

Université de Montréal

Traits d'identité culturelle, travail et santé mentale :
Une étude dans la main-d'œuvre canadienne

Par

Christiane Liliane KAMMOGNE

École des relations industrielles
Faculté des arts et sciences

Thèse doctorale présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de
l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.) en relations industrielles

Juin 2020

© Christiane Liliane KAMMOGNE, 2020

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :
Traits d'identité culturelle, travail et santé mentale :
Une étude dans la main-d'œuvre canadienne

présentée par :
Christiane Liliane KAMMOGNE

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Brahim BOUDARBAT, Ph. D.
Président-rapporteur

Alain MARCHAND, Ph. D.
Directeur de recherche

Pierre DURAND, Ph. D.
Membre du jury

Sylvie GRAVEL, Ph. D.
Examinatrice externe

RÉSUMÉ

L'ampleur des problèmes de santé mentale, les coûts qui en découlent et le lien établi entre le travail et les problèmes de santé mentale sont autant d'éléments qui expliquent l'intérêt croissant pour les interventions en santé mentale au travail. Dans un contexte où la personnalisation des interventions en santé mentale est davantage encouragée, les traits d'identité culturelle pourraient contribuer à une telle personnalisation. Nous définissons un trait d'identité culturelle comme un élément matériel ou non matériel d'une identité culturelle, hérité ou non hérité, considéré comme isolable et susceptible d'une analyse spécifique. Personnaliser les interventions en santé mentale suivant les traits d'identité culturelle implique d'adapter ces interventions, de manière à répondre aux situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles les traits d'identité culturelle pourraient agir comme des facteurs importants. Cette thèse de doctorat est un début de réponse sur l'intérêt ou non d'une telle démarche. Cette thèse vise à mieux comprendre en quoi les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne.

La place limitée réservée aux traits d'identité culturelle dans les modèles dominants du stress au travail représente un obstacle à la compréhension du rôle des traits d'identité culturelle dans l'association qui relie le travail aux problèmes de santé mentale. Or les traits d'identité culturelle sont à la fois associés au travail et à la santé mentale. La composition de la population canadienne justifie toute aussi la pertinence d'intégrer les traits d'identité culturelle dans l'analyse du travail et de la santé mentale, car un peu plus de 250 000 nouveaux immigrants entrent sur le territoire canadien chaque année. Parmi ceux-ci, environ 80% proviennent d'Asie, d'Afrique, et d'Amérique latine. Or les immigrants et les personnes issues des minorités visibles semblent plus à risques de se retrouver dans des conditions de travail plus contraignantes. Ces deux groupes semblent également avoir en général une prévalence de symptômes de détresse psychologique et de dépression élevée.

Afin de contourner les limites inhérentes aux modèles dominants du stress au travail, nous avons pris appui dans cette étude sur le modèle multiniveaux du stress au travail inspiré de la théorie du stress social; et des approches sociologiques abordées aux États-Unis dans une perspective micro-macro et en Europe dans une perspective d'agent-structure. La théorie du

stress social permet de comprendre les mécanismes qui lient certaines conditions de l'organisation sociale à la santé mentale. Les approches micro-macro et d'agent structure s'intéressent non seulement à scinder la réalité sociale en niveaux, mais essaient également de comprendre le sens de la relation entre les différents niveaux. Le modèle théorique proposé présente trois principales hypothèses dans lesquelles les variables du travail à l'exception de la déqualification sont inspirées de celles retrouvées dans le modèle multiniveaux. Ces hypothèses postulent 1) une relation directe entre les traits d'identité culturelle (le statut d'immigrant et l'ethnicité) et les problèmes de santé mentale (symptômes de détresse psychologique et symptômes dépressifs); 2) un rôle modérateur des traits d'identité culturelle entre les facteurs du travail (déqualification, utilisation des compétences, autorité décisionnelle, demandes psychologiques, demandes physiques, soutien social au travail, insécurité d'emploi, heures travaillées, horaire irrégulier) et les problèmes de santé mentale; 3) un rôle médiateur des facteurs du travail dans la relation entre les traits d'identité culturelle et les problèmes de santé mentale. Grâce à l'analyse de médiation, nous avons également testé la possibilité d'une exposition différentielle aux facteurs du travail selon les traits d'identité culturelle.

Nous avons utilisé les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) menée par Statistique Canada. Les données ont été collectées sur une période de 18 ans, débutée en 1994 et terminée en 2012 après 9 cycles. Des analyses de régressions multiples et multiniveaux ont été menées sur un échantillon de 6 477 travailleurs. Les résultats des analyses sont présentés sous forme de trois articles retrouvés aux chapitres 5 à 7.

Les résultats suggèrent un rôle de l'ethnicité dans la relation entre le travail et les symptômes analysés. En effet, l'ethnicité semble s'associer aux symptômes dépressifs, mais pas aux symptômes de détresse psychologique. Des multiples effets de modulation et de médiation testés, seul un effet s'est avéré significatif. Il s'agit du rôle médiateur de l'utilisation des compétences dans la relation entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologique. Il semble également exister certaines expositions différentielles au travail de par l'ethnicité. Les personnes issues des minorités visibles semblent exposées de manière différentielle à plus de déqualification, à moins d'utilisation des compétences, et à moins d'autorité décisionnelle en comparaison à celles qui sont caucasiennes. L'analyse du rôle du statut d'immigrant dans la relation entre le travail et les symptômes analysés s'est avérée non concluante. De nombreuses limites inhérentes à notre stratégie de recherche (mesure de l'ethnicité, non prise en compte de la

qualité de l'emploi, non-distinction des catégories d'immigrants, immigrants en majorité de longue date, variables de contrôle ne témoignant pas de nombreuses réalités du processus migratoire et d'intégration, etc.) appel à être prudent quant à l'interprétation faite des résultats de cette thèse.

Les résultats de cette thèse ne permettent pas de mettre un point final sur la question du lien entre les traits d'identité culturelle, le travail et la santé mentale. Toutefois, ils y apportent un certain éclairage. Ils laissent penser que réduire les conditions de travail à risque et combattre l'exposition différentielle aux facteurs du travail pourraient offrir deux axes d'interventions contre les problèmes de santé mentale dans la main-d'œuvre canadienne. Intervenir sur ces deux pôles pourrait également contribuer à baisser les dépenses en santé mentale qui semblent de plus en plus importantes au Canada. Un élément qui semble ressortir le plus de cette étude est bien la nécessité de se pencher davantage sur la question de la déqualification professionnelle.

Mots clés : santé mentale, détresse psychologique, dépression, immigrant, natif, ethnicité, minorité visible, caucasien, traits d'identité culturelle, réactions différentielles, expositions différentielles, ENSP.

ABSTRACT

The increased disability claims linked to mental health problems, the economic implications of mental illness in terms of costs for businesses, and the established link between work and mental health are some of the rising concerns explaining the growing interest in mental health interventions and programs in the workplace. In a context where the personalization of mental health interventions is further promoted, cultural identity traits could contribute to such a personalization. We define cultural identity traits as a tangible or intangible element of a cultural identity, inherited or not, considered as isolable and that could be subject of a specific analysis. To personalize mental health interventions according to cultural identity traits, it would require adapting these interventions to meet specific workplace situations in which cultural identity traits may act as important factors. This thesis is the beginning of an answer on whether such an approach is worth of interest. This thesis examines how cultural identity traits, such as ethnicity and immigration status, affect how work is related to mental health symptoms such as psychological distress symptoms and depressive symptoms in the Canadian workforce.

The limited attention paid to cultural identity traits by current models to analyze work stress, prevents a better understanding of the cultural identity traits role in the association linking work to mental health issues, while they are associated with both work and mental health. The composition of the Canadian population justifies the relevance of including cultural identity traits into a comprehensive analysis of work and mental health, as over 250 000 newcomers settle in Canada every year, with approximately 80% coming from Asia, Africa, and Latin America. Studies show that immigrants and those identified as visible minorities are more likely to end up in jobs where the working conditions are much more difficult. These two groups appear to have a higher prevalence of psychological distress symptoms and depressive symptoms.

In order to address the inherent limits of the current theoretical models explaining work stress in the literature, we use in this study a multilevel analysis approach of work stress inspired by the social stress theory, and sociological approaches discussed in the United States from a micro–macro perspective, and in Europe from an agency-structure perspective. Social stress theory allows us to understand the mechanisms linking some conditions of social organization to mental health. Micro-macro and agency-structure approaches are not only concerned with dividing social reality into levels, but also try to understand the direction between levels. Our

theoretical model examines three main hypotheses in which work factors with the exception of overqualification are inspired by those found in the multilevel model: 1) a direct relationship between cultural identity traits (immigrant status and ethnicity) and mental health problems (psychological distress symptoms and depressive symptoms); 2) a moderating effect of cultural identity traits on the relation between work factors (overqualification, skill utilization, decision latitude, psychological demands, physical demands, social support at work, job insecurity, worked hours, irregular work scheduling) and mental health problems; 3) a mediating role of work factors on the relation between cultural identity trait and mental health problems. The mediating effect allows us to analyze if a differential exposure to work factors based on ethnicity and immigrant status exist.

The data for this study were collected from the nine cycles of the National Population Health Survey (NPHS) conducted by Statistics Canada over an 18-year period starting from 1994 and ending in 2012 after 9 cycles. Multilevel regression analyses were conducted on a sample of 6477 workers. The results of the analysis are presented in three articles representing the chapters 5 to 7 of this thesis.

Results suggest that ethnicity seems to influence the relationship between work and the two analyzed symptoms. Ethnicity (visible minority versus caucasian) seems to be associated with depressive symptoms, but not with psychological distress symptoms. Among the effects of moderating variables and the effects of mediating variables tested, only one variable is proven significant. The skill utilization plays a mediating role in the relationship between ethnicity and psychological distress symptoms. There seems to be a differential exposure to work factors based on ethnicity. Compared to caucasians, visible minorities are more exposed to overqualification and less to skill utilization and decision latitude. All analyses conducted with immigration status have led to inconclusive results. Many limitations related to our research strategy (measurement of ethnicity, job quality is not taken into account, immigrant categories are not distinguished, mostly long-term immigrants, confounding variables not reflecting many realities face by the migration and integration process, etc.) call to be caution when interpreting the results of this thesis.

The results of this thesis do not close debates on how cultural identity traits, such as ethnicity and immigration status affect the way work is related to mental health symptoms.

However, they provide some insights into it. The results suggest that reducing risky working conditions and tackling differential exposure to work factors might provide two avenues for action against mental health problems in the Canadian workforce. Taking tangible steps on these two directions could also help lower cost related to mental health issues, which are continuously growing in Canada. One element that seems to stand out the most from this study is the need to look more closely at the issue of professional deskilling.

Key Word: mental health, psychological distress, depression, immigration, Canadian born, visible minority, ethnicity, caucasian, cultural identity traits, differential reactions, differential exposures, NPHS.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES GRAPHIQUES	xiii
REMERCIEMENTS	xvii
INTRODUCTION	1
Ampleur et coûts des problèmes de santé mentale	1
La santé mentale et le travail	3
Quelle place pour les traits d'identité culturelle ?	4
Objectifs de la thèse	7
Organisation des chapitres	8
CHAPITRE 1 : Traits d'identité culturelle	11
1.1 Identité et culture	12
1.1.1 L'identité, un terme polysémique, complexe et contradictoire.....	12
1.1.1.1 L'unicité et la similitude.....	12
1.1.1.2 La permanence et le changement.....	13
1.1.1.3 Entre reconnaissance et individualisation.....	14
1.1.2 Des identités plurielles.....	14
1.1.2.1 Identité individuelle.....	15
1.1.2.2 Identité sociale.....	15
1.1.2.3 Identité collective.....	16
1.1.2.4 Liens entre l'identité individuelle, l'identité sociale et l'identité collective.....	16
1.1.3 La culture.....	17
1.2 L'identité culturelle	19
1.2.1 Penser la relation d'appartenance: quelques thèses.....	19
1.2.1.1 La motivation rationnelle : La thèse de l'identification.....	20
1.2.1.2 La motivation rationnelle : La thèse de la solidarité.....	20
1.2.1.3 La motivation rationnelle : La thèse de l'identité instrumentale.....	21
1.2.1.4 La motivation non rationnelle : La thèse des liens primordiaux.....	22
1.2.1.5 La motivation non rationnelle : La thèse des liens émotionnels.....	22
1.2.2 Deux approches à l'identité culturelle.....	23
1.2.2.1 L'identité culturelle vue comme une identité «innée » dont on ne peut se défaire.....	23
1.2.2.2 L'identité culturelle : Une identité « réfléchie » et parfois « choisie ».....	26
1.2.3 Illustration de quelques profils types d'identité culturelle en situation d'acculturation.....	28
1.3 Vers une définition du trait d'identité culturelle	29
1.4 Traits d'identité culturelle dans la main-d'œuvre canadienne: le rôle de l'immigration	32

1.4.1	Programmes d’immigration permanente économiques.....	33
1.4.1.1	Programmes applicables dans toutes les provinces du Canada sauf le Québec ..	33
1.4.1.2	Programmes applicables dans la province du Québec	34
1.4.1.3	Immigration permanente pour des raisons non économiques	35
1.4.2	Cadre administratif des politiques d’intégration en emploi des immigrants.....	35
1.4.3	Profil des immigrants du Canada	36
1.4.4	Les immigrants et leurs enfants sur le marché du travail au Canada	38
1.4.4.1	Taux de chômage et d’emploi en 2018	39
1.4.4.2	Secteurs d’activités en 2018.....	44
1.4.4.3	Rémunération en 2017	45
1.4.4.4	Surqualification en 2015	45
1.4.4.5	Les personnes issues des minorités visibles.....	46
1.4.5	Quelques explications à la situation des immigrants sur le marché du travail.....	47
1.4.5.1	Explications liées au capital humain	47
1.4.5.2	Explications liées à la discrimination.....	50
1.5	Éthique et catégorisation	53
CHAPITRE 2 : Les traits d’identité culturelle, le travail et la santé mentale: revue de la littérature		
	57	
2.1	Les problèmes de santé mentale: une distinction entre le stress et ses conséquences	
	58	
2.1.1	Le stress.....	58
2.1.2	Quelques exemples de conséquences du stress : la détresse psychologique, l’épuisement professionnel et la dépression.....	58
2.2	Inégalité de problèmes de santé mentale selon les traits d’identité culturelle.....	60
2.2.1	Inégalité de santé mentale selon le statut d’immigrant	61
2.2.2	Inégalité de santé mentale selon l’ethnicité.....	63
2.3	Conditions de travail, conditions de vie et problèmes de santé mentale.....	65
2.3.1	Facteurs du travail	65
2.3.1.1	Les caractéristiques de l’emploi.....	65
2.3.1.2	Les conditions de l’organisation du travail	69
2.3.2	Les facteurs hors travail	74
2.3.2.1	Soutien social hors travail	74
2.3.2.2	La situation familiale.....	75
2.3.2.3	La conciliation travail-famille.....	76
2.3.3	Les caractéristiques personnelles	77
2.3.3.1	Les caractéristiques sociodémographiques	77
2.3.3.2	Les habitudes de vie	79
2.3.3.3	Les évènements stressants de la vie	80
2.3.3.4	Les traits de personnalité.....	82
2.4	Catégories de traits d’identité culturelle dominants dans la revue de littérature en lien avec le travail et les problèmes de santé mentale	84
2.5	Limites des connaissances et contribution de la recherche	84
CHAPITRE 3 : Présentation du modèle conceptuel.....		
	87	
3.1	Cadres théoriques : les modèles du stress au travail et leurs courants théoriques fondateurs	88
3.1.1	Modèle demande-contrôle (Karasek, 1979).....	88

3.1.2	Modèle demande-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990).	90
3.1.3	Modèle du déséquilibre effort-récompenses (ERI) (Siegrist, 1996)	91
3.1.4	Modèle Demande-Ressources (Demerouti et al., 2001)	93
3.1.5	Modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006)	95
3.2	Modèle conceptuel retenu et hypothèses de recherche	99
3.2.1	Présentation du modèle conceptuel	99
3.2.2	Présentation détaillée des différentes hypothèses	102
3.2.2.1	Hypothèse 1: le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre.	102
3.2.2.2	Hypothèse 2: La relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.	103
3.2.2.3	Hypothèse 3 : L'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est médiatisé par les facteurs du travail.	107
CHAPITRE 4 :	Méthodologie de recherche	111
4.1	Source de données : l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)	112
4.2	Mesure des variables	115
4.2.1	Mesurer les traits d'identité culturelle	115
4.2.2	Mesure de la santé mentale	117
4.2.2.1	Symptômes de détresse psychologique	117
4.2.2.2	Symptômes dépressifs	118
4.2.3	Mesure des facteurs du travail	119
4.2.3.1	La déqualification	119
4.2.3.2	Les conditions de l'organisation du travail	122
4.2.4	Mesure des facteurs liés à la famille	125
4.2.5	Mesure du soutien social hors travail	126
4.2.6	Mesure des caractéristiques personnelles	128
4.3	Statistiques descriptives de l'échantillon	130
4.4	Méthodes d'analyse	130
4.4.1	Types d'analyses	131
4.4.2	Correction de l'effet de plan	131
4.4.3	Estimations et test d'hypothèses	136
4.4.4	Stratégie d'analyse	136
CHAPITRE 5 :	Article 1. Les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité : Quel lien avec les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne? Résultats des neuf cycles de l'ENSP	139
CHAPITRE 6 :	Article 2. Travail et symptômes de détresse psychologique : Quel est le rôle des traits d'identité culturelle en lien avec l'ethnicité et le statut d'immigrant dans la main-d'œuvre canadienne?	159
CHAPITRE 7 :	Article 3: Ethnicité et statut d'immigrant: Quelle association avec le travail et les symptômes dépressifs?	180

CHAPITRE 8 : Synthèse des résultats	206
8.1 Contribution directe des traits d'identité culturelle et des facteurs du travail aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.	207
8.1.1 Contribution directe des traits d'identité culturelle	207
8.1.1.1 Contribution directe du statut d'immigrant	207
8.1.1.2 Contribution directe de l'ethnicité.....	209
8.1.2 Contribution directe des facteurs du travail	210
8.2 Traits d'identité culturelle et facteurs du travail : une exposition différentielle aux facteurs du travail selon l'ethnicité uniquement	212
8.3 Trait d'identité culturelle, facteurs du travail, symptômes de détresse psychologique et symptômes dépressifs : Médiation et modération	214
8.3.1 Aucun effet modérateur des traits d'identité culturelle	214
8.3.2 Effet médiateur des facteurs du travail : seulement entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologiques	215
8.4 Contribution des facteurs liés à la famille, au soutien social hors travail et aux caractéristiques personnelles au développement des symptômes de détresse psychologique et au développement des symptômes dépressifs.....	218
8.5 La contribution du temps aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.....	220
8.6 Les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs : deux problèmes de santé mentale qui semblent distincts.....	221
CONCLUSION.....	224
Contribution de la thèse.....	226
Contribution des hypothèses évaluées à l'avancement des connaissances	226
Contribution du modèle théorique à l'avancement des connaissances	229
Limites et pistes de recherches	230
Retombées de la thèse	233
Retombées pour les politiques publiques	233
Retombées pour les interventions en santé mentale au travail.....	234
Retombées pour le domaine scientifique	234
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	237

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 1

Tableau 1. – Taux d'emploi et taux de chômage en pourcentage (%) selon le niveau d'éducation et le statut d'immigration en 2018	43
Tableau 2. – Proportion des immigrants par secteurs d'activités 2018	44
Tableau 3. – Variation en 2017 de salaire hebdomadaire moyen des immigrants versus les personnes nées au Canada âgés de 25 à 65 ans et ayant un diplôme universitaire (variation en pourcentage %)..	45
Tableau 4. – Taux de réponse et d'érosions (%).....	113
Tableau 5. – Source d'érosion par cycle pour le sous-ensemble longitudinal complet (%)	114
Tableau 6. – Mesure des traits d'identité culturelle	117
Tableau 7. – Mesure des symptômes de détresse psychologique : ENSP	118
Tableau 8. – Mesure des symptômes dépressifs : ENSP	119
Tableau 9. – Lien entre le niveau de compétence et le niveau d'étude ou de formation	121
Tableau 10. – Diagnostique de la déqualification.....	121
Tableau 11. – Mesure des conditions de travail : ENSP	124
Tableau 12. – Mesures des facteurs liés à la famille: ENSP	126
Tableau 13. – Mesure du soutien social hors travail: ENSP	127
Tableau 14. – Mesures des caractéristiques individuelles: ENSP	129
Tableau 15. – Statistiques descriptives pondérées de l'échantillon des cycles 1 à 9 de l'ENSP*	133
Tableau 16. – Matrice de corrélation (r de Pearson).....	134
Tableau 17. – Traits d'identité culturelle, symptômes de détresse psychologiques et symptômes dépressifs	207
Tableau 18. – Synthèse des résultats quant à l'association entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs	211
Tableau 19. – Synthèse des résultats quant à l'association entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail.....	213
Tableau 20. – Synthèse des interactions entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail	215

Tableau 21. – Synthèse des chemins indirects entre les traits d’identité culturelle et les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs via les facteurs du travail.217

Tableau 22. – Synthèse des résultats quant à la contribution des facteurs liés à la famille, du soutien social hors travail et des caractéristiques personnelles aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.....219

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE 4

Figure 1. – Modèle théorique général d’analyse de la santé mentale (Marchand, 2004).....	99
Figure 2. – Modèle conceptuel	101

LISTE DES GRAPHIQUES

CHAPITRE 1

Graphique 1. - Taux de chômage et d'emploi en 2018 des immigrants du principal groupe d'âge actif par province.....	39
Graphique 2. - Taux d'emploi et taux de chômage chez les immigrants et natifs âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant la durée écoulée depuis l'arrivée au Canada.....	40
Graphique 3. - Distribution des taux d'emploi et des taux de chômage en pourcentage chez les immigrants et natifs âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant le sexe.....	41
Graphique 4. - Taux d'emploi et de chômage en pourcentage chez les immigrants âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant le pays de naissance.....	42
Graphique 5. - Fréquence de situation de faible revenu en 2016 selon l'ethnicité et le statut des générations d'immigration.....	46

À ma maman qui m'a appris à rêver au-delà de ma condition, et qui s'est battue corps et âme pour que ses enfants soient des personnes éduquées et indépendantes.

À mes sœurs Flavie et Suzi qui n'ont jamais cessé de croire en moi.

À toutes, je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Après ces années passées à réaliser cette thèse de doctorat, je peux sans l'ombre d'un doute conclure qu'il s'agit d'une entreprise très coûteuse en temps, en énergie, en soutien financier, et en soutien moral. Tant ce cheminement de longue haleine est parsemé d'embûches. Si j'ai réussi à passer au travers, cela s'est fait grâce à la contribution de plusieurs personnes et organismes.

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de recherche, le professeur Alain Marchand. Monsieur Marchand, vous avez su me guider dans ce projet en m'offrant non seulement de l'accompagnement matériel, mais aussi de l'accompagnement moral. Vous n'avez cessé de me répéter que nous étions sur la bonne voie avec ce projet. Merci de m'avoir appris la rigueur scientifique. En travaillant avec vous sur cette thèse, j'ai réalisé la chance que j'avais de vous avoir comme directeur. J'espère avoir la possibilité de continuer de collaborer avec vous dans le futur.

Je remercie également tous les membres de mon jury. Vos remarques et commentaires ont grandement contribué à bonifier mon travail. Merci à monsieur Brahim Boudarbat et Pierre Durand d'avoir été présents dès le début de la défense de mon projet de thèse et d'avoir soutenu mon choix de sujet. Merci à madame Sylvie Gravel d'avoir accepté de poser son regard externe et très constructif sur ce travail.

Je souhaite également à remercier tous les professeurs avec qui j'ai eu le privilège de travailler à l'École de relations industrielles de l'Université de Montréal ; et particulièrement la professeure Marie-Thérèse Chicha, et les professeurs Brahim Boudarbat et Adnane Belout. Grâce à vous, j'ai eu l'opportunité de m'impliquer dans plusieurs autres projets de recherche et dans la vie académique.

Mes remerciements vont également vers toute l'Équipe de Recherche sur le Travail et la Santé Mentale (ERTSM), vers l'Observatoire sur la santé et le mieux-être (OSMET) et vers l'Institut de recherches en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) qui m'ont offert un cadre de travail sain et motivant. Un merci particulier à Marie-Ève Blanc. Merci, Marie-Ève pour ta disponibilité inconditionnelle et ton soutien durant ces années. Merci également à mes

collègues de l'équipe de recherche et de l'école des relations industrielles; car des liens d'amitié se sont créés au fil du temps.

Je tiens également à remercier les organismes qui ont contribué financièrement à la réalisation de cette thèse en m'octroyant des bourses au cours de mon cheminement. Merci aux Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), à Morneau Shepell, à l'institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), à la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal, et au Réseau canadien des centres de données de recherche (RCCDR).

Je tiens également à remercier Statistique Canada ainsi que le Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) de m'avoir accordé l'accès aux données de l'ENSP.

Un merci particulier à Jean-Pierre Decoste et à Babeth Foaleng Tela pour la relecture critique de ma thèse. Merci pour vos commentaires rigoureux et votre disponibilité qui ont grandement bonifié la qualité de mon écriture scientifique. Merci Tela, ma « sœur d'armes ».

Je souhaite également à remercier ma famille et mes amis, particulièrement ma maman Élise. Merci, maman d'avoir toujours trouvé l'énergie de m'encourager dans ce projet quand bien même cela signifiait pour toi de repousser ton espoir de me voir fonder une famille ou de t'offrir de petits enfants. Merci à Flavie et Suzi d'être les meilleures sœurs du monde, des complices et des anges gardiennes. Merci à Jean-Pierre d'être un mari aussi aimant, dévoué et patient. Tu as su prendre soin de moi lorsque je m'oubliais dans l'univers de cette thèse. Si j'y suis aujourd'hui, c'est également grâce à ces mots que tu n'as cessé de me répéter : « ne lâche pas, tu es capable ». Merci à ma grand-mère Cécile qui m'a adopté dès mon arrivée au Canada. Maman Cécile, je me sens privilégiée de te connaître. À travers tes conseils, ton expérience de la vie et tes combats, tu m'as enseigné à être une femme noire fière et une battante pleine de courage. Merci à mes amis Liliane, Tela, Christian, Olga, Nasrin, Sudipa et Tung pour votre amour. Vous avez été présents dans ma vie dès le début de ce projet. Votre amour et vos encouragements n'ont cessé de tarir même pendant mes moments de silence. Votre présence dans ma vie a contribué à me ramener à l'essentiel de la vie.

Je termine en remerciant Dieu qui m'a donné la chance de rêver à un tel projet, et qui m'a donné de le réaliser ; car je me sens reconnaissante d'y être parvenue. Grâce à ce projet, je suis aujourd'hui convaincue que rêver au-delà de sa condition peut être porteur de fruits. J'ai eu

l'occasion de mieux saisir mes limites et surtout de réaliser qu'au-delà de la thèse, il y a également d'autres aspects essentiels dans la vie.

INTRODUCTION

La santé mentale peut être définie comme un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté (Mental Health Commission of Canada, 2012). Parler de santé mentale au travail revient souvent à aborder les questions de mieux-être au travail; de stress lié au travail; voire des conséquences physiques, psychologiques et physiologiques liées au stress. Qu'importe l'angle sous lequel la santé mentale au travail est traitée, un seul intérêt semble demeurer: éliminer les facteurs pouvant entraîner des changements négatifs sur l'état psychologique du travailleur. Cette ambition se heurte à un obstacle principal qui est celui d'établir le lien entre le travail et les problèmes de santé mentale ressentis par l'employé. En effet, contrairement aux questions d'accident de travail ou de maladies professionnelles qui elles, font appel à des normes vérifiables, il reste pour l'heure difficile de juger de l'admissibilité des troubles mentaux attribuables au stress (Blum Le Coat & Pascual, 2017). Au Canada par exemple, la législation manque de clarté quant aux recours juridiques pour des préjudices psychologiques liés à l'organisation du travail (Shain, 2010; Shain & Nassar, 2009).

L'ampleur des problèmes de santé mentale ainsi que les coûts qu'ils engendrent poussent cependant les employeurs tout autant que les gouvernements à s'intéresser de plus en plus à cette problématique.

Ampleur et coûts des problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale représentaient en 2010 la cinquième cause d'invalidité dans le monde (Whiteford et al., 2015). Au Canada, au moins 20% de la population en souffrirait (D'Arcy & Xiangfei, 2012; Smetanin et al., 2011); soit environ 6,7 millions de personnes victimes de problèmes de santé mentale (Smetanin et al., 2011). Ce nombre pourrait atteindre 8,9 millions en 2041 (Smetanin et al., 2011). Les travailleurs n'en sont pas épargnés (Smetanin et al., 2011). Les problèmes de santé mentale représenteraient actuellement l'une des plus importantes causes d'absence du travail (Howatt, 2017). En 2011, deux travailleurs sur neuf en souffraient; soit 21,4% des personnes en emploi (Smetanin et al., 2011).

Les problèmes de santé mentale au travail coûteraient également cher aux entreprises. Ces coûts résultent des pertes financières attribuables à l'absentéisme, au roulement du personnel, aux programmes d'aide aux employés, aux incapacités de travail de court et long terme, aux médicaments psychothérapeutiques, aux accidents de travail, aux demandes d'indemnisation voire aux poursuites judiciaires (Brun & Lamarche, 2006; Kalia, 2002; Tangri, 2003). On estime qu'environ 35 à 50% des employés souffrant de dépression prendront un congé d'invalidité de courte durée à un moment donné pendant leur mandat (McIntyre et al., 2011). En 2011, les pertes de productivité pour les entreprises canadiennes ont été estimées à 6,3 milliards de dollars (Smetanin et al., 2011).

Les pertes associées aux problèmes de santé mentale seraient d'environ 50 G\$ CA annuellement pour le gouvernement canadien (Smetanin et al., 2011), dont 20,7 G\$ CA relié uniquement à la perte de participation au marché du travail (Conference Board of Canada & Conference Board, 2012). Ces pertes sont aussi bien directes qu'indirectes. Les coûts directs sont ceux engagés pour traiter la maladie, soutenir et réhabiliter l'individu. Ils incluent par l'exemple ceux engendrés pour des frais médicaux, des frais d'hospitalisation, des avantages sociaux, et des coûts sociaux liés à la retraite anticipée ou à la perte potentielle du travail (Hoel et al., 2001; Lim et al., 2008; Stephens & Joubert 2001; Tangri, 2003). Ces derniers seraient supportés en grande partie par les gouvernements et dans une moindre mesure par les assureurs privés et les particuliers (Smetanin et al., 2011). Les coûts indirects n'impliqueraient généralement pas de dépenser de l'argent. Il s'agit des pertes de productivité résultant de ce qui aurait été produit en l'absence de maladie. Pour la société canadienne en 2011, les coûts directs des problèmes de santé mentale ont été estimés à 42,3 milliards de dollars, tandis que les coûts indirects se situaient à 6,3 milliards (Smetanin et al., 2011). En combattant les problèmes de santé mentale au sein de sa population de travailleurs, il est estimé que le gouvernement canadien pourrait sauver près de 32,3 milliards de dollars annuellement pour la dépression et 17,3 milliards pour l'anxiété (Stonebridge & Sutherland, 2016). Par ailleurs, en permettant aux travailleurs victimes de problèmes de santé mentale d'avoir accès à de l'aide, le marché de l'emploi canadien gagnerait au moins 352 000 emplois par année (Stonebridge & Sutherland, 2016; The Conference Board of Canada, 2012).

La santé mentale et le travail

De ce qui précède, l'ampleur des problèmes de santé mentale et les coûts qui en sont associés semblent importants. D'où un intérêt à s'y pencher afin d'espérer un jour éradiquer ces problèmes. Cette ambition nécessite une meilleure compréhension de l'ensemble des facteurs pouvant être reliés aux problèmes de santé mentale au travail. Ces facteurs sont souvent présentés sous le nom de stressseurs du travail. Les stressseurs du travail ou «facteurs psychosociaux du travail» se situent dans l'environnement et englobent «un ensemble d'évènements et de conditions psychosociales qui sont suspectés de provoquer des tensions et éventuellement des changements au niveau du bien-être physique et mental du travailleur» (Ganster, 2008, p. 260). Ils peuvent être reliés à l'emploi, au rôle de l'employé, aux relations interpersonnelles, au climat social ou aux relations travail-famille. Grâce aux différents modèles du stress au travail, il est aujourd'hui possible d'identifier un certain nombre d'évènements et de conditions susceptibles de s'associer au développement et à l'aggravation de problèmes de santé mentale au travail.

Le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) prenant appui sur la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1975), pointe comme causes aux problèmes de santé mentale au travail les demandes psychologiques élevées et la latitude décisionnelle faible. Le modèle demande-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990) ajoute à ces causes un soutien social faible. Le modèle du déséquilibre effort-récompenses (ERI) (Siegrist, 1996) inspiré de la théorie de l'échange social (Homans, 1961) et de la théorie des attentes comblées (Porter & Steers, 1973) remet en question le déséquilibre entre les attentes en termes de récompenses et d'efforts. En réaction aux trois précédents modèles et inspiré de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), le modèle Demandes-Ressources (Demerouti et al., 2001) présente les demandes de travail élevées et les ressources faibles comme des causes probables aux problèmes de santé mentale au travail. Le modèle le plus récent est le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006) inspiré de la théorie du stress social (Pearlin et al., 1981), et des approches sociologiques micro-macro (Alexander, 1987; Munch & Smelser, 1987; Ritzer, 1996; Smelser, 1997) et d'agent-structure (Archer,

1995; Bourdieu, 1979; Giddens, 1987; Habermas, 1987; Sztompka, 1993). La théorie du stress social explique les mécanismes qui lient certaines conditions de l'organisation sociale à la santé mentale. Les approches micro-macro et d'agent-structure utilisées en sociologie permettent de scinder la réalité sociale en niveaux. Ces approches essaient également de comprendre le sens de la relation entre les différents niveaux. Le modèle multiniveaux se distingue des modèles dominants du stress au travail (Demerouti et al., 2001; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996) qui laissent penser que seuls les facteurs du travail expliqueraient les symptômes de détresse psychologique et de dépression chez les personnes en emploi. En outre, le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006) associe à la santé mentale au travail en plus des facteurs du travail, les facteurs liés à la famille, au soutien social hors travail, et aux caractéristiques personnelles. Ce modèle reconnaît la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure; l'existence de contraintes et de ressources comme facteurs déterminants dans cette capacité; et la possibilité qu'un même facteur soit une contrainte pour un individu et une ressource pour un autre.

Quelle place pour les traits d'identité culturelle ?

L'ampleur des problèmes de santé mentale, les coûts qui en découlent et le lien établi entre le travail et les problèmes de santé mentale sont autant d'éléments qui expliquent l'intérêt de plus en plus croissant pour les interventions en santé mentale au travail. Dans un contexte où la personnalisation des interventions en santé mentale est davantage encouragée, les traits d'identité culturelle pourraient contribuer à une telle personnalisation. Nous définissons un trait d'identité culturelle comme un élément matériel ou non matériel d'une identité culturelle, hérité ou non héritée, considéré comme isolable et susceptible d'une analyse spécifique. L'identité culturelle quant à elle est l'ensemble des éléments permettant l'identification à un ou plusieurs groupes culturels donnés (Sélim, 1986). Personnaliser les interventions en santé mentale suivant les traits d'identité culturelle implique d'adapter ces interventions de manière à répondre à des situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles les traits d'identité culturelle pourraient agir comme des facteurs importants. Cette recherche est un début de réponse sur l'intérêt ou non d'une telle démarche. En effet, décider s'il faudrait repenser les

interventions en santé mentale au travail selon les traits d'identité culturelle nécessite tout d'abord de déterminer si les traits d'identité culturelle modifient la relation déjà connue entre le travail et les problèmes de santé mentale. C'est dans ce sens que les facteurs explicatifs aux problèmes de santé mentale au travail vont être enrichis dans cette recherche par l'ajout des traits d'identité culturelle.

Plusieurs raisons justifient notre intérêt pour les traits d'identité culturelle dans cette recherche. Premièrement, la littérature reste très segmentée sur la question reliant le travail, la santé mentale et les traits d'identité culturelle. Très peu d'études qui analysent le rôle des conditions de travail sur la santé mentale accordent une attention particulière aux traits d'identité culturelle. Pour celles qui en tiennent compte (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Voydanoff & Donnelly, 1999; Wieclaw et al., 2005), les traits d'identité culturelle identifiés à l'exemple du statut d'immigrant, de l'ethnicité, ou du pays de naissance sont hétérogènes d'une étude à l'autre. De même, les études sur les inégalités de santé mentale négligent le rôle du travail comme facteur pouvant lui aussi expliquer ces inégalités. Quant aux études qui s'intéressent aux inégalités dans l'accès à des emplois de qualité, elles omettent souvent de vérifier si de telles inégalités pourraient avoir des conséquences sur la santé mentale. Deuxièmement, la composition de la population canadienne justifie également la pertinence d'intégrer les traits d'identité culturelle dans l'analyse du lien avec le travail et la santé mentale. Depuis 1990, ce sont un peu plus de 250 000 nouveaux immigrants qui entrent sur le territoire canadien chaque année. En 2017, ce nombre était de 286 479 dont 159 262 ont été admis dans la catégorie de l'immigration économique. En 2016, selon Statistique Canada, un peu plus des deux tiers des personnes non blanches vivant sur le territoire étaient immigrantes; tandis qu'environ 80% du flux d'immigrant était constitué des personnes provenant d'Asie, d'Afrique, et d'Amérique latine. En 2016, l'Afrique devenait pour la première fois le deuxième continent en importance de l'immigration récente avec 13,4% des immigrants arrivés entre 2011 et 2016; tandis que le premier continent restait l'Asie avec 61,8% des immigrants arrivés entre 2011 et 2016. Le Canada prévoit accueillir 330 800 nouveaux immigrants en 2019; dont près de la moitié proviendront du programme de l'immigration économique fédéral et des programmes des candidats des provinces et territoires. Troisièmement, la conjoncture économique

touchant la plupart des pays occidentaux, et à laquelle le Canada n'y échappe pas justifie tout autant la place des traits d'identité culturelle dans cette étude. Les difficultés économiques semblent contribuer à raviver la conscience de « l'autre » qui n'est pas « soi » et parfois exclus du « nous ». De plus, le remplacement de la main-d'œuvre vieillissante reste une réalité avec laquelle le Canada doit vivre. Au Québec par exemple en 2034, on prévoit une variation naturelle négative de la population (différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès) (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI), 2019). Le recours à la main-d'œuvre immigrante semble une option obligatoire dans ce remplacement de la main-d'œuvre vieillissante.

Les traits d'identité culturelle semblent dans ce contexte de crise représenter un véritable réservoir à motif d'exclusion, et où « le moi de chaque individu est devenu son principal fardeau » (Sennett, 1979, p. 12). Ceci semble vrai sur le marché du travail où dépendamment des traits d'identité culturelle, les opportunités semblent varier. Les personnes dotées de traits d'identité culturelle permettant de les catégoriser comme migrantes, descendantes de migrants ou membres des minorités visibles semblent plus à risques de se retrouver dans des conditions de travail plus contraignantes que celles auxquelles font face les personnes ne portant pas ces traits (Arcury et al., 2014; Beyer, 2019; Daunfeldt et al., 2019; Font et al., 2012; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Smith & Mustard, 2010; Tverdostup & Paas, 2019; Yanar et al., 2018). Leur taux d'emploi est plus faible tandis que leur taux de chômage et de déqualification est plus élevé (Beyer, 2019; Boudarbat & Grenier, 2014; Bratsberg et al., 2018; Chicha, 2009; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Panichella, 2018; Tverdostup & Paas, 2019). Elles semblent également avoir en général une prévalence de symptômes de dépression et de détresse psychologique supérieure à celle des personnes non immigrantes (Bas-Sarmiento et al., 2017; Chen et al., 2018; De Wit et al., 2008; Frank & Hou, 2019; Krieger et al., 2011; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Pampati et al., 2018; Riolo et al., 2005; Rousseau et al., 2011; Schrier et al., 2010; Shafeek Amin & Driver, 2019; Veenstra, 2009; Wassermann & Hoppe, 2019).

Objectifs de la thèse

Si le lien entre le travail et les problèmes de santé mentale est établi, le rôle des traits d'identité culturelle comme autre facteur explicatif des problèmes de santé mentale n'a fait l'objet que de peu de recherche. Grâce à trois variables retrouvées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada (le pays de naissance, le statut d'immigrant et l'origine culturelle ou raciale), nous avons créé deux variables des traits d'identité culturelle; soit le statut d'immigrant et l'ethnicité. Le statut d'immigrant distingue les personnes immigrantes des personnes natives (personne canadienne de naissance). L'ethnicité distingue les personnes issues des minorités visibles des personnes caucasiennes. Notre recherche vise à comprendre en quoi les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs. Les traits d'identité culturelle changeraient-ils la manière dont le travail s'associe à l'expérience de problèmes de santé mentale? Est-ce que les inégalités de travail qui touchent particulièrement les porteurs de certains traits d'identité culturelle sont susceptibles d'augmenter leur risque de vivre des problèmes de détresse psychologique ou de dépression?

La détresse psychologique peut se définir comme un changement temporaire ou permanent de l'état émotionnel en réponse à une situation perçue comme frustrante, nocive ou menaçante (Drapeau et al., 2012; Ridner, 2004). La dépression, selon la société américaine de psychiatrie, serait un problème de santé sérieux pouvant affecter les sentiments, la pensée ainsi que le comportement (American Psychiatric Association, 2004). Elle regroupe un certain nombre de symptômes pouvant aller de la tristesse aux pensées suicidaires. L'analyse des symptômes dépressifs permet d'identifier les personnes déjà en phase pathologique des atteintes à la santé mentale. Les symptômes de détresse psychologique permettent d'identifier les personnes à risques de développer ultérieurement des problèmes de santé mentale à l'exemple de la dépression. Pour répondre à notre question de recherche, trois objectifs spécifiques sont poursuivis :

- déterminer la contribution directe des traits d'identité culturelle à l'explication des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs.

- déterminer si la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.
- vérifier si l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique ou sur les symptômes dépressifs est médiatisé par les facteurs du travail.

Organisation des chapitres

Pour mener à bien cette thèse, nous la présentons sur huit (8) chapitres. Dans le chapitre 1, il s'agit de définir les traits d'identité culturelle ainsi que de comprendre son rapport à la main-d'œuvre canadienne dans un contexte où l'immigration tient une place importante. Le chapitre 2 fait le point sur une littérature mettant en relation les traits d'identité culturelle, le travail et les problèmes de santé mentale. Nous définissons ce qu'on entend par détresse psychologique et dépression, et présentons des cas d'inégalité de problèmes de santé mentale selon des traits d'identité culturelle. Le rôle des conditions différentielles de travail et de vie sur l'explication des problèmes de santé mentale est également souligné.

Le chapitre 3, dédié au cadre théorique, fait un rappel des grands cadres théoriques en lien avec le stress au travail ainsi que des théories qui les ont inspirées. Parmi ces théories se retrouvent la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1975, 1980), la théorie de l'échange social (Homans, 1958), la théorie des attentes (Porter & Steers, 1973; Vroom, 1964), la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), la théorie du stress social (Pearlin et al., 1981), et les approches sociologies micro-macro (Alexander, 1987; Munch & Smelser, 1987; Ritzer, 1996; Smelser, 1997) et agent-structure (Archer, 1995; Bourdieu, 1979; Giddens, 1987; Habermas, 1987; Sztompka, 1993). Les différentes hypothèses sont également formulées dans ce chapitre.

Le chapitre 4 aborde la méthodologie qui supporte cette recherche. Cette dernière s'appuie sur une analyse des données longitudinales de l'ENSP débutée en 1994 et terminée en septembre 2012 après 9 cycles. L'ENSP fournit des informations sur la santé mentale (détresse psychologique, dépression, etc.), les facteurs du travail (conception des

tâches, etc.), les facteurs liés à la famille (en couple, revenu, etc.), le soutien social hors travail, les caractéristiques personnelles (âge, sexe, etc.), l'appartenance ethnique, le pays de naissance, et l'immigration. Dans le chapitre 4, nous abordons également la mesure des différentes variables, la méthode d'analyse choisie, et les statistiques descriptives de notre échantillon. Les facteurs de travail à l'exception de la déqualification et les variables contrôles sélectionnés pour nos analyses sont inspirés de ceux retrouvés dans le modèle multiniveaux.

Nous avons opté pour un modèle de thèse par article. Par conséquent, les chapitres 5 à 7 présentent chacun des trois articles tirés de cette recherche. La synthèse de l'ensemble des résultats de notre recherche est présentée dans le chapitre 8. Une conclusion finalise ce travail de recherche. Cette conclusion insiste sur les nombreuses limites inhérentes à notre stratégie de recherche (mesure de l'ethnicité, non prise en compte de la qualité de l'emploi, non-distinction des catégories d'immigrants, immigrants en majorité de longue date, variables de contrôle ne témoignant pas de nombreuses réalités du processus migratoire et d'intégration, etc.), et sur les pistes de recherche avenir. Elle appelle également à la prudence quant à l'interprétation faite des résultats de cette thèse. Quelques retombées et contributions de nos résultats sont également mentionnées.

À terme, cette recherche permettra d'apporter un début de réponses au rôle que pourrait jouer l'ethnicité et le statut d'immigrant dans la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique et dépressifs. Il sera possible de déterminer la contribution directe de l'ethnicité et du statut d'immigrant à l'explication des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs; de vérifier si l'ethnicité et le statut d'immigrant exposent les travailleurs de la même façon aux facteurs du travail; de déterminer si les facteurs du travail ont les mêmes effets sur la santé mentale des travailleurs, quels que soient leur ethnicité ou leur statut d'immigrant; et finalement de tester si l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les deux symptômes analysés est médiatisé par les facteurs du travail. Les résultats de nos recherches permettront à terme de déterminer s'il est pertinent de dégager des pistes de réflexion en intervention sur les activités et programmes de prévention en santé au travail qui tiennent compte de l'impact sur la santé mentale d'une exposition différentielle et d'une réaction différentielle aux stressors selon les traits d'identité culturelle.

CHAPITRE 1 : Traits d'identité culturelle

L'intérêt pour les questions identitaires dans la littérature n'est pas nouveau. Comme le mentionne Freud, « l'identité est un vieux problème » (Freund, 1979, p. 65). Malgré l'éclosion de problèmes globaux dans les dernières décennies (pollution, pauvreté, réchauffement climatique, demandeurs d'asile, etc.) nécessitant la constitution de projets communs (Amaryll, 1994), les questions identitaires se révèlent de plus en plus flagrantes dans les discours des politiques. Cela laisse penser qu'en situation de crise, la conscience de « l'autre » qui n'est pas « soi » et parfois exclus du « nous » se ravive.

Les traits d'identité culturelle peuvent se révéler être de véritables réservoirs inépuisables de motifs d'exclusions. Un trait d'identité culturelle pourrait par définition être un élément d'une identité culturelle. Par conséquent, chaque élément inclus dans la définition de l'identité culturelle d'un individu représente un trait d'identité culturelle. La problématique de l'exclusion est d'autant plus pertinente au Canada où coexistent depuis fort longtemps déjà sur le même territoire des personnes originaires de plus de 185 pays (Immigration Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2018). En 2016, Statistique Canada dénombrait plus de 250 origines ethniques sur le territoire canadien (Statistique Canada & Immigration et diversité ethnoculturelle, 2016). Dans cet environnement multiculturel, l'identité culturelle reste dans bien des cas difficilement attribuables aux seules origines culturelles de leurs parents ou grands-parents. L'arrivée constante au Canada d'immigrants d'origines variées contribue à la diversification de sa population. Sur le territoire se trouvent aujourd'hui des descendants de deuxième génération et voire plus, qui ne s'estiment plus de la même origine culturelle que leur ascendant de première génération (Gallant, 2008). L'identité culturelle semble ainsi se construire au-delà de l'héritage culturel des ascendants ; et où le regard de l'autre a un rôle non pas des moindres dans la construction identitaire. Ceci est le cas lorsque la catégorisation dans un groupe peut s'avérer dévalorisante et même préjudiciable pour son intégration dans un nouvel environnement, notamment sur le marché du travail. L'identité culturelle peut à cet effet être tour à tour tuée ou affirmée. Mieux saisir les dimensions des notions d'identité, de culture et d'identité culturelle représente une étape importante dans la compréhension de ce qu'est un trait d'identité culturelle.

Force est de reconnaître que la littérature sur les notions d'identité, de culture et d'identité culturelle ne se laisse pas facilement saisir; tant ces notions sont partagées entre des champs multiples à l'instar de la psychologie sociale, l'anthropologie voire la sociologie. De plus, l'individu peut revêtir des identités multiples au cours de sa vie. Nous essayerons de définir ces multiples identités avant de formuler une définition du concept de trait d'identité culturelle. Ensuite, nous nous pencherons sur la question de l'immigration dans le contexte de la main-d'œuvre canadienne ; étant donné que l'existence de traits d'identité culturelle variés dans la main-d'œuvre canadienne serait en grande partie le fruit de l'immigration. Nous terminerons par des considérations éthiques à prendre en compte dans une perspective de catégorisation des traits d'identité culturelle.

1.1 Identité et culture.

1.1.1 L'identité, un terme polysémique, complexe et contradictoire

L'identité, du latin 'identitas' qui signifie la qualité de ce qui est le même, se définit comme le « caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps »¹. D'un point de vue anthropologique, le concept d'identité ne pourrait être séparé de celui de l'altérité (Ruano-Borbalan, 1998). S'appliquant aussi bien à l'individu comme au groupe, l'identité est le lieu de multiples contradictions. Elle évoque à la fois l'unicité et la similitude, la permanence et le changement, la reconnaissance et l'individualisation (Gaulejac, 2002).

1.1.1.1 L'unicité et la similitude

L'unicité renvoie à toutes ces caractéristiques propres au sujet et qui permettent de le distinguer de ses semblables. Dans la sphère sociale, la carte d'identité par exemple, reflète cette unicité (Gaulejac, 2002). Celle-ci renferme le nom, le prénom, la taille, la nationalité, l'adresse et même certains signes physiques que porte la personne. Ces éléments juridiques confèrent à la personne une existence légale. Toutefois, l'unicité ne saurait être limitée aux seuls aspects juridiques. Si l'unicité fait référence au caractère individuel ou personnel, la similitude elle se réfère au collectif ; étant donné que

¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/identite> visité le 07 Janvier 2015

l'individu se définit également au travers de son appartenance à une famille, à une communauté, à une classe sociale, à un peuple, à une nation, voire à un continent. L'individu serait à la fois unique par rapport à l'autre, mais également semblable à ce même autre. Selon Devereux (1967), l'identité est le produit d'éléments propre à l'individu de façon innée, unique, voire personnelle ; et d'éléments provenant de l'environnement social dans lequel il évolue. À la question de savoir qui de l'unicité ou de la similitude précède l'autre, des débats demeurent. Toutefois, selon Goulejac (2002) le collectif préexisterait à la personne.

1.1.1.2 La permanence et le changement

Ici, on peut se poser la question de l'existence objective ou subjective de l'identité. L'identité objective fait appel aux critères juridiques, sociaux et physiques précis qui s'imposent parfois à l'individu (Gaulejac, 2002). Parmi ces critères se retrouvent des normes, des codes, des habitus et des modes de classement que chaque milieu produit pour désigner et reconnaître chacun des membres qui le composent. Dans une logique de préciser la position sociale de chaque individu, et de le situer par rapport aux autres, des indicateurs à l'exemple de l'emploi, du statut socioprofessionnel, du niveau de revenu, du type d'habitat, de la position dans une organisation, du genre, de l'orientation sexuelle, de la religion, voire de l'appartenance linguistique peuvent être utilisés. Par ailleurs, l'identité est tout aussi subjective. Elle peut renvoyer aux représentations de soi-même confrontées au regard des autres sur soi. L'identité subjective inclut des désirs, des projections, des attentes, des aspirations, des intentions, des perceptions et même des sentiments. L'identité subjective semble revêtir un caractère plus vulnérable et éphémère comparativement à l'identité objective.

Toutefois, l'identité subjective et l'identité objective peuvent se révéler plus ou moins stables en fonction des individus, des contextes ou des époques. Dans un contexte culturel ou social homogène, l'identité est beaucoup plus stable, continue et permanente. Or dans un contexte culturel ou social hétérogène, on peut assister à une identité plutôt volatile, discontinue, éphémère et sujette à changement (Gaulejac, 2002; Jewsiewicki & Létourneau, 1998). Aujourd'hui par exemple, la place de chacun ne semble plus assignée. C'est à l'individu de construire sa propre cohérence entre d'une part «l'identité héritée,

celle qui nous vient de la naissance et des origines sociales; l'identité acquise liée fortement à la position socioprofessionnelle; et l'identité espérée à savoir celle à laquelle on aspire pour être reconnu» (Gaulejac, 2002, p. 177).

1.1.1.3 Entre reconnaissance et individualisation

Affirmer son identité ou lutter pour la reconnaissance d'une autre identité plus valorisante? Cette question est plus pertinente aujourd'hui où « le moi de chaque individu est devenu son principal fardeau » (Sennett, 1979, p. 12). L'affirmation de son identité peut s'avérer être pour certains une véritable source d'insécurité, et la reconnaissance d'une autre identité laisser entrevoir un chemin vers le salut. En contexte migratoire, par exemple, l'image que reflète l'affirmation de son identité dans le milieu d'accueil peut s'avérer contrastée de celle reflétée dans son milieu d'origine (Dorais, 2005). De même, la négociation identitaire chez des personnes possédant une double appartenance culturelle ou sociale peut exposer à des enjeux de classement et de déclassement suivant que celles-ci défendent une identité hybride ou revendiquent une double appartenance. Chez les adolescents par exemple, la négociation identitaire semble être un processus impliquant des influences multiples (Bouche-Florin et al., 2007). Ces derniers doivent négocier entre les valeurs apportées de leur culture d'origine, celles de la société d'accueil, et celles souhaitées par leurs parents (Alvarado, 1993; Bouche-Florin et al., 2007; Boucher, 1993). La quête de reconnaissance identitaire est de ce point de vue aussi importante que l'individu pourrait être délogé à tout moment de la place qu'il occupe (Gaulejac, 2002). Tour à tour, l'identité peut être en crise, perdue, ou à conquérir. Pour l'auteur (Gaulejac, 2002), la condition de survie réside en la capacité de revêtir des appartenances multiples. Il s'agit de savoir se positionner entre individualisation et reconnaissance. En d'autres mots, il est de l'intérêt de tout un chacun de maîtriser les circonstances propices à l'affirmation de son identité.

1.1.2 Des identités plurielles

Sur le plan théorique, l'identité semble se définir généralement suivant un rapport entre le soi, l'autre et l'environnement. Toutefois, les différences dans les définitions semblent se situer au niveau des préférences paradigmatiques orientées soit vers une

dynamique individuelle, interindividuelle, ou sociale (Wittorski, 2008). Ces paradigmes donnent lieu à la distinction entre l'identité individuelle, l'identité sociale et l'identité collective.

1.1.2.1 Identité individuelle

L'identité individuelle parfois qualifiée d'identité personnelle se définit comme un ensemble de caractéristiques (goûts, intérêts, qualités, défauts, etc.), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles ou encore de valeurs que la personne s'attribue, évalue parfois positivement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même (Ruano-Borbalan, 1998). Il s'agit de ce qui sert de fondement à l'individu et qui lui donne le sentiment d'une certaine permanence au milieu des vicissitudes de la vie (Dorais, 2005). Au cours de la construction de ce noyau dur qui commencerait dès le plus jeune âge et se poursuivrait tout au long de la vie (Edmond, 2009), l'« individu assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci » (Mucchielli, 1999, p. 60). Cette assimilation affecterait six sens susceptibles de forger l'identité (Bégin et al., 2000). Ces sens incluent le sens de la réalité lié au besoin d'éléments factuels ; le sens de la rigueur renvoyant à l'idée de la logique, de l'exactitude et de la précision dans les façons d'agir ; le sens de l'initiative rattaché à la créativité, à l'innovation, et au besoin d'initiative ; le sens de l'autre faisant référence à l'ouverture, à l'engagement et à l'empathie envers les autres ; le sens de l'influence se rapportant aux besoins d'influencer et d'avoir du leadership ; et enfin le sens de l'ordre et du devoir déterminant comment la personne intègre son quotidien dans la vie de tous les jours ainsi que sa relation avec les aspects répétitifs de la vie.

1.1.2.2 Identité sociale

Moreau de Bellaing (1979) fait référence à l'identité sociale en employant l'expression de « personnalité de base ». Mucchielli (1999) parle plutôt « d'identité attribuée » étant donné que ses caractéristiques sont définies par la société et permettent d'y situer l'individu. Pour Rosset (1999), l'identité sociale serait le plus sûr registre que nous puissions consulter pour nous assurer de la consistance et de la continuité du *moi*.

C'est celle-là qui subsisterait comme élément stable pour désigner la permanence de la personne lorsque la mémoire, lieu d'enracinement du sentiment de continuité du *moi* ferait défaut ; particulièrement en situation de démence. Revêtir plusieurs rôles sociaux revient à posséder des identités sociales multiples.

1.1.2.3 Identité collective

Il existerait des espaces variés de construction et de transformation des identités collectives. Michaud (1978) les regroupe sur deux plans. Sur le plan territorial, on retrouverait la communauté de base (la famille, le clan, l'ethnie, le peuple, la nation, etc.), les grandes fédérations plurinationales, voire la communauté internationale. Sur le plan social, on distinguerait des catégorisations sociales, dont le sexe, le groupe d'âge ou encore le groupe socioprofessionnel. L'identité collective peut faire l'objet de transformations. En effet, des conflits endogènes ou exogènes peuvent entraîner soit la consolidation, soit la destruction de cette identité (Freund, 1979). Ces conflits peuvent provenir de divers enjeux d'appartenance à une collectivité. La section sur l'identité culturelle développée plus bas met en lumière quelques-uns de ces enjeux dont certains sont liés à des motifs rationnels, et d'autres à des motifs non rationnels.

1.1.2.4 Liens entre l'identité individuelle, l'identité sociale et l'identité collective

L'identité sociale et collective sont toutes les deux perçues en psychologie sociale comme synonymes. Cette vision se base sur la théorie de l'identité sociale de Tajfel (1972) mettant en avant le rôle des groupes auxquels le sujet appartient dans la construction de son identité personnelle. Les comportements sociaux sont présentés dans cette théorie comme étant le fruit de l'interaction simultanée de trois facteurs, dont « la personne et en particulier la perception subjective de celle-ci ; la situation avec ses différentes contraintes ; et la culture ou les croyances collectives partagées » (Deschamps & Devos, 1999, p. 16). Du côté de la sociologie, on opte pour une distinction plus nuancée en appréhendant l'identité collective comme une forme de « réaction locale à une identité sociale caractérisant une société donnée » (Wittorski, 2008, p. 3). Selon Wittorsky, l'identité sociale s'apparenterait à une forme de solidarité mécanique et

l'identité collective à de la solidarité organique. Quant à l'identité individuelle, elle entretiendrait une dépendance réciproque avec autant l'identité sociale que l'identité collective dans la mesure où l'image de soi se construirait à partir d'un savoir partagé (Doise, 1999). Toujours selon Wittorsky, tout individu serait porteur de traits d'ordre social ou collectif qui expriment son sentiment de similitude avec un autre sujet ou un groupe ; et des traits plus personnels témoignant de son sentiment de différence voire son originalité vis-à-vis de ce même autre sujet ou ce même groupe. Toutefois, en situation de sécurité au sein d'un groupe, l'individu aurait tendance à s'affirmer dans sa singularité ; tandis qu'en situation de conflit, son besoin de ressembler aux autres, de fusionner, de se référer au groupe s'accroît (Tap, 2005).

1.1.3 La culture

Le mot culture est issu du latin 'cultura' qui désigne au sens propre l'action de cultiver la terre². Tylor (1871) fut parmi les pionniers à dévoiler son contenu. Il inclura dans la culture les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes et toutes les autres aptitudes et habitudes acquises en tant que membre d'une société. Au 20^e siècle, de nombreux travaux se développeront autour de la culture. Les anthropologues américains Kluckhohn et Strodtbeck (1961) analyseront en 1961 les facteurs qui modifient la culture. Ils verront derrière la culture des éléments symboliques. Quatre ans plus tard, l'anthropologue anglais Hall (1984) en accord avec Kluckhohn et Strodtbeck émet l'idée selon laquelle la culture serait apprise et non innée. Selon Hall, la compréhension de la culture ne devrait pas se faire en prenant ses composantes de façon isolée ; car la culture cacherait plus de choses qu'elle n'en révèle.

Les recherches de Hofstede dans les années 80 viendront consolider les connaissances sur la culture. Hofstede (2001) considère que la culture reposerait sur des systèmes de valeurs profondément enracinés dans l'histoire des collectivités, et qui se manifesteraient à travers des pratiques (rites, héros, symboles) allant du plus profondément ancré au plus superficiel, et du plus stable au plus changeant. Grâce à une étude comparative quantitative portant sur plus de 50 pays, Hofstede ordonnera les

² Selon le dictionnaire latin-français de Gaffiot, 1934

dimensions de la culture selon les manifestations visibles présentées à travers quatre couches (Hofstede, 2001). La première couche externe est celle des symboles et se rapporte à des objets verbaux, picturaux et autres, qui dénotent et connotent de multiples significations que partagent les acteurs détenant les mêmes référents. Ensuite vient la seconde couche formée des héros. Il s'agit des concrétisations, réelles ou imaginaires, proches ou lointaines, des valeurs reconnues comme essentielles par le groupe et lui servant de modèles. La troisième couche est constituée des rites ; soit les activités collectives dont l'utilité ne réside pas dans l'accomplissement de la tâche, mais dans le lien qu'ils instaurent entre l'individu et les normes sociales (qu'il s'agisse de religion ou de toute autre interaction). Les trois premières couches, catégorisées comme des pratiques sont plus visibles ; car apparaissant aux yeux de tous y compris des observateurs externes (Hofstede, 2001). La dernière couche composée des valeurs est quant à elle invisible jusqu'à ce que celles-ci deviennent évidentes par le comportement. Les valeurs comprendraient les idées sur ce qui semble important dans la vie. Ce sont elles qui guideraient le reste des manifestations de la culture.

Bien qu'aujourd'hui la documentation sur le contenu de la culture soit riche, un manque de consensus sur la définition du concept demeure. À ce jour, on note une pluralité de définition de la culture témoignant des significations différentes, voire contradictoires dont elle peut faire l'objet selon son utilisation. Déjà en 1952, Alfred Kroeber et Clyde Kluckhohn (1953) dans leur ouvrage intitulé *Culture: a critical review of concepts and definitions* dénombrèrent 164 définitions différentes. Ces différences peuvent s'expliquer par des approches multiples utilisées pour l'appréhender (descriptives, historique, normatives, psychologiques, structurelles, génétique, etc.). Lorsque vient le choix d'une définition, il reste difficile de ne pas mentionner celle de Hofstede (2001) pour qui la culture serait une programmation mentale collective propre à un groupe d'individus. Toutefois, nous choisissons d'y associer celle de Rocher (1969) qui nous semble plus détaillée. Selon cet auteur, la culture serait « un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte » (Rocher, 1969, p. 88). La culture offrirait des schèmes interprétatifs qui permettent à

chacun de produire et de percevoir les significations sociales de ses propres comportements et de ceux d'autrui (Clanet, 1990). Ces schémas sont autant d'éléments pouvant permettre à l'individu de s'identifier ou de se différencier à un groupe donné.

Au regard de ces informations, il apparaît que la culture produite par les acteurs tout comme l'identité est un produit de l'association humaine. Par conséquent, la culture et l'identité peuvent être exploitées différemment selon les individus, les groupes, les contextes, ou les époques (Blanchet & Francard, 2003).

1.2 L'identité culturelle

Les thèses communément évoquées dans la littérature en lien avec les motifs d'identification à un individu ou à un groupe semblent contribuer à mieux comprendre le concept d'identité culturelle. Nous croyons de ce fait que c'est au travers de la pertinence de ces différentes thèses qu'il devient difficile de retenir une approche restreinte de l'identité culturelle. Une telle restriction rejeterait non seulement une partie importante de ces thèses, mais se retrouverait dans bien des cas en incohérence avec les réalités culturelles et identitaires actuelles. En effet, la multiplication des accords nationaux, internationaux, voire supranationaux, ne laisse pas intact le lien existant entre la nation, l'état et la culture. De plus, l'émergence des phénomènes migratoires semble affecter l'identité des personnes concernées. L'identité culturelle pour certains pourrait s'interpréter au-delà d'une identité ethnique ou nationale.

1.2.1 Penser la relation d'appartenance: quelques thèses

La façon dont les personnes penseraient leur relation d'appartenance semble faire l'objet de plusieurs thèses. Celles-ci opposent les défenseurs de la motivation rationnelle (la thèse de l'identification, de la solidarité et de l'identité instrumentale) à ceux de la motivation non rationnelle (la thèse des liens primordiaux et des liens émotionnels). Pour les premiers, la relation d'appartenance d'un individu à un groupe s'expliquerait par des facteurs autres que son identité individuelle ou celle du groupe. Les seconds quant à eux voient dans l'identité culturelle une forme de devoir et de solidarité envers les siens.

1.2.1.1 La motivation rationnelle : La thèse de l'identification

Cette thèse est défendue par les théoriciens tels que Coleman (1990) et Hardin (1991) pour qui l'identification à un individu ou à un groupe social ne présuppose pas le recours au concept d'identité des protagonistes pour en rendre compte. Elle pourrait se produire indépendamment de la similitude de leurs identités respectives. Par conséquent, disposer d'une identité quelconque n'empêcherait pas de s'identifier à un groupe dont les membres sont différents de soi-même. Toutefois, pour que l'individu s'intègre au groupe et manifeste un comportement d'allégeance et de loyauté à son égard, trois conditions devraient être réunies (Hardin, 1991). Ces conditions font du groupe un instrument efficace pour satisfaire les intérêts individuels. Premièrement, le groupe doit pouvoir satisfaire un intérêt pour des biens positionnels (statut, fonction) ou distributionnels (ressources matérielles). Deuxièmement, il doit permettre la réduction des coûts de transaction. Il s'agit des coûts « en temps, en énergie, mais aussi financiers, que doivent acquitter les individus qui concluent un contrat » (Lazzeri, 2013, p. 12). Enfin, il devrait y avoir une stabilité des attentes. Pour Hardin, l'identification sera d'autant plus intense que le profit sera plus grand, les coûts de transactions réduits et les attentes stables. Pour y parvenir, les membres du groupe peuvent être appelés à se réunir, délibérer collectivement, rechercher le consensus entre eux, voire décider des règles d'admission des nouveaux membres. Selon Hardin, partager des propriétés communes, telles la langue, la religion, l'homogénéité culturelle ou la proximité physique, est un de facteurs pouvant réduire les coûts de transaction ; car ces propriétés pourraient favoriser la rapidité et l'efficacité de la coordination entre membres du groupe.

1.2.1.2 La motivation rationnelle : La thèse de la solidarité

Défendue par les théoriciens tels Hechter (1988), Banton (1983) et Becker (1976), cette thèse soutient que les individus forment des groupes sociaux lorsqu'ils désirent produire des biens privés qu'ils ne peuvent produire seuls. La solidarité des membres du groupe vise à surmonter la possibilité d'une stratégie dominante de défection. Pour Hechter (1988), cette solidarité est une fonction de la dépendance entre les membres du groupe et du contrôle exercé sur eux par les structures du groupe. La dépendance croît

avec la capacité du groupe à monopoliser l'offre du bien demandé par les membres. Elle sera au plus bas lorsqu'un ou plusieurs groupes concurrents seront à mesure de réaliser une offre semblable, ou lorsqu'il sera possible de se procurer directement le bien désiré sur un marché. Plus le groupe se trouve en situation de monopole dans la production et la distribution du bien, plus le coût de sortie du groupe en matière d'opportunités et de bénéfices perdus pour les individus est important, et plus la dépendance des membres est grande à son endroit. Cette dépendance se trouve renforcée lorsqu'il existe des mécanismes de contrôle et de sanction à l'égard des membres non coopérants. Toutefois, cette coopération est d'autant plus étroite que les intérêts individuels sont semblables et que cette convergence des intérêts favorise l'identification des individus à leur communauté.

1.2.1.3 La motivation rationnelle : La thèse de l'identité instrumentale

Akerlof et Kranton (2000) mettent l'accent sur la possibilité de recourir au concept d'identité dans une perspective purement instrumentale. Celle-ci consiste à réduire l'identité à une ressource utilisable aussi bien par l'individu que par le groupe auquel il appartient. Dans le cadre de son étude sur les « pseudos ethnics » et les « ethics manipulators », McKay (1982) souligne que certaines personnes peuvent recourir à des revendications identitaires dans des contextes sociaux où celles-ci représenteraient seulement une opportunité de satisfaction d'un intérêt prédéterminé indépendamment de tout rapport à l'identité. De même, certains agents ou groupes sociaux pourraient faire valoir des traitements discriminatoires subis à la seule finalité d'obtenir des compensations pour accroître leurs ressources matérielles. Un tel comportement ne devrait pas selon les défenseurs de cette thèse être confondu avec la « négociation des identités » qui consiste à adapter partiellement l'expression de son identité à un contexte social donné, voire tenter de mettre en avant un de ses attributs en fonction des exigences sociales rencontrées (Kastersztein, 1990).

1.2.1.4 La motivation non rationnelle : La thèse des liens primordiaux

Tirée à l'extrême, cette thèse rejoindrait celle des théoriciens du primordialisme, à l'exemple de Shils (1957) et Geertz (1963), pour qui l'identité d'un groupe ethnique se fonderait sur des liens de parenté élargis entre les membres du groupe qui possèdent des origines parentales fictives ou réelles communes. Ces liens font ici référence à un culte religieux partagé, une même langue parlée, un dialecte commun, et éventuellement des caractéristiques physiques voisines. Lesquelles créeraient un pouvoir d'obligation assez intense sous la forme d'un devoir moral de solidarité envers les siens pour les membres qui en sont dotés. Étant donné que les liens de parenté ne se superposeraient pas toujours complètement aux liens ethniques entre individus, et que l'allégeance à un groupe social pour des raisons linguistiques, culturelles et religieuses puisse se révéler indépendante de tout rapport de parenté, il est apparu qu'une telle approche ne saurait être à même de rendre compte de toutes les formes d'appartenance à un groupe social.

1.2.1.5 La motivation non rationnelle : La thèse des liens émotionnels

Cette thèse est défendue par Turner (1996), Macy et Simpson (2004) qui refusent de considérer que l'appartenance de l'individu au groupe se fonderait seulement sur l'intérêt. Pour ces derniers, la constitution, les formes de mobilisation et le contrôle du groupe sur ses membres reposeraient principalement sur des facteurs émotionnels. Par conséquent, les incitations sélectives d'appartenance et de mobilisation ne produiraient pas d'effet sur l'identification de l'individu au groupe. Elles pourraient se révéler même contre-productives parce qu'elles s'opposent au fondement émotionnel de l'identification. Dans cette logique, les sanctions contre les membres déviants ne sont pas perçues comme exerçant des fonctions préventives en tant que paramètres d'un calcul dissuasif, mais plutôt comme une expression d'indignation et de vengeance contre la transgression des normes du groupe. Pour ces théoriciens, cela ne signifierait nullement que l'intérêt des membres du groupe ait disparu ; mais plutôt qu'il ne se manifeste pas sous la forme d'une motivation explicite liée à un calcul coûts-bénéfices. La satisfaction d'un intérêt apparaît

ici comme une conséquence inattendue de l'action collective. Si cette thèse peut sembler proche des thèses de la motivation rationnelle, elle se démarque d'elles dans la mesure où elle sélectionne des résultats intentionnels de l'action collective en les améliorant plutôt qu'en cherchant à les optimiser par un jeu répété d'essais et d'erreurs qui oriente l'action au moyen de règles collectives plutôt que des choix individuels agrégés (Macy, 1997).

1.2.2 Deux approches à l'identité culturelle

En sciences sociales, le terme d'identité culturelle peut revêtir le sens des termes ethnique, culture, race, identité sociale ou identité collective dont les contenus objectifs restent jusqu'à présent toujours incertains. Cette incertitude n'est pas de nature à entraîner la disparition des entités qu'ils désignent, mais bien au contraire est largement explicative de leur capacité à survivre (Policar, 2003). Une survie d'autant plus marquée que malgré la mondialisation, le besoin d'identité, de solidarité, et de proximité reste fortement ancré dans de nombreuses parties de la population (Diemer, 2001). La mondialisation s'est avérée être une véritable machine à produire les différences culturelles. Ce constat n'implique toutefois pas que la société soit composée d'entités discrètes et homogènes. Deux approches à l'identité culturelle semblent se distinguer.

1.2.2.1 L'identité culturelle vue comme une identité «innée» dont on ne peut se défaire

La première approche de l'identité culturelle est souvent qualifiée de passéiste, de culturaliste, de naturaliste ou encore de primordialiste. Pour ses défenseurs, l'identité culturelle s'inscrirait dans un processus historique et serait un héritage dont il faut préserver l'intégrité de génération en génération (Turgeon, 1997). Les cultures sont alors représentées comme « des entités fermées, constituées de systèmes, de signes hérités et partagés par l'ensemble des membres » (Sahlins, 1989, p. 21). Quant à l'identité, on lui énumère des éléments qui figeraient à jamais l'identité culturelle de chaque acteur social. Vue comme un héritage, l'identité culturelle renverrait au sentiment d'appartenance à une communauté d'origine et de cultures homogènes dans laquelle on partagerait non seulement des marques physiques, mais aussi la même langue, la même religion, ou la

même histoire. L'identité culturelle revêt ici un sens qui rappelle celui de l'identité ethnique et de l'identité nationale.

Identité culturelle et identité ethnique

Abou Sélim (1986) considère l'identité ethnique comme le premier moment de l'identité culturelle. Une ethnie désigne un groupement humain qui se réclame d'une même origine, possède un nom (ethnyme ou ethnonyme) et une tradition commune. Ses membres partageraient une langue, un territoire et une histoire identique (Rivière, 2003). Toutefois, Rivière appelle à nuancer chacun de ces critères dans la mesure où une langue peut être adoptée par d'autres, un même territoire utilisé par divers groupes ethniques, et un groupe ethnique réparti dans divers espaces. L'histoire orale serait elle aussi sujette à des manipulations. La notion *d'ethnie* ne serait pas univoque ; et particulièrement lorsque les traits qui définissent cette ethnicité, telle que la langue, la culture d'origine ou encore l'histoire ont été oubliées ou sans cesse recrées.

Une conception de l'identité culturelle appréhendée sous l'angle de l'ethnicité ne bénéficie pas de préjugés favorables ; d'autant plus qu'elle se livre habituellement à des prétextes de catégorisation. Serres (2003) appelle dans ce sens à ne pas confondre l'identité avec l'appartenance. Un tel manquement contribuerait à enfermer l'individu dans les différentes classifications naturelles et sociales possibles. Or l'enjeu premier de la catégorisation est l'inclusion ou l'exclusion d'un individu selon le côté de la frontière où il se trouve. Une catégorisation établie pour des raisons de contrôle et de stigmatisation pourrait représenter un crime social et politique (Lazzeri, 2013). Voir en l'identité culturelle une appartenance ethnique comporte le risque de manquer de saisir les multiples changements du monde actuel. Une telle confusion a sans doute pour conséquence de contribuer au maintien de nombreux stéréotypes racistes et xénophobes envers les groupes ciblés (Camilleri et al., 1990).

Identité culturelle comme métaphore d'une identité nationale

Il convient d'émettre également des réserves sur la réduction de l'identité culturelle aux traits normatifs que lui confèrent les institutions de l'état national. Dans le rapport entre nation, état et culture, la culture serait l'élément distinctif qui permettrait de

ne pas confondre la nation avec l'État (Balibar, 1994). Selon Balibar, il reviendrait ainsi à l'État, représentante de la nation, de rendre à cette nation son identité culturelle et de travailler avant tout au développement de celle-ci. Ce travail semble évident dans un contexte d'État national où les frontières culturelles se confondent aux frontières politiques³. Toutefois, une telle coïncidence entre la frontière, l'ethnie et le culturel ne stipule pas que les personnes composant la nation soient forcément issues d'un même socle ethnique et culturel.

L'ambiguïté surgie lorsque l'État se présente lui-même comme communauté transnationale, communauté prénationale ou antinationale. La communauté transnationale apparaît postérieurement à la formation de l'État-nation et renvoie à « des communautés composées d'individus ou de groupes établis au sein de différentes sociétés nationales, qui agissent à partir des intérêts et des références communs (territoriales, religieuses, linguistiques), et qui s'appuient sur des réseaux transnationaux pour renforcer leur solidarité par-delà les frontières nationales» (Kastoryano, 2000, p. 353). Quant aux communautés prénationales ou antinationales, celles-ci contestent des frontières de l'État, ou luttent contre des oppressions politiques ou économiques sur une base « ethnique » en revendiquant une reconnaissance de droits, une autonomie ou une indépendance (Balibar, 1994). Dans ces cas de figure, il peut paraître difficile pour les États de savoir quels repères culturels serviront d'identité culturelle à la nation.

Face aux difficultés économiques qui frappent bon nombre de pays industrialisés, l'appel à la préservation d'une identité culturelle s'exprime dans les discours des politiques par la nécessité d'une mobilisation des ressources et des richesses aussi bien matérielles que symboliques (institutions, infrastructures, réseaux, patrimoine historique, valeurs, populations, etc.) (Némery et al., 2008). Les moyens utilisés pour y parvenir sont fonction non seulement du rapport de force entre les populations en contact, mais aussi du degré de proximité entre les cultures. Le contact entre populations ne survient pas uniquement entre groupes démographiquement égaux ou appartenant à la même nation.

³ Définition de l'État Nation selon l'UNESCO : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/nation-state/> Visité le 17 Décembre 2014

De même, les cultures ne sont pas forcément toutes proches et ne jouissent pas toutes d'un même degré de prestige (Sélim, 2002). Le prestige d'une culture serait lié non seulement à la puissance économique et politique de la nation correspondante, mais tiendrait également compte de l'importance et de la qualité des produits de civilisation qu'elle engendre. Selon Sélim (2002), plus une culture est prestigieuse, et plus elle est en mesure de fournir au groupe correspondant les conditions d'une acculturation harmonieuse. L'appel à l'identité nationale dans un contexte national instable peut ainsi se faire sur des chemins éloignés de ceux des préoccupations profondes à l'identité culturelle.

L'identité ethnique tout comme l'identité nationale semblent renvoyer le message selon lequel l'identité culturelle ne dépendrait ni du contexte ni de l'interaction des acteurs sociaux. Cette vision contraste clairement avec celle des constructivistes.

1.2.2.2 L'identité culturelle : Une identité « réfléchie » et parfois « choisie »

Les défenseurs d'une vision dynamique, dite constructiviste de l'identité culturelle, la conçoivent en des termes moins essentialistes. Deux idées issues de la vision primordialiste de l'identité culturelle sont ici remises en question.

La première idée est celle selon laquelle les groupes ethniques formeraient des entités discrètes et homogènes. Pour Amaryll (1994), il serait douteux de présupposer que la société serait formée d'un agrégat d'unités facilement identifiables et différenciables, relativement inchangeables dans le temps, reconnaissable par des traits simples comme la langue, la religion et la race, et auxquelles des individus appartiennent irrémédiablement. L'identité culturelle semble un processus sociopolitique plutôt qu'une essence figée dans le temps (Turgeon, 1997). Elle ne serait pas une donnée posée à priori (Zylberberg & Shiose, 1997). De même, les identités culturelles ne seraient pas closes et substantielles, mais au contraire instables, continuellement transformées par les contacts, les conflits et les échanges avec d'autres cultures (Benoist, 1978). Au même titre qu'une identité en mutation, l'identité culturelle se construit, s'octroie, s'impose, se négocie, se déjoue, se replie, s'évanouit, et se modèle (Jewsiewicki & Létourneau, 1998).

L'approche dynamique de l'identité culturelle ne réfute pas la dimension historique de l'identité culturelle. Selon Craig Calhoun, « tout en étant construite, l'identité tend toujours à recourir à des éléments essentialisés [...] comme si elle avait besoin de s'incorporer le passé, le lien social et les traits culturels pour se légitimer » (Calhoun, 1994, p. XI). Les propriétés communes que possèdent les membres du groupe social (langue, culture, statut social, compétences professionnelles ou religion commune, dispositions semblables, représentations du monde et styles de vie partagés, etc.) ne peuvent être définies indépendamment de ce que sont les individus ou les groupes sociaux qui les portent (Coleman, 1990; Hardin, 1991). Par conséquent, quand bien même l'appartenance au groupe serait motivée par un désir de rationalité, on ne devrait pas considérer que tout agent adoptant ce type de conduite serait privé d'identité (Coleman, 1990; Hardin, 1991). Selon Storari et Gilles (2008), lorsque les membres d'un groupe s'autodéfinissent, ils mettent en avant leurs propriétés communes à savoir celles qui accentuent l'effet de ressemblance relative au sein du groupe. Certaines propriétés sont alors sélectionnées au détriment d'autres propriétés par lesquelles les membres divergent. Il en résulterait une augmentation de la différenciation intergroupe et de la similitude intragroupe. D'où la tendance à percevoir ceux de l'exogroupe (ensemble des personnes identifiées par l'individu comme n'étant pas membres de son groupe d'appartenance) comme plus homogène que les membres de l'endogroupe (ensemble des personnes identifiées par l'individu comme étant membres de son groupe d'appartenance) (Storari & Gilles, 2008). La catégorisation, processus qui consiste à ordonner l'environnement physique et social en catégories selon le degré de similitude des éléments (Tajfel, 1972), dépeint sans doute une représentation simplifiée de l'identité de chacun des membres du groupe concerné.

La démarche de l'approche constructiviste est d'envisager la société non seulement comme un ensemble d'individus appartenant à des groupements différents, mais aussi comme un système complexe et changeant dans lequel chaque individu appartiendrait à plusieurs groupes différents en même temps (Amaryll, 1994). L'appartenance d'un individu à une unité n'empêche nullement son intégration à d'autres unités, soit en raison d'origines ethniques multiples, soit par de nouvelles alliances, soit encore par intégration volontaire. L'identité culturelle pourrait se définir dans cette

approche comme un « sentiment dynamique et complexe d'appartenance à un ou plusieurs groupes culturels, y compris les valeurs, attitudes et significations qui leur sont associées » (Phinney, 2008, p. 1). Cette définition de l'identité culturelle s'avère cohérente avec les réalités actuelles où la perméabilité des frontières est un phénomène réel, et où l'échange entre les peuples est de plus en plus croissant. Ce qui n'est pas le cas de la définition présentée par l'approche primordialiste, qui s'avère néanmoins légitime dans le cadre des sociétés primitives et isolées dotées d'homogénéité de culture (race, religion, langue, coutumes, etc.) (Sélim, 2002). Dans de tels cas de figure, l'identité ethnique et l'identité culturelle coïncident tout à fait. Cependant, une telle définition mettant l'accent sur les origines peut s'avérer dévastatrice ; particulièrement en situation de changement ou de contact avec d'autres groupes. Lorsque les porteurs et porteuses de traits culturels donnés entrent en interaction avec des personnes de cultures divergentes, ne serait-ce que de façon extrêmement subtile, une évaluation des points de similitudes et de différences se fait aussi bien sur les valeurs, les attitudes et les significations qui leur sont associées (Phinney, 2008). Il en découle des orientations diverses de l'identité culturelle dont nous illustrerons quelques-unes de celles-ci. Ces illustrations nous permettent d'observer qu'une mutation de l'identité culturelle n'est pas toujours synonyme de perte d'identité culturelle.

1.2.3 Illustration de quelques profils types d'identité culturelle en situation d'acculturation.

Ces profils sont le résultat des finalités et objectifs généraux en matière de stratégies identitaires. En contact avec une culture différente, l'individu peut se conformer ou se différencier, rechercher l'anonymat ou la visibilité, travailler à son intégration, ou faire face à la marginalisation. Toutefois, il est possible que l'individu désire simultanément se conformer et se différencier (Camilleri et al., 1990). La négociation identitaire chez les personnes immigrantes permet de mieux saisir les conséquences du processus d'acculturation sur leur identité culturelle.

Nous retiendrons les quatre profils d'identité culturelle énumérés dans les travaux de Phinney et Berry (Berry, 1997; Berry et al., 2006; Phinney, 1990; 2008). Ces profils synthétisent un nombre important de profils recensés dans la littérature. Le premier profil

identifié est le profil dit *ancré dans l'ethnie* et qualifié de distinct. Les personnes avec ce type de profil sont restées fortement attachées à leur culture en matière de valeurs, d'attitudes et de pratiques qui y sont associées. Leur culture est celle de leurs parents et de leurs ancêtres. Ce type de profil peut entraîner une contre-acculturation. Il s'agit d'une situation de rejet brutal de l'acculturation et de ses acquis. Le second profil d'identité culturelle est celui dit *orienté sur le pays hôte* et qualifié d'assimilé. L'assimilation apparaît comme la dernière étape de l'acculturation. Ici, l'héritage ethnoculturel du groupe se dissout dans les variantes de la culture dominante. Les personnes ont le sentiment d'appartenir à la société au sens large et sont très désireuses de s'y identifier au plus vite. Elles manifestent peu d'intérêt pour leur propre culture et souhaitent adopter les valeurs de la société majoritaire. Le troisième profil est dit *biculturel* et qualifié d'intégré. Les personnes avec ce type de profil sont généralement à l'aise dans les différents contextes culturels. Elles se mélangent avec les individus d'autres groupes ethniques et s'expriment de manière positive au sujet de la société plus large dont ils ont le sentiment d'en faire partie. Elles se sentent bien insérées dans les structures économiques, sociales et politiques du pays d'accueil. Abou Selim (Sélim, 2002) parle dans ce cas de figure d'une réorganisation culturelle; étant donné que l'acculturation s'est soldée par un enrichissement de la personnalité du sujet. Le dernier groupe est formé de personnes qui ressentent une grande confusion au sujet de leur identité culturelle. Elles ne se sont pas adaptées à la société élargie, mais ne se sentent pas plus à l'aise avec leur propre groupe. Elles semblent ne pas avoir réussi à aménager le nouvel espace de manière à réduire la différence qualitative entre l'habitat nouveau et ancien. Leur profil d'identité culturelle est dit *flou ou marginalisé*. Cette situation peut donner lieu à ce que Salim Abou (2002) nomme la domination de la déculturation. Dans une telle situation, le contact avec d'autres cultures donne l'impression d'une désintégration de sa personnalité (Sélim, 2002). Si la déculturation est évitée, l'individu pourra un jour ou l'autre évoluer vers l'un des trois autres profils décrits plus haut.

1.3 Vers une définition du trait d'identité culturelle

Il nous a été impossible de trouver une définition du concept de traits d'identité culturelle dans la littérature. Toutefois, nous nous inspirons du concept de trait culturel

défini par Gresle et ses collègues. Selon Gresle et ses collègues (1994), un trait culturel est un « élément matériel ou non matériel d'une culture considéré comme isolable et susceptible d'une analyse spécifique » (Gresle, 1994: 379). Si un trait culturel fait référence aux éléments d'une culture, alors un trait d'identité culturelle devrait faire référence aux éléments d'une identité culturelle. De même que l'identité culturelle pourrait être héritée ou adoptée, il en est autant d'un trait d'identité culturelle. Par conséquent, nous définissons un trait d'identité culturelle comme un élément matériel ou non matériel d'une identité culturelle, hérité ou non hérité, considéré comme isolable et susceptible d'une analyse spécifique.

L'identification des traits d'identité culturelle dans les recensements et enquêtes au Canada date de 1867. À ce jour, plusieurs traits d'identité culturelle sont saisis à travers les enquêtes afin de dresser un portrait de la diversité ethnoculturelle (culturel, ethnique, linguistique et religieux) du Canada. On y retrouve parmi ces traits, l'origine ethnique ou culturelle, la race ou la couleur de la peau, la religion, la langue, le statut d'immigrant, le pays de naissance, la citoyenneté, et le statut d'autochtone. Les termes *origine ethnique*, *appartenance ethnique*, *groupe ethnique* et *ascendance ethnique* sont parfois utilisés de manière interchangeable dans les enquêtes de Statistique Canada. L'ethnicité comprendrait divers aspects dont la race, l'origine ou l'ascendance, l'identité, la langue et la religion.

La conceptualisation des traits d'identité culturelle dans les enquêtes semble se faire soit en terme d'identité, soit en terme d'origine (d'ascendance). L'identité se rapporte à l'identification d'un individu par lui-même ou par quelqu'un d'autre en fonction de ses propres traits. L'origine désigne l'identification d'un individu en fonction des traits de ses ancêtres. L'origine selon Statistique Canada se rapporte aux « racines » de la personne et ne devrait pas être confondue avec la citoyenneté, la nationalité, la langue, ou le lieu de naissance. Parmi les multiples traits saisis par Statistique Canada dans ses enquêtes, seule l'origine ethnique et culturelle semble être conceptualisée en terme d'origine. Cette caractéristique désigne les origines ethniques ou culturelles des ancêtres de la personne. Un ancêtre est ici une personne habituellement plus éloignée que les grands-parents. La conceptualisation des traits d'identité culturelle peut également se faire par identification

externe ou interne. Dans le cas interne, c'est la personne interviewée qui s'auto-identifie à un trait. Dans l'identification externe, c'est une autre personne qui catégorise l'autre dans un groupe; à l'exemple d'un interviewer.

Du côté du Québec, les enquêtes québécoises menées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) saisissent un nombre plus limité de caractéristiques ethnoculturelles en comparaison à celles retrouvées au niveau du Canada avec Statistique Canada. On y retrouve principalement la langue parlée à la maison, la durée de résidence au Canada, et le pays de naissance.

En ce qui concerne particulièrement l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) qui est utilisée dans cette étude, les traits d'identité culturelle retrouvés sont le pays de naissance, le statut d'immigrant, l'année d'immigration, l'appartenance ethnique, l'origine culturelle ou raciale, et la langue parlée. Dans l'ENSP, l'appartenance ethnique décrit à quel groupe ethnique ou culturel appartiennent les ancêtres du répondant. Nous retiendrons de l'ENSP pour des fins de notre travail les facteurs suivants : le pays de naissance, le statut d'immigrant, et l'origine culturelle ou raciale. Ces derniers nous permettront de construire plus tard nos deux variables de traits d'identité culturelle.

Porter notre recherche sur le concept de traits d'identité culturelle plutôt que sur celui d'identité culturelle reste une démarche prudente. En effet, l'identité culturelle demeure difficilement saisissable. C'est au travers des traits d'identité culturelle qu'il est possible de se rapprocher de l'identité culturelle. Un tel rapprochement reconnaît tout de même l'importance du sens dans l'interprétation qui en est faite de chacun des traits. Il reconnaît également qu'un trait d'identité culturelle, objectif ou subjectif, ne pourrait pas saisir de façon complète une identité culturelle donnée. De même, il serait un leurre de prétendre saisir d'une quelconque façon l'identité culturelle. Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas pour objectif de lister l'ensemble des traits d'identité culturelle. Une telle entreprise bien que fort intéressante ne semble pas pertinente dans toutes les situations. L'intérêt de notre recherche est de comprendre en quoi les traits d'identité culturelle pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux problèmes de santé mentale.

1.4 Traits d'identité culturelle dans la main-d'œuvre canadienne: le rôle de l'immigration.

Dans cette section, nous essayons de présenter le rôle que joue l'immigration au Canada dans la construction et le maintien de sa diversité culturelle. L'immigration a grandement contribué au multiculturalisme du Canada, et à la présence sur le territoire de personnes dotées de divers traits d'identité culturelle. La présence sur le territoire des minorités ethniques et des minorités visibles en est un témoignage. Les minorités visibles sont d'après la loi sur l'équité en matière d'emploi (LC, 1995, ch. 44, art3.), des personnes autres qu'autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche. Cela inclut des personnes qui se définissent comme Arabes, noires, asiatiques, ou d'Amérique latine. Les minorités ethniques sont des personnes, autres que les Autochtones et les personnes d'une minorité visible, dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais. Ces personnes sont allophones en référence au fait que leur langue parlée n'est ni le français ni l'anglais.

Afin de mieux comprendre certains enjeux entourant l'immigration au Canada ainsi que son rôle dans la diversité culturelle canadienne, nous aborderons cinq principaux points en lien avec l'immigration au Canada : les programmes d'immigration permanente économique; le cadre administratif des politiques d'intégration en emploi des immigrants; le profil des immigrants du Canada; les immigrants et leurs enfants sur le marché du travail au Canada; et quelques explications à la situation des immigrants sur le marché du travail.

Dans la section qui suit, nous mettons l'accent sur les programmes d'immigration en vigueur à ce jour dans le cadre de la résidence permanente pour des raisons économiques ou non économiques. L'immigration au Canada peut remonter jusque dans les années 1800. En 1896, le ministère de l'Intérieur de l'époque a recours aux immigrants agricoles afin de peupler l'Ouest canadien. Plusieurs programmes d'immigration ont vu le jour depuis lors. Certains de ces programmes ont été modifiés, ou tout simplement supprimés; car ne répondant plus aux objectifs de départ. Les programmes d'immigration temporaire ne sont pas abordés dans ce travail, étant donné que nos analyses excluent les résidents temporaires. Il s'agit du programme des

travailleurs étrangers temporaires (PTET) visant les aides familiaux, les travailleurs agricoles et les autres travailleurs qui nécessitent une étude d'impact sur le marché du travail (EIMT); et le programme de mobilité internationale (PMI) mis en place pour des emplois dispensés de l'EIMT pour diverses raisons (exemple : faciliter les échanges économiques, sociaux et culturels entre le Canada et d'autres pays).

1.4.1 Programmes d'immigration permanente économiques

Les candidats à l'immigration dans la catégorie économique sont choisis en fonction de leurs compétences et de leurs capacités à contribuer à l'économie canadienne. Toutefois, différents programmes sont offerts suivant que la personne s'installera dans la province du Québec ou dans les autres provinces du Canada.

1.4.1.1 Programmes applicables dans toutes les provinces du Canada sauf le Québec

Les personnes désireuses de s'installer de façon permanente dans une province autre que le Québec peuvent appliquer à divers programmes. Le programme des travailleurs qualifiés du fédéral (PTQF) en vigueur depuis 2002 s'adresse aux travailleurs qualifiés ayant acquis une expérience de travail à l'étranger. Le programme des travailleurs de métiers spécialisés du fédéral (PTMSF) s'adresse depuis 2013 aux professionnels exerçant certains métiers spécialisés. Le programme des candidats des provinces (PCP) en vigueur depuis 1998 est dédié aux candidats sélectionnés par les provinces (sauf le Québec) et les territoires (sauf le Nunavut). Créée en 2008, la catégorie de l'expérience canadienne (CEC) s'applique aux personnes ayant acquis une expérience de travail qualifié au Canada à l'exemple des travailleurs étrangers temporaires et des diplômés étrangers avec une expérience de travail admissible au Canada. La catégorie fédérale des travailleurs autonomes mise en place en 1978 est dédiée aux personnes ayant de l'expérience pertinente pour travailler à leur compte au Canada, qui ont l'intention et la capacité de le faire, et qui peuvent contribuer de manière importante à des activités culturelles et sportives, à l'achat et la gestion d'une ferme au Canada.

Un nouveau système de gestion des programmes des travailleurs qualifiés du fédéral nommé *Entrée express* est en vigueur depuis janvier 2015 pour le PTQF, PTMSF,

PCP, et certaines demandes de la CEC. Ce système a pour missions de mettre les meilleurs candidats en contact avec les provinces, les territoires et les employeurs canadiens. Les personnes intéressées à immigrer au Canada sont désormais appelées à remplir une « déclaration d'intérêt ». Seules celles répondant le mieux aux besoins du marché du travail sont invitées à présenter une demande de résidence permanente officielle. Avec ce nouveau système, le principe du « premier arrivé premier servi » n'est plus appliqué comme cela avait été le cas jusque-là.

1.4.1.2 Programmes applicables dans la province du Québec

L'Accord Canada-Québec de 1991 donne à la province du Québec le droit de sélectionner des immigrants ou des réfugiés résidants à l'extérieur du Canada en fonction de ses propres critères, et de leur délivrer un Certificat de sélection du Québec (CSQ). Par la suite, le gouvernement fédéral évalue l'admissibilité des demandes au regard de la loi canadienne. À ce jour, le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion du Québec offre plusieurs programmes d'immigrants économiques. Le programme de l'expérience québécoise (PEQ) s'adresse depuis 2010 aux individus ayant une connaissance suffisante du français, et qui ont obtenu un diplôme au Québec, ou qui ont occupé un emploi rémunéré au Québec dans les deux dernières années en tant que travailleurs temporaires. Après une brève suspension du volet du programme de l'expérience québécoise (PEQ) dédié aux étudiants étrangers le 10 juillet 2019, le programme a été de nouveau ouvert aux étudiants étrangers le 1er novembre 2019. Le programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ) vise à sélectionner depuis 1991 des travailleurs qualifiés selon divers facteurs (âge, niveau d'éducation, formation, expérience de travail, etc.). Le programme des entrepreneurs permet d'immigrer depuis 1979 au Québec pour créer, acquérir ou exploiter une entreprise. Depuis 1979 également, le programme des travailleurs autonomes s'adresse aux personnes souhaitant venir au Québec pour créer leur propre emploi par l'exercice d'une profession ou d'une activité commerciale.

Au Québec depuis septembre 2018, toutes les demandes effectuées dans le cadre du PRTQ sont centralisées dans le portail en ligne *Arrima*. Les candidats sélectionnés par le biais de ce portail sont par la suite invités à présenter une demande de CSQ.

De façon générale, le système d'immigration économique au Canada comme au Québec semble être passé d'une philosophie où l'individu était choisi premièrement sur le critère de son capital humain à celui où c'est la demande du travail qui semble déterminer le choix d'un candidat. Ceci peut expliquer pourquoi, entre 2001 et 2016, les admissions pour résidences temporaires ont augmenté de plus de 155% contre 38% pour les résidences permanentes (Fleury et al., 2018).

1.4.1.3 Immigration permanente pour des raisons non économiques

Des motifs sociaux, familiaux et humanitaires peuvent justifier l'octroi d'une résidence permanente au Canada. Deux programmes d'immigration permanente peuvent être utilisés depuis 1978. La catégorie du regroupement humanitaire octroie la résidence permanente pour des considérations d'ordre humanitaire (refuge, santé, sécurité ou le bien-être, etc.). La catégorie du regroupement familial permet à un membre de la famille (époux, parents, enfant, etc.) d'un citoyen ou d'un résident permanent du Canada d'accéder à la résidence permanente à la suite d'un parrainage. Toutefois, les candidats à l'immigration non économique qui souhaitent s'installer dans la province du Québec doivent également recevoir l'approbation préalable du gouvernement du Québec par l'obtention d'un Certificat de sélection du Québec (CSQ).

1.4.2 Cadre administratif des politiques d'intégration en emploi des immigrants

L'intégration en emploi des immigrants au Canada est une responsabilité partagée entre plusieurs acteurs, dont les différents paliers de gouvernement, les organismes parapublics, les organismes communautaires et privés. Plusieurs programmes destinés à faciliter l'intégration en emploi des immigrants existent. Ceux-ci incluent l'accueil et l'accompagnement; la formation linguistique; le développement de l'employabilité; la reconnaissance des études et des expériences étrangères; la formation en emploi et le mentorat; et les initiatives de gestion de la diversité. Toutefois, ces programmes seraient fragmentés entre différents intervenants, sous financés et concentrés sur l'offre de travail plutôt que sur la demande (Chicha & Charest, 2008). Le caractère mouvant du domaine

de l'égalité et de la diversité pourrait aussi expliquer les limites de ces programmes. Le domaine de l'égalité et de la diversité semble construit au travers de luttes entre une multitude d'acteurs institutionnels qui essaient d'imposer leur vision de l'égalité et de la diversité (Özbilgin & Tatli, 2011). Deux visions à l'égalité et à la diversité semblent se distinguer (Garon & Bosset, 2003). La première qualifiée de libérale est orientée vers une approche individualiste et volontariste. Elle place les intérêts individuels au centre des processus politiques en prônant une indépendance entre l'individu et le collectif. Dans cette logique, on considère que les institutions devraient prendre des actions sans mesures contraignantes ni coercitives. Cette approche est celle défendue par les organismes du secteur privé et les associations d'employés. La seconde vision est défendue par tous ceux qui militent pour la promotion de plus de solidarité entre les individus à l'instar des employeurs du secteur public, des syndicats et des organismes d'égalité. Avec leur approche collectiviste et de régulation, ils pensent que les décisions institutionnelles et les processus devraient être contrôlés par des lois étatiques ou des règles institutionnelles.

L'imposition d'une vision semble être le fruit d'un dynamisme entre d'une part la distribution du pouvoir et des ressources entre les acteurs; et d'autre part leur intérêt et aspiration. L'approche actuelle semble s'être déplacée loin de la régulation et du collectivisme vers plus d'individualisme et de volontarisme (Özbilgin & Tatli, 2011). Ceci pourrait expliquer les difficultés à l'application du principe d'équité contrairement au principe d'égalité. En effet, le principe d'équité ne se limite pas uniquement comme le ferait l'égalité à accorder les mêmes droits et les mêmes traitements aux personnes se situant dans une même situation. Il reconnaît que certaines circonstances ou situations peuvent réduire les opportunités d'accès à ces droits ou traitements. Ce principe s'aligne avec la mise en place des pratiques de discrimination positive qui pour certains serait les seuls moyens de parvenir à un changement radical vers l'égalité sur un marché du travail (Noon, 2010).

1.4.3 Profil des immigrants du Canada

Selon le dictionnaire de l'enquête nationale auprès des ménages de Statistique Canada, les immigrants sont des personnes résidant au Canada qui sont nées hors du pays, à l'exclusion des travailleurs étrangers temporaires, des citoyens canadiens nés à

l'étranger et des détenteurs d'un visa d'étudiant ou de travail⁴. Les non-immigrants quant à eux sont des personnes qui sont des citoyens canadiens de naissance. Le Canada comme les États-Unis et l'Australie sont considérés comme les terres d'accueil importantes pour les immigrants (Boudarbat & Grenier, 2014). Bien qu'aujourd'hui au Canada les avis restent partagés sur la question de savoir s'il faudrait privilégier les objectifs à long terme ou à court terme de l'immigration, il n'en demeure pas moins que ce système permettrait l'entrée sur le territoire canadien à plus de 250 000 nouveaux immigrants permanents chaque année. En 2017 selon Statistique Canada, ce nombre était de 286 479 dont 55,6% ont été admis dans la catégorie de l'immigration économique. Il s'agit des personnes choisies en fonction de leurs compétences et de leurs capacités à contribuer à l'économie canadienne. Les 44,4% restants sont pour la plupart entrés sous la catégorie du regroupement familial, des réfugiés et motifs d'ordre humanitaires. En 2017, 51% des personnes immigrantes étaient des femmes. L'âge moyen des immigrants était inférieur à celui des personnes nées sur le territoire; tandis que leur niveau de scolarité était supérieur à celui des Canadiens de naissance. En 2016, près de la moitié des immigrants de 25 à 64 ans détenaient au moins un baccalauréat, comparativement à un peu moins du quart pour les Canadiens de naissance du même groupe d'âge née au Canada. Le Canada prévoit accueillir 330 800 nouveaux immigrants en 2019; dont près de la moitié proviendront du programme de l'immigration économique fédéral et des programmes des candidats des provinces et territoires. Trois provinces canadiennes accueilleraient à elles seules une proportion importante des immigrants, soit l'Ontario, le Québec, et l'Alberta. En 2017, les villes de Montréal, Toronto, et Vancouver ont accueilli à elles seules 66% des immigrants de la catégorie économique.

En 2016, le Canada comptait plus de 250 origines ethniques. Ceci est la conséquence des changements apportés aux politiques d'immigration; particulièrement en ce qui concerne les pays d'origine des immigrants. De 1896 à 1905 avec la colonisation de l'Ouest et l'offre de terres libres, un grand nombre d'immigrants provenait du Royaume-Uni, de l'Europe et des États-Unis. Cette tendance à privilégier les personnes avec des origines

⁴ <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/def/immigrant-fra.htm> et

<https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop148-fra.cfm> consultés le 01 juin 2015

culturelles se rapprochant de celle du Canada s'est poursuivie jusqu'à l'abolition du critère du pays d'origine en 1967. La démarche visait à éliminer toute discrimination basée sur la race, la religion et l'origine nationale. Le processus de sélection n'était plus alors fondé sur le critère du pays d'origine comme cela avait été le cas jusque-là; mais plutôt, sur un « système de sélection fondé sur une pondération quantitative de critères présentés comme objectifs » (Termote, 2013, p. 70). Grâce à ce système, des points sont accordés à des critères autres que le pays d'origine à l'instar de l'âge, l'expérience professionnelle, le domaine et le niveau de scolarité, etc. Cette politique a contribué à l'augmentation des immigrants en provenance des pays jusque-là ignorés. Il s'agit des personnes en provenance d'Afrique, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud ainsi que d'Asie. En 2016, l'Afrique devenait pour la première fois le deuxième continent en importance de l'immigration récente avec 13,4% des immigrants arrivés entre 2011 et 2016; tandis que le premier continent restait l'Asie avec 61,8% des immigrants arrivés entre 2011 et 2016. Les immigrants récents en provenance d'Europe, d'Amérique et d'Océanie représentaient respectivement 11,6%, 12,6 % et 0,7 %. Le visage du Canada autre fois celui des personnes autochtones et des personnes blanches est devenu également peu à peu celui des minorités visibles. Les minorités visibles représentaient 22,3% de la population totale canadienne en 2016, parmi lesquels près du tiers était né au Canada. En 2016, les Asiatiques du Sud, les Chinois et les Noirs constituaient les trois principaux groupes de minorités visibles, chacun ayant une population dépassant un million de personnes. Ces groupes étaient suivis par les Philippins, les Arabes, les Latino-Américains, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens et les Japonais. Selon les projections de Statistique Canada, les minorités visibles pourraient représenter entre 31,2 % et 35,9 % de la population canadienne en 2036.

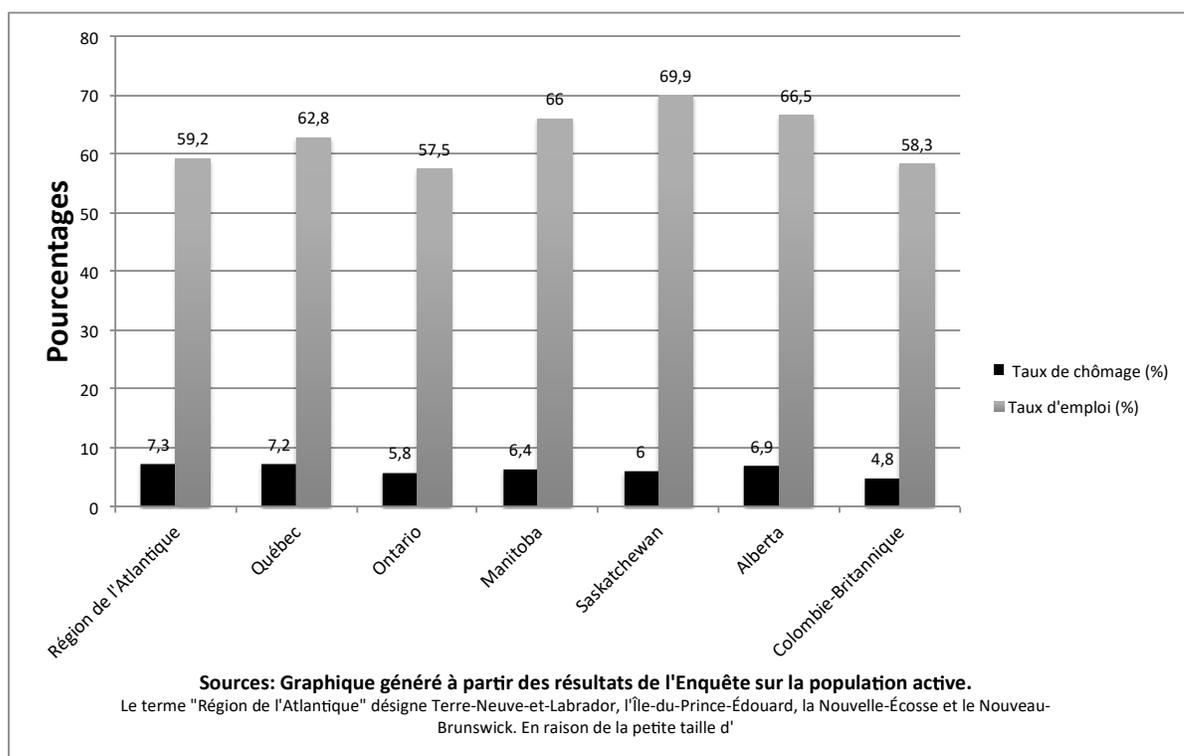
1.4.4 Les immigrants et leurs enfants sur le marché du travail au Canada

Les immigrants semblent fréquemment obtenir des résultats désavantageux sur le marché du travail. Ceci est observé à travers quelques indicateurs tirés de l'enquête sur la population active chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Les indicateurs présentés dans les sections qui suivent sont axés sur les immigrants en général; car les analyses qui sont menées dans cette thèse portent sur l'ensemble des immigrants.

1.4.4.1 Taux de chômage et d'emploi en 2018

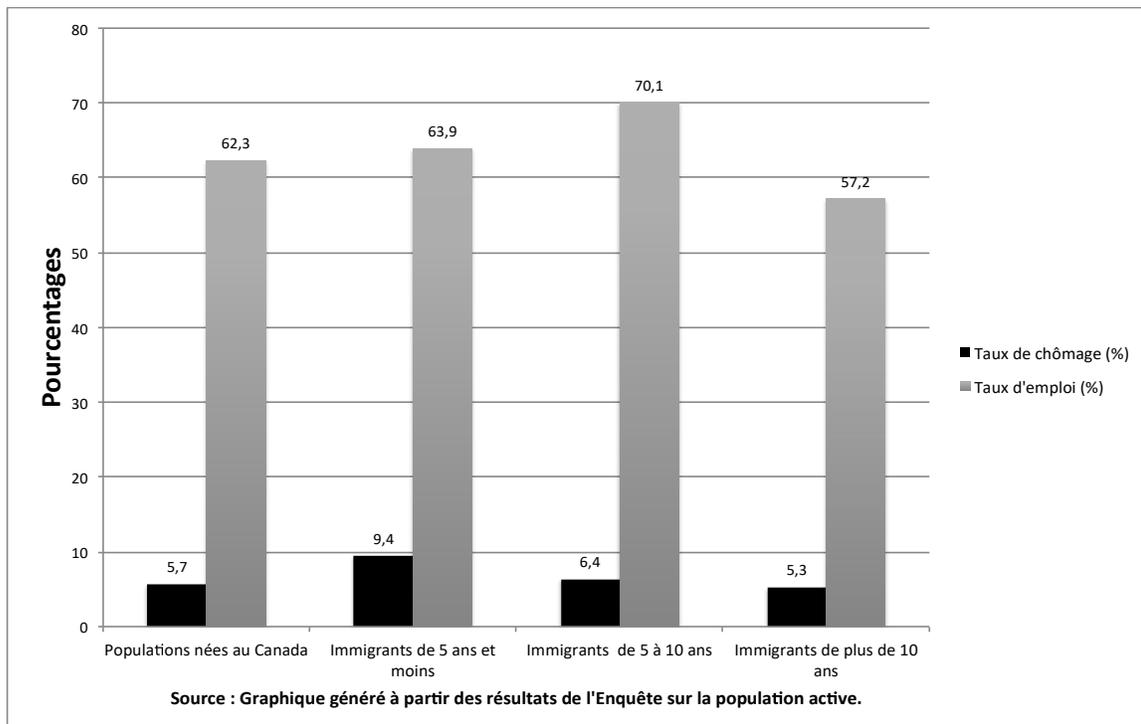
En 2018, le taux d'emploi au Canada se situait à 61,6% et le taux de chômage à 5,8%. Chez les femmes, ces taux étaient respectivement de 57,9% et 5,5% contre 65,4% et 6,1% chez les hommes. Comparés aux personnes nées sur le territoire, les immigrants avaient un taux d'emploi plus faible (59,9% contre 62,3%) et un taux de chômage plus élevé (6,1% contre 5,7%).

Graphique 1. - Taux de chômage et d'emploi en 2018 des immigrants du principal groupe d'âge actif par province



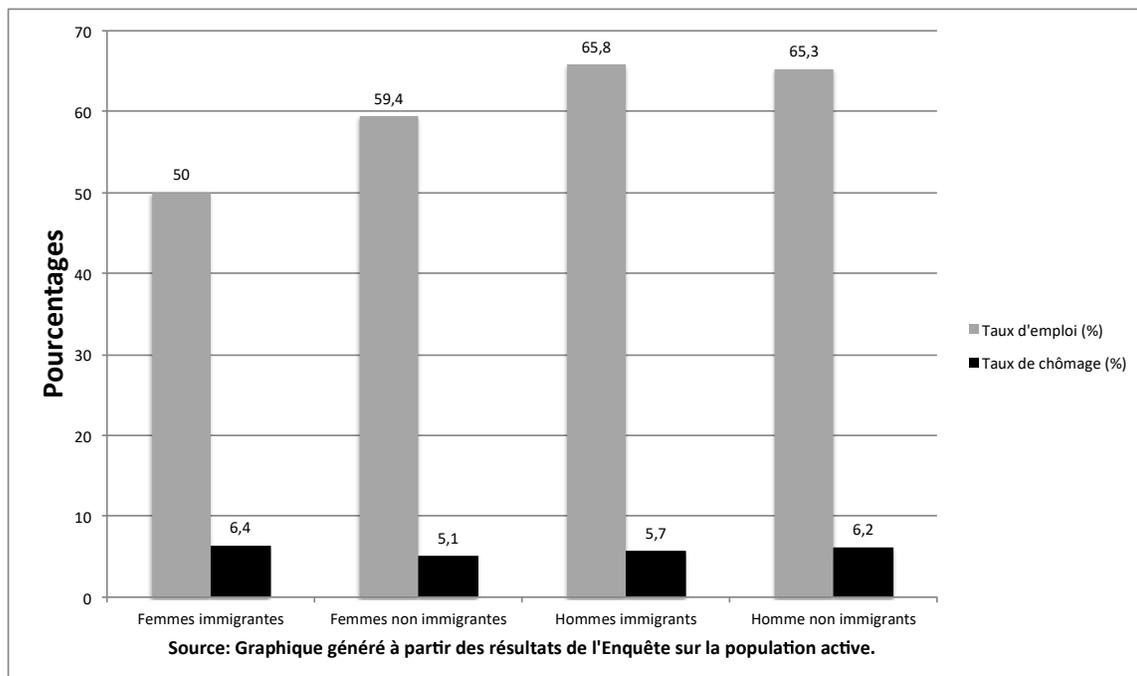
En comparant les provinces comme le présente le graphique 1 ci-dessus, c'est au Québec que le taux de chômage est le plus élevé pour les immigrants : soit 7,2 %, comparé à l'Ontario (5,6 %) ou la Colombie-Britannique (4,8 %).

Graphique 2. - Taux d'emploi et taux de chômage chez les immigrants et natifs âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant la durée écoulée depuis l'arrivée au Canada



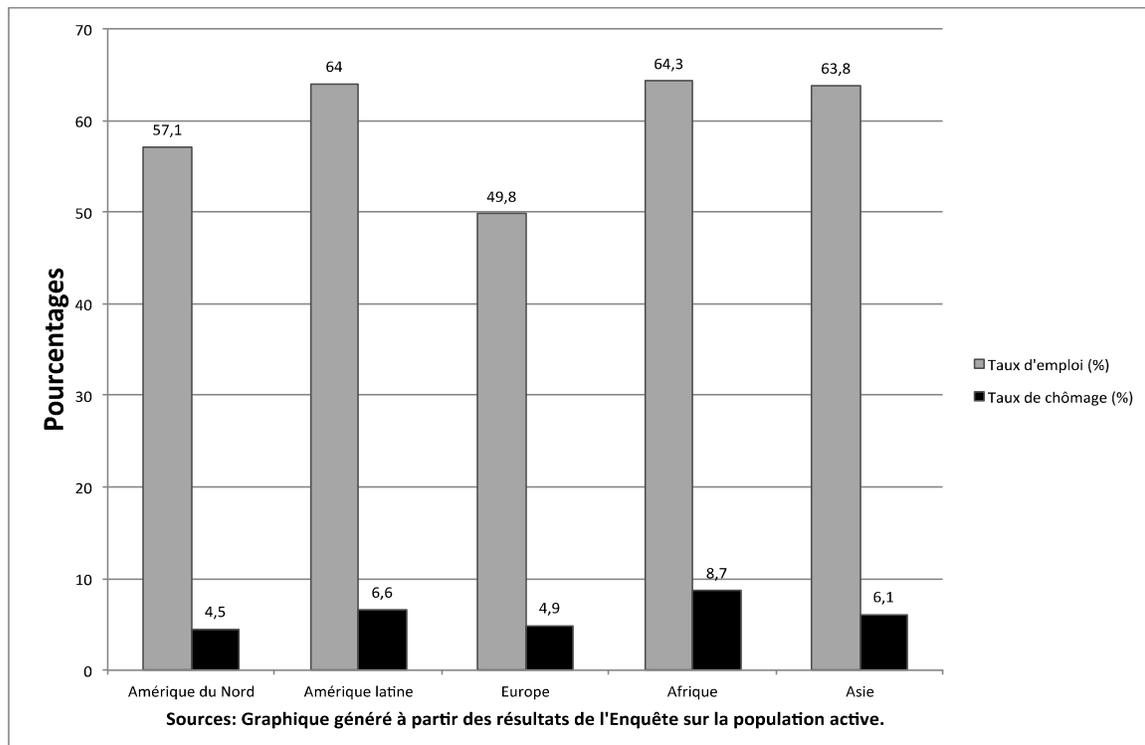
En tenant compte de la durée écoulée depuis l'immigration telle que le présente le graphique 2 ci-dessus, le taux de chômage est le plus élevé chez les immigrants arrivés depuis moins de 5 ans (9,5%). Ceux arrivés au Canada depuis 6 à 10 ans semblent avoir de meilleurs taux d'emploi (70,1%) comparés aux immigrants récents (63,9%) et aux immigrants arrivés au Canada il y a plus de 10 ans (57,2%).

Graphique 3. - Distribution des taux d'emploi et des taux de chômage en pourcentage chez les immigrants et natifs âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant le sexe



Comme présenté dans le graphique 3, le taux d'emploi des femmes immigrantes est beaucoup plus faible que celui de leurs homologues nées au Canada (50 % contre 59,4 %); tandis que leur taux de chômage est plus élevé (6,4% contre 5,1%). Les hommes immigrants semblent mieux s'en sortir que les hommes non immigrants au regard du taux d'emploi (56,8% contre 65,3%) et du taux de chômage (5,7% contre 6,2%).

Graphique 4. - Taux d'emploi et de chômage en pourcentage chez les immigrants âgés 15 ans et plus au Canada en 2018 suivant le pays de naissance



Le pays de naissance semble également faire la différence comme le présente le graphique 4 ci-dessus. En comparant les immigrants nés en Afrique, en Amérique latine, en Amérique du Nord, en Europe et en Asie, les taux de chômage sont plus élevés chez les immigrants nés en Afrique, suivis de l'Amérique latine. Toutefois, ces deux groupes d'immigrants semblent avoir des taux d'emploi les plus élevés.

Le niveau de scolarité semble évoluer de manière inversée avec le taux de chômage; tandis que son évolution avec le taux d'emploi est positive (tableau 1). Cette tendance se confirme autant chez les immigrants que chez les personnes nées sur le territoire. Toutefois, à scolarité égale, le taux d'emploi chez les immigrants est plus faible que celui des personnes nées au Canada. Il en est de même du taux de chômage qui est plus élevé chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada.

Tableau 1. – Taux d'emploi et taux de chômage en pourcentage (%) selon le niveau d'éducation et le statut d'immigration en 2018

	Taux d'emploi (%)		Taux de chômage (%)	
	Immigrants	Populations nées au Canada	Immigrants	Populations nées au Canada
Sans grade, certificat ou diplôme	60,80	61,50	7,90	9,50
Études secondaires complétées	72,60	78,90	6,20	5,80
Études secondaires complétées, études postsecondaires partielles	75,80	78,80	5,90	5,40
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	82,20	87,30	5,50	4,40
Grade universitaire	82,80	91,00	5,40	3,00

Source : Tableau généré à partir des résultats de l'Enquête sur la population active

1.4.4.2 Secteurs d'activités en 2018

En 2018, les immigrants étaient plus susceptibles de travailler dans certains secteurs plus que dans d'autres. Comme présenté dans le tableau 2, la proportion d'immigrants dans les secteurs de services d'hébergement et de restauration (34,7%) est plus élevée que dans l'administration publique (15,7%), l'enseignement (17,1%) ou la construction (19%).

Tableau 2. – Proportion des immigrants par secteurs d'activités 2018

Secteurs d'activités*	Proportion (%)
Services d'hébergement et de restauration	34,7
Finance, assurances, services immobiliers et de location	33,7
Transport et entreposage	32,5
Services professionnels, scientifiques et techniques	32
Fabrication	31,6
Services aux entreprises, services relatifs aux bâtiments et autres services de soutien	30,3
Autres services	26,4
Toutes les industries	25,8
Soins de santé et assistance sociale	25,5
Commerce de gros et de détail	25,4
Construction	19
Services d'enseignement	17,1
Administrations publiques	15,7

Sources: Tableau généré à partir des résultats de l'Enquête sur la population active.

*Grands secteurs sélectionnés représentant 92 % de l'emploi total

1.4.4.3 Rémunération en 2017

Selon l'enquête sur la population active de 2017, la rémunération des immigrants reçus de 25 à 54 ans diplômés d'université était inférieure de celle des leurs homologues nés au Canada.

Tableau 3. – Variation en 2017 de salaire hebdomadaire moyen des immigrants versus les personnes nées au Canada âgés de 25 à 65 ans et ayant un diplôme universitaire (variation en pourcentage %)

Immigrants reçus	0,84
Immigrants reçus 5 ans et moins auparavant	0,68
Immigrants reçus plus de 5 à 10 ans auparavant	0,75
Immigrants reçus plus de 10 ans auparavant	0,93
Populations nées au Canada	Réf.

Source : Tableau généré à partir des résultats de l'Enquête sur la population active, totalisations personnalisées.

Réf. = groupe de référence

Comme présenté dans le tableau 3 ci-dessus, la rémunération semblait toutefois augmenter avec le temps écoulé au Canada. Les immigrants reçus sont les personnes à qui les autorités d'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence.

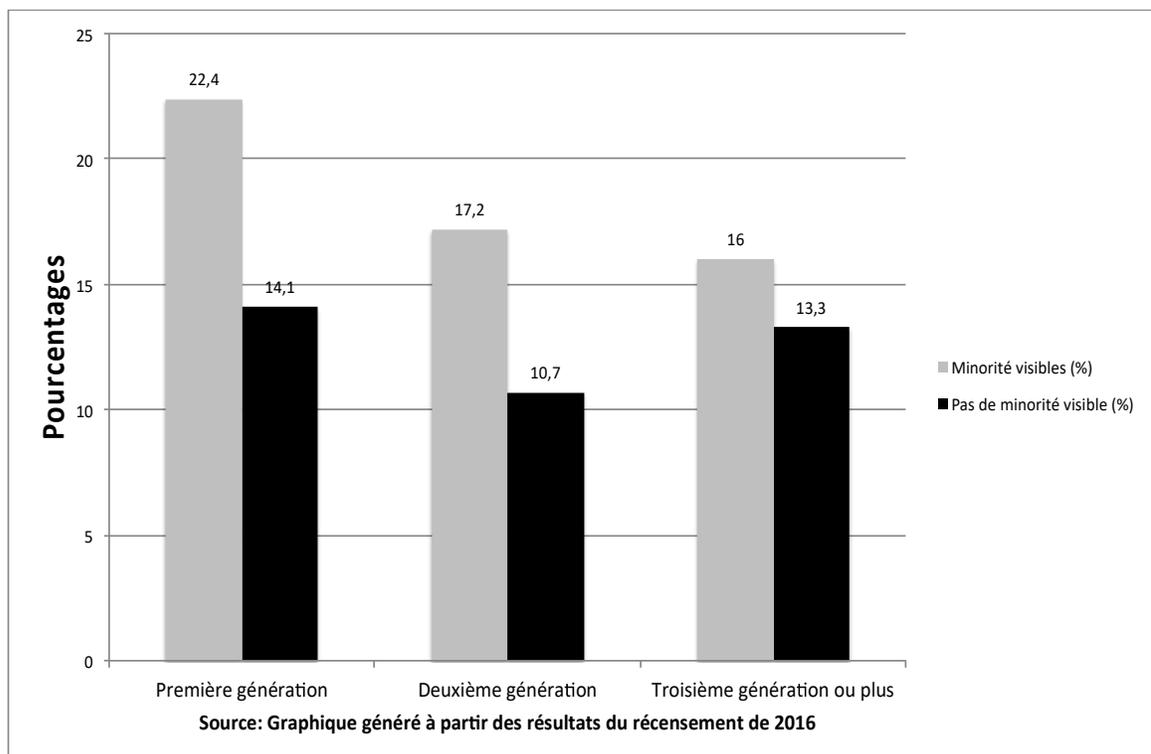
1.4.4.4 Surqualification en 2015

Les immigrants seraient plus fréquemment victimes de surqualification que les personnes nées sur le territoire canadien. Selon l'enquête sur la population active, en 2015, 24,8% des immigrants diplômés universitaires de 25 à 64 ans se retrouvaient dans des professions exigeant des qualifications moindres. Ce taux chez les personnes nées au Canada se situait à 11,8%.

1.4.4.5 Les personnes issues des minorités visibles

Le graphique 5 fait état d'un désavantage vécu par des personnes issues des minorités visibles en comparaison à celles qui ne sont pas issues des minorités visibles. Selon les résultats du recensement de 2016 par exemple, les personnes nées au Canada et issues des minorités visibles étaient plus fréquemment en situation de faible revenu que leurs homologues non issus de minorités visibles.

Graphique 5. - Fréquence de situation de faible revenu en 2016 selon l'ethnicité et le statut des générations d'immigration



De plus, les personnes issues des minorités visibles de deuxième (17,2%) et de troisième génération ou plus (16%) se trouvaient plus fréquemment en situation de faible revenu que les personnes de première génération non issues des minorités visibles (14,1%). Les personnes de première génération sont celles qui sont nées à l'extérieur du Canada. Il s'agit, pour la plupart, de personnes immigrantes. Les deuxièmes générations sont les

personnes qui sont nées au Canada et dont au moins l'un des parents est né à l'extérieur du Canada. Les troisièmes générations ou plus sont les personnes qui sont nées au Canada et dont les deux parents sont nés au Canada.

1.4.5 Quelques explications à la situation des immigrants sur le marché du travail

Des explications liées au capital humain et à la discrimination sont couramment avancées pour justifier la position souvent défavorable des immigrants sur le marché du travail.

1.4.5.1 Explications liées au capital humain

Les aptitudes linguistiques

Les habiletés linguistiques semblent influencer le niveau de succès sur le marché du travail (Bonikowska et al., 2009; Ferrer & Riddell, 2006; Picot & Sweetman, 2012; Schellenberg & Maheux, 2007). Au Québec par exemple, les probabilités de succès sont élevées lorsque l'on maîtrise le français, et encore plus le français et l'anglais (Renaud & Martin, 2006). Le déficit de langue exposerait les immigrants dans les deux à quatre premières années de leur séjour au Canada à plus de risques de se retrouver dans des emplois aux conditions difficiles (Smith et al., 2009).

La chute du taux de rendement de l'expérience accumulé à l'étranger

La chute du taux de rendement de l'expérience accumulée à l'étranger débute vers la moitié des années 1980 (Picot & Sweetman, 2012). Encore dans les années 1970, les personnes qui immigraient avec des années d'expérience étaient rémunérées selon leurs expériences au même titre que les Canadiens de naissance. Cela s'expliquait principalement par le fait que les personnes qui immigraient jusque-là avaient des profils semblables à ceux des Canadiens. Il s'agissait principalement des personnes provenant du Royaume-Uni, de l'Europe et des États-Unis. Aujourd'hui, cela ne semble plus le cas pour tout le monde. Le marché de l'emploi semble traiter la plupart des nouveaux immigrants comme s'ils étaient nouveaux sur le marché du travail, et ce, quel que soit leur niveau d'expérience (Picot & Sweetman, 2012; Warman et al., 2015). Les plus touchés

semblent être les immigrants en provenance des pays non traditionnels à l'exemple des immigrants d'Afrique et d'Amérique latine (Taylor & Krahn, 2013). Le rendement économique de l'expérience potentielle acquise avant leur arrivée au Canada est pratiquement nul sur le marché du travail au Canada (Picot & Sweetman, 2005). À cela s'ajoutent des difficultés à faire reconnaître les diplômes obtenus à l'étranger (Ferrer & Riddell, 2008; Warman et al., 2015). Le processus de reconnaissance des diplômes occasionne souvent des coûts directs (frais de traduction des diplômes, achats de livres et de matériel, frais d'étude du dossier par un ordre professionnel, frais d'inscription aux examens, etc.) et indirects (temps exigé par la recherche d'information et la préparation des dossiers, manque à gagner durant la période consacrée à la préparation des examens et durant les stages ou internats, etc.) ayant parfois un effet dissuasif chez certains immigrants (Chicha, 2009). Pour contourner ces obstacles, certains se retourneraient vers la réorientation scolaire. Toutefois, la rentabilité du nouveau diplôme ne semble pas toujours une garantie pour tous (Anisef et al., 2003; Kaida, 2013).

Le manque d'expérience de travail canadienne

Le manque d'expérience professionnelle canadienne est une des reproches souvent formulée à l'encontre des immigrants (Chicha, 2009; Schellenberg & Maheux, 2007). Toutefois, des préjugés et stéréotypes à leur égard semblent influencer la perception des employeurs vis-à-vis de leurs habiletés et compétences professionnelles (Chicha & Charest, 2008; Schrover et al., 2008). Ces préjugés et stéréotypes sont à même d'imprégner les pratiques de recrutement. En effet, les entreprises auraient tendance à développer consciemment ou non des mécanismes de recrutement qui reflètent la composition démographique interne de l'entreprise (Chicha & Charest, 2008). Avec la faible proportion d'immigrants dans certains secteurs et professions, et notamment ceux issus des minorités visibles, cette tendance peut contribuer à renforcer l'exclusion des groupes déjà discriminés (Antonius & Tadlaoui, 2003).

Conciliation des obligations professionnelles et familiales

Les couples qui immigreront peuvent être contraints à désigner lequel du membre du couple poursuivra sa carrière au détriment de l'autre (Chicha, 2009; Chicha & Charest,

2008). La conciliation entre la profession et les charges familiales semblent chez certaines immigrantes plus accentuées (Boyd & Pikkov, 2005; Dumont & Liebig, 2005). Ceci s'expliquerait, par exemple, par la méconnaissance du fonctionnement du système de garderies publiques, des horaires de travail atypiques ou trop rigides dans les secteurs économiques où elles sont concentrées, la durée des déplacements entre le domicile et le lieu de travail, etc. (Chicha & Charest, 2008). De plus, celles-ci auraient beaucoup plus d'hésitations à confier leurs enfants à des étrangers étant donné que ce sont des membres de la famille qui assument cette tâche dans leur pays d'origine (OCDE, 2007).

Le manque de capital social de qualité

Le capital social se définit comme « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance ; ou en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe » (Bourdieu, 1980, p. 2). Il inclut aussi bien le réseau social que le réseau professionnel. Au Canada, la méthode du « bouche-à-oreille » est plus fréquemment employée par les employeurs. Il s'agit de recourir à l'intermédiaire du réseau de contacts professionnels ou personnels pour recruter des candidats (Chicha, 1998). Une telle pratique a pour effet de réduire la probabilité des immigrants de trouver un emploi ; étant donné que le capital social semble moins développé chez ce groupe (Chicha & Charest, 2008; Schellenberg & Maheux, 2007). Le regroupement des immigrants dans des quartiers dominés par des minorités racisées (Hou & Picot, 2003) ou dans des industries dominés par une main-d'œuvre immigrante (OCDE, 2007) est un obstacle à la constitution d'un capital social varié. Par capital social varié, nous entendons un réseau social formé d'immigrants et de Canadiens de naissance.

Ces différents facteurs liés au capital humain sont sans doute à même d'expliquer une partie des difficultés rencontrées par certains immigrants sur le marché du travail. Ces difficultés pourraient encore être plus élevées pour des personnes associées à plusieurs problèmes de capital humain à la fois ; par exemple pour ceux enfermés entre des obligations familiales et les difficultés à faire reconnaître les diplômes étrangers. Ces derniers pourraient alors se retrouver enfermés de façon durable dans des emplois précaires (Chicha, 2009).

1.4.5.2 Explications liées à la discrimination

La discrimination est « une situation dans laquelle les personnes qui fournissent des services sur le marché du travail et qui ont une même productivité au sens physique ou matériel sont traitées inégalement d'une façon qui se rattache à une caractéristique observable telles que la race, l'origine ethnique ou le sexe » (Altonji & Blank, 1999, p. 3168). Face à l'adoption des dispositifs antidiscriminatoires, les comportements semblent se complexifier donnant lieu à plusieurs formes de discrimination sur le marché du travail.

La discrimination fondée sur la préférence ou discrimination fondée sur le goût

Les agents économiques qu'ils soient employés, employeurs ou consommateurs semblent avoir une préférence pour certaines catégories de population plutôt que d'autres (Arrow, 1973; Becker, 1957; Carcillo & Valfort, 2018). Ces préférences les poussent à faire des choix plus complexes que ceux de leurs concurrents. Ils sont prêts à payer pour satisfaire cette préférence particulière. Selon Becker, de tels comportements auraient pour conséquence : d'entraîner un afflux de travailleurs supplémentaire vers des firmes non discriminantes, de réduire des salaires sur le marché, et de faire disparaître avec le temps des entreprises discriminantes. Selon Becker (1957), en renonçant aux salariés productifs, les entreprises discriminantes accusent un manque à gagner en matière de profit.

Contrairement aux prévisions de Becker sur la disparition de telles discriminations, celles-ci semblent présentes sur le marché du travail canadien (Carcillo & Valfort, 2018). Par exemple à Montréal, Vancouver et Toronto, certains employeurs embauchent des individus dont les antécédents ethniques et linguistiques sont similaires aux leurs ou à ceux des employés déjà présents dans l'entreprise (Oreopoulos & Dechief, 2011). Par conséquent, les entreprises semblent s'accommoder à ce type de discrimination sur de très longues périodes (Alexis, 1999).

La discrimination statistique

La discrimination statistique est basée sur l'idée des signaux reflétant de façon imparfaite la qualité des travailleurs (Gazier, 2010). Ces signaux sont des informations de toute sorte (le niveau d'éducation, l'expérience professionnelle, l'origine ethnique, etc.)

utilisées pour estimer la productivité potentielle des candidats (OCDE, 2008). Les imperfections émanant de ces signaux résulteraient des erreurs de mesure (Phelps, 1972) ou de simples croyances à l'exemple des stéréotypes (Arrow, 1973; Tomaskovic-Devey & Stainback, 2007). L'usage des signaux reposerait sur le besoin des entreprises de réduire les risques financiers liés à une mauvaise embauche (Arrow, 1973). Pour y parvenir, elles auraient tendance à retenir les candidatures des personnes provenant des groupes sur lesquels elles possèdent le plus d'informations. Malgré leur compétence, les personnes membres des groupes sur lesquels elles ne possèderaient pas suffisamment d'informations auraient plus de risques de ne pas être embauchées (Baumle & Fosset, 2005; Hindsa et al., 2000; Moss & Tilly, 2001).

L'étude de Oreopoulos et Dechief (2011) semble démontrer que cette pratique persiste sur le marché de l'emploi canadien. À Montréal, Toronto et Vancouver, l'ethnicité du nom, la ville d'expérience de travail, et le pays d'éducation apparaissent comme des signaux laissant penser que les personnes seraient des immigrants récents. Les immigrants récents seraient associés à des difficultés potentielles en ce qui concerne les compétences linguistiques quand bien même les compétences linguistiques ne seraient pas toujours exigées dans l'exercice de la tâche (Oreopoulos & Dechief, 2011; Wolgast et al., 2018). Par exemple, à profil égal, les personnes avec un curriculum vitae (CV) dont le nom serait à consonance anglaise auraient 35% (Oreopoulos & Dechief, 2011) voire 60% (Eid, 2012) plus de probabilité d'être invités à un entretien comparativement aux personnes dont le CV laisserait entrevoir l'appartenance à une minorité racisée. La discrimination statistique équivaut également à sélectionner certains groupes de travailleurs simplement parce que ces derniers seraient plus susceptibles d'accepter des emplois avec de mauvaises conditions de travail. Par exemple, aux États-Unis, le visa H1B dédié aux travailleurs qualifiés permet aux firmes de recruter à l'étranger. De nombreuses firmes de technologies utilisent les dispositions de ce visa afin de recruter principalement des travailleurs indiens (Kennedy, 2019). L'attrait pour ce groupe résiderait entre autres sur le fait que ces travailleurs seraient plus susceptibles d'accepter des contrats les liant souvent non pas à ces grandes firmes de technologies, mais plutôt à des agences intermédiaires (Brustein, 2017). Par conséquent, la responsabilité des firmes américaines vis-à-vis de ces travailleurs se retrouverait souvent réduite.

Le racisme moderne

Avec l'instauration des lois antidiscriminatoires, l'occultation du racisme et de la discrimination est de plus en plus présente dans les débats sur l'insertion en emploi des minorités racisées (Eid, 2012). Le concept de racisme moderne a été développé par McConahay (1983). Il fait référence aux situations dans lesquelles le racisme et la discrimination seraient beaucoup plus indirects et subtils. Les « racistes modernes » ne se considèrent pas comme des racistes (van Dijk, 2002). Pour eux, la discrimination tout comme le racisme seraient des phénomènes marginaux dans une société qu'ils appréhendent comme libérale et méritocratique. Pour les racistes modernes, les difficultés d'insertions socioprofessionnelles qui affectent les minorités ne résultent pas des discriminations structurelles affectant les individus en tant que noirs ou arabo-musulmans, mais seraient plutôt la conséquence de l'incompatibilité entre les valeurs de ces personnes et celles de la population majoritaire (Eid, 2012). Un tel positionnement semble ignorer la subjectivité que revêtent les notions de qualification ou de mérite qui peuvent être interprétées de manière à s'ajuster aux intérêts de chacun (Berry & Bonilla-Silva, 2008; van Dijk, 2002).

La segmentation des marchés

La segmentation des marchés revêt l'idée que le marché du travail serait composé de plusieurs segments isolés les uns des autres (Petit, 2007). Parmi ces segments, on retrouve le marché primaire renfermant de meilleurs emplois (bonnes rémunérations, grande sécurité d'emploi, possibilités de promotion, etc.) et le marché secondaire regroupant de mauvais emplois (faible rémunération, faible prestige, faible sécurité d'emploi, etc.) (Petit, 2007). Cette répartition des travailleurs dans chacun des segments refléterait la stratification retrouvée dans la société (Feagin, 2006). Des groupes particuliers, tels que les femmes, les minorités ethniques et racisées, et les immigrants, sont confinés aux emplois secondaires (Piore, 1980).

Plusieurs stratégies sont utilisées par les membres du marché primaire pour préserver l'avantage que leur confère leur position (Doeringer, 1986). Un exemple est le phénomène développé par l'économiste John Elliot Cairnes en 1874 et appelé *non-competing groups* (Cairnes, 1875). Il s'agit des groupes protégés de la concurrence par

leur spécialisation professionnelle. Ceux-ci sont à même de faire bénéficier à leurs salariés, ou parfois, à seulement certains d'entre eux des conditions de travail et de carrière nettement plus favorables (Gazier, 2010). Comme conséquence se développe à l'extérieur du segment protégé un autre phénomène dit de *crowding-out* ou de groupes défavorisés. Ici se retrouvent des personnes repoussées du segment primaire. Ces dernières sont contraintes d'accepter des conditions de travail d'autant plus dégradées qu'elles se retrouvent alors entassées dans le segment secondaire où opèrent des firmes ne cherchant pas à stabiliser leur personnel.

La discrimination systémique

La discrimination systémique dénonce l'idée que certaines politiques et pratiques adoptées sans tenir compte des caractéristiques des membres de certains groupes puissent avoir à leur endroit des incidences discriminatoires ; et ce quand bien même elles n'auraient pas été créées à des fins discriminatoires. La discrimination systémique se définit comme « [...]une situation d'inégalité cumulative et dynamique résultant de l'interaction, sur le marché du travail, de pratiques, de décisions ou de comportements, individuels ou institutionnels, ayant des effets préjudiciables, voulut ou non, sur les membres de groupes visés par l'article 10 de la Charte » (Chicha-Pontbriand, 1989, p. 85).

Les immigrants qui se retrouvent au croisement de plusieurs motifs de discrimination tels le genre, l'appartenance à une minorité visible, et l'origine étrangère font l'objet de discrimination plus fréquente et plus intense ; particulièrement lorsqu'il s'agit de l'accès à des emplois de qualité (Chicha, 2009).

1.5 Éthique et catégorisation

Lorsque vient le temps de traiter des traits d'identité culturelle, il reste difficile de ne pas adopter une perspective comparative. Le risque avec une telle démarche est l'essentialisation des différences culturelles qui, lorsque mal interprétées, ou mal comprises, pourraient renforcer les stéréotypes et les préjugés à l'égard de certains groupes ethnoculturels. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes qui ne peuvent se fondre dans l'anonymat et l'indifférence du fait de traits d'identité culturelle

permettant de les identifier comme migrantes, descendantes d'immigrants ou membres d'une minorité visible. La dépréciation de leur culture peut ainsi être mise au compte de leur phénotype ou rapportée à une infériorité biologique (Moisseeff, 2014). Nous condamnons fortement de telles conclusions. Il en est de même de toutes celles qui trouveraient leur fondement des postulats des auteurs tel que Bolk prétendant que « toutes les races n'auraient pas avec le même degré progressé sur le chemin de l'évolution humaine » (Bolk, 1961, pp. 273-274).

Le malaise entourant la catégorisation réside tout aussi dans la possibilité qu'une telle démarche soit utilisée à des fins de discrimination ou de mise en place de politiques et pratiques contraignantes pour les groupes concernés. En effet, la recherche d'efficience et de réduction des coûts sociaux peut conduire au nom de la *gouvernementalité* à exercer des contraintes institutionnelles sur les sujets perçus comme potentiellement « à risques ». Par *gouvernementalité*, on entend cette manière systémique de gérer des populations et des territoires en calculant des probabilités statistiques et des risques et en maniant des « dispositifs de sécurité » (Foucault, 2004a, 2004b). Un des exemples de cette *gouvernementalité* est reflété par les différents changements introduits au système d'immigration du Canada. La possibilité que le manque de compétences en français ou en anglais puisse compromettre le transfert d'autres compétences et diplômes au Canada a poussé le gouvernement à exiger des tests de langue officiels pour tous les nouveaux immigrants qui entreraient dans le cadre de la catégorie de l'expérience canadienne (CEC). L'objectif mis en avant fut l'amélioration de la situation économique des immigrants (Picot & Sweetman, 2012). Aujourd'hui, tout porte à croire que le critère de la langue ne saurait à lui seul expliquer les difficultés d'intégration des personnes ciblées par de telles mesures. En évidence, être très qualifié ou maîtriser la langue ne suffirait pas toujours pour les membres de certains groupes ethnoculturels à s'intégrer sur le marché du travail. Leur nom de famille ou encore leur couleur de peau continue de leur faire obstacle (Boulet & Boudarbat, 2010; Garnett & Fenf, 2010).

Du côté des entreprises, les problèmes de santé mentale au travail sont reconnus comme ayant des répercussions négatives sur la performance organisationnelle (roulement, accidents de travail, baisse de créativité, démotivation, mauvaise ambiance au travail, etc.) (Chaudat & Muller 2011). Ces constats poussent les entreprises sous la

pression de la concurrence accrue et de la recherche d'une plus grande productivité à prendre des mesures qualifiées parfois de discriminatoires et dont l'objectif est d'écartier ceux qui pourraient devenir des « troubles ». Il s'agit des personnes plus susceptibles que d'autres de développer des problèmes de santé mentale. Certaines pourront alors voir dans notre thématique un argument pour renforcer de façon négative leurs considérations, dispositifs ou mesures à l'encontre de certains groupes : ce qui serait soit une erreur de compréhension du message que nous tenons à véhiculer, soit une mauvaise interprétation, intentionnelle ou pas du lien établi entre les traits d'identité culturelle et les problématiques sociales visées dans notre recherche. Une telle erreur d'interprétation ignorerait dans le cas des immigrants que ceux désignés comme *à risques* ou comme *des troubles* aujourd'hui présentaient pour la plupart un meilleur état de santé que la population générale à leur arrivée. C'est juste au fil des années dans le pays d'accueil que leur santé se serait détériorée (Goguikian Ratcliff & Rossi, 2014). Le lien entre leur état de santé et les conditions dans lesquelles se fait leur processus d'acculturation semblent être esquivés. Pourtant, un emploi précaire ou une forte insatisfaction professionnelle peuvent être tout aussi néfastes que le chômage ; et ces facteurs sont associés à des taux élevés de symptôme de problèmes de santé mentale (Burchell, 1994). Ces considérations, dispositifs et mesures semblent se faire « au prix de l'évitement de l'intervention sur les causes objectives d'une mauvaise santé » (Demailly, 2014, p. 52). C'est ici qu'intervient notre rôle de scientifique. Il nous revient la responsabilité de rendre compte de ces mécompréhensions en documentant et en explicitant ces différences culturelles dans leurs complexités. Les victimes de ces mécompréhensions « n'ont, en effet, pas le luxe de mettre à distance le miroir déformant qu'on leur tend quotidiennement » (Moisseff, 2014, p. 26). Les traits d'identité culturelle tels que le statut d'immigrant, ou l'appartenance ethnique sont autant de réservoirs de déformation. Au cours de notre recherche, il s'agira moins de regrouper les conditions de travail selon des traits d'identité culturelle. Il sera plutôt question de comprendre dans quelles mesures les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs. Si nous trouvons au terme de cette recherche des preuves d'une telle modification, alors nous pourrions par la suite réfléchir sur des façons d'optimiser les

efforts de prévention des problèmes de santé mentale au travail afin de mieux cibler et définir des interventions répondant à des situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles les traits d'identité culturelle pourraient agir comme un facteur important. Cette recherche est donc un début de réponse sur l'intérêt ou non d'une telle démarche. Notre démarche est une démarche non pas d'exclusion, mais plutôt d'inclusion. Comme le souligne Demailly (2014), éviter de toucher aux causes objectives d'un problème, en tentant de normaliser des comportements et des individus au lieu de simplement normaliser des niveaux de vie et des conditions d'existences contribue sans l'ombre d'un doute à perpétuer des idées fausses au sujet des personnes qui en sont victimes.

Nous tenterons dans le prochain chapitre d'analyser selon la littérature le lien entre les traits d'identité culturelle, le travail et la santé mentale.

CHAPITRE 2 : Les traits d'identité culturelle, le travail et la santé mentale: revue de la littérature

Ce chapitre présente un état de la littérature scientifique sur les liens que peuvent entretenir les traits d'identité culturelle, le travail et les problèmes de santé mentale. Dans le précédent chapitre, les résultats de l'enquête sur la population active de 2018 et du recensement de 2016 semblent révéler au travers de plusieurs indicateurs (taux d'emploi, taux de chômage, déqualification, etc.) une position souvent désavantageuse des porteurs de certains traits d'identité culturelle sur le marché du travail. Ce désavantage est également confirmé par plusieurs recherches. En effet, les immigrants et les personnes issues des minorités visibles semblent plus à risques de se retrouver dans des conditions de travail et de vie plus difficiles que les Canadiens de naissance (Aalto et al., 2014; Arcury et al., 2014; Beyer, 2019; Bratsberg et al., 2018; Font et al., 2012; Hurtado et al., 2012; Khanlou, 2008; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Panichella, 2018; Smith & Mustard, 2010; Subedi & Rosenberg, 2014; Tverdostup & Paas, 2019; Yanar et al., 2018). Or, les conditions de travail ont été largement documentées comme des facteurs pouvant s'associer au développement et à l'aggravation des problèmes de santé mentale (Bakker et al., 2000; Barnett et al., 2019; Bartram et al., 2009; Bronkhorst et al., 2015; Bruns & Pilkauskas, 2019; Daly et al., 2019; Demerouti et al., 2001; Dragano et al., 2008; Elovainio et al., 2015; Grzywacz et al., 2014; Hammarstrom et al., 2014; Heinz et al., 2018; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Laszlo et al., 2010; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Li, 2019; Marchand et al., 2006; San Sebastián et al., 2018; Schneider & Harknett, 2019; Siegrist, 1996; Silva & Barreto, 2012; Stansfeld et al., 2013; Vander Elst et al., 2013; Vu Eickmann et al., 2018; Zhou et al., 2018).

Dans les sections qui suivent, nous présenterons ce que l'on entend par problèmes de santé mentale. Ensuite, nous explorerons au travers de la littérature l'association entre les traits d'identité culturelle et les problèmes de santé mentale tels les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs. Nous poursuivrons en mettant en lumière le rôle des conditions de travail (facteurs du travail) et de vie (facteurs hors travail et facteurs individuels) dans l'explication des problèmes de santé mentale ; tout en

soulignant s'il y a lieu des expositions différentielles possibles selon les traits d'identité culturelle. Par exposition différentielle, nous entendons la possibilité que certaines personnes selon leur trait d'identité culturelle soient plus exposées aux conditions de travail plus défavorables. Nous terminerons ce chapitre par l'énumération des principales limites rencontrées dans cette revue de littérature.

2.1 Les problèmes de santé mentale: une distinction entre le stress et ses conséquences

2.1.1 Le stress

Selon la théorie du stress social, le stress se définit comme « a state of arousal resulting either from the presence of socioenvironmental demands that tax the ordinary adaptive capacity of the individual or from the absence of the means to attain sought-after ends » (Aneshensel, 1992, p. 16). Autrement dit, le stress est une réponse psychologique et physiologique immédiate à l'exposition à un stressor. Il est la résultante de l'interprétation psychologique des événements vus comme stressants. Analysé comme le facteur médiateur dans le lien qui unit les stressors du travail à la santé mentale (Ganster, 2008), le stress provoque subséquemment une tension dont les conséquences sont fonction des besoins, des valeurs, des ressources et des habiletés de chacun à y faire face (Aneshensel, 1992; Pearlin, 1989).

À ce jour, il a été possible de constater des manifestations physiologiques du stress à travers des biomarqueurs à l'exemple du cortisol. De récentes recherches semblent démontrer une association entre le stress au travail et une augmentation des réponses au stress tels la variation du rythme cardiaque ou le cortisol post-réveil (Chandola et al., 2010; Chida & Steptoe, 2009; Rector et al., 2019).

2.1.2 Quelques exemples de conséquences du stress : la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la dépression.

La détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la dépression sont des exemples de conséquences d'une exposition au stress. Ces trois états de santé mentale décrivent chacun un déséquilibre ou une atteinte au niveau du psychisme de la personne

(Marchand, 2004). L'exposition à ces atteintes est susceptible d'entraîner chez les personnes des pathologies réversibles telles l'anxiété généralisée, l'hypertension artérielle ou des troubles dépressifs (Vinet, 2004). Toutefois, si les conditions générant ces pathologies ne sont pas maîtrisées, peuvent s'en suivre des atteintes irréversibles à l'exemple de l'incapacité permanente, la mortalité prématurée voire le suicide (Vézina et al., 1992).

Dans une optique de circonscrire ces trois états psychologiques, la détresse psychologique peut se définir comme un changement temporaire ou permanent de l'état émotionnel en réponse à une situation perçue comme frustrante, nocive ou menaçante (Drapeau et al., 2012; Ridner, 2004). Elle pourrait correspondre à la phase pré pathologique des atteintes à la santé mentale (Vézina et al., 1992; Vinet et al., 1986). Elle serait un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui permet d'identifier les personnes à risques de développer ultérieurement un épuisement professionnel ou une dépression (Vinet, 2004).

La dépression, selon la société américaine de psychiatrie, serait un problème de santé sérieux pouvant affecter les sentiments, la pensée ainsi que le comportement (American Psychiatric Association, 2004). Contrairement à la détresse psychologique qui correspond à la phase pré pathologique des atteintes à la santé mentale, la dépression tout comme l'épuisement professionnel correspondent à des phases pathologiques (Vézina et al., 1992; Vinet, 2004). Cependant, les symptômes de dépression croiseraient ceux de l'épuisement professionnel et de la détresse psychologique. Parmi les symptômes de dépression figurent la fatigue, les humeurs dépressives, l'anxiété, le sentiment d'incapacité à faire face de manière adéquate aux activités quotidiennes, ainsi que les attitudes destructrices comme le suicide (Bakker et al., 2000; Beck & Alford, 2009).

L'épuisement professionnel contrairement à la dépression et à la détresse psychologique correspond à un état de fatigue et d'épuisement lié spécifiquement à une situation de travail (Vézina et al., 1992; Vinet, 2004). Les symptômes d'épuisement professionnel incluent l'épuisement émotionnel ou physique, le cynisme ou sentiment de dépersonnalisation, et la perte d'accomplissement personnel (Bakker et al., 2000; Maslach et al., 2001).

De manière synthétique, la détresse psychologique semble représenter un stade précurseur à l'épuisement professionnel ou à la dépression ; tandis que la dépression pourrait s'observer à la suite d'un épuisement professionnel (Vézina et al., 1992; Vinet et al., 1986).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéresserons plus particulièrement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs. Ces deux problèmes de santé mentale nous permettront de répertorier les personnes ayant un problème de santé mentale ainsi que celles susceptibles d'en avoir plus tard. En effet, si l'analyse des symptômes dépressifs permet d'identifier les personnes déjà en phase pathologique des atteintes à la santé mentale, les symptômes de détresse psychologique quant à eux permettent d'identifier les personnes à risques de développer ultérieurement un épuisement professionