



Chapitre

10

La culture

Aperçu

La notion de culture s'entend d'une identité commune fondée sur des facteurs comme une langue commune, des valeurs et des attitudes partagées, et des idéologies similaires. En ce qui concerne la santé, certains groupes culturels sont exposés à d'autres risques déterminés par les valeurs culturelles dominantes qui contribuent à créer des conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévalorisation de la langue et de la culture, le manque d'accès à des services et à des soins de santé culturellement adaptés et le manque de reconnaissance des compétences et de la formation.

Le racisme et la discrimination ont une incidence directe sur la santé et un effet indirect se manifestant sous différentes formes d'inégalité sociale, politique et économique. Par exemple, les facteurs qui contribuent aux différences importantes en matière de santé entre les communautés des Premières nations, des Inuits, des Métis et autres (y compris l'éducation, le revenu, la culture et les environnements physique et social) sont enracinés dans une longue histoire de préjudice et de racisme.



Rapport avec le développement sain des enfants

Les groupes minoritaires vivent souvent un « stress d'acculturation ».

Les immigrants, les réfugiés, les membres des peuples autochtones et d'autres groupes ethniques vivront sans doute des stress venant de différentes sources — y compris les circonstances économiques, l'isolement social et personnel, les attitudes négatives et la violence sous forme de menaces ou d'actes (Berry, 1980). Ce « stress d'acculturation » peut avoir une incidence importante sur la santé tant physique que mentale. Par exemple, les peuples autochtones au Canada vivent souvent un stress lorsqu'ils déménagent d'une région relativement isolée ou d'une plus petite communauté à un grand centre urbain. Ce stress peut entraîner des problèmes d'alcoolisme, l'éclatement de la famille et des maladies physiques (Masi, 1989a, p. 72).

Le conflit entre les adultes et les enfants constitue une source importante de stress chez les membres des groupes immigrants. Les enfants immigrants ont tendance à s'intégrer plus rapidement à la culture dominante (Baptiste, 1990; Kim, 1980), en apprenant souvent la langue et les mœurs culturelles avant leurs parents. C'est ainsi que les enfants deviennent les traducteurs de la famille et les interprètes culturels; c'est par conséquent un renversement des rôles et une déstabilisation des voies normales de la communauté et de l'autorité dans la famille (Baptiste, 1993).

Les groupes culturels minoritaires peuvent aussi ressentir des désirs et avoir des attentes conflictuels pour leurs enfants — craignant, d'une part, que leurs enfants prennent des aspects indésirables de la nouvelle culture et voulant, d'autre part, qu'ils acquièrent les caractéristiques nécessaires qui leur permettraient de réussir (Wakil, Siddique et Wakil, 1981; Xenocostas, 1991; Markowitz, 1994). La possibilité d'un conflit est particulièrement grande durant l'adolescence, lorsque les idées de séparation, d'individuation et d'identité font surface (Baptiste, 1993). Il importe de noter que, même si la famille joue un rôle très important dans la transmission de la culture, cette importance a diminué relativement à l'incidence des autres sources d'influence culturelle, comme le marché et les écoles (Erikson, 1991, p. 1).



Les peuples autochtones au Canada vivent souvent un stress lorsqu'ils déménagent d'une région relativement isolée ou d'une plus petite communauté à un grand centre urbain.

La migration peut influencer sur la santé physique.

Il existe des preuves que la migration menace la santé physique à cause des changements alimentaires et de l'exposition aux pathogènes locaux contre lesquels les immigrants ne sont pas immunisés (Beiser et coll., 1995, p. 68).



Les réfugiés sont exposés à des stress qui leur sont propres.

On a pu démontrer que les migrants volontaires (p. ex., les immigrants) sont moins stressés que ceux qui s'exposent involontairement à un changement culturel (p. ex., les réfugiés et les peuples autochtones) (Berry et coll., 1987). La pauvreté, liée à l'incertitude ressentie au sujet du résultat de leur demande d'acceptation comme réfugié et aux attitudes négatives qu'ils rencontrent dans le pays hôte, peut créer un énorme stress sur le réfugié. De même, les enfants réfugiés ont probablement été victimes de violence dans leur pays et courent un grand risque de manifester un trouble de stress post-traumatique (Beiser et coll., 1995, p. 68).

Le contexte de la réinstallation joue un rôle mitigé.

Bien que la migration et la réinstallation en elles-mêmes puissent entraîner un stress important pour les familles, il y a plusieurs facteurs atténuants qui déterminent si oui ou non l'immigration est nécessairement suivie d'une mauvaise adaptation. Ces facteurs comprennent les politiques de sélection, les expériences avant l'émigration et l'accueil du pays hôte (Beiser et coll., 1995, p. 67).

Le stress, les forces personnelles et les ressources sociales agissent entre eux de façon complexe pour déterminer les risques pour la santé des groupes culturels minoritaires. Des facteurs comme la perte de la mère, la dépression maternelle et l'instabilité familiale générale contribuent à une vulnérabilité accrue chez les enfants des réfugiés et des immigrants. Ces facteurs contribuent également à créer un niveau de rendement scolaire plus faible et à un taux de délinquance plus élevé (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995).

Les enfants séparés des membres de leur famille durant les premières années de la réinstallation courent un risque accru de subir des répercussions négatives sur leur santé mentale, surtout s'ils sont placés dans une famille d'origine ethnique différente (Porte et Torney-Purta, 1987).

Le racisme et la discrimination contribuent au stress.

Plusieurs groupes minoritaires au Canada font part d'expériences de racisme et de discrimination. Par exemple, la moitié des femmes et des hommes indo-canadiens demeurant dans la région sud de Vancouver déclarent avoir vécu une certaine expérience d'hostilité raciale, allant d'injures et de dommages physiques à la discrimination sur le marché du travail (Nodwell et Guppy,

L'adoption interculturelle

Une étude a montré que les enfants en cause dans une adoption internationale sont aussi bien adaptés que les enfants de l'ensemble de la population. Ils sont bien intégrés, ont une très forte estime de soi et des relations positives avec leurs pairs (Westhues et Cohen, 1994). De plus, il y a des preuves que les enfants de parents qui gardent leur fierté ethnique et leur identité culturelle réussissent mieux que les enfants de parents qui s'assimilent complètement (Rumbaut et Ima, 1988, tel que cité dans Beiser et coll., 1995). La parenté culturelle — s'identifiant à la langue et à l'histoire, aux rituels religieux et cérémoniaux de même qu'aux codes de comportement d'une culture — contribue au sentiment d'identité, à la sécurité et à l'estime de soi de l'enfant (Haka-Ikse, 1988, p. 1113).



1992). Au cours des années 1980, des témoignages des minorités raciales devant le Comité spécial de la Chambre des communes sur la participation des minorités visibles à la société canadienne ont signalé plusieurs exemples de traitement différentiel. Une étude de la communauté chinoise de Toronto a permis de trouver que la discrimination perçue se traduisait en divers symptômes psychologiques comme la nervosité, les problèmes de sommeil, les maux de tête, les troubles de l'humeur et un degré d'inquiétude (Dion, Dion et Pak, 1992).

Les différences culturelles influent sur les changements de vie.

Les changements de vie (p. ex., l'éducation, la situation professionnelle et le revenu d'emploi) pour les immigrants varient selon leur pays d'origine. Par exemple, les immigrants européens réussissent mieux sur le marché du travail canadien que leurs homologues asiatiques et de race noire (Reitz et Breton, 1994, p. 112–114).

Les antécédents culturels, y compris l'ethnicité, peuvent avoir un effet sur les succès scolaires (Farkas et coll., 1990, p. 3). Malgré un certain accent mis sur l'éducation multiculturelle, les écoles canadiennes en général reproduisent les cultures et les valeurs des groupes dominants (Hébert, 1992; Shamaï, 1992). Les problèmes de langue et de communication font qu'un nombre considérable d'enfants de certains groupes culturels doivent être placés dans des classes d'enfants en difficulté ou d'enseignement professionnel (Comité consultatif du conseil scolaire de Toronto sur l'enseignement aux élèves noirs des écoles de Toronto, 1987). Les études et les carrières futures de ces enfants s'en trouvent par conséquent sérieusement limitées (Masi, 1989a, p. 71).

La mutilation des organes génitaux de la femme

Effectuée en général avant la puberté, la mutilation des organes génitaux de la femme (MOGF) consiste à enlever une partie ou la totalité des organes génitaux de la femme et, dans les cas les plus graves, à fermer les lèvres. Cette pratique est fondée sur la tradition plutôt que sur la religion, et certaines cultures l'emploient pour contrôler l'attitude des femmes à l'égard du sexe, de leur sexualité, et pour renforcer la croyance qu'il faut assurer leur virginité et leur qualité de personne mariable. La MOGF se pratique surtout en Afrique, mais on l'exerce aussi dans certaines parties de l'Asie et dans certains pays du Moyen-Orient. Certaines femmes et jeunes filles émigrées au Canada ont subi une MOGF avant leur arrivée au pays. Au Canada, les dispositions générales du Code criminel interdisent la MOGF, et des modifications récentes rendent illégal le transport d'une enfant à l'extérieur du Canada pour y subir une telle mutilation.



Une autre étude a montré que les enfants immigrants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français obtiennent au départ des notes plus faibles en anglais que les autres enfants nés au Canada; cependant, ils finissent par rattraper leur retard en français ou en anglais et à améliorer leur rendement scolaire dans plusieurs autres domaines (Samuel et Verma, 1992, p. 55 et 56).

Les liens culturels aident aussi à maintenir la ségrégation professionnelle (Reitz, 1990). Le manque de reconnaissance des diplômes et de la formation que les immigrants ont reçus dans leur pays diminue les possibilités pour eux d'accéder au marché du travail, suscitant ainsi une ghettoïsation professionnelle et une situation socioéconomique faible (Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Maritimes, 1997).

Les services de santé et les services sociaux adaptés à la culture sont importants.

De nombreuses études démontrent que la sensibilisation des médecins aux questions culturelles peut avoir une incidence constructive sur la relation patient-médecin et contribuer à la collaboration du patient et entraîner des répercussions positives sur le plan de la santé. Par exemple, une évaluation des services de santé autochtones a laissé supposer que l'efficacité des services était souvent compromise par des différences culturelles entre ceux qui les dispensaient et ceux qui les recevaient (Gibbons, 1992). Les médecins de famille — souvent le premier point de contact avec le système de santé canadien — se sentent tout particulièrement pressés de se familiariser avec les besoins spéciaux de leurs clients de différentes cultures (Hamilton, 1996, p. 585).

D'autres facteurs entrent en jeu, comme les croyances traditionnelles à l'égard des causes de la maladie, l'attitude envers les dispensateurs de soins et les valeurs familiales au sujet des soins. Certains groupes culturels recrutent des membres de la famille étendue pour prodiguer des soins. Les gens des pays en développement, par exemple, ont souvent un réseau de soins de santé qui englobe les parents, les membres de la parenté et d'autres personnes non apparentées en tant que dispensateurs de soins de santé (Masi, 1989b, p. 252). De plus, les difficultés sur le plan de la langue peuvent causer des malentendus et chez les médecins et chez les immigrants, ce qui affecte le diagnostic et le traitement. Alors que les grands secteurs urbains ont accès à des services d'interprétation linguistique, l'absence de tels services dans les plus petites communautés est une source de préoccupation (Masi, 1989a, p. 71).

La violence conjugale est une question délicate à traiter. En général, les immigrantes et les femmes d'autres groupes ethniques qui sont battues ont peu de recours. Dans certains cas, les membres de la communauté sont peut-être plus portés à appuyer le mari. Souvent, ces femmes battues ont très peu de ressources de l'extérieur à cause d'un problème de langue ou de culture (Masi, 1989b, p. 253). On a vu, au chapitre 4, que le fait d'être témoins de la violence conjugale semble avoir la plus forte influence sur les facteurs de risque ultérieurs des jeunes, y compris l'abus d'alcool et d'autres drogues et un comportement criminel (Manion et Wilson, 1995, p. 29-30).



10.1

Répartition de la population des minorités visibles^a selon l'âge, Canada, 1996

	Total	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
	Nombre						
Population totale	28 528 125	5 899 200	3 849 025	9 324 340	6 175 785	2 024 180	1 255 590
Population totale de la minorité visible ^b	3 197 480	778 340	521 060	1 125 730	581 275	129 415	61 655
Noirs	573 860	170 870	96 895	186 995	94 520	16 025	8 555
Asiatiques du Sud	670 590	168 585	107 465	230 245	127 355	26 425	10 505
Chinois	860 150	171 110	135 580	299 815	177 980	50 680	24 990
Coréens	64 840	12 115	15 525	19 475	14 610	1 765	1 340
Japonais	88 135	12 545	11,830	20 850	14 670	5 280	2 965
Asiatiques du Sud-Est	172 195	49 295	28,380	68 210	20 195	4 895	1 785
Philippins	234 195	50 985	33 995	90 100	45 370	8 845	4 900
Arabes/Asiatiques de l'Ouest	244 665	60 850	37 040	95 005	39 995	8 185	3 630
Latino-américains	176 975	46 530	31 575	68 500	25 190	3 670	1 500
Minorité visible ^c	69 745	15 065	11 015	27 690	12 995	2 160	915
Minorité visible multiple ^d	61 575	20 385	11 755	18 945	8 425	1 480	575

a. La *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit la population de minorité visible comme des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche.

b. Les groupes de minorité visible sont basés sur des catégories dont on se sert pour définir la population de minorité visible dans le règlement de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*.

c. Non inclus ailleurs. Inclut le groupe des Îles du Pacifique ou une autre réponse écrite laissant croire qu'il s'agit d'une minorité visible (p. ex. Antillais, Sud-Américains).

d. Inclut les répondants qui ont indiqué plus d'un groupe de minorité visible.

Source : Adapté du Site Internet de Statistique Canada : <http://www.statcan.ca>



Conditions et tendances

Les conditions et les tendances énumérées ci-dessous ne sont pas présentées avec l'intention d'en donner une liste complète; elles visent plutôt à fournir des exemples de la façon dont les différences culturelles existent dans certains secteurs essentiels de la santé.



La langue et l'éthnicité

- Dans le recensement de 1996, 28 % de la population a déclaré avoir des origines autres que britanniques, françaises ou canadiennes (Statistique Canada, 1998a).
- En 1996, la population des minorités visibles au Canada était de 3 197 480, soit 11,2 % de la population globale (28 528 125 habitants) (Statistique Canada, 1998b). Voir la **figure 10.1**.
- En 1996, Statistique Canada indiquait que la langue maternelle d'environ 16 % de la population canadienne était autre que l'anglais ou le français (Statistique Canada, 1998b).
- Environ le quart de tous les enfants migrants de moins de 12 ans qui arrivent au Canada sont des réfugiés (Beiser et coll., 1995, p. 67).
- Traditionnellement, la majorité des immigrants canadiens venaient de l'Europe et des États-Unis. Dernièrement, environ les trois quarts de la nouvelle population d'immigrants au Canada viennent de l'Asie, de l'Afrique, du Moyen-Orient et de l'Amérique latine (Beiser et coll., 1995, p. 68).

Les blessures

- Le taux de mortalité par blessure chez les jeunes Indiens de plein droit (de 19 ans et moins) est trois fois le taux de la moyenne nationale (Santé Canada, 1997, p. 59).
- Le taux de mortalité par noyade est d'environ huit fois plus élevé chez les enfants et les jeunes des Premières nations et des Inuits de 19 ans et moins (Santé Canada, 1997, p. 197).

Le suicide

Les enfants et les jeunes de 19 ans et moins qui vivent dans les réserves autochtones ont un taux de suicide de près de cinq fois supérieur à celui des enfants et des jeunes dans la population en général (Santé Canada, 1997, p. 60).

L'éducation

La majorité des enfants immigrants de 4 à 17 ans arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlait ni l'une ni l'autre des langues officielles (Samuel et Verma, 1992, p. 53 et 54).



Culture et autres déterminants

L'éducation et l'emploi

La culture influe sur l'éducation et sur l'emploi d'une personne et de son conjoint; cette situation en retour a de lourdes répercussions sur le revenu, la connaissance des structures de soutien, l'accès à un soutien informel dans les réseaux sociaux et les habiletés d'adaptation personnelles (Erickson, 1991, p. 4).

