu du quartier et le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale. Dans cette section, nous avons aussi tenu compte du nombre des personnes (majoritairement plus âgées) qui reçoivent des soins à domicile au N.-B.

La population du N.-B. affiche une répartition égale, à environ 20 % pour chaque quintile de revenu par construction (Graphique 14)⁸. En revanche, pour le GSJ francophone, cette répartition varie entre 23,04 % pour le quintile de revenu 1 (revenu le plus bas) et 14,22 % pour le quintile de revenu 3 (revenu intermédiaire), puis remonte à 29,41 % pour le quintile de revenu 5 (revenu le plus élevé), ce qui semble indiquer un degré plus marqué d'inégalité salariale.

La répartition des francophones par quintile de revenu est similaire pour la RMR de Moncton et celle de Saint John. Dans les deux régions, on trouve une proportion élevée de personnes aux deux quintiles de revenu 1 et 5 par rapport aux quintiles de revenu 2 à 4. Dans le GSJ anglophone, la répartition par quintile de revenu est similaire à celle du N.-B. Au N.-B., les quintiles de revenu sont généralement plus représentatifs de la population anglophone que de la population francophone.

Graphique 14 : Proportion de la population (18+) du N.-B., du GSJ francophone, de la zone francophone de Moncton et du GSJ anglophone par quintile de revenu (1 = échelon inférieur and 5 = échelon supérieur)

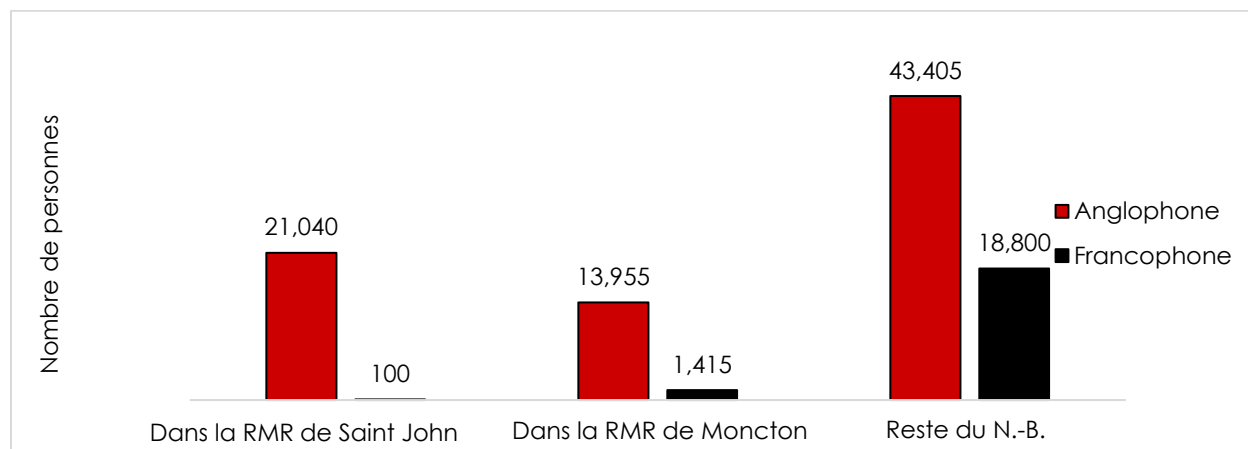


La répartition des bénéficiaires de l'aide sociale () correspond à la répartition de la population constatée dans les trois principales zones géographiques : La RMR de Moncton, la RMR de Saint John et le reste du N.-B. (Graphique 5). Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ francophone est particulièrement faible : 100 personnes au total entre 2015 et 2018. En raison de

⁸ Les quintiles de revenu sont calculés en fonction de la population du N.-B. de 2016. En raison des changements démographiques survenus depuis, les quintiles de revenu utilisés pour la population du N.-B. dans le cadre de cette étude diffèrent légèrement par rapport à une répartition selon un quintile égal.

la taille restreinte de cet échantillon, il est difficile de poursuivre l'analyse de la composition des bénéficiaires de l'aide sociale dans le GSJ francophone.

Graphique 15 : Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale entre 2015 et 2018 pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B., classés selon la langue



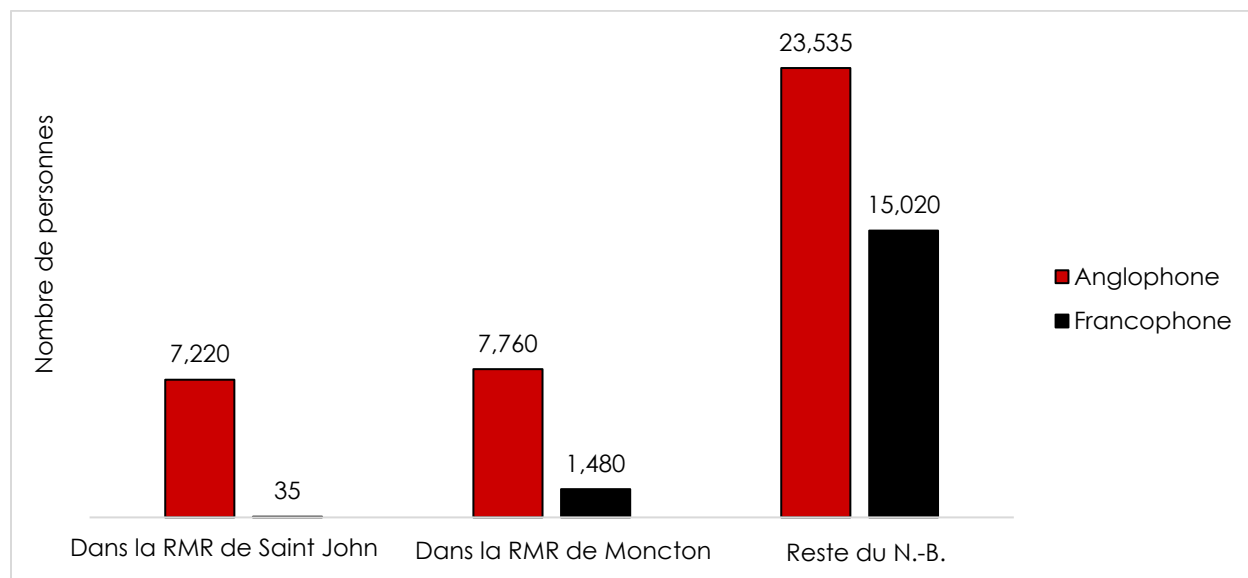
En fonction des facteurs d'échelle fondés sur le recensement, on estime que le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ francophone s'élève à non moins de 470 (Tableau 5).

Tableau 5 : Estimations concernant les bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ francophone réalisées à l'aide de facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

Définition de la langue	Facteur d'échelle	Bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ francophone	% des bénéficiaires de l'aide sociale du GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	100	0,47 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	150	0,71 %
Langue maternelle	4,68	470	2,22 %

Comme pour l'aide sociale, le nombre de personnes bénéficiant de soins à domicile dans le GSJ francophone (Graphique 16) est faible, avec un total de 35 personnes entre 2015 et 2018. En raison de la taille restreinte de cet échantillon, il est difficile de poursuivre l'analyse de la composition des bénéficiaires de soins à domicile dans le GSJ francophone.

Graphique 16 : Nombre de personnes ayant bénéficié de soins à domicile entre 2015 et 2018 pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B., classées selon la langue



Selon les facteurs d'échelle de la définition de la langue pour le GSJ francophone, on estime que le nombre de personnes du GSJ francophone bénéficiant de soins à domicile va de 35 à 165 (Tableau 6).

Tableau 6 : Estimations concernant les francophones du GSJ bénéficiant de soins à domicile selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

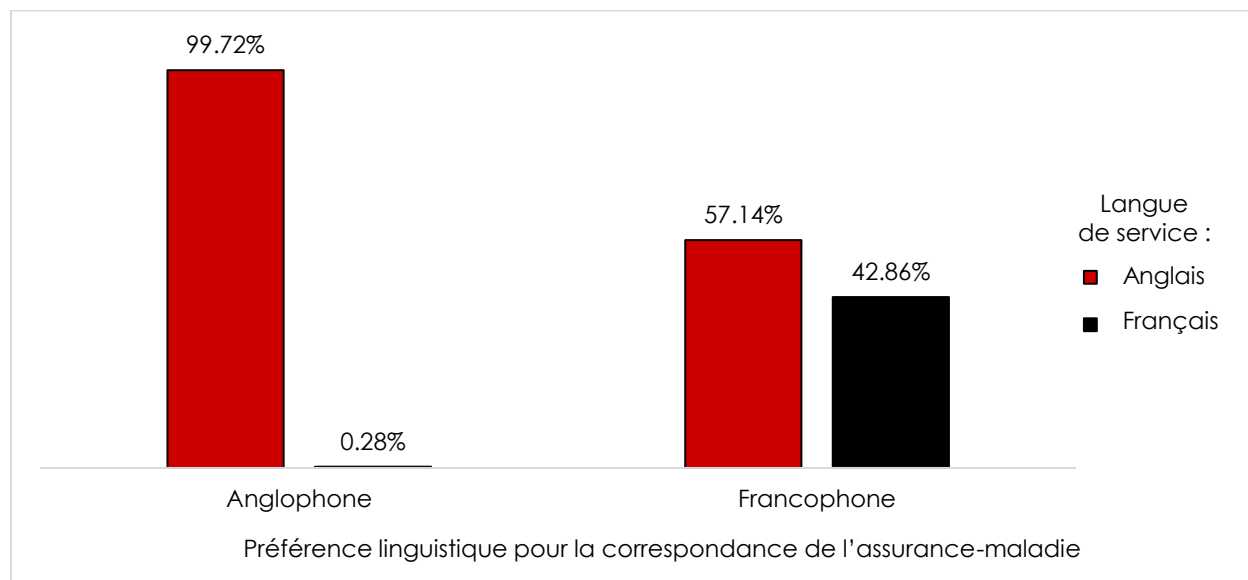
Définition de la langue	Facteur d'échelle	Bénéficiaires de soins à domicile du GSJ francophone	% des bénéficiaires de soins à domicile du GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	35	0,48 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	50	0,69 %
Langue maternelle	4,68	165	2,27 %

Des renseignements supplémentaires sur les préférences linguistiques sont disponibles dans les Données sur les soins de longue durée. Les bénéficiaires de soins à domicile du GSJ peuvent avoir une préférence linguistique francophone pour la correspondance de l'assurance-maladie, mais recevoir des services de soins à domicile en anglais, ou vice versa.

Selon le , seulement 42,86 % des bénéficiaires de soins à domicile du GSJ ayant une préférence linguistique francophone pour la correspondance de l'assurance-maladie reçoivent aussi des services de soins à domicile en français. Cette situation diffère du côté anglophone, où presque tous les bénéficiaires de soins à domicile du GSJ ayant une préférence linguistique anglophone

pour la correspondance de l'assurance-maladie reçoivent aussi des services de soins à domicile en anglais.

Graphique 17 : Proportion des bénéficiaires de soins à domicile du GSJ entre 2015 et 2018 avec une langue donnée pour les services (par préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie)



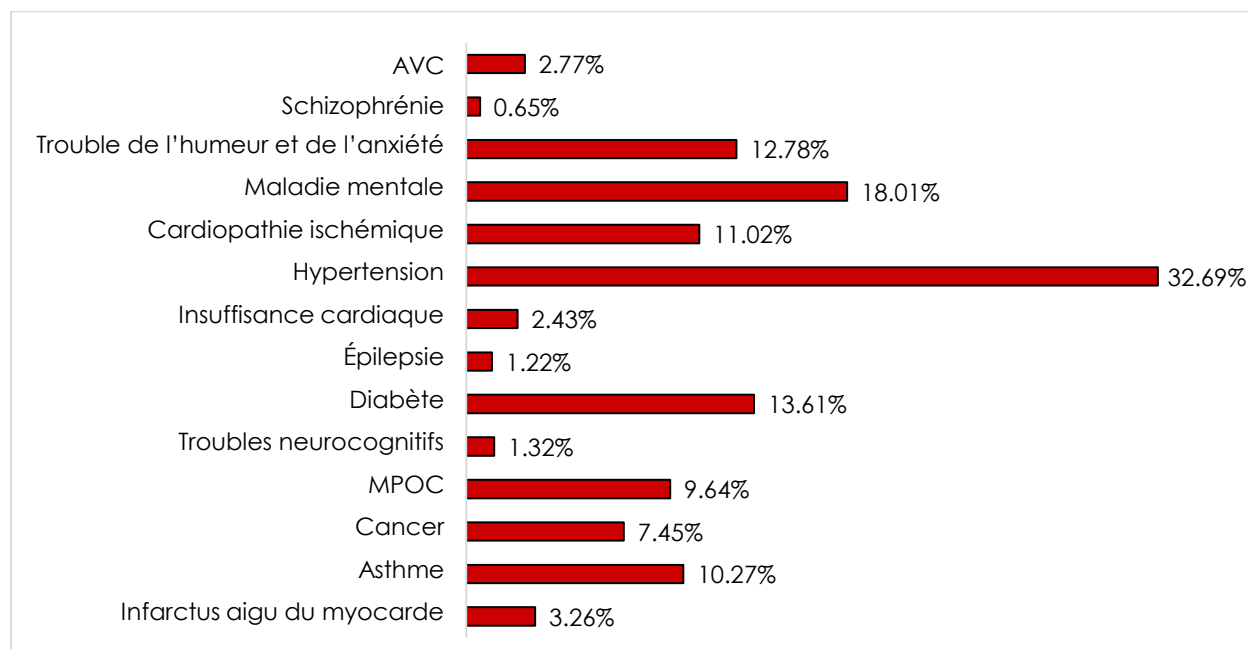
Mesures des maladies chroniques

Les principales mesures examinées pour les maladies chroniques dans ce rapport sont les taux de prévalence et la moyenne des années depuis l'annonce du diagnostic. Les années 2015-2018 sont incluses à l'analyse, mais cette section concerne l'année 2018. Les résultats mentionnés dans cette section représentent des taux non ajustés, mais les taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe sont aussi calculés et présentés en annexe.

Au Nouveau-Brunswick, l'hypertension est la maladie chronique qui affiche le taux de prévalence le plus élevé, à 32,69 %, et la schizophrénie celle qui affiche le taux de prévalence le plus bas, à 0,65 % (Graphique 18)⁹. Plusieurs autres maladies chroniques, dont l'asthme, les MPOC, le diabète et les troubles de l'humeur et de l'anxiété, affichent un taux de prévalence proche de 10 %.

⁹ Veuillez noter que ces taux de prévalence représentent les taux de prévalence non ajustés et non pas les taux de prévalence normalisés selon l'âge et le sexe. Les taux de prévalence normalisés selon l'âge et le sexe ont aussi été calculés, mais n'étaient pas substantiellement différents des taux de prévalence non ajustés; c'est pourquoi ils ont été exclus de ce rapport.

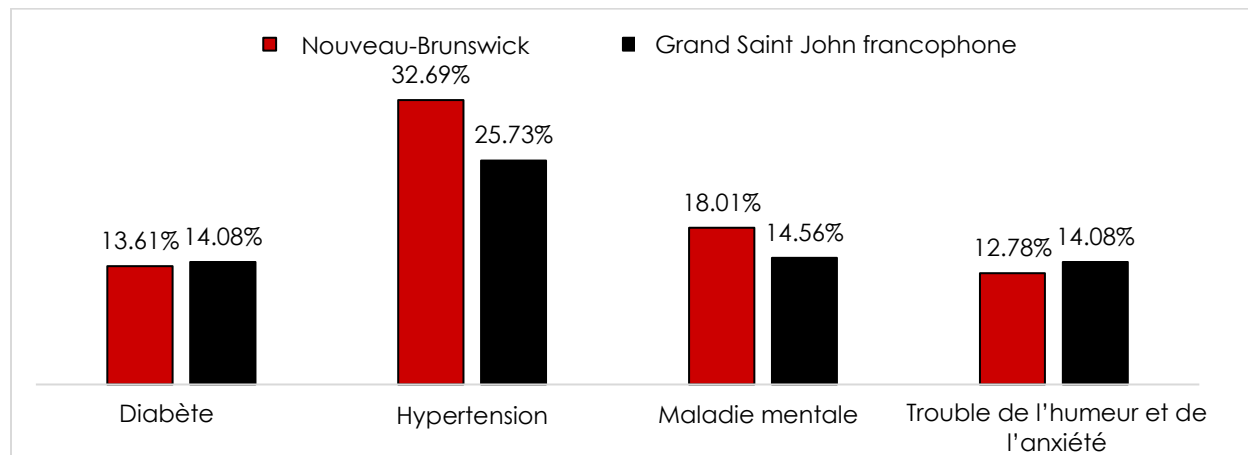
Graphique 18 : Taux de prévalence des maladies chroniques du N.-B. (2018)



Pour les quatre maladies chroniques affichant le taux de prévalence le plus élevé du N.-B., on constate, dans l'ensemble, un taux de prévalence similaire pour le N.-B. et le GSJ francophone : le diabète, l'hypertension, les maladies mentales et les troubles de l'anxiété et de l'humeur (Graphique 19).

La plus grande différence concerne l'hypertension, qui affiche un taux de prévalence de 32,69 % au N.-B. et un taux de prévalence de 25,73 % dans le GSJ francophone. Cette différence pourrait s'expliquer par une variation entre les régions ou par des variations entre les populations anglophone et francophone du N.-B. Veuillez noter que les taux normalisés selon l'âge et le sexe présentés en annexe affichent une plus petite différence pour les taux d'hypertension.

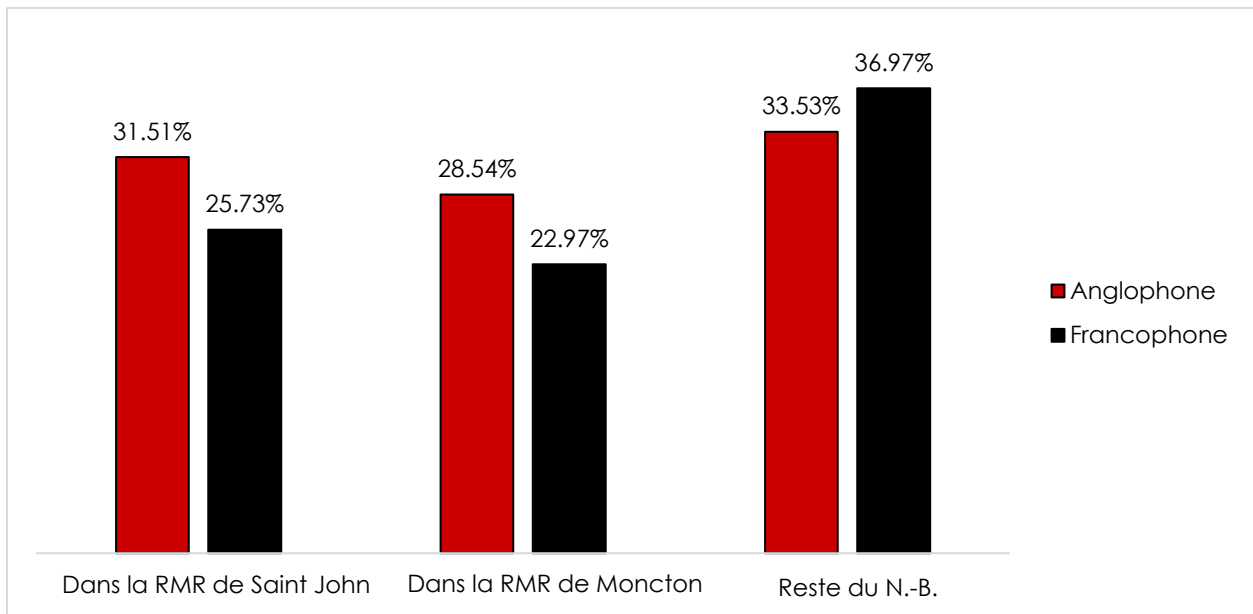
Graphique 19 : Taux de prévalence pour les quatre maladies chroniques prédominantes au N.-B. et dans le GSJ francophone (2018)



Les RMR de Saint John et de Moncton affichent des taux de prévalence de l'hypertension inférieurs à celui du reste du N.-B. (). Le taux de prévalence de l'hypertension le plus bas, soit 22,97 %, se trouve chez les francophones de la RMR de Moncton et le taux de prévalence de l'hypertension le plus élevé, soit 36,97 %, est celui des francophones du reste du N.-B.

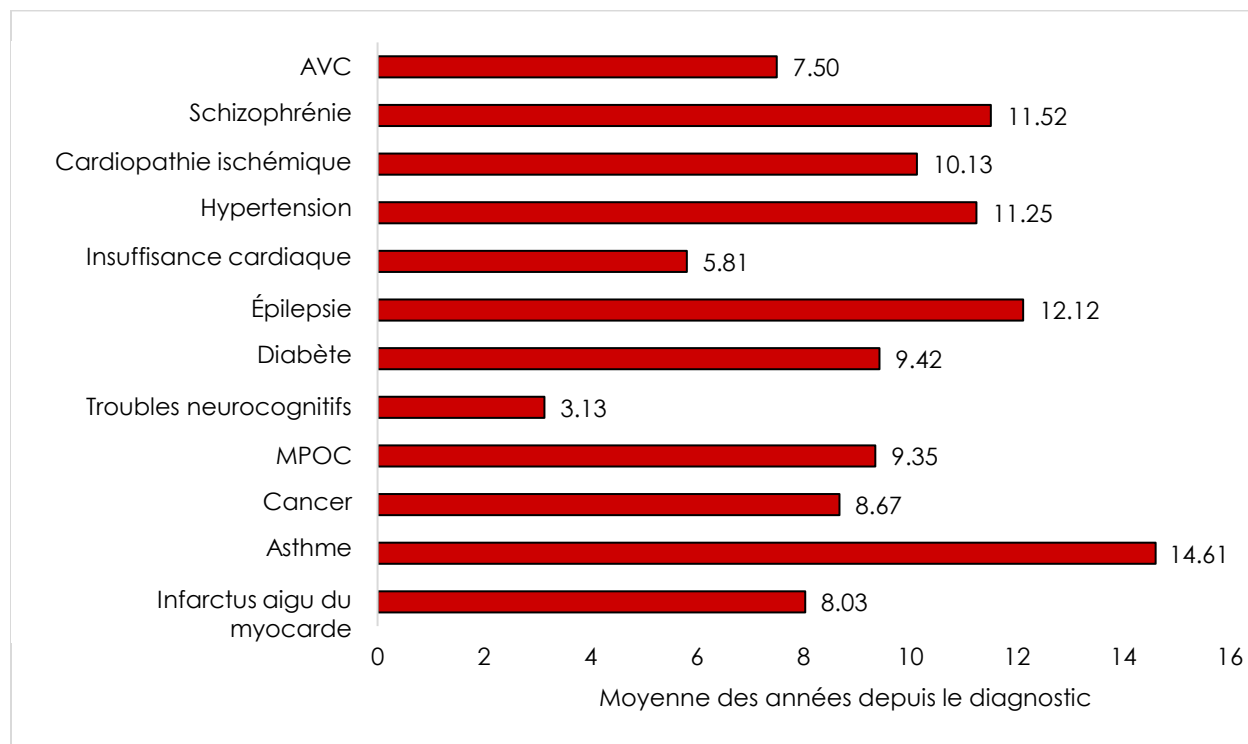
Les anglophones des RMR de Saint John et de Moncton affichent des taux de prévalence de l'hypertension plus élevés que les francophones de ces zones, tandis que cette tendance est inversée dans le reste du N.-B. Veuillez noter que plusieurs de ces différences sont moins notables pour les taux correspondants normalisés selon l'âge et le sexe présentés en annexe.

Graphique 20 : Taux de Prévalence de l'hypertension pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue (2018)



La moyenne des années écoulées depuis l'annonce du diagnostic est déterminée pour toutes les maladies chroniques, à l'exception des maladies mentales et des troubles de l'humeur et de l'anxiété. L'asthme affiche la moyenne des années la plus élevée depuis l'annonce du diagnostic, soit 14,61 années, tandis que les troubles neurocognitifs affichent la moyenne la plus faible à cet égard, soit 3,13 années ([Graphique 21](#)). Au vu de la moyenne des années normalisée selon l'âge et le sexe indiquée en annexe, on constate une moyenne du nombre d'années encore inférieure depuis l'annonce du diagnostic de trouble neurocognitif.

Graphique 21 : Moyenne des années depuis le diagnostic d'une maladie chronique pour la population du N.-B. (à l'exception des maladies mentales et des troubles de l'humeur et de l'anxiété) (2018)



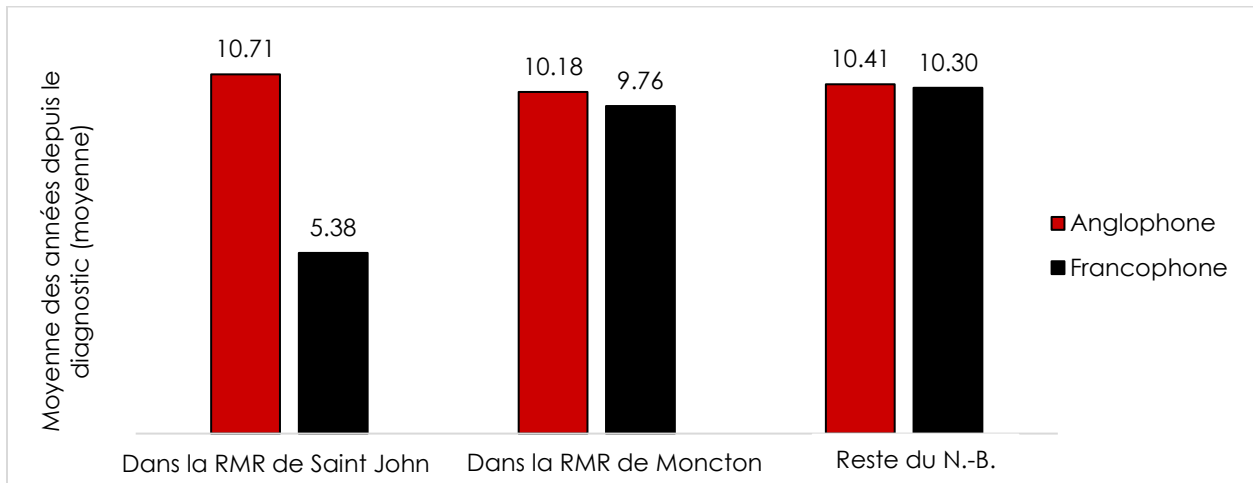
Les francophones du GSJ affichent un nombre moyen d'années substantiellement inférieur depuis l'annonce du diagnostic de maladie chronique (5,38 années) par rapport à l'ensemble des autres régions et langues examinées, soit environ dix ans depuis le diagnostic ([Graphique 22](#))¹⁰.

Cette situation pourrait s'expliquer, entre autres, par le plus jeune âge de la moyenne des francophones du GSJ, seulement 21,13 % de cette population ayant 65 ans ou plus (Graphique 9), alors que ce pourcentage passe à 25,82 % pour la population du N.-B. ([Graphique 8](#)).

Un autre facteur pourrait être le fait que, par rapport à la population du N.-B. dans son ensemble, les francophones du GSJ résident moins longtemps dans une RTA (), ce qui pourrait signifier que les francophones du GSJ ont passé moins de temps au N.-B., en moyenne. Cette différence pourrait aussi être simplement due à une variation explicable par le petit nombre total des francophones du GSJ qui ont une maladie chronique.

¹⁰ Comme la moyenne des années normalisée selon l'âge et le sexe depuis le diagnostic a aussi été calculée, mais n'était pas substantiellement différente de la moyenne des années non ajustée représentée ici, elle a été exclue de ce rapport.

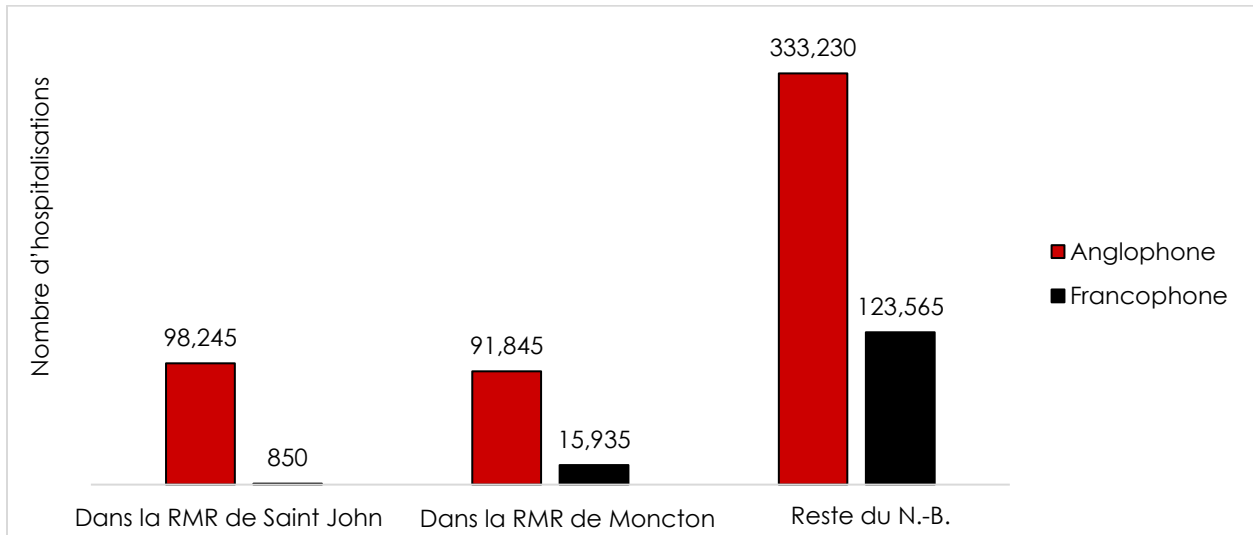
Graphique 22 : Moyenne des années écoulées depuis le diagnostic d'une maladie chronique pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue (à l'exception des maladies mentales et des troubles de l'humeur et de l'anxiété) (2018)



Hospitalisations et nombre de jours d'hôpital par hospitalisation

La répartition des hospitalisations dans les trois principales zones géographiques (RMR de Saint John, RMR de Moncton et reste du N.-B.) (Graphique 23) est similaire à celle de la population globale pour les francophones et les anglophones (Graphique 5). Le GSJ francophone affiche un total cumulé de 850 hospitalisations entre 2015 et 2020.

Graphique 23 : Nombre total d'hospitalisations selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)



Cependant, si on utilise des facteurs d'échelle fondés sur le recensement, on estime que le nombre d'hospitalisations dans le GSJ francophone s'élève à non moins de 3 980 lorsqu'on tient compte de la définition de la langue maternelle (Tableau 7).

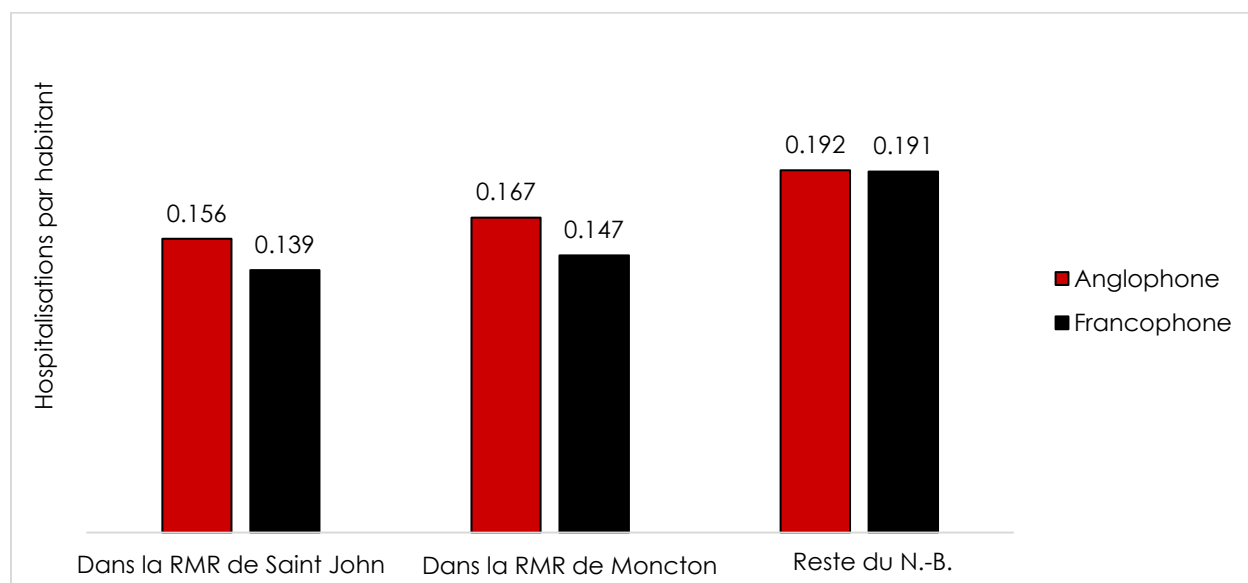
Tableau 7 : Estimations des hospitalisations dans le GSJ francophone selon les facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

Définition de la langue	Facteur d'échelle	Hospitalisations dans le GSJ francophone	% des hospitalisations dans le GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	850	0,86 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	1 260	1,27 %
Langue maternelle	4,68	3 980	4,01 %

Le GSJ francophone affiche le taux d'hospitalisations le plus bas, avec 0,139 hospitalisation par habitant (Graphique 24)¹¹. Le reste du N.-B. affiche le taux le plus élevé d'hospitalisations par habitant, soit 0,192 et 0,191 pour les anglophones et les francophones respectivement.

Dans chaque zone, les taux des francophones sont légèrement inférieurs à ceux de leurs homologues anglophones. Les RMR de Saint John et de Moncton affichent des taux similaires mais inférieurs à ceux du reste du N.-B.

Graphique 24 : Nombre d'hospitalisations par habitant selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)

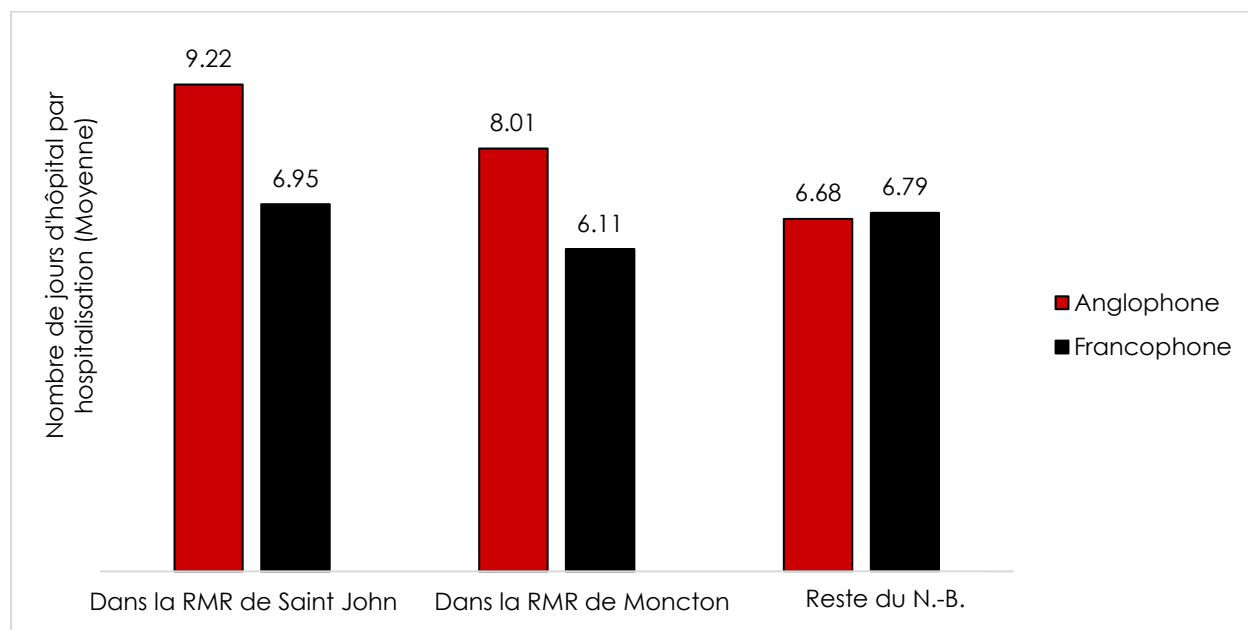


La moyenne la plus élevée du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation a été relevée dans la RMR de Saint John, avec 9,22 jours par hospitalisation pour la population anglophone, et 6,95 jours par hospitalisation pour la population francophone ().

¹¹ Veuillez noter que les hospitalisations par habitant normalisées selon l'âge et le sexe ont aussi été calculées, mais n'étaient pas substantiellement différentes des hospitalisations par habitant non ajustées représentées ici; c'est pourquoi elles ont été exclues de ce rapport.

Les RMR de Saint John et de Moncton affichent une moyenne du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation plus élevée pour la population anglophone que pour la population francophone, tandis que le reste du N.-B. affiche une moyenne relativement similaire du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation pour ses populations anglophone et francophone.

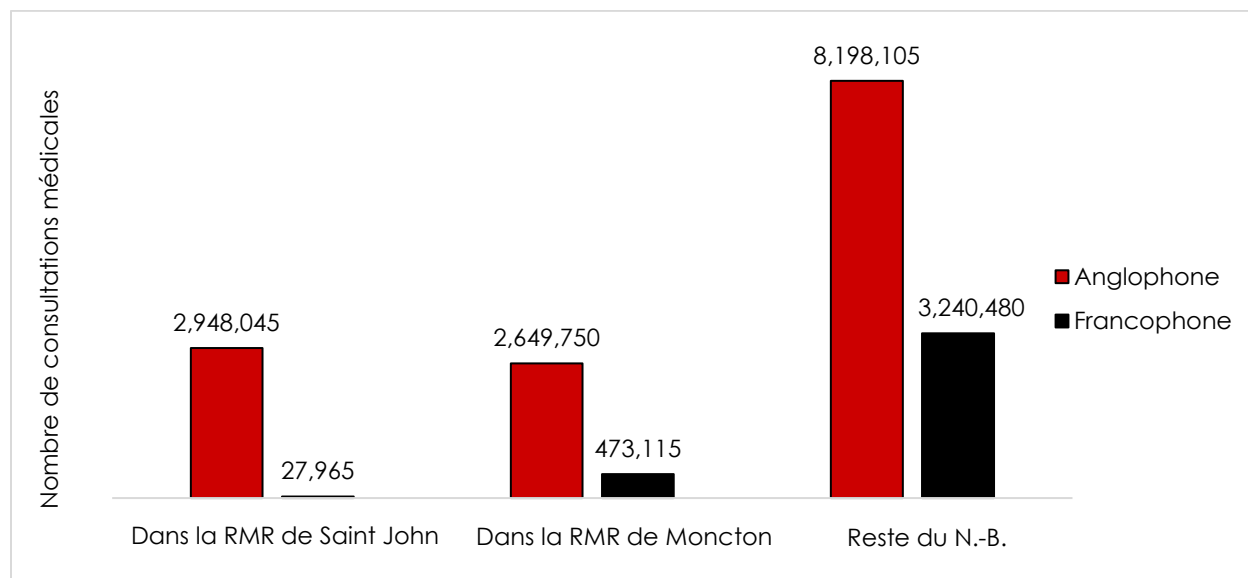
Graphique 25 : Moyenne du nombre de jours d'hôpital par hospitalisation selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2020)



Consultations médicales

Entre 2015 et 2018, les consultations médicales effectuées dans le GSJ concernaient principalement des anglophones, tandis que seulement 27 965 consultations, soit 0,94 % du total des consultations médicales effectuées dans le GSJ, concernaient des francophones ([Graphique 26](#)). Par contraste, la proportion des consultations médicales faites par des francophones dans la RMR de Moncton était plus élevée, à 15,15 %, et la proportion des consultations médicales faites par des francophones dans le reste du N.-B. était encore plus élevée, à 28,33 %. Ces données statistiques sont toutes fondées sur la préférence linguistique pour l'assurance-maladie.

Graphique 26 : Nombre total de consultations médicales selon la langue pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. (2015-2018)



Si on utilise les facteurs d'échelle du recensement, on estime que le nombre de consultations médicales entre 2015 et 2018 pour le GSJ francophone s'élève à non moins de 130 875 pour les francophones ayant le français comme langue maternelle ([Tableau 8](#)).

Tableau 8 : Estimations des consultations médicales dans le GSJ francophone selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

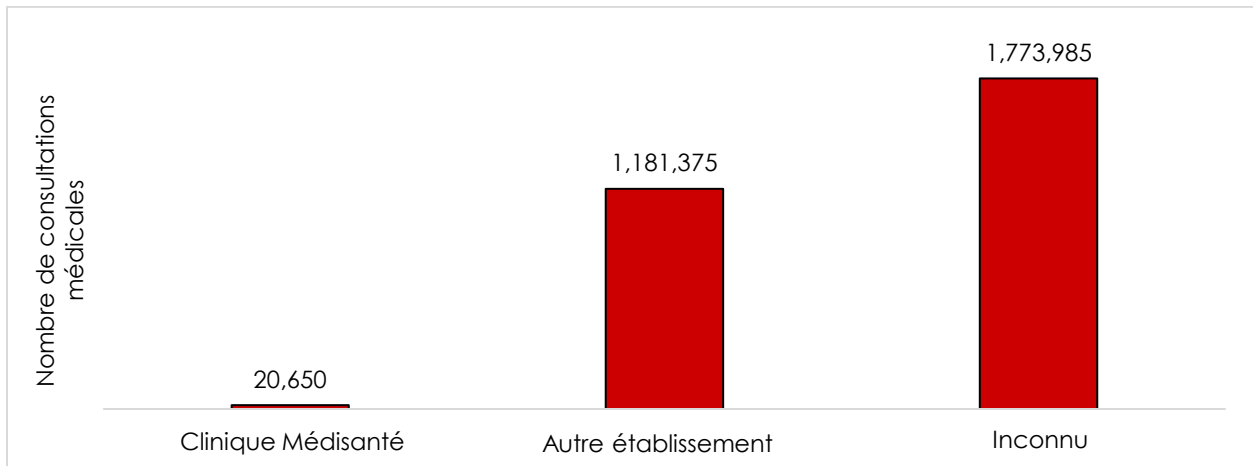
Définition de la langue	Facteur d'échelle	Consultations médicales dans le GSJ francophone	% des consultations médicales dans le GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	27 965	0,94 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	41 390	1,39 %
Langue maternelle	4,68	130 875	4,40 %

La partie suivante de notre analyse des consultations médicales porte sur la clinique Médisanté Saint-Jean en raison de son statut de clinique desservant la communauté francophone dans une région majoritairement anglophone du N.-B.

Deux autres groupes d'établissements où des consultations médicales sont dispensées sont aussi définies : une pour les autres établissements connus et une autre pour les établissements non connus où le lieu de la consultation médicale n'est pas déclaré.

Entre 2015 et 2018, la clinique Médisanté a enregistré un total de 20 650 consultations médicales dans le GSJ (), soit 0,69 % du total des consultations médicales du GSJ.

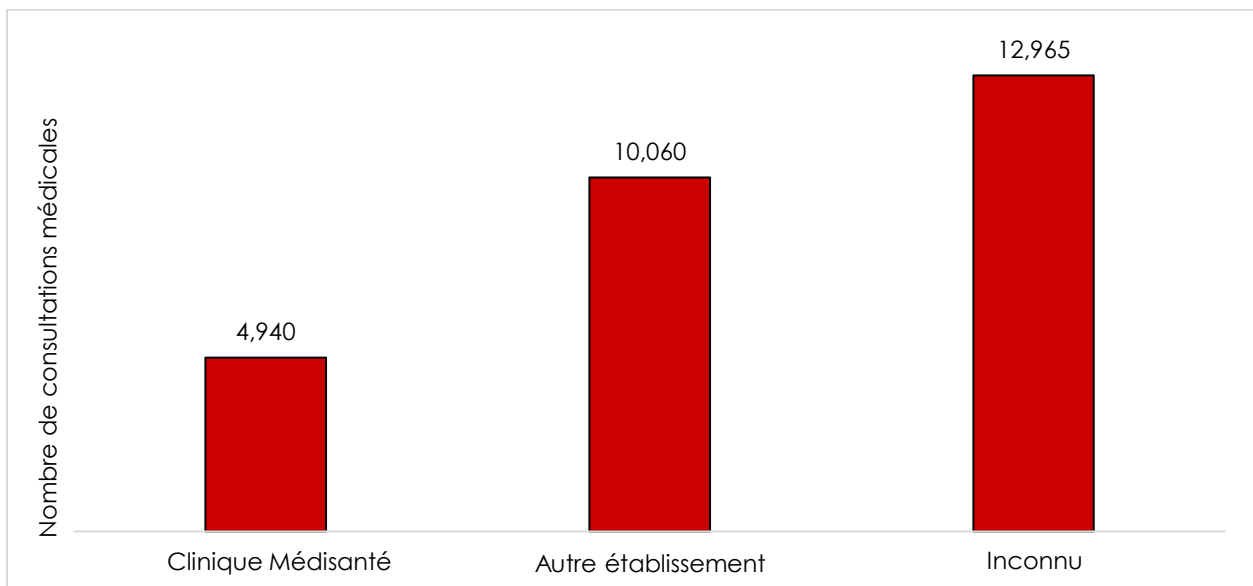
Graphique 27 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté, dans les autres établissements médicaux ou dans des établissements inconnus du GSJ (2015-2018)



Les 4 940 consultations réalisées à la clinique Médisanté entre 2015 et 2018 représentent 17,66 % de toutes les consultations médicales faites par des francophones dans le GSJ durant cette période ([Graphique 28](#)).

Ces consultations médicales que des francophones ont réalisées à la clinique Médisanté constituent aussi 23,92 % des 20 650 consultations médicales réalisées par la population du GSJ à la clinique Médisanté, c'est-à-dire qu'environ 75 % des consultations de cette clinique sont faites par des personnes ayant indiqué l'anglais comme préférence linguistique pour les communications de l'assurance-maladie.

Graphique 28 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté, dans les autres établissements médicaux ou dans des établissements inconnus du GSJ francophone (2015-2018)



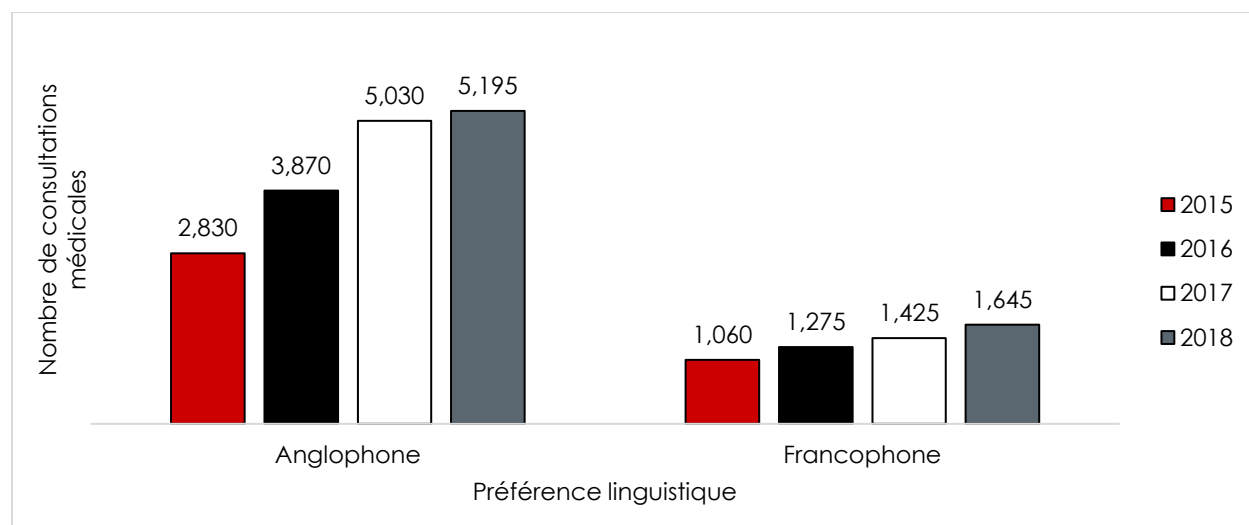
Si on adaptait selon la langue maternelle le nombre de consultations faites à la clinique Médisanté du GSJ par des francophones du GSJ, il y aurait, durant cette période, un nombre estimé de 20 650 consultations pour les francophones, soit la totalité (100 %) des consultations à la clinique Médisanté du GSJ (Tableau 9). Il s'en suit que si toutes les consultations médicales réalisées par des personnes ayant le français comme langue maternelle devaient avoir lieu à la clinique Médisanté, le nombre de consultations équivaldrait à peu près au nombre total des consultations réalisées à la clinique par toutes les personnes durant cette période.

Tableau 9 : Estimations des consultations à la clinique Médisanté du GSJ francophone selon des facteurs d'échelle (trois définitions de la langue)

Définition de la langue	Facteur d'échelle	Consultations à la clinique Médisanté du GSJ francophone	% des consultations à la clinique Médisanté du GSJ
Préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie	1	4 940	23,92 %
Langue la plus souvent parlée à la maison	1,48	7 310	35,40 %
Langue maternelle	4,68	20 650	100 %

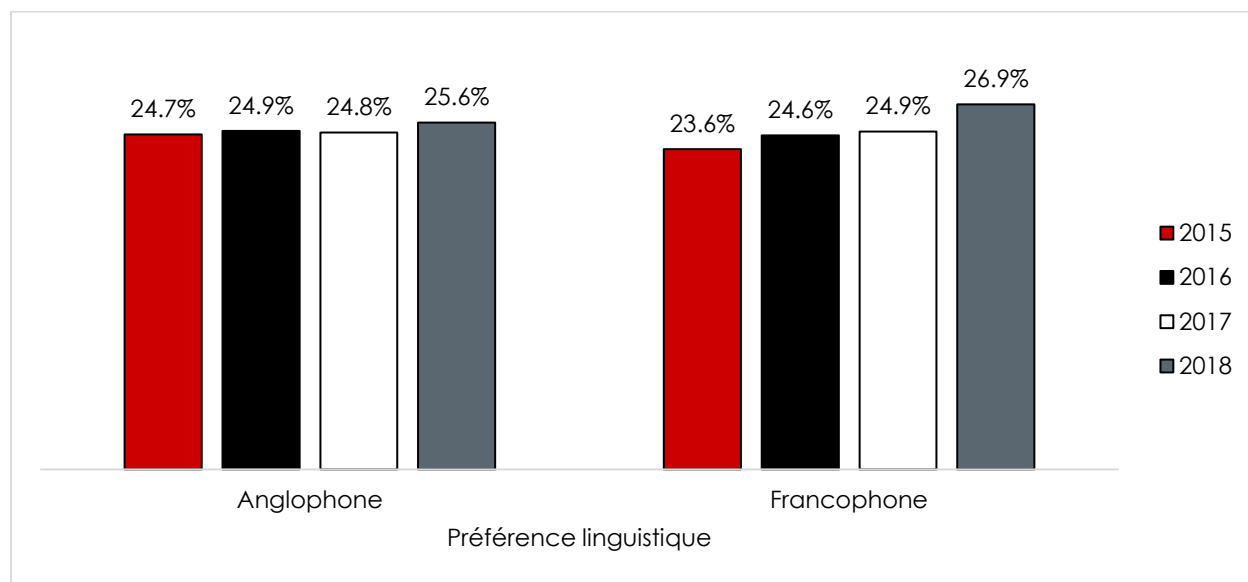
On constate chaque année un nombre croissant de consultations à la clinique Médisanté, mais plus particulièrement pour la population anglophone (Graphique 30). Les consultations des anglophones à la clinique Médisanté ont augmenté de 83,57 % (de 2 830 à 5 195), tandis que celles des francophones ont augmenté de 55,19 % (de 1 060 à 1 645).

Graphique 29 : Total des consultations médicales à la clinique Médisanté selon la langue (2015-2018)



Entre 2015 et 2018, on a assisté à une tendance progressive croissante du nombre de consultations médicales annuelles dans le GSJ pour les populations anglophone et francophone (Graphique 30). Cependant, dans le GSJ, les consultations médicales en français ont augmenté de 3,3 % entre 2015 et 2018, tandis que les consultations médicales en anglais n'ont augmenté que de 0,9 % durant cette même période.

Graphique 30 : Pourcentage du total annuel des consultations médicales en anglais et en français dans le GSJ (2015-2018)



Conclusion

Dans le présent rapport, nous utilisons des données issues du système de l'assurance-maladie (Données sur le citoyen) pour examiner les caractéristiques et l'utilisation des services de santé de la population francophone du Grand Saint John (GSJ).

La proportion des personnes s'identifiant comme francophones au N.-B. en fonction de la préférence linguistique consignée dans le système de l'assurance-maladie est plus faible que la proportion établie en fonction de la définition de la langue du recensement, comme la langue la plus souvent parlée à la maison ou la langue maternelle. Cet écart laisse penser que les chiffres de la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie sous-estiment la proportion de francophones dans la province.

Cet écart est particulièrement marqué pour la région du GSJ, où on estime que, d'après la définition de la langue selon la langue maternelle, la proportion de la population francophone est 4,68 fois plus élevée que la proportion établie à l'aide de la définition de la préférence linguistique pour la correspondance de l'assurance-maladie. L'ampleur de cet écart témoigne d'une limite significative dans l'usage des données de l'assurance-maladie pour représenter la population francophone du N.-B., et plus particulièrement celle du GSJ.

À l'aide de la langue et de la région définies dans les données tirées de l'assurance-maladie, plusieurs mesures médicales, démographiques et socio-économiques sont examinées. Certaines tendances émergent pour décrire la population francophone du GSJ :

Par rapport à la population du N.-B. dans l'ensemble, la population du GSJ francophone affiche

- Une proportion plus élevée de ménages avec deux adultes et des enfants
- Plus de mobilité
- Une proportion plus élevée de revenus faibles et de revenus élevés
- Une moyenne plus faible des années écoulées depuis l'annonce du diagnostic de maladie chronique
- Des taux de mortalité plus faibles
- Une proportion plus faible de bénéficiaires de l'aide sociale.

Suite à notre évaluation des consultations médicales à la clinique Médisanté Saint-Jean, nous avons constaté une augmentation générale du nombre des consultations à la clinique, avec une augmentation plus marquée des consultations observée pour les anglophones que pour les francophones. Cependant, la proportion des consultations de francophones à la clinique Médisanté varie grandement en fonction de la définition de la langue utilisée. De façon plus générale, on estime que le nombre des consultations médicales et hospitalières par des francophones dans le GSJ serait nettement plus élevé si les personnes ayant indiqué le français comme langue maternelle préféraient aussi le français comme langue de service.

Ces conclusions aident à mieux connaître la communauté francophone de Saint John, qui abrite une vaste communauté francophone, par rapport au reste du Nouveau-Brunswick et à Moncton. Ce rapport sert aussi à informer l'Association régionale de la communauté francophone (ARCF) de l'utilisation des services de santé à Saint John ainsi que des lacunes potentielles susceptibles de nuire aux services offerts aux francophones.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2021). Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC), outil de données 2000–2017, édition de 2019. Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada. <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/Index>
- Bouchard, L., M. Batal, P. Imbeault, I. Gagnon-Arpin, E. Makandi et G. Sedigh (2012). *La santé des francophones de l'Ontario. Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Ottawa, ON: Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario.
- Bowen, S. et D. De Moissac. (2018). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 1-9.
- Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA). (2001). *Santé en français : Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. <https://fcfa.ca/wp-content/uploads/2018/03/Pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-francais-EN.pdf>
- Gauthier, A. P., P. E. Timony, S. Serresse, N. Goodale et J. Prpic (2015). Strategies for improved French-language health services: Perspectives of family physicians in northeastern Ontario. *Médecin de famille canadien Canadian family physician*, 61(8), e382–e390.
- Lakhanpaul, M., D. Bird, L. Manikam, L. Culley, G. Perkins, N. Hudson, J. Wilson et M. Johnson (2014). A systematic review of explanatory factors of barriers and facilitators to improving asthma management in South Asian children. *BMC Public Health*, 14, 403.
- Marmen, L. et S. Delisle (2003). *L'amélioration de l'accès aux soins de santé en français à l'extérieur du Québec*. Statistique Canada : Tendances sociales canadiennes, Catalogue n° 11-008.
- Nelson A. R., A.Y. Stith et B. D. Smedley (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Organisation mondiale de la santé, World Alliance for Patient Safety Taxonomy. (2009). *The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Statistique Canada. (2017a, 29 novembre). *Profil du recensement, recensement de 2016: Nouveau-Brunswick [Province] et Canada [Pays] (tableau)*. Catalogue de Statistique Canada n° 98-316-X2016001. Ottawa. Extrait le 17 août 2022 de <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Statistique Canada. (2017b, 13 décembre). Fichier de conversion des codes postaux^{MO} (FCCP), guide de référence. Catalogue de Statistique Canada n° 92-154-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-154-g/92-154-g2017001-fra.htm>

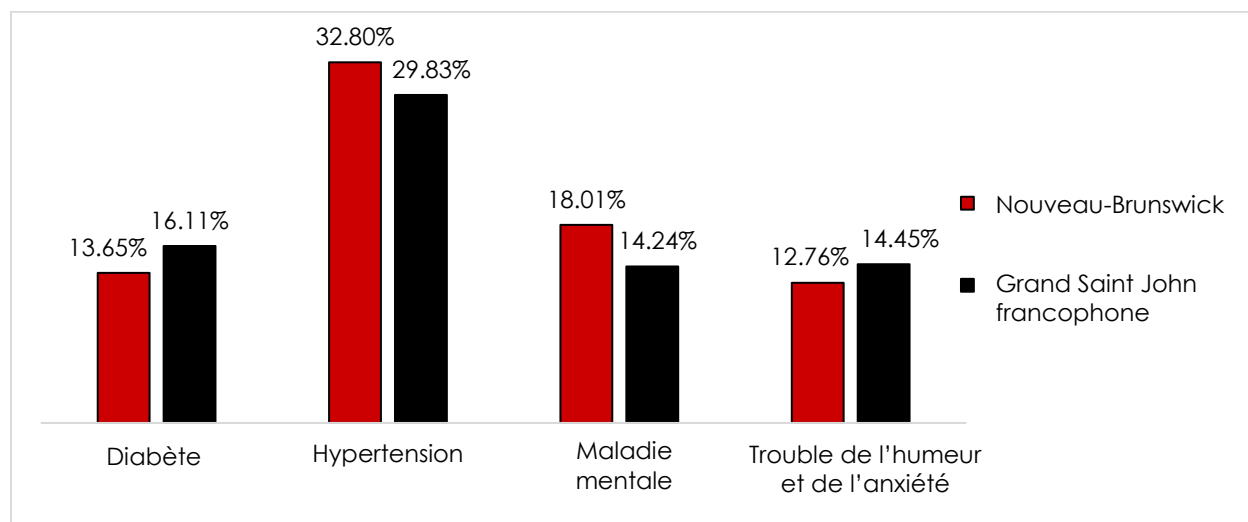
Annexe – Taux normalisés selon l'âge et le sexe

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe, la prévalence, la moyenne des années depuis l'annonce du diagnostic et les hospitalisations par habitant sont calculés en sus des taux correspondants non ajustés indiqués tout au long de ce rapport. Cependant, dans la majorité des cas, les taux normalisés selon l'âge et le sexe sont suffisamment similaires aux taux non ajustés pour être exclus. Dans cette section, nous montrons des cas pour lesquels les taux ajustés en fonction de l'âge et du sexe diffèrent manifestement des taux non ajustés. Veuillez noter que les valeurs normalisées utilisées pour la normalisation selon l'âge et le sexe provenaient des chiffres de population du N.-B. selon l'âge et le sexe utilisés dans ce rapport.

Sur les quatre maladies chroniques les plus courantes (diabète, hypertension, maladies mentales et troubles de l'humeur et de l'anxiété), c'est l'hypertension qui affiche la plus grande différence entre les taux de prévalence non ajustés ([Graphique 19](#)) et les taux ajustés selon l'âge et le sexe ([Graphique 31](#)).

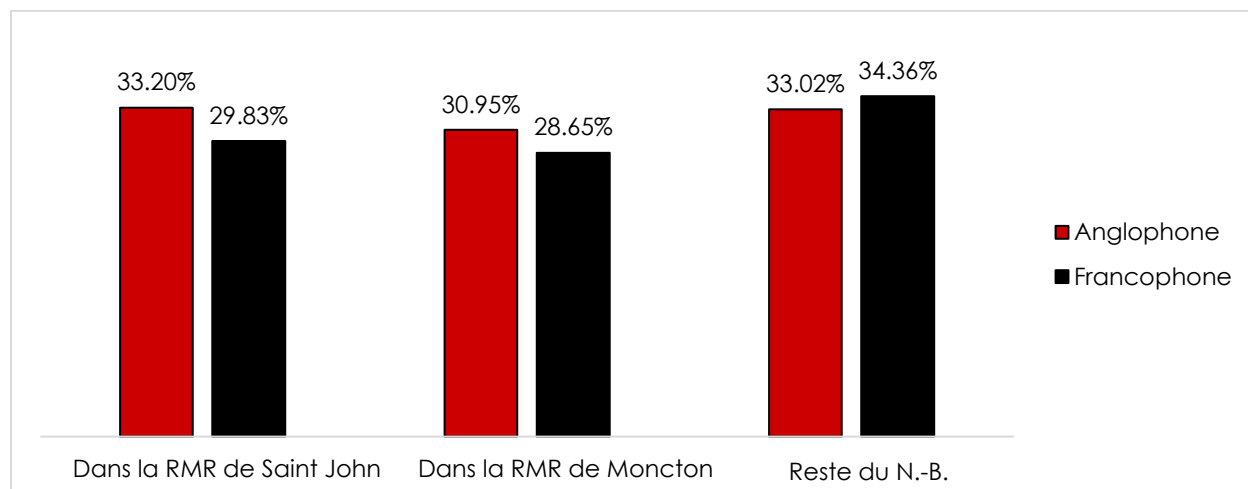
On constate une différence de 6,97 % pour les taux non ajustés, tandis que cette différence se situe à 2,97 % pour les taux normalisés selon l'âge et le sexe. Les autres taux demeurent similaires pour les taux non ajustés et les taux normalisés selon l'âge et le sexe.

Graphique 31 : Taux de prévalence normalisés selon l'âge et le sexe pour les quatre maladies chroniques prédominantes au N.-B. et dans le GSJ francophone



Pour l'hypertension, la différence entre les taux de prévalence non ajustés ([Graphique 19](#)), soit 14 % entre le taux inférieur et le taux supérieur, est substantiellement supérieure à la différence entre les taux normalisés selon l'âge et le sexe ([Graphique 31](#)), soit 5,72 % entre le taux inférieur et le taux supérieur. Cependant, dans les deux cas, l'hypertension affiche le taux de prévalence le plus faible pour le groupe du Moncton francophone et le taux de prévalence le plus élevé pour le groupe des francophones du reste du N.-B. De plus, le taux de prévalence général pour l'hypertension demeure le même pour les taux non ajustés et les taux normalisés selon l'âge et le sexe.

Graphique 32 : Taux de Prévalence de l'hypertension normalisés selon l'âge et le sexe pour la RMR de Saint John, la RMR de Moncton et le reste du N.-B. en fonction de la langue



Les troubles neurocognitifs affichent la plus grande différence entre la moyenne non ajustée du nombre d'années depuis l'annonce du diagnostic (Graphique 21) et la moyenne du nombre d'années normalisée selon l'âge et le sexe depuis l'annonce du diagnostic (Graphique 33), soit 3,13 années pour la moyenne non ajustée et 0,60 année pour la moyenne normalisée selon l'âge et le sexe. Les troubles neurocognitifs se manifestent généralement chez les personnes âgées, ce qui pourrait expliquer la baisse de la moyenne après la normalisation selon l'âge et le sexe.

Graphique 33 : Moyenne du nombre d'années normalisée selon l'âge et le sexe depuis l'annonce du diagnostic de maladie chronique pour le N.-B. (2018).

