Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse

Thierry Lacaze-Masmonteil, M.D., Ph.D., FRCPC¹, Anne Leis, Ph.D.², Emmanuelle Lauriol, B.Sc.³, Joane Normandeau, Ph.D., L.Psych.⁴, Denise Moreau, inf., Ph.D.^{5,6}, Louise Bouchard, Ph.D.^{6,7}, Cathy Vaillancourt, Ph.D.³

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Dans une perspective de santé publique, le suivi de grossesse et la période périnatale exigent une communication de qualité et des services de santé qui tiennent compte du contexte dans lequel ces femmes évoluent. Or, des défis d'accès aux services de santé en français en situation minoritaire au Canada ont été documentés. Cette étude pilote a pour objectif de mieux cerner les perceptions et le vécu de femmes enceintes francophones vivant au Canada dans un contexte linguistique minoritaire.

MÉTHODES : Étant donné la nature exploratoire du questionnement, une étude descriptive alliant des méthodes quantitative et qualitative a été mise en œuvre en Alberta et au Nouveau-Brunswick, dont les populations sont de 2 % et 33 % francophones, respectivement. Deux entrevues semi-structurées et une série de questionnaires ont été administrées auprès de 21 femmes enceintes au début du troisième trimestre de grossesse et à six semaines après la naissance. Une analyse descriptive des questionnaires a permis de dresser le profil et les caractéristiques des participantes, et les entrevues qualitatives, transcrites, codées et analysées de façon inductive par quatre lecteurs indépendants, ont fait ressortir plusieurs thèmes clés en rapport avec leurs expériences.

RÉSULTATS : La plupart des participantes se sont dites bilingues et la langue ne semble pas avoir été un enjeu majeur dans l'évaluation des services de santé reçus sauf en situation de stress et lors de certaines périodes critiques de la grossesse et de l'accouchement. Par contre, près d'un tiers des participants se disent insatisfaites des services de santé reçus et l'insuffisance de suivi en français est mentionnée comme un des facteurs contribuant à cette insatisfaction.

CONCLUSION : Les services de santé sont préférés dans la langue maternelle des femmes mais reçus dans la langue de la majorité la plupart du temps. En situation de stress ou de complication de grossesse, les témoignages des participantes semblent indiquer que la communication en français est un facteur essentiel d'un suivi de grossesse de qualité. Une étude comparative permettrait de mieux distinguer l'impact spécifique de la langue dans l'expérience vécue des femmes enceintes.

MOTS CLÉS : accouchement; grossesse; suivi périnatal; culture; francophonie; minorité de langue officielle

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S65-S70.

Pouvoir exprimer ses craintes, ses besoins et ses symptômes à un professionnel de santé qui comprend sa langue est essentiel à une bonne communication et contribue à la qualité des soins prodigués¹⁻³. Or de nombreux défis et problèmes en matière de santé pour les francophones en milieu minoritaire ont été documentés tels que l'accès aux services de santé, la qualité des soins et la relation thérapeutique⁴⁻⁶.

L'impact sur la santé de certains déterminants psychosociaux et environnementaux, tels que la langue et la culture, est amplifié durant la période périnatale⁷⁻⁹. En effet, les femmes ont des besoins particuliers en matière de soutien et services de santé durant la grossesse, l'accouchement et dans la période postnatale. De plus, il a été démontré que des soins périnataux inadéquats augmentent le stress psychologique chez la mère, ce qui est associé à une augmentation du risque de mortalité et de morbidité péri- et post-natale, d'accouchement prématuré, de pré-éclampsie, de dépression durant la grossesse et le post-partum, de bébé de petit poids et des effets à long terme chez l'enfant (programmation fœtale)¹⁰⁻¹⁵. Il est fort probable que les barrières linguistiques et culturelles contribuent également au niveau de stress¹⁶.

Sur une population francophone en situation linguistique minoritaire de 1 million au Canada, le nombre de femmes

enceintes francophones en situation minoritaire par année est estimé à environ 10 000. Bien que les femmes enceintes repré-

Affiliations des auteurs

1. CHEO - Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
2. Community Health and Epidemiology, College of Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)
3. INRS-Institut Armand Frappier, Université du Québec, Laval (Québec)
4. École de psychologie, Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)
5. École des sciences infirmières, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
6. Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario)
7. Département de sociologie et d'anthropologie, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Cathy Vaillancourt, INRS-Institut Armand-Frappier, 531 boul. des Prairies, Laval (Québec) H7V 1B7, Tél. : 450-687-5010, poste 8812, Téléc. : 450-686-5389, Courriel : cathy.vaillancourt@iaf.inrs.ca

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier D^{re} Slimane Belbraouet et Étienne Dako de l'Université de Moncton pour l'aide logistique, les intervieweuses et les traductrices des entrevues ouvertes, Jonathan Robichaud pour les discussions constructives lors de l'analyse de résultats, et les participantes à l'étude.

Sources de financement : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) initiative de recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire (OLG87443); le Réseau de Recherche Interdisciplinaire sur la Santé des Francophones en situation minoritaire (RISF), financé par les IRSC, le Secrétariat national du Consortium national de formation en santé (CNFS), le CNFS et la Faculté des études supérieures et de la recherche (FESR) de l'Université de Moncton, la Commission nationale des parents francophones (CNPF) et le secrétariat francophone de l'Alberta (gouvernement de l'Alberta).

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Profil sociodémographique des participantes

Variable	Nombre de participantes (n=21)
Âge (ans) $\pm$ S.D.	28,5 $\pm$ 3,5
Au Canada depuis	
>18 mois	16
<18 mois	5
État civil	
Union de fait	13
Mariée	8
Primipare : multipare	11 : 21
Scolarité moyenne	Collégiale ou équivalent à une 12 ^e année
Revenu familial moyen	60 000 \$ -79 000 \$

sentent un groupe particulièrement à risque, aucune information n'existe quant au portrait de santé des femmes enceintes francophones et leurs enfants et la qualité des services périnataux en contexte linguistique minoritaire au Canada. L'objectif de cette étude est d'explorer, à l'aide d'entrevues qualitatives et d'une série de questionnaires, les besoins de services et d'accompagnement des femmes enceintes francophones vivant en situation minoritaire afin de mieux cerner les perceptions, les expériences et les besoins liés au suivi de grossesse, à l'accouchement et au moment du post-partum.

MÉTHODE

Étant donné la nature exploratoire de l'étude, une approche descriptive alliant des méthodes quantitative et qualitative a été adoptée. L'étude a été menée auprès de femmes francophones en situation linguistique minoritaire dans deux provinces canadiennes, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick. Deux entrevues semi-structurées et une série de questionnaires ont été administrées auprès de femmes enceintes au début du troisième trimestre de grossesse et à six semaines après la naissance.

La recherche a été réalisée entre 2008 et 2009. L'approbation éthique de tous les établissements participants ainsi que le consentement éclairé des participantes ont été obtenus. Trente femmes enceintes ont été recrutées : a) 19 femmes francophones vivant en Alberta (dont la population est 2 % francophone) et b) 11 femmes francophones vivant au Nouveau-Brunswick (dont la population est 33 % francophone). Toutefois, les données ont été recueillies pour seulement 21 des 30 participantes volontaires (questionnaires perdus ou non retournés, une participante a fait une fausse-couche et une a changé de province). Toutes les participantes sont francophones, c'est-à-dire que leur langue maternelle est le français ou leur première langue officielle utilisée couramment est le français sans que le français ne soit leur langue maternelle (tableau 2). Le recrutement s'est effectué en milieu rural et urbain, dans des centres hospitaliers et des centres communautaires.

Six questionnaires contenant les informations suivantes ont été administrés : a) informations sociodémographiques avec des aspects linguistiques; b) auto-évaluation ALPHA (*Antenatal Psychosocial Health Assessment*), un instrument développé par un groupe de chercheurs de l'Université de Toronto et disponible en ligne¹⁷ pour documenter l'état de santé psychosocial de la femme au cours de la période prénatale; c) niveaux de stress et d'anxiété ressentis par les mères (pré- et postnatal) mesurés par un questionnaire développé par Louise Lemyre et Réjean Tessier¹⁸; d) *Brown's Support Behaviors Inventory* traduit en français par Goulet et al.¹⁹, pour documenter l'accès aux ressources et le support social et communautaire; e) satisfaction de la mère en période

Tableau 2. Profil linguistique des participantes et des services de santé

Langue	Nombre de participantes (n=21)
Maternelle	
Français	20
Anglais	0
Autres	1
Comprise	
Français	2
Anglais	0
Français + anglais	18
Autres	1
Maîtrisée (orale)	
Français	8
Anglais	0
Français + anglais	11
Autres	2
Préférée des services de santé	
Français	21
Anglais	0
Autres	0
Habituelle des services de santé reçus	
Français	11
Anglais	4
Français + anglais	5
Autres	1

postnatale, questionnaire que nous avons pour documenter les pratiques en matière de congé et de suivi, les perceptions au regard des services de périnatalité et les effets des divers modèles de suivi postnatal; f) échelle de dépression postnatale d'Édimbourg²⁰). Les questionnaires a, b, c, et d ont été complétés en période anténatale (avant 28-32 semaines de grossesse) et les questionnaires c, d, e, et f après l'accouchement (avant 6 semaines post-partum).

Deux entrevues semi-dirigées d'une durée d'environ 60 minutes chacune ont également été conduites au domicile des participantes. Ces entrevues ont été enregistrées et transcrites pour recenser les expériences sur le vécu de la grossesse, l'interaction avec le personnel soignant, les besoins d'information et d'accompagnement, les circonstances de l'accouchement et du retour à la maison, les soins au nouveau-né, la présence de soutien pendant la période périnatale, etc. Pour plus de détails sur le protocole de recherche et les questionnaires de l'étude, se référer à l'article publié par Vaillancourt et al.²¹

Analyse des données

Dans cette étude nous avons privilégié l'approche thématique exploratoire pour décrire le phénomène du contexte linguistique minoritaire tel que vécu par des femmes enceintes francophones²². Les transcriptions des entrevues ont été analysées selon le mode itératif de façon indépendante puis en groupe. Plus spécifiquement, celles-ci ont été lues par quatre lecteurs, qui ont chacun codé et condensé les données en thèmes sans se fier à un cadre théorique prédéterminé. L'examen des thèmes émergents et leur mise en relation ont facilité l'identification d'unités de sens liées aux expériences vécues des participantes pendant leur grossesse, l'accouchement et la période postnatale en contexte minoritaire. Sur la base d'un accord inter-juges, les principales thématiques liées à ce vécu des participantes dans le système de santé ont été validées et colligées. Certains thèmes importants ont été illustrés par des citations provenant directement du discours d'entrevue. De surcroît, l'analyse descriptive des questionnaires (fréquences et moyennes) a permis de dresser le profil et les caractéristiques des participantes en ajoutant ainsi une dimension complémentaire à l'analyse qualitative.

Tableau 3. Satisfaction des femmes face à la qualité des soins médicaux en période périnatale

Variables/Questions*	% de satisfaction		
	Entièrement satisfaite	Assez satisfaite	Peu ou pas satisfaite
Information reçues concernant la préparation à l'accouchement, les changements émotifs et physiques et les différents soins et tests médicaux liés à la grossesse au cours de la période périnatale	53	41	6
Expérience générale du travail et de l'accouchement/ Dans l'ensemble, décrieriez-vous le travail et l'accouchement comme une expérience...?	35	48	17
Soins reçus par le personnel médical à l'accouchement/ Repensez à votre expérience de la grossesse, du travail et de l'accouchement et du post-partum immédiat. Dans l'ensemble, dans quelle mesure étiez-vous satisfaite ou insatisfaite de votre participation aux décisions avec vos soignants?	59	17	24
Informations reçues concernant la préparation à l'accouchement, les changements émotifs et physiques et les différents soins et tests médicaux liés à la grossesse durant la période postnatale	47	35	18

* Questionnaire (e) satisfaction de la mère en période postnatale.

Tableau 4. Perceptions des femmes enceintes par rapport à la langue des services de santé reçus

Niveau	Éléments positifs vécus	Éléments négatifs vécus	Suggestions
Individuel	Acceptation du choix de vivre dans une province anglophone	En situation de stress, besoin de s'exprimer dans sa langue	Avoir un bracelet inscrit « francophone »
	Fierté d'être bilingue	Frustration vis-à-vis le soi-disant service bilingue	
	Traduction via conjoint/ami	Nécessité de faire sa propre recherche à l'internet en français	
Professionnels de santé	Avoir eu un très bon support de l'entourage proche		
	Avoir obtenu des services francophones*	Culture d'origine n'est pas prise en compte	Professionnel de santé accompagnant qui parle français (ex : doula)
Système de santé	Les femmes ayant un médecin francophone se considèrent très chanceuses	Consultations impersonnelles et expéditives en anglais	
	Pouvoir suivre des cours prénataux en français*	Moins de documentation écrite en français	Accès à des associations/centres francophones*
		Crainte d'un service de moindre qualité si donné en français	Service de traduction lors de l'accouchement et des rendez-vous avec des spécialistes anglophones*

* Pendant la grossesse (prénatale à 28-32 semaines de grossesse) uniquement.

RÉSULTATS

Analyse descriptive des questionnaires

Profil démographique des participantes à l'étude

Les principales caractéristiques du profil sociodémographique des participantes (questionnaire a) sont présentées dans le tableau 1. Vingt-et-une femmes (10 de l'Alberta; 11 du Nouveau-Brunswick) ont complété l'étude; 16 Canadiennes françaises et 5 nouvelles immigrantes habitant au Canada depuis moins de 18 mois (3 Françaises et 2 Africaines (Maliennne et Congolaise)) (tableau 1). Aucune différence significative n'a été observée entre la cohorte du Nouveau-Brunswick et celle de l'Alberta. Le tableau 2 montre les caractéristiques linguistiques des participantes. À noter que toutes les femmes ont comme langue maternelle le français, sauf une (Lingala, dialecte malien). Dans le contexte des soins de santé, toutes les femmes ont indiqué qu'elles préféreraient être servies en français, mais 19 % des participantes disent communiquer uniquement en anglais alors que 52 % d'entre elles utilisent habituellement le français.

Profil psychosocial

Toutes les femmes ont évalué leur santé psychosociale équivalente à la moyenne de la population et aucune n'a rapporté d'expérience de vie négative ou défavorable que ce soit durant la période pré-

natale ou postnatale. De plus, 94 % des femmes présentaient un niveau de stress et d'anxiété durant la grossesse et après l'accouchement similaire à la moyenne de ce qui est observé dans la population générale (questionnaire c). Seule une des participantes a démontré des signes cliniques de dépression post-partum (un score de 16 relatif à une moyenne de $6,6 \pm 4,1$) selon l'échelle d'Édimbourg.

Accès aux ressources et soutien reçu (questionnaire d)

Les sources d'informations les plus utiles pour les femmes concernant la grossesse, le travail et l'accouchement sont une grossesse précédente (100 % pour les multipares), les livres (65 %), la famille (53 %), l'internet (47 %), les services offerts par le personnel médical (47 %) et les cours prénataux (6 %). Pour les primipares, le choix de ne pas suivre de cours prénataux s'expliquait par l'absence de cours disponible en français.

Évaluation de la qualité des soins (questionnaire e)

Les données sur la satisfaction de la mère en période postnatale indiquent que 76 % des femmes étaient satisfaites de la rapidité des soins. Les raisons de l'insatisfaction étaient la non disponibilité du médecin ou qu'il n'avait pu débiter les soins plus tôt (début à 12 semaines). Le tableau 3 résume la satisfaction des participantes à l'égard des informations reçues concernant la préparation à l'accouchement et les tests médicaux liés à la grossesse, les soins

reçus et l'expérience générale du travail et de l'accouchement et l'information reçue au sujet de la période postnatale. À la question : « Repensez à votre expérience de la grossesse, du travail et de l'accouchement et du post-partum immédiat. Avez-vous pu obtenir l'information et les soins dont vous aviez besoin dans une langue que vous connaissez assez bien pour soutenir une conversation? » 69 % des femmes ont répondu par l'affirmative et de ce pourcentage, 63 % avaient reçu les informations et les soins en français. Par contre, seulement 20 % des femmes se sont dites satisfaites des soins et de l'information reçus.

Analyse thématique des entrevues semi-dirigées

L'analyse des entrevues semi-dirigées a permis d'identifier certains thèmes clés résumés dans le tableau 4. Celui-ci regroupe les expériences positives et négatives relevées dans les entrevues et identifie quelques suggestions pour faciliter les services dans la langue de préférence. De plus, les citations ci-dessous provenant directement du discours des participantes illustrent plus en profondeur les différentes facettes du vécu ressenti par ces femmes.

Les problèmes de communication entre les femmes et le personnel soignant sont amplifiés par la barrière linguistique, les différences de culture et la traduction à des moments critiques tels que l'accouchement avec son lot de stress et l'effet des médicaments.

« ... mais il me semble que je les entendais parler là, puis je comprenais comme plus rien. C'est comme ... du chinois quand ils parlaient là. J'étais dans un autre état peut-être là. Ça, j'avais trouvé ça. »

Les entrevues postnatales et prénatales relèvent sensiblement les mêmes aspects; par contre en ce qui a trait aux problèmes de communication lors de l'accouchement, le stress apparaît comme un enjeu majeur quand vient le temps de comprendre et d'être comprise. Entendre quelqu'un parler dans sa langue a un effet apaisant.

« Ah! Oui, j'étais nerveuse au bout puis là, les médecins « Calme-toi ». Ils me parlaient en anglais « Calme-toi. Calme-toi ». Je le sais pas – j'ai « Regarde, lâchez-moi l'anglais là. Faites rentrer mon chum puis c'est le seul qui va réussir à me calmer là ».

« En tout cas il m'a glissé quelques mots en français. Moi j'étais dans les vaps un peu (...) dans les douleurs de contractions ça fait que j'ai pas... j'ai pas fait attention. J'ai entendu du français mais je me rappelle pas ce qu'il m'a dit. »

Certaines femmes ont aussi mentionné qu'une fois sous l'effet d'un médicament, la communication devenait difficile peu importe la langue.

« Mais le problème de communication, sérieusement, il est arrivé vraiment à la fin là, quand j'étais sur la morphine. »

Une ambivalence quant au besoin et au désir d'obtenir des services en français a également été observée. Certaines femmes (particulièrement les immigrantes) ayant fait le choix de vivre dans une province à majorité anglophone (Alberta) ne faisaient pas valoir leurs besoins à obtenir leurs services dans la langue officielle minoritaire, soit le français. Par contre, d'autres éprouvaient le besoin de s'exprimer dans leur langue maternelle et ressentaient de la frustration vis-à-vis du soi-disant service bilingue d'une province (Nouveau-Brunswick). À titre d'exemple :

« Bien je suis très confortable en anglais dans les conversations de tous les jours. C'est sûr que quand ça vient la santé, les inquiétudes puis tout ça, c'est plus émotif puis j'aime mieux parler en français. C'est – j'allais dire que c'est un caprice mais ce n'est pas vraiment un caprice

là. Non, pour parler de ces choses-là, c'est beaucoup plus intéressant de le faire en français. »