L'environnement naturel et l'environnement créé

Les enfants autochtones sont exposés à plusieurs risques liés aux environnements naturel et créé. Ils ont par exemple un taux de blessures près de six fois supérieur à celui des autres enfants canadiens en bas âge (Santé Canada, 1997, p. 60). Ils courent plus le risque aussi d'être exposés à des contaminants en raison de mauvaises conditions de logement, de leurs sources d'alimentation, de leur approvisionnement en eau et de leurs services sanitaires contaminés, et des contaminants environnementaux internes et externes (Postl, MacDonald et Moffat, 1994; Young, Bruce et Elias, 1991).



La majorité des enfants immigrants de 4 à 17 ans arrivés au Canada entre 1981 et 1988 ne parlait ni l'une ni l'autre des langues officielles.

Les pratiques de santé personnelles

On a prouvé que la culture influe sur les pratiques de santé personnelles. La prévalence de l'usage du tabac, par exemple, est élevée chez les femmes inuites et francophones et faible chez la plupart des immigrantes (Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Maritimes, 1997). On a noté que la prévalence de l'alcoolisme se fait plus sentir chez les Irlandais que chez les Juifs (Henderson et Primeaux, 1981, p. xix) et ne pose presque pas de problème social ni médical pour la société chinoise (Lin T.-y., 1983, p. 864). Il y a de fortes indications selon lesquelles ces différences sont dues à des facteurs culturels, comme le degré de tolérance à la consommation d'alcool dans une communauté donnée (Masi, 1989b, p. 253).



Les capacités individuelles et les habiletés d'adaptation

L'incidence du suicide est plus élevée chez les jeunes Autochtones que chez les autres jeunes Canadiens. On rapportait dans une étude récente un taux de suicide tout près de cinq fois supérieur à la moyenne nationale pour les jeunes Indiens de plein droit âgés de zéro à 19 ans (Santé Canada, 1997, p. 60).



Références

- Baptiste, D.A. « The Treatment of Adolescents and their Families in Cultural Transition: Issues and Recommendations », *Contemporary Family Therapy*, vol. 12, 1990, p. 3-22.
- Baptiste, D.A. « Immigrant Families, Adolescents and Acculturation: Insights for Therapists », *Marriage and Family Review*, vol. 19, 1993, p. 341-363.
- Beiser, M., et coll. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, mars 1995, p. 67-72.
- Berry. « Acculturation as Varieties of Adaptation », dans *Acculturation: Theory, Models and Some New Findings*, A. Padilla (dir.), Colorado, Westview Press, 1980, p. 9-25.
- Berry, J.W., et al « Comparative Studies of Acculturative Stress », *International Migration Review*, vol. 21, 1987, p. 491-511.
- Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes. Projet de rapport du groupe national de discussion sur les déterminants de la santé, le 25 juin 1997, Centre maritime d'excellence pour la santé des femmes, Centre d'excellence pour la programme sur la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, 1997.
- Dion, K.L., K.K. Dion et A.W.-P. Pak. « Personality-Based Hardiness as a Buffer for Discrimination-Related Stress in Members of Toronto's Chinese Community », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 24, 1992, p. 517-536.
- Erickson, B. *Families and the Transmission of Culture*, rapport présenté au Groupe d'étude démographique, Toronto, University of Toronto, 1991.
- Farkas, G., et al « Cultural Resources and School Success: Gender, Ethnicity, and Poverty Groups within an Urban School District », *American Sociological Review*, vol. 55, 1990, p. 127-142, cité dans B. Erickson. *Families and the Transmission of Culture*, rapport présenté au Groupe d'étude démographique, Toronto, University of Toronto, 1991.
- Gibbons, A. *Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer*, Victoria, Santé et Bien-être social Canada, 1992.
- Haka-Ikse, K. « Cross-Cultural Integration of Children into the Health-Care System », *Canadian Family Physician*, vol. 34, mai 1988, p. 1113-1115.
- Hamilton, J. « Multicultural Health Care Requires Adjustments by Doctors and Patients », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, n° 5, 1^{er} septembre 1996, p. 585-587.
- Hébert, Y.M. « Multicultural Education and the Minority Language Child », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 3, 1992, p. 58-74.
- Henderson, G. et M. Primeaux. *Transcultural Health Care*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.
- Kim, B.K. « Attitudes, Parental Identification, and Locus of Control of Korean, New Korean-Canadians and Canadian Adolescents », dans *Visible Minorities and Multiculturalism: Asians in Canada*, K.V. Ujimoto et G. Hirabayashi (dir.), Toronto, Butterworth, 1980, p. 219-242.
- Lin, T.-y. « Cross-cultural Medicine: Psychiatry and Chinese Culture », *Western Journal of Medicine*, vol. 139, 1983, p. 862-867.



