

# Immigration, grossesse et système médical

Une étude exploratoire

Michèle DUPUY-GODIN

*Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*

Joseph LÉVY

*Université du Québec à Montréal*

Pierre VERRIER

*Université de Montréal*

Jean-François SAUCIER

*Université de Montréal*

Odile KOWALSKI

*Université de Montréal*

Tout comme dans les autres pays postindustrialisés, la question de l'immigration et de l'intégration des nouveaux groupes ethniques constitue actuellement une des préoccupations majeures dans le contexte social canadien et québécois. Les flux migratoires se sont en effet transformés au cours de la dernière décennie avec l'arrivée de groupes de migrants et de réfugiés provenant du Moyen-Orient, de l'Asie et de l'Afrique.

La diversité de ces groupes ethniques et la multiplicité de leurs référents culturels ne sont pas sans poser de nombreux problèmes dans les différentes sphères économiques et sociales. Comme l'ont montré de nombreuses recherches (voir par exemple Labelle et Lévy, 1995), les difficultés auxquelles ces populations sont confrontées dépendent des conditions prémigratoires mais peuvent être amplifiées par les obstacles d'ordre économique, social et linguistique qu'elles

rencontrent dans le pays d'accueil. Les difficultés semblent plus marquées chez les femmes immigrantes comparativement aux hommes immigrants. Dans un tel contexte, le recours aux services sociaux et de santé peut s'avérer difficile (Bertot et Jacob, 1991) et cela, en dépit d'une accessibilité qui se veut universelle.

Par ailleurs, les institutions ne sont pas toujours bien outillées pour répondre aux besoins d'une population hétérogène dont les modèles biomédicaux ou de relations d'aide sont très différents de ceux qui prévalent dans le système de santé québécois. Ainsi, la sous-représentation des intervenants issus des groupes ethnoculturels peut renforcer les malaises qu'éprouvent les clients d'origine ethnique dans leurs contacts avec ces organismes. La méconnaissance par les intervenants(es) des paradigmes culturels des populations clientes peut s'accompagner de manifestations d'inconfort de part et d'autre. Les attitudes des intervenants(es) qui réagissent négativement à l'origine ethnique et à l'apparence phénotypique peuvent être aussi une source d'inconfort pour une minorité de répondants. Plus précisément, dans leurs rapports avec les médecins, les difficultés linguistiques viennent en premier lieu.

Les recherches portant sur l'interface entre systèmes médicaux et groupes ethniques ont permis de cerner certaines des dimensions qui sont susceptibles de créer des incompréhensions et des tensions. Ainsi selon Rathwell et Philips (1986), on retrouve comme points particulièrement névralgiques l'absence d'une information médicale disponible dans les langues des groupes, les symptômes de certaines maladies qui s'expriment dans des paradigmes différents, le manque de confiance de la part des patients(es) d'origine ethnique envers le personnel médical confronté à des contraintes bureaucratiques souvent trop lourdes, la stigmatisation de certaines maladies dont ils peuvent souffrir et la perception négative de pratiques culturelles. À ces aspects s'ajoutent, entre autres, les variations dans les normes et les valeurs familiales et communautaires qui peuvent intervenir sur la relation client(e)-professionnel(le) (Masi, Mensah et McLeod, 1993).

## PÉRINATALITÉ

On constate aussi l'absence d'une formation suffisante dans le domaine interculturel touchant la santé, ce qui peut entraîner des stress supplémentaires dans le travail des intervenants(es), en particulier lorsqu'il se situe dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement. Comme l'ont montré des études anthropologiques (Kay, 1982 ;

MacCormack, 1982 ; Morse, 1989), de nombreuses tensions entourent ces expériences à la fois d'ordre physiologique, psychologique et socio-culturel. Elles affectent la mère et l'enfant, tout comme le couple et le milieu familial. La gestion de ces stress s'accompagne de nombreux rituels visant à assurer le bien-être de la mère et de l'enfant.

Plusieurs études ont montré qu'il n'existait pas de variations notables quant aux aspects physiologiques liés à la grossesse et au travail d'accouchement (voir par exemple Lim, Wong et Sinnathuray, 1977). Par contre, des variations sont présentes tant au plan social que culturel lorsqu'il s'agit des conceptions entourant les processus de reproduction et le développement de l'enfant, la maternité, les seuils de douleur et les systèmes de soins (Mead et Newton, 1967 ; Jordan, 1980 ; Morse, 1989). Le support social pré et postnatal peut aussi varier (Lantican, 1987).

Ces différents modèles socioculturels peuvent se trouver bouleversés lors de l'immigration et ce, selon le degré d'acculturation. Les mouvements migratoires peuvent en effet affecter la relation maritale et le réseau social, en les détruisant ou en les réorganisant (De Anda, 1984). Les contacts avec le milieu hospitalier peuvent amplifier les zones de friction potentielles à la suite de la confrontation de modèles culturels qui peuvent être divergents (Qureshi, 1989). Nous donnons comme exemple les attitudes négatives à l'égard des femmes enceintes multipares et perçues comme incapables d'assurer une planification adéquate des naissances, les préjugés envers les tabous alimentaires, l'opposition entre l'orientation médicale dominante axée sur la patiente et l'orientation culturelle axée sur le réseau familial, de même que les définitions opposées de la privauté corporelle.

Les patientes peuvent elles-même exprimer passivement des oppositions face aux régimes alimentaires diététiques, aux examens et aux exercices prénataux, oppositions qui peuvent être interprétées comme un manque de « compliance ». L'absence du père lors de l'accouchement, alors que sa participation est valorisée dans le contexte médical occidental, peut aussi jouer dans les rapports entre patientes et intervenants, tout comme les divergences dans les conceptions liées aux caractéristiques d'un enfant en bonne santé peuvent intervenir sur les soins postnataux (Pask et Yoshida, 1993).

Cette problématique n'a pas encore donné lieu à des travaux dans le contexte québécois qui permettraient de cerner les zones de friction entourant la relation entre le personnel hospitalier (médecins, résidents(es), infirmières) et des patientes enceintes ou en phase postnatale provenant de milieux d'immigrants(es) ou de réfugiés(es).

C'est là que se situe notre recherche, dont l'objectif actuel est d'explorer les interactions personnel soignant-femmes enceintes qui surviennent dans le cadre de la clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Cet hôpital se caractérise par une clientèle où la proportion des patients d'origine ethnique est très élevée.

Alors que le Québec compte 8,1 % d'immigrants(es), ce pourcentage atteint 30,25 % en 1991 dans la région de l'ex-DSC Sacré-Cœur de Montréal. Sur dix femmes qui sont suivies médicalement à la clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, lors de leur grossesse, sept femmes proviennent de l'étranger, en particulier du continent africain.

Dans le but d'améliorer la formation des futurs médecins obstétriciens et les interventions du personnel hospitalier, notre étude exploratoire a été effectuée par une équipe interdisciplinaire composée d'une travailleuse sociale, de médecins, d'anthropologues et de psychiatres.

## MÉTHODOLOGIE

L'approche méthodologique est à la fois de type qualitatif et quantitatif. En premier lieu, des entrevues ont été réalisées auprès de treize femmes immigrantes africaines recrutées grâce au Centre social d'aide aux immigrants afin de dégager les modèles culturels et les vécus liés au déroulement de la grossesse dans le pays d'origine. Ces entrevues ont été transcrites et codifiées afin de dégager les paramètres les plus importants lors de la phase prénatale, périnatale et postnatale.

En second lieu, six femmes africaines qui ont accouché à Montréal et leurs conjoints ont été rencontrés en entrevue afin de cerner leurs perceptions de la grossesse, de l'accouchement et du suivi médical en milieu hospitalier.

Parallèlement cinq entrevues ont été effectuées auprès de trois générations de généralistes obstétriciens qui ont une pratique intensive avec des femmes immigrantes, afin de dégager leurs perceptions des difficultés entourant le suivi médical auprès de ces populations:

Une entrevue de groupe (*focus group*) enregistrée au magnétophone avec des infirmières, des aides infirmières et des puéricultrices travaillant ensemble dans le service d'obstétrique de l'hôpital a permis de mettre à jour les perceptions et les zones de friction entre le personnel soignant et les femmes immigrantes. Ces trois derniers ensembles d'entrevues ont été aussi transcrits, codifiés et analysés.

En dernier lieu, un questionnaire à questions fermées et ouvertes a été administré à 60 intervenants(es) travaillant dans les milieux obstétriques de l'Hôpital du Sacré-Cœur et d'autres milieux hospitaliers afin de cerner quantitativement leurs perceptions de l'importance de la pratique en milieu ethnique et des difficultés éprouvées. Cette triangulation méthodologique permet de mettre à jour certaines des zones de friction ou de consensus qui existent dans les interactions entre le personnel soignant et les patientes d'origine ethnique sur le plan de la communication et du suivi prénatal, périnatal et postnatal.

## RÉSULTATS

### Difficultés de communication linguistique

Malgré leur connaissance souvent limitée du français ou de l'anglais, la très grande majorité des bénéficiaires rencontrés ne mettent en évidence aucune difficulté de communication linguistique puisqu'elles semblent se fier à la fois au système médical québécois et aux interprètes disponibles. Les intervenants(es), par contre, relèvent de façon pratiquement générale les problèmes de communication liés à la langue. C'est ainsi le cas pour 92 % des personnes intervenant en milieu hospitalier et pour l'ensemble des médecins rencontrés.

Ces obstacles communicationnels perturbent le déroulement de l'entretien médical. Le recours à un interprète s'impose souvent et cette solution n'est pas toujours exempte de difficultés et de doutes. Dans certains cas où c'est le conjoint de la patiente qui sert d'interprète, la qualité de sa traduction n'est pas toujours sûre. La compétence linguistique du mari n'est souvent pas très développée, ce qui peut s'accompagner d'une mauvaise compréhension des questions et entraîner des distorsions dans la transmission de l'information donnée et demandée. La communication est plus problématique lorsqu'elle touche des dimensions avec lesquelles le conjoint peut être mal à l'aise à cause des tabous qui entourent la sphère de la reproduction dont les hommes sont le plus souvent exclus dans le contexte de leur culture d'origine. Il peut prendre l'initiative de formuler des réponses, sans toujours écouter la conjointe. Ainsi, un conjoint bienveillant a répondu : « Je sais tout d'elle, elle me dit tout, je n'ai pas à la questionner. » Or la conjointe peut aussi taire des informations importantes, surtout lorsqu'elles portent sur la vie du couple ou sur des peurs personnelles. La complicité qui s'établit d'habitude entre le médecin et sa patiente se voit donc réduite dans ce contexte.

Dans plusieurs cas, c'est l'un des enfants de la patiente qui peut assurer la traduction, ce qui n'est pas sans créer des difficultés supplémentaires dans les interactions. En effet, les médecins sont souvent mal à l'aise face à cette solution. Celle-ci impose à leurs yeux une lourde charge émotionnelle aux enfants qui doivent alors transiger avec des aspects qui font partie du champ de l'intimité de la mère (menstruations, symptômes physiques, comportements entourant la contraception, la sexualité). L'une des cliniciennes rapporte ainsi le cas d'un garçon de dix ans, interprète pour sa mère qui avait perdu un enfant mort-né, un événement que les parents acceptaient difficilement. Certains médecins partagent les mêmes réticences lorsqu'il s'agit de femmes de même ethnie qui servent d'interprète.

### **Difficultés de communication médicale**

Aux difficultés de communication linguistique que nous venons d'évoquer se greffent les difficultés de communication médicale originant des pratiques culturelles. Ces dernières viennent complexifier l'évaluation, le diagnostic et le suivi médical et donnent lieu à des problèmes particuliers que nous avons regroupés selon les phases qui ponctuent la séquence qui va de la grossesse aux soins postnataux.

#### *Le suivi de grossesse*

Un des premiers points de friction dans l'interface patiente-médecin porte sur le début du suivi médical. Les médecins constatent que des femmes demandent tardivement un suivi de grossesse, ne se présentent pas à leurs rendez-vous, ou n'arrivent pas à prendre rendez-vous chez le spécialiste. Et s'il est difficile de comprendre leur alimentation, il s'avère tout aussi difficile de comprendre et de déjouer les résistances associées à la non-observance du suivi médical souhaité. Comment expliquer ces conduites de façon totalement satisfaisante ? Faut-il les rattacher à des pratiques culturelles rapportées par des femmes africaines, mais partagées par plusieurs autres groupes, qui indiquent que le premier trimestre de la grossesse est marqué par le maintien du secret de l'état de la mère ? Cette dernière ne le révèle qu'à un réseau restreint de personnes de l'entourage (sa mère ou des amies très proches), puis par la suite au conjoint. Cette stratégie serait liée aux représentations anxieuses qui entourent le développement de l'enfant dans les premiers mois, une période jugée dangereuse en raison des effets potentiels du « mauvais œil » (pensées néfastes ou actions malveillantes de l'entourage qui peuvent affecter le fœtus en état de fragilité). Pour détourner ces menaces, il est nécessaire de garder confidentiel

le début de la grossesse pendant trois mois, pour certaines jusqu'à ce que le ventre trahisse la présence du bébé, période après laquelle le fœtus est assez vigoureux pour résister aux perturbations créées par les influences pernicieuses. Il se peut aussi que le temps médical occidental ne corresponde pas au temps culturel ou médical qui entoure le déroulement de la grossesse dans le pays d'origine. Il se peut que les femmes aient recours aux médecins une fois le processus de la grossesse bien enclenché, afin de maximiser le recours aux techniques médicales qui sont moins dépendantes de la communication linguistique. La multiparité, selon des médecins, peut aussi intervenir dans ce retard. Celles qui ont déjà accouché pourraient avoir une perception moins angoissée de la grossesse et de l'accouchement, d'où un certain sentiment de sécurité qui contraste avec le niveau d'inquiétude constaté chez les femmes québécoises. Quoi qu'il en soit, ce retard peut amplifier l'insécurité des médecins dans la mesure où ils ne peuvent pas s'assurer d'un suivi médical qui puisse prévenir à leurs yeux les complications éventuelles et assurer une alliance utile pour le déroulement de l'accouchement.

Les horaires des rendez-vous ne sont pas non plus toujours précisément respectés, ce qui nécessite la mise en place d'une structure souple pour permettre l'insertion de femmes immigrantes dans la structure administrative.

Les premières évaluations peuvent être autrement problématiques. Les codes de pudeur peuvent interférer avec l'examen gynécologique, surtout lorsque les médecins sont des hommes. De même, des connaissances anatomiques et physiologiques limitées chez certaines, peuvent rendre plus malaisée l'évaluation des symptômes. Les symptômes comme les crachats et les vomissements fréquents, les pertes de poids, et la déshydratation importante que l'on constate chez des patientes immigrantes commencent aussi à être mieux intégrés dans le processus de diagnostic, après une phase d'interrogation quant à leur signification.

Pour contourner les barrières linguistiques et ces résistances, les médecins misent sur des stratégies multiples, comme les dessins, le langage non verbal, mais surtout les techniques médicales comme l'échographie et les autres tests qui permettent d'obtenir des résultats plus fiables, tout en minimisant les interférences liées à la langue.