« Puis ils t'appellent, ils te rappellent, là, 2 jours après puis une semaine après, une couple de semaines après pour voir comment tu vas. Puis des fois j'ai pas compris ce qu'elle m'a dit, là, puis elle a laissé faire la question là. Parce que là je comprenais pas. Ça fait 3 fois qu'elle (...) on est quand même dans une province anglophone ici. »

Les femmes ont aussi soulevé des problèmes d'équité de services de santé quant au service médical et à l'information disponible en français par rapport aux ressources dans la langue majoritaire. Par exemple :

« Puis si tu regardes dans le sac en anglais, les livres sont plus beaux, il y en a plus, puis en français, il y avait presque rien. »

« (...) j'ai pas entendu personne parler en français. Personne, personne, personne. Pas une infirmière pas un médecin. Ça fait que'sé comme « Hey! Crois-tu ça quand tu dis que le Nouveau-Brunswick est la seule province bilingue au Canada ».

D'autre part, plusieurs facteurs contribuant à une expérience positive ont aussi été mentionnés (tableau 4). On recense le fait d'avoir obtenu des services en français, d'être bilingue, d'avoir reçu un très bon soutien de l'entourage immédiat de la famille et des amis, d'avoir eu des expériences de grossesses précédentes et finalement d'avoir eu accès à des associations francophones. Le besoin que les femmes ont le plus souvent revendiqué est celui de pouvoir suivre des cours prénataux en français et cela à proximité de leur domicile. Les suggestions pour améliorer la prise en charge en français dans un contexte où les services sont majoritairement en anglais sont concrètes, faisables et peu coûteuses.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude pilote a permis d'identifier, pour la première fois, les besoins de services et d'accompagnement des femmes enceintes francophones vivant en situation linguistique minoritaire au Canada et de mieux cerner comment ces femmes perçoivent l'influence de la situation linguistique minoritaire sur la qualité des soins périnataux. Le but visé qui était de jeter les bases pour la mise en place d'une large étude comparative a été atteint. En outre, les questionnaires, la méthode de recrutement et les entrevues qualitatives ont été validées. De plus, les entrevues qualitatives ont permis d'identifier des domaines spécifiques de préoccupations.

L'impact des facteurs psychosociaux et environnementaux sur la santé des femmes enceintes en situation minoritaire et le devenir de leur grossesse ont été étudiés dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, dans un contexte historique et socioculturel très différent du Canada^{7,23,24}. Dans ces études, c'est l'appartenance ethnique plutôt que la langue qui définit la notion de minorité, et la variable d'intérêt est le devenir de la grossesse à court terme plutôt que l'état de santé (perçu ou réel) de la mère. Les résultats de la présente étude permettent de mettre en évidence que la langue de service est perçue comme un enjeu, et ce, plus spécifiquement au cours des périodes critiques de la grossesse (accouchement, complications de grossesse,...). De plus, ils confirment que les défis et les problématiques en matière de santé auxquels fait face la population francophone canadienne à l'extérieur du Québec, malgré la couverture d'assurance universelle, sont multiples : accès aux services et à l'information médicale en français, qualité des soins, communication patient-personnel médical^{4,6,19}. Les thèmes recueillis lors des entrevues convergent avec les données de la littérature qui

démontrent qu'une mauvaise communication due à la barrière linguistique ou culturelle entraîne une insatisfaction chez les patients^{3,25-27}. L'analyse des entrevues a également permis de recenser les différentes stratégies que les femmes emploient afin de remédier aux problèmes de communications avec le personnel soignant. Ces stratégies n'étant toutefois pas toujours efficaces, nos données viennent appuyer la thèse du rapport du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2001) comme quoi « plus de la moitié des francophones de ces communautés ont rarement, voire jamais accès aux services de santé dans leur langue ». Enfin, les entrevues ont permis de mettre en évidence l'ambivalence quant au besoin et au désir d'obtenir ses services en français. Ainsi, certaines femmes (particulièrement les immigrantes) ayant fait le choix de vivre dans une province à majorité anglophone (Alberta) ne veulent pas faire valoir leur droit à obtenir leurs services dans la langue officielle minoritaire, soit le français, même si elles reconnaissent néanmoins leur besoin de s'exprimer dans cette langue.

Certaines limitations et difficultés de recrutement au cours de l'étude ont conduit à élargir les critères d'éligibilité. Par exemple, la condition de primiparité a été abandonnée, ce qui a permis d'illustrer que l'expérience d'une grossesse précédente semble diminuer le besoin d'obtenir les soins dans sa langue maternelle. De plus, l'échantillon des participantes s'est avéré très hétérogène au niveau des langues comprises et/ou maîtrisées à l'oral et plusieurs femmes ont affirmé que bien que leur langue maternelle soit le français, elles comprenaient et pouvaient s'exprimer en anglais. Ceci a entraîné une fragmentation de l'échantillon rendant certaines analyses quantitatives descriptives impossibles. Les résultats et conclusions de la présente étude reposent donc en majorité sur l'analyse qualitative des entrevues. Cette étude pilote a néanmoins permis d'identifier les recommandations suivantes : s'assurer qu'un professionnel de santé parlant français soit présent lors de l'accouchement et que la documentation et l'accès à l'information soient disponibles en français. Il est primordial que la santé des femmes enceintes soit identifiée comme un secteur d'intervention prioritaire pour les communautés francophones en situation minoritaire, comme l'a été l'éducation. Un indicateur de succès d'une telle entreprise sera lorsque les obstétriciens, sages-femmes et autres personnels en relation avec les femmes enceintes compteront un nombre grandissant de francophones.

En résumé, les résultats de cette étude permettent de remédier à la méconnaissance du portrait des services offert et de la santé des femmes enceintes francophones et leurs enfants vivant en situation linguistique minoritaire au Canada. Les résultats de cette étude pilote permettent aussi de jeter les bases pouvant mener à l'élaboration de questions et hypothèses de recherche préalable à la mise en place d'une large étude comparative pancanadienne et longitudinale. Nos résultats démontrent la nécessité de poursuivre le développement d'une étude pancanadienne en comparant trois différents groupes (francophones en milieu minoritaire (cas-1), francophones en milieu majoritaire (témoin-1), anglophones en milieu minoritaire (cas-2) et anglophones en milieu majoritaire (témoin-2)) afin d'examiner la relation entre les indicateurs de déterminants de la santé et les marqueurs objectifs et subjectifs de bien-être et de santé durant la grossesse. Cette prochaine étude comparée permettra d'évaluer plus spécifiquement dans quelle mesure le contexte minoritaire de prestation de services de santé influence la percep-

tion de bien-être chez des femmes francophones en situation linguistique minoritaire.