- Manion, I. et S. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les adolescents*, n° de catalogue : H72-21/139-1995F, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1995.
- Markowitz, F. « Family Dynamics and the Teenage Immigrant: Creating the Self Through the Parents' Image », *Adolescence*, vol. 29, n° 113, 1994, p. 151–161.
- Masi, R. « Multiculturalism, Medicine, and Health. Part IV: Individual Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, janvier 1989a, p. 69–73.
- Masi, R. « Multiculturalism, Medicine and Health. Part V: Community Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, février 1989b, p. 251–254.
- Nodwell, E., et N. Guppy. « The effects of publicly displayed ethnicity on interpersonal discrimination: Indo-Canadians in Vancouver », *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 29, n° 1, 1992, p. 87–99.
- Porte, Z. et J. Torney-Purta. « Depression and Academic Achievement Among Indochinese Refugees, Unaccompanied Minors in Ethnic and Non-ethnic Placements », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n° 4, 1987, p. 536–547.
- Postl, B., S. MacDonald et M. Moffat. « Background Paper on the Health of Aboriginal Peoples in Canada », dans *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Canadian Medical Association, 1994, p. 19–56.
- Reitz, J.G. « Ethnic Concentrations in Labour Markets and Their Implications for Ethnic Inequality », dans *Ethnic Identity and Equality: Varieties of Experience in a Canadian City*, R. Breton et coll. (dir.), Toronto, University of Toronto Press, 1990.
- Reitz, J.G. et R. Breton. *The Illusion of Difference: Realities of Ethnicity in Canada and the United States*, Toronto, C.D. Howe Institute, 1994.
- Rumbaut, R.G. et K. Ima. « The Adaptation of Southeast Asian Refugee Youth: A Comparative Study », 1988, cité dans M. Beiser et coll. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, mars 1995, p. 67–72.
- Samuel, J. et R.B.P. Verma. « Immigrant Children in Canada: A Demographic Analysis », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 3, 1992, p. 51–57.
- Santé Canada. *Pour la sécurité des jeunes canadiens : des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.
- Shamai, S. « Ethnicity and Educational Achievement in Canada — 1941–1981 », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 24, n° 1, 1992, p. 42–57.
- Statistique Canada. *Le Quotidien*, 17 février 1998a.
- Statistique Canada. Site Internet de Statistique Canada : <http://www.statscan.ca>, 1998b.
- Toronto Board of Education Consultative Committee on the Education of Black Students in Toronto Schools. Rapport préliminaire, juin 1987, cité dans R. Masi. « Multiculturalism, Medicine, and Health. Part IV: Individual Considerations », *Canadian Family Physician*, vol. 35, janvier 1989, p. 69–73.
- Wakil, S.P., C.M. Siddique et F.A. Wakil. « Between Two Cultures: A Study in Socialization of Children of Immigrants », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 43, 1981, p. 929–940.
- Westhues, A., et J.S. Cohen. *Intercountry Adoption in Canada*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1994.
- Xenocostas, S. « Familial Obligation: Ideal Models of Behaviour for Second Generation Greek Youth in Montreal », dans *Immigrants and Refugees in Canada*, S.P. Sharma, A.M. Ervin et D. Meintel (dir.), Saskatoon, Department of Anthropology and Archeology, University of Saskatchewan, 1991, p. 294–315.
- Young, T.K., J. Bruce et J. Elias. *Les effets du logement et de l'infrastructure communautaire sur la santé dans les réserves indiennes au Canada*, Winnipeg, University of Manitoba, Northern Health Research Unit, Affaires indiennes et du Nord Canada, 1991.