

Culture et santé des enfants : cas du Malawi

Olo DAH¹, Aimé David ZOUNDI², Désiré DRABO³

Résumé

Dans les débats publics sur les déterminants de la santé, la culture est de plus en plus considérée comme un facteur important affectant la santé de la population. Ce papier a pour objectif d'analyser les effets de la culture sur de la santé des enfants de moins de cinq ans au Malawi. En utilisant un échantillon de 2019 personnes de l'enquête intégrée sur les ménages du Malawi (IHPS), ce papier a utilisé un modèle de probabilité linéaire à effets fixes pour examiner cette relation. Les résultats montrent que la matrilocalité réduit la probabilité que les enfants souffrent d'un retard de croissance. Cependant, la matrilocalité n'a pas d'effet significatif sur l'émaciation des enfants. L'effet de la matrilocalité sur la santé des enfants est plus important dans les zones rurales. Au vu de ces résultats, il est important pour les autorités du Malawi de tenir compte de la culture dans leur politique de santé afin de garantir la bonne santé des enfants.

Mots clés : Culture - enfants - santé - matrilocalité - Malawi

Culture and children health : evidence from Malawi.

Abstract

In public debates on the determinants of health, culture is increasingly seen as an important factor affecting population health. The aim of this paper is to analyze the effects of culture on the health of children under five in Malawi. Using a sample of 2019 people in Malawi's Integrated Household Panel Survey (IHPS), this paper used a linear fixed-effects probability model to examine this relationship. The results show that matrilocality reduces the likelihood of children suffering from stunting. However, matrilocality has no significant effect on child wasting. The effect of matrilocality on children's health is greater in rural areas. In view of these results, it is important for the Malawian authorities to take culture into account in their health policy to ensure the good health of children.

Keywords : Culture – children – health – matrilocality – Malawi.

1-Introduction

Les statistiques sur la santé des enfants de moins de cinq ans sont fréquemment utilisées comme le baromètre de la santé d'une population car elles fournissent des informations précieuses sur cette couche vulnérable de la société. Qu'il s'agisse d'étudier les attitudes qui déterminent le succès ou l'échec des programmes de vaccination ou de comprendre comment une communauté fait face et maintient son bien-être face à une mauvaise santé, le contexte culturel joue invariablement un rôle important et de plus en plus reconnu (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). La diversité culturelle est synonyme de

¹ Département d'économie, Université Norbert ZONGO, Koudougou, Burkina Faso ollodah41@yahoo.fr.

² Département d'économie, Université Laval, Québec, Canada, zoundida@yahoo.fr.

³ Institut Universitaire en Formations Initiale et Continue, Université Thomas SANKARA, Ouagadougou, Burkina Faso desidrabo@gmail.com.

diversité des conceptions de la santé et nous rappelle donc qu'il existe une dynamique complexe entre la culture et la santé. La manière d'aborder la santé et la façon de définir ses déterminants varient considérablement. Il en va de même pour les pratiques liées à la prévention et à la promotion, ainsi que pour les modes d'utilisation des services de santé (S. Gravel, 2005, p.29).

La littérature sur la relation entre la culture et la santé est issue des travaux de P. Bourdieu (1984, p.319) ayant conduit à la théorie du capital culturel. Selon cet auteur, les personnes occupant des positions sociales différentes se distinguent les unes des autres par la possession de trois formes de capital : i) le capital social, ii) le capital culturel et iii) le capital économique. Chacune de ces formes de capital peut à cet égard être considérée comme importante pour l'acquisition ou le maintien d'une bonne santé (T. Abel et K. Frohlich, 2012, p.238-239). Le capital culturel fait référence aux compétences opérationnelles, aux styles linguistiques, aux valeurs et aux normes que l'on acquiert par l'éducation et la socialisation tout au long de la vie (P. Bourdieu, 1986, p.17 ; A. Lareau et E. Weininger, 2003, p. 578). Appliquée à la recherche sur la santé, la notion générale de capital culturel de Bourdieu peut être utilisée pour définir le capital culturel pertinent pour la santé comme comprenant toutes les ressources fondées sur la culture qui sont à la disposition des personnes pour agir en faveur de leur santé.

La relation entre le capital social et économique et la santé est mise en évidence (R. Maass et al, 2016, p.125 ; A. Adeline et E. Delattre, 2017, p.1-18 ; A. Davillas et al, 2019, p. 715-730 ; G. Veenstra et A. Vanzella-Yang, 2020, p.1-4), tandis que le capital culturel a jusqu'à présent fait l'objet de moins d'attention. Alors que le choix de biens de consommation favorables pour la santé dépend des moyens financiers, le capital culturel revêt une importance particulière pour l'utilisation de ces ressources financières en vue de choix spécifiques en matière de santé (T. Abel, 2008, p.1-5). De ce fait, le capital économique ne saurait à lui seul expliquer la situation de la santé au sein des différents groupes sociaux. En effet, les ressources culturelles entrent en jeu dans les différents choix des individus en matière de santé. C'est le cas, par exemple, lorsque les valeurs et les normes liées à la santé, les perceptions et les connaissances guident les choix des individus en matière de mode de vie (D. Arli et A. Pekerti, 2016, p. 88-98 ; M. Cleveland et al, 2016, p.1096 ; T. Islama et al, 2017, p. 124-125). Des auteurs ont mis en évidence le rôle majeure de la culture sur l'accumulation du capital humain (N. Nunn 2021, p.25; N. Bau, 2021, p. 1880; S. Lowes, 2022, p.24). Il semble donc raisonnable d'affirmer que le capital culturel, sous la forme de valeurs, de perceptions, de connaissances et de normes comportementales, joue un rôle déterminant dans l'utilisation des ressources économiques pour améliorer la santé. Les facteurs culturels qui relient les ressources matérielles et sociales, la structure sociale et la santé sont le plus souvent absents en matière de la recherche en santé publique. La promotion de la santé étant axée sur le développement et le maintien de la santé dans la vie quotidienne par les personnes elles-mêmes plutôt que

par des experts médicaux, les facteurs culturels sont un déterminant important de la santé (T. M. Achenbach, 2020, p. 7-10 ; A. Guerrero et J. Andrade, 2020, p. 37-40).

Des études antérieures ont montré que le capital culturel, défini comme la participation culturelle, a une incidence sur la santé. A. Wilkinson et al. (2007, p.229) ont montré que nombre d'activités culturelles auxquelles participent les personnes est positivement liée à l'état de santé auto-évalué. D'autres études ont également observé un effet net positif de la participation culturelle sur l'état de santé auto-évalué (O. Nummela et al., 2008, p. 230–232 ; L. Bygren et al., 2009a, p. 67–70). D'autres auteurs (L. Bygren et al. 2009b, p.470–472 ; E. Grossi et al., 2011, p.135–136) ont établi des effets nets positifs de différents indicateurs de participation culturelle sur la santé physique et mentale. W. Pinxten et J. Lievens (2014, p.1095–1110) ont analysé l'importance du capital économique, social et culturel dans la compréhension des inégalités de santé en utilisant une approche basée sur celle de Bourdieu dans la recherche sur les perceptions de la santé physique et mentale. Les résultats ont montré que chacune des formes de capital a un effet net sur les perceptions de la santé physique et mentale, qui persiste après avoir contrôlé les autres formes de capital et les effets d'autres corrélats de la santé.

En explorant les effets de la culture sur les intentions d'adopter des mesures de prévention COVID-19, L. Dam et al (2023, p.200) en établit une relation positive. A. N, L, Kaid (2022, p.147) sur la base de l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages réalisée en 2001-2002 par *l'Observatoire des Conditions de Vie de la Population* a mis en exergue la prépondérance des effets des facteurs économiques par rapport à la culture sur la malnutrition des enfants.

Les études citées ci-dessus ont examiné l'impact de la participation culturelle sur la santé sans examiner les effets de l'appartenance à une communauté de personnes donnée sur la santé. Il existe très peu d'études dans ce sens. H. Rajan (2014, p.145-150) montre que dans un mariage patrilocal, les femmes sont souvent socialement isolées, séparées de leurs réseaux de soutien familial et soumises à des pressions pour travailler dur et produire matériellement pour le ménage de leur mari. Cependant, dans les mariages matrilocaux, cette situation semble peu probable car les hommes ne gèrent pas toujours les finances du ménage et peuvent être renvoyés du ménage s'ils sont en conflit avec les familles de leurs épouses. Le régime matrilocal peut être plus bénéfique pour les enfants, bien que les preuves empiriques manquent sur ce point. C'est pourquoi cet article examine les effets de la matrilocalité sur la santé des enfants dans le contexte du Malawi. La matrilocalité est un principe de fonctionnement de certaines sociétés dans lesquelles, une fois le mariage contracté, le couple réside dans le domicile des parents de la mariée, par opposition aux structures patrilocales où le couple vient habiter dans la famille du mari. Le choix de ce pays se justifie par la disponibilité des données. En outre, c'est l'un des pays où les deux cultures coexistent avec une prédominance de la matrilocalité selon les données de l'IHPS, 2010, 2013 et 2016. Ces données indiquent également que les enfants

issus de ménages matrilocaux souffrent moins de retard de croissance (23,52 %) que les enfants issus de ménages patrilocaux (25,65 %). À ce titre, cette étude contribue à la littérature existante sur la question à plusieurs niveaux. En plus d'être l'une des rares études à établir un lien entre la culture et la santé au Malawi, cet article propose un nouvel indicateur pour comprendre la culture. Il s'agit de la matrilocalité, qui est un mode de vie courant dans de nombreuses régions du Malawi. En outre, ce papier se concentre sur le segment jeune de la population du Malawi, en particulier sur les enfants de moins de cinq ans, qui sont généralement considérés comme le baromètre de la santé d'une population. C'est pourquoi ce papier se concentre sur les retards de croissance et l'émaciation.

L'objectif fondamental de ce papier est d'explorer les effets des facteurs culturels sur la santé des enfants de moins de cinq ans au Malawi. Plus précisément, le papier se concentre sur les effets de la matrilocalité sur le retard de croissance et l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans au Malawi. La présente recherche prend en compte certaines variables sociodémographiques comme variables de contrôle.

Pour l'analyse empirique, nous utilisons un modèle de probabilité linéaire à effets fixes pour examiner la relation entre la culture et la santé des enfants. En effet, dans notre stratégie d'identification, la culture est exogène et nous n'avons donc pas de problème d'identification, ce qui justifie une telle stratégie d'estimation. Dans ce modèle, la relation entre la santé des enfants et la culture, qui est approximée par la matrilocalité, est testée. Cette relation est contrôlée par d'autres déterminants de la santé des enfants dans la littérature économique. Les résultats montrent une relation négative entre la matrilocalité et le retard de croissance.

Le reste de l'article se présente comme suit. La deuxième section présente les données et les statistiques descriptives. La troisième section présente le modèle économétrique. La quatrième section présente et discute les résultats, et la dernière est consacrée à la conclusion.

2-Données et statistiques descriptives

Cette section présente les variables clés et la source des données utilisées pour examiner l'effet de la culture sur la santé des enfants de moins de cinq ans.

Les données proviennent de l'enquête intégrée sur les ménages du Malawi (IHPS). Il s'agit d'une enquête menée par le gouvernement du Malawi en collaboration avec la Banque Mondiale. L'IHPS est une enquête nationale représentative menée en trois vagues : 2009/2010 ; 2012/2013 et 2015/2016. Les informations collectées portent sur les caractéristiques des ménages, le travail, l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, etc. En combinant les trois vagues de l'IHPS, nous obtenons un échantillon global de 2019 observations. Le tableau I présente les statistiques descriptives des variables utilisées dans le modèle économétrique. Dans cet article, deux indicateurs

anthropométriques ont été utilisés pour définir les variables de santé : la taille par rapport à l'âge et le poids par rapport à la taille. Les variables dépendantes sont deux indicateurs de malnutrition : le retard de croissance et l'émaciation.

Tableau I : Statistiques descriptives

	<i>Échantillon total</i>		<i>Patrilocal</i>		<i>Matrilocal</i>	
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type
Retard de croissance	0,241	0,428	0,256	0,436	0,235	0,424
Emaciation	0,063	0,243	0,055	0,229	0,065	0,247
Indice de richesse	-0,44	1,535	-0,428	1,528	-0,537	1,489
Sexe (1=femme)	0,494	0,5	0,484	0,499	0,497	0,5
Nombre d'enfants	1,643	0,742	1,68	0,79	1,643	0,731
Age (en mois)	32,731	17,407	31,435	17,213	33,413	17,509
Education du père						
Non instruit	0,494	0,5	0,489	0,499	0,523	0,5
Primaire	0,158	0,365	0,167	0,373	0,151	0,357
Secondaire	0,296	0,456	0,291	0,454	0,282	0,45
Supérieur	0,051	0,22	0,05	0,219	0,043	0,203
Education de la mère						
Non instruite	0,681	0,465	0,71	0,453	0,688	0,462
Primaire	0,142	0,349	0,139	0,346	0,147	0,354
Secondaire	0,159	0,366	0,14	0,347	0,149	0,356
Supérieur	0,016	0,126	0,009	0,098	0,014	0,119
Décès du père	0,165	0,371	0,162	0,369	0,182	0,38
Décès de la mère	0,011	0,104	0,012	0,11	0,012	0,109
Age de la mère	30,844	9,329	30,961	8,88	31,046	9,807
Programme de nutrition						
Urbain	0,091	0,288	0,125	0,331	0,075	0,264
Rural	0,167	0,373	0,205	0,403	0,119	0,324
	0,832	0,373	0,794	0,403	0,88	0,324
Observations	2019		644		1053	

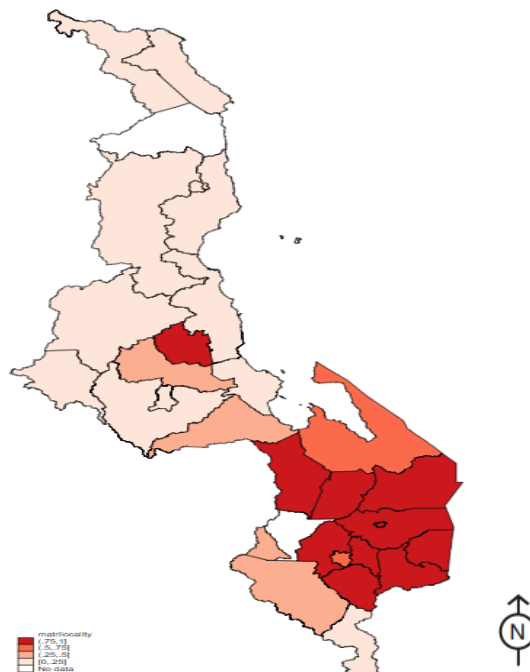
Source : Calculs des auteurs sur la base de l'IHPS 2010, 2013 et 2016

Selon l'Organisation Mondiale de Santé (2010, p.2), le retard de croissance existe si la taille de l'enfant par rapport à son âge est inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane des normes de croissance de l'enfant. Quant à l'émaciation elle est définie

comme un faible poids par rapport à la taille, associé à une famine aiguë et/ou à une maladie grave. Le tableau I semble indiquer que les enfants des ménages matrilocaux présentent moins de retards de croissance (23,52%) que les enfants des ménages patrilocaux (25,65%). Bien que de manière générale l'émaciation semble moins répandue au Malawi (6,3 %), elle est plus élevée dans les ménages matrilocaux (6,5%) contre seulement 5,5% des enfants des ménages patrilocaux. Ce résultat paradoxal pourrait s'expliquer par les différents programmes de nutrition mis en place par le gouvernement du Malawi. La faiblesse relative des cas d'émaciation des enfants des ménages patrilocaux par rapport aux enfants des ménages matrilocaux pourrait être attribuer à un déséquilibre d'invention et ou d'adhésion des programmes de nutrition en faveur du Nord du pays dominé par la patrilocalité.

Le Malawi est un pays multiculturel où coexistent les systèmes patrilinéaire et matrilineaire (E. Berge et al., 2014, p.65-67). Chaque système a ses propres normes et coutumes en matière d'héritage, de soins, etc. (E. Berge et al., 2014, p.65-67). Nous mesurons la culture sur la base de la pratique coutumière dominante en matière de résidence post-maritale pour les couples mariés. Nous utilisons la matrilocalité comme mesure de la culture. La figure 1 suggère que la matrilocalité est beaucoup plus répandue dans le sud du Malawi, tandis que la patrilocalité est beaucoup plus répandue dans le nord.

Figure 1 : Répartition de la matrilocalité au Malawi, par district



Source : Auteurs sur la base des données de l'IHPS 2010, 2013 et 2016

3. Modèle économétrique

Nous utilisons un modèle de probabilité linéaire à effets fixes pour examiner la relation entre la culture et la santé des enfants. Nous utilisons des effets fixes sur le ménage pour tenir compte des caractéristiques non observées et invariantes dans le temps qui sont en corrélation avec la santé des enfants. À l’instar de S. Lowes (2020, p.10-11), nous spécifions le modèle suivant :

$$H_{ikj} = 1 [\text{Matrilocal}_j + X_{ij} + \vartheta_k + \theta_t + \delta_j + \varepsilon_{ij} > 0]$$

Où H_{ikj} est une fonction indicatrice égale à 1 si l’inégalité entre parenthèses est vraie pour un enfant i à partir de l’âge k dans le ménage j , et 0 sinon ; Matrilocal_j est la parenté du ménage ; X_{ij} un vecteur de caractéristiques du ménage et de l’individu ; ϑ_k , θ_t et δ_j représente respectivement l’âge, l’année et l’effet fixe du ménage. ε_{ij} est une erreur à moyenne nulle, qui capte l’effet des facteurs non observés qui influencent les résultats d’intérêt. Les effets fixes de l’année captent les changements idiosyncrasiques dans les résultats des enfants.

4. Résultats et discussion

Le tableau II présente les effets de la matrilocalité sur la santé des enfants au Malawi à travers le retard de croissance et l’émaciation. Les deux modèles utilisés pour l’estimation de la matrilocalité sur le retard de croissance et l’émaciation sont globalement adéquats. En effet, dans le modèle (1), 64,14% des variables explicatives utilisées expliquent le retard de croissance et 60,46% des variables explicatives du modèle (2) déterminent l’émaciation.

Dans le modèle 1, les résultats montrent que lorsqu’un enfant est placé dans une situation de matrilocalité, cela réduit la probabilité de retard de croissance de 16,72 points de pourcentage. Ce résultat est conforme aux attentes. En effet, le mariage matrilocale est une situation dans laquelle un couple marié réside dans le domicile des parents de la mariée. Les femmes devraient ainsi bénéficier d’une certaine protection, car elles vivent dans un territoire bien connu, avec ses parents comme un réseau de soutien et bénéficient donc d’un pouvoir de négociation élevé que celles qui sont en situation de mariages patrilocaux (A. Hyde, 1999, p.600; J. Michalski, 2004, p.656–670). Il est également possible que le capital culturel soit porteur d’une signification symbolique, incarnant ainsi un élément essentiel de la hiérarchie sociale (T. Abel, 2008, p. 1-5 ; F. Pampel, 2012, p.395–400). Ainsi, le capital culturel est associé à la position sociale, aux modes de vie et aux ressources symboliques qui peuvent avoir un impact sur la santé. D’autres auteurs qui ont analysé la relation entre la culture et la santé ont obtenu des résultats similaires (W.

Pinxten et J. Lievens, 2014, p.1095–1110; D. Nicholas et al, 2014, p.140–145; D. Persons, 2017: 7-10; L. Rescorla et al, 2019, p.1110–1113).

En outre, des contrôles supplémentaires tels que le quintile de l'indice de richesse du ménage, le décès du père, le décès de la mère, la participation de l'enfant à un programme de nutrition, le niveau d'éducation du père et le niveau d'éducation de la mère ont également un effet significatif sur le retard de croissance. En outre, les effets fixes de l'âge et du ménage contribuent également à réduire la probabilité d'un retard de croissance chez les enfants.

Le modèle (2) montre que la matrilocalité n'a pas d'effet significatif sur l'émaciation. Dans le cas du Malawi, l'émaciation peut être attribuée à des facteurs autres que la matrilocalité. Ceci est confirmé par les effets significatifs des variables de contrôle.

Tableau II: Effet de la matrilocalité sur la santé des enfants.

	(1)	(2)
	Retard de croissance	Emaciation
Matrilocalité	-0,167** (0,07)	-0,025 (0,048)
Contrôles supplémentaires	Oui	oui
Age EF	Oui	oui
Ménage EF	Oui	oui
Observations	1,697	1,697
R-carré	0,641	0,604

Source : Calculs des auteurs sur la base de l'IHPS 2010, 2013 et 2016

Notes: EF = effets fixes. Les erreurs standard sont regroupées au niveau du ménage. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Les contrôles supplémentaires sont le quintile de l'indice de richesse du ménage, si le père est décédé, si la mère est décédée, si l'enfant participe à un programme de nutrition, le niveau d'éducation du père, le niveau d'éducation de la mère, l'âge et le lieu de résidence de la mère.

Le tableau III, qui présente les résultats repartis en fonction du milieu de résidence des ménages, montre des résultats similaires aux précédents. En fait, c'est le retard de croissance des enfants qui est le mieux expliqué par la matrilocalité ; les effets de la matrilocalité sur l'émaciation ne sont pas significatifs. Il convient de noter que la matrilocalité a un effet plus important dans les zones rurales. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain, la cohabitation de plusieurs cultures entraîne

des compromis contribuant ainsi à réduire ou à rendre moins perceptible le poids de la culture sur la santé infantile.

Tableau III: Effet de la matrilocalité sur la santé des enfants en fonction du milieu de résidence

	Urbain		Rural	
	Retard de croissance	de Emaciation	Retard de croissance	de Emaciation
	(1)	(2)	(3)	(4)
Matrilocalité	0,17 (0,464)	0,056 (0,123)	-0,18** (0,072)	-0,02 (0,053)
Contrôles supplémentaires	yes	yes	yes	yes
Age EF	yes	yes	yes	yes
Ménage EF	yes	yes	yes	yes
Observations	370	370	1,327	1,327
R-carré	0,857	0,939	0,624	0,588

Source : Calculs des auteurs sur la base de l'IHPS 2010, 2013 et 2016

Notes : EF = effets fixes. Les erreurs standard sont regroupées au niveau du ménage. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Les contrôles supplémentaires sont le quintile de l'indice de richesse du ménage, si le père est décédé, si la mère est décédée, si l'enfant participe à un programme de nutrition, le niveau d'éducation du père, le niveau d'éducation de la mère, l'âge et le lieu de résidence de la mère.

5. Conclusion et implications de politiques

L'étude a été motivée par la reconnaissance du fait que la santé des enfants occupe une place centrale dans les politiques de santé. Dans les débats publics sur les déterminants de la santé, la culture est de plus en plus considérée comme l'un des facteurs importants affectant la santé de la population. L'objectif de ce papier est d'analyser l'effet de la culture sur la santé des enfants de moins de cinq ans au Malawi. Plus précisément, le papier s'est focalisé sur les effets de la matrilocalité sur le retard de croissance et l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans au Malawi.

En termes de méthodologie, les effets de la culture sur la santé des enfants ont été étudiés en utilisant un modèle de probabilité linéaire à effets fixes sur la base d'un échantillon de

2019 personnes provenant de l'enquête intégrée sur les panels de ménages (IHPS) du Malawi. Les résultats montrent que la matrilocalité réduit la probabilité que les enfants souffrent d'un retard de croissance. Cependant, la matrilocalité n'a pas d'effet significatif sur l'émaciation des enfants. L'effet de la matrilocalité sur la santé des enfants est plus prononcé dans les zones rurales. Au vu de ces résultats, il est suggéré de prendre en compte la culture dans les politiques de santé afin de garantir la bonne santé des enfants.

Références bibliographiques

ABEL Thomas, 2008, Cultural capital and social inequality in health, *Journal of Epidemiological Community Health*, 62(7).

ABEL Thomas & FROHLICH Katherine La Dre, 2012, Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities, *Social Science & Medicine*, 74(2), 236–244.

ACHENBACH Thomas Max, 2020, Multicultural Perspectives on Assessment and Taxonomy of Psychopathology, *Mental Health and Illness of Children and Adolescents*, 1-22.

ADELIN Amelie & DELATTRE Eric, 2017, Some microeconomic evidence on the relationship between health and income, *Health Economics Review*, 7(1).

ARLI Denni & PEKERTI Andre, 2016, Who is more ethical? Cross-cultural comparison of consumer ethics between religious and non-religious consumers, *Journal of Consumer Behaviour*, 16(1), 88-98.

BAU Natalie, 2021, Can Policy Change Culture? Government Pension Plans and Traditional Kinship Practices, *American Economic Review*, 111 (6), 1880–1917

BERGE Erling, KAMBEWA Daminon, MUNTHALI Alister & WIIG Henrik, 2014, Lineage and LandReforms in Malawi: Do Matrilineal and Patrilineal Landholding Systems Rep-resent a Problem for Land Reforms in Malawi? *Land Use Policy*, 61–69.

BOURDIEU Pierre, 1984, *Distinction: A social critique of the judgement of taste*, Cambridge : Harvard University Press.

BOURDIEU Pierre, 1986, *The forms of capital*. In Richardson, J, G (ed) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press.

BYGREN Lars, JOHANSSON Scarlett, KONLAAN Benson & GRIJBOVSKI Andrej, 2009, Attending cultural events and cancer mortality: a Swedish cohort study, *Arts & Health*, 1(1), 64–73.

BYGREN Lars, WEISSGLAS Gosta, WIKSTRÖM Britt-Maj, & KONLAAN Benson, 2009, Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff, *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 469–73.

CLEVELAND Mark, ROJAS-MENDEZ José, LAROCHE Michel & PAPADOPOULOS Nicolas, 2016, Identity, culture, dispositions and behavior: A cross-national examination of globalization and culture change. *Journal of Business Research*, 69(3), 1090-1102.

DAM Linda, BASARAN Anne-Marie , LIN Carolyn & ROGERS Dana, 2023 Exploring the influence of cultural and health beliefs on intentions to adopt COVID-19 prevention measures, *Atlantic Journal of Communication*, 189-206

DAVILLAS Apostolos, JONES Andrew Michael & BENZEVAL Michaela, 2019, The Income-Health Gradient: Evidence From Self-Reported Health and Biomarkers in Understanding Society, *Panel Data Econometrics*, 709-741.

FOX Robin, 1967, *Kinship and Marriage: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press.

GRAVEL Sylvie, 2005, Culture, santé et ethnicité. *Actes du colloque 2005 du service interculturel collégial*, Centre de documentation collégiale.

GROSSI Enzo, BLESSI Giorgio Tavano, SACCO Pier & BUSCEMA Massimo, 2011, The interaction between culture, health and psychological well-being: data mining from the Italian culture and well-being project, *Journal of Happiness Studies*, 13(1), 129–148.

GUERRERO Anthony & ANDRADE Joy, 2020, Cultural psychiatry as the basic science of addressing health and mental health disparities. *Starting At the Beginning*, 31-42.

HYDE Abbey, 1999, Matrilocality and female power: single mothers in extended households, *Women's Studies International Forum*, 22(6), 597–605.

ISLAM Tahir, WEI Jiuchang, SHEIK Zaryab, HAMEED Zahid & AZAM Rauf, 2017, Determinants of compulsive buying behavior among young adults: The mediating role of materialism, *Journal of Adolescence*, 61, 117-130.

KAID Abdellah Nait L, EZZRARI, Abdeljaouad, FEKKAKLOUHAIL Safia, La malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Maroc dans les années 2000 : cause culturelle ou économique? *Revue Réflexions Économiques*, No 2

LAREAU Annette & WEININGER Elliot, 2003, Cultural capital in educational research: a critical assessment, *Theory and society*, 32, 567–606.

LOWES Sara, 2020, *Matrilineal Kinship and Spousal Cooperation: Evidence from the Matrilineal Belt*, Stanford University and CIFAR.

LOWES Sara, 2022, *Lulture in historical political economy*, NBER Working Paper 30511, Cambridge

MAASS Ruca, KLOECKNER Christian, LINDSTRØM Bengt & Lillefjell Monica, 2016, The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion? *Health and Place*, 42, 120-128.

MICHALSKI Joseph, 2004, Making Sociological Sense Out of Trends in Intimate Partner Violence: The Social Structure of Violence Against Women, *Violence Against Women*, 10(6), 652–675.

NICHOLAS David, HENDSON Leonora & REIS Misty, 2014, Connection Versus Disconnection: Examining Culturally Competent Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Social Work in Health Care*, 53, 135–155.

NUMMELA Olli, SULANDER Tommi, RAHKONEN Ossi, & UUTELA Antti, 2008, Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people, *International Journal of Public Health*, 53(5), 227–235.

NUNN Nathan, 2022, On the Dynamics of Human Behavior: The Past, Present, and Future of Culture, Conflict, and Cooperation, *American Economic Association Papers and Proceedings*, 15–37.

PAMPEL Fred, 2012, Does reading keep you thin? Leisure activities, cultural tastes, and body weight in comparative perspective, *Sociology of Health & Illness*, 34(3), 396–411.

PERSONS Donald, 2017, Stigma, Learning and Inheritance: An Ecocultural Study of Adaptation and Resource use among Families of Children with Down Syndrome in Thailand, *Disability, CBR and Inclusive Development*, 28(2).

PINXTEN Wouter & LIEVENS John, 2014, The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions, *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 1095–1110.

RAJAN Hamsa, 2014, The impact of household form and marital residence on the economic dimensions of women's vulnerability to domestic violence, The case of Tibetan Communities, *Journal of Population Sciences*, 70, 139-162.

RESCORLA Leslie, ALTHOFF Robert, IVANOVA Masha & ACHENBACH Thomas, 2019, Effects of society and culture on parents' ratings of children's mental health problems in 45 societies, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1107–1115.

VEENSTRA Gerry & VANZELLA-YANG Adam, 2020, Family income and self-rated health in Canada: Using fixed effects models to control for unobserved confounders and investigate causal temporality, *Social Science & Medicine*, 50.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, *Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profil indicators: Interpretation Guide*, Geneva: World Health Organization Press.

WILKINSON Anna, WATERS Andrew, BYGREN Lars Olov, & TARLOV Alvin, 2007, Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *BMC Public Health*, 7(1), 226–31.