RÉFÉRENCES

1. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J Gen Pract* 2003;53(492):541-46.
2. Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Soc Sci Med* 2001;52(9):1343-58.
3. Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med* 2005;20(11):1050-56.
4. Poirier M, Schofield A, Grand'Maison P. Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada : revue de la littérature. Rapport publié par l'Association des facultés de médecine du Canada, Ottawa, 2005.
5. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Profils des communautés de 2001. Sur Internet : <http://www12.statcan.ca/english/Profil01/CP/Index.cfm?Lang=F> (consulté le 2 décembre 2007).
6. Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français. Étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001.
7. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, et al. Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review. *Soc Sci Med* 2009;69(6):934-46.
8. Gagnon AJ, Wahoush O, Dougherty G, Saucier JF, Dennis CL, Merry L, et al. The childbearing health and related service needs of newcomers (CHARSNN) study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006;6:31.
9. Malqvist M, Nga NT, Eriksson L, Wallin L, Hoa DP, Persson LA. Ethnic inequity in neonatal survival: A case-referent study in northern Vietnam. *Acta Paediatr* 2011;100(3):340-46.
10. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun* 2007;21(3):343-50.
11. Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(1):166-71.
12. van Enk A, Buitendijk SE, van der Pal KM, van Enk WJ, Schulpen TW. Perinatal death in ethnic minorities in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(11):735-39.
13. Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: Risk factors and pregnancy outcome. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(8):501-6.
14. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *BMJ* 2005;331(7507):15.
15. Sheeder J, Weber Yorga K, Kabir-Greher K. A review of prenatal group care literature: The need for a structured theoretical framework and systematic evaluation. *Maternal Child Health J* 2012;16(1):177-87.
16. Milligan R, Wingrove BK, Richards L, Rodan M, Monroe-Lord L, Jackson V, et al. Perceptions about prenatal care: Views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* 2002;2:25.
17. Midmer D, Biringer A, Carroll J, Reid A, Stewart D. A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form-Antenatal Psychosocial Health Assessment Form, 3rd edition. Toronto, ON: University of Toronto, 2005.
18. Lemyre L, Tessier R. Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Can Fam Phys* 2003;49:1159-60.
19. Goulet C, Polomeno V, Laizner AM, Marciel I, Lang A. Translation and validation of a French version of Brown's Support Behaviors Inventory in perinatal health. *West J Nurs Res* 2003;25(5):561-82; discussion 83-92.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
21. Vaillancourt C, Lacaze-Masmonteil T. Étude de l'impact de déterminants psycho-socio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans un contexte linguistique et culturel minoritaire. Acte du 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire. *Francophonie d'Amérique* 2009;(28):71-90.
22. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
23. Gennaro S. Overview of current state of research on pregnancy outcomes in minority populations. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5 Suppl):S3-S10.
24. Patrick TE, Bryan Y. Research strategies for optimizing pregnancy outcomes in minority populations. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5 Suppl):S64-S70.
25. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *J Gen Intern Med* 2005;20(9):800-6.

26. Stewart AL, Napoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: Patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 1):1235-56.
27. Ngui EM, Flores G. Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: The roles of race/ethnicity, insurance, language, and adequacy of family-centered care. *Pediatrics* 2006;117(4):1184-96.

ABSTRACT

OBJECTIVE: From a public health perspective, the follow-up of women during pregnancy and the perinatal period requires quality communication and health services that take into account the context in which these women live. However, challenges related to access to health services in French in a minority situation have been documented in recent research. The objective of this pilot study is to better understand the perceptions, the lived experiences and the needs of pregnant Francophone women living in Canada within a linguistic minority context.

METHODS: Given the exploratory nature of the inquiry, a mixed method descriptive study was conducted in Alberta and New Brunswick, whose populations are 2% and 33% Francophone, respectively. Two semi-structured interviews and a series of validated questionnaires were administered to 21 pregnant women during the third trimester of pregnancy and at six weeks postnatal. Based on the questionnaires, a descriptive analysis documented participants' characteristics, and qualitative interviews were transcribed, coded and analyzed through an inductive process by four independent readers to uncover key themes related to the participants' experiences.

RESULTS: Most of the women were bilingual and language in which health services were received did not appear to be a major issue for them, except during times of stress and at critical periods of the pregnancy. In contrast, almost one third of the women reported being unsatisfied with services they had received and attributed this dissatisfaction to gaps in French language services.

CONCLUSION: Women prefer to receive health services in their mother tongue, however services are delivered in English most of the time. Participants report that during times of stress and emergency, communication in French is essential to a quality follow-up of patients. Linguistic and cultural congruence seems to be a key factor for quality care during pregnancy. A comparative study would assist in better ascertaining the relative impact of language on Francophone women's lived experiences during pregnancy.

KEY WORDS: Delivery; pregnancy; perinatal; culture; official language minority; francophone