Par contre, ces tests soulèvent différents questionnements. Par exemple, l'échographie peut être problématique surtout si elle annonce un fœtus de sexe féminin plus dévalorisé dans certaines cultures que le sexe masculin. Les interdits religieux peuvent intervenir également sur les examens. Ainsi, il est habituel de recourir à l'amniocentèse

chez les femmes enceintes de plus de 35 ans afin de détecter précocement les risques d'anomalies et de permettre le choix de poursuivre ou non la grossesse. Ce protocole peut se heurter à des résistances parmi les femmes immigrantes religieuses et provoquer un abandon de la relation avec le médecin.

Les jeunes médecins font généralement part de l'investissement de temps supplémentaire qu'exige le suivi de ces femmes enceintes. Ils notent la durée plus longue de leurs entrevues afin de pouvoir vérifier la compréhension des informations transmises. Ils doivent souvent prendre les rendez-vous pour les patientes et les orienter vers les services de soutien, tels le module enfance-famille, le travailleur communautaire et le service social des CLSC.

### *L'accouchement*

En général, les femmes interviewées se sont montrées satisfaites des soins hospitaliers reçus au Québec. Il ne faut pas oublier que la morbidité et la mortalité périnatale sont généralement plus élevées dans les pays d'origine. Toutes ont été antérieurement confrontées à des accidents périnataux dans leur entourage, ce qui explique leur peur de mourir et leur sentiment d'insécurité. Compte tenu de la pénurie des ressources hospitalières et des spécialistes en obstétrique dans leur pays d'origine, elles se sentent habituellement rassurées d'accoucher dans nos institutions. Elles apprécient aussi les formes de politesse qui ont cours dans le milieu hospitalier québécois, les contrastant avec le manque d'égard des sages-femmes débordées au moment de l'accouchement dans le milieu d'origine.

Néanmoins, on constate que les pratiques d'accouchement en milieu hospitalier peuvent poser des problèmes. Un de ces problèmes porte sur la participation du mari à cet événement. Dans le contexte culturel d'origine, contrairement au modèle nord-américain qui favorise une participation active du mari-père aux processus pré et postnataux et à l'accouchement, le conjoint est le plus souvent exclu de ces processus. À cet effet, un conjoint interviewé croyait que le fait d'assister à l'accouchement risquerait de compromettre son désir pour sa femme lors de la reprise de leurs rapports sexuels. Cet évitement se voit, en situation d'immigration, remis en question dans la mesure où la réduction du réseau social l'oblige à participer à l'accouchement de son épouse en tant que traducteur ou que personne aidante. Cette collaboration, pour laquelle il n'est généralement pas préparé, peut de même interférer avec le suivi médical. Ainsi, un médecin rapporte un cas où le mari, méconnaissant les procédures usuelles, arrachait les solutés et débranchait les moniteurs au moment du travail d'accou-

chement de son épouse, pensant que c'était l'appareillage qui la faisait souffrir.

Les maris apprécient, probablement en raison de leur manque d'expérience et de leur sentiment d'impuissance, une expression limitée et contrôlée de la douleur chez leur femme. Une telle attitude encourage un certain directivisme médical et parfois un recours précoce à l'anesthésie afin de soulager, à leurs yeux, leur épouse. Cependant, cette dernière peut vivre cette situation d'une tout autre façon. Elle est souvent fière de faire la preuve de son courage devant son mari. Ainsi un recours à l'anesthésie vient contrecarrer cette expression et peut être vécu comme une humiliation, ou du moins susciter des questionnements si des complications surviennent qu'elle associera au recours à des techniques médicales particulières jugées non nécessaires.

### *La période postnatale*

Nous retrouvons à nouveau au premier plan la barrière de communication linguistique comme obstacle aux soucis éducatif et préventif des intervenants(es). En effet, durant les 36-48 heures du séjour hospitalier en post-partum, des informations usuelles sont transmises concernant les soins postnataux pour le bébé et les femmes (allaitement, hygiène et soins au bébé, soins de base à la nouvelle accouchée, etc). La plupart des intervenants(es) mentionnent l'importance du langage des signes et la nécessité de développer des habiletés à s'exprimer avec le non-verbal. Cependant, un certain doute persiste toujours quant au niveau de compréhension car, disent-elles, « certaines patientes peuvent être gênées de dire qu'elles ne comprennent pas car elles répondent toujours oui à nos interventions et seulement des questions directes nous permettent de vérifier leur degré de compréhension ».

Cet enseignement s'accompagne généralement d'un rôle de détection d'une dyade mère-enfant à risque. Ces difficultés de communication les obligent à recourir à un sens d'observation plus aiguisé. La plupart déplorent la diminution de la durée du séjour hospitalier et les surcharges de travail qui compliquent leur rôle de détection car, notent-elles, « nous n'avons pas le temps de beaucoup les connaître ».

Les intervenants(es) notent aussi des comportements adoptés en *post-partum* qui peuvent être source de malaises. La naissance d'une fille, comparativement à celle d'un garçon, est potentiellement source de désenchantement ou de moindre investissement dans certaines cultures. Des variations culturelles peuvent être interprétées comme un désintéressement ou même des traits pathologiques alors que certains comportements reflètent des mécanismes de protection face à la menace du « du mauvais œil ». Ainsi on constate fréquemment

l'absence de choix du prénom avant la naissance parce que plusieurs cultures attendent le temps nécessaire pour bien connaître les caractéristiques physiques et tempéramentales de l'enfant pour l'inscrire, de façon juste, dans la grande lignée familiale. Pour protéger l'enfant contre des envies malicieuses, certaines traditions par ailleurs préfèrent utiliser des expressions qui peuvent surprendre l'entourage médical telles que « *Ah qu'il est laid* ». La manutention du cordon ombilical ou du placenta et les rituels spécifiques religieux sont aussi source d'interrogations. Les intervenants(es), confrontés(es) à des coutumes qui leur étaient étrangères et même totalement méconnues, après une phase d'adaptation, traduisent de la compréhension, en particulier lorsque des patientes ou des collègues d'autres cultures les amènent à en expliciter le sens et la fonction. Il en est ainsi lorsque l'on considère le recours précoce à une alimentation mixte qui introduit l'allaitement au sein et le biberon et les résistances à l'alimentation naturelle du bébé. Cette résistance rapportée par des intervenants(es) dans le cas de mères haïtiennes est expliquée par la crainte de ne pas avoir assez de lait, de sous-alimenter le bébé, ou bien d'être perçue socialement comme une femme appartenant à la classe défavorisée se limitant au lait maternel.

Les injonctions postnatales dominantes dans le discours médical occidental peuvent donc entrer en collision avec les croyances de groupes spécifiques. L'intervention de médiateurs culturels qui peuvent mettre en perspective les réactions et les articuler sur le vécu des femmes peut aider à assouplir les positions des intervenantes et à détendre les relations.

Par contre, les intervenants(es) peuvent atteindre rapidement leur seuil de tolérance lorsque les demandes des patientes excèdent certaines limites telles les règlements hospitaliers liés aux horaires et au nombre de visiteurs. L'importance des relations sociales en post-partum peut, dans certains cas, interférer avec le bien-être du bébé.

## CONCLUSION

Les résultats de notre recherche exploratoire rejoignent les conclusions de Bertot et Jacob (1991) concernant les barrières linguistiques et le manque de connaissances chez les intervenants du milieu hospitalier quant à la diversité ethnoculturelle. Les professionnels(les) de notre système de santé sont donc confrontés(es) à une nouvelle réalité à laquelle les diverses formations ne les ont pas préparés(es). Certes, ils sont à même de dégager, non sans peine, des formes d'accommodements institutionnels et interpersonnels basés sur les leçons tirées

de leurs expériences. Les problèmes rencontrés varient selon les phases de la grossesse et mettent en relief les différentes dimensions qui interviennent dans l'interface entre les modèles culturels et hospitaliers. Si le manque de formation dans le champ culturel est décrié par tous, la grande majorité des intervenants interrogés (70 %) sont désireux de mieux s'outiller pour affronter cette nouvelle réalité. Toute formation, si minime soit-elle, est appréciée, mais les contraintes budgétaires et administratives obligent les responsables à beaucoup de créativité et exigent le plus souvent une participation bénévole.

Le système médical, jusqu'à présent hospitalo-centriste, semble s'adapter graduellement à ces nouvelles réalités en s'ouvrant de plus en plus sur les communautés. Des liens de confiance se tissent graduellement avec les groupes ethnoculturels, et les organismes communautaires sont appelés à jouer un rôle plus fondamental comme médiateurs culturels, et cela, au plus grand bénéfice d'un mieux-être des familles et des intervenants(es).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERTOT, J. et A. JACOB (1991), *Intervenir avec les immigrants et les réfugiés*, Montréal, Éditions du Méridien.
- DE ANDA, D. (1984), « Informal support networks of Hispanic mothers : A comparison across age groups », *Journal of Social Service Research*, vol. 7, p. 89-105.
- JACOB, A., J. J. LÉVY, J. BERTOT et L.-R. FRIGAULT (1996), *L'intégration des réfugiés à Montréal*, Montréal, Éditions du Méridien.
- JORDAN, B. (1980), *Birth in Four Cultures*, Montréal, Eden Press Women's Publications.
- KAY, M. A. (1982), *Anthropology of Human Birth*, Philadelphie. E. A. Davis.
- LABELLE, M. et J. J. LÉVY (1995), *Ethnicité et enjeux sociaux. Le discours des leaders des groupes ethnoculturels*, Montréal, Éditions Liber.
- LANTICAN, L. (1987), « Social support among Filipino pregnant women in an atmosphere of socioeconomic political uncertainty », *Health Care for Women International*, vol. 8, p. 261-276.
- LIM, M. A., W. P. WONG, et T. A. SINNATHURAY (1977), « Characteristics of Normal Labour Among Different Racial Groups of Malaysia », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 84, p. 600-604.
- MacCORMACK, C. P. (sous la direction de) (1982), *Ethnography of Fertility and Birth*, Londres, Academic Press.

- MASI, R. L. MENSAH et K. A. McLEOD (sous la direction de) (1993), « Health and Cultures », *Exploring the Relationships*, Oakville, Mosaic Press, (2 volumes).
- MEAD M. et N. NEWTON (1967), « Cultural Patterning of Perinatal Behavior », dans *Childbearing. Its Social and Psychological Aspects*, sous la direction de S. Richardson et A. F. Guttnaler, Baltimore, Williams and Wilkins.
- MORSE, J. M. (1989), « Cultural Variation in Behavioral Response to parturition : Childbirth in Fidji », dans *Cross-Cultural Nursing. Anthropological Approaches to Nursing Research*, sous la direction de J.M. Morse, New York, Gordon and Breach Science Publishers, p. 35-54.
- NTETU, A. L. et J. D. A. Fortin ( 1995), *Analyse des interactions entre les clients autochtones et les intervenants en milieu clinique*, Chicoutimi, CERI.
- PASK, E. A. et M. YOSHIDA (1993), « General Health Issues Throughout the Life Span », dans *Health and Cultures. Exploring the Relationships*, sous la direction de R. Masi, L. Mensah et K. A. McLeod, Oakville, Mosaic Press, (2 volumes), p. 25-40.
- QURESHI, B. (1989), *Transcultural Medicine. Dealing with patients from different cultures*, Londres, Kluwer Academic Publishers.
- RATHWELL, T. et D. PHILIPPS (1986), « Ethnicity and Health : An Agenda for Progressive Action », dans *Health, Race and Ethnicity*, sous la direction de T. Rathwell et D. Philipps, Londres, Croom Helm, p. 255-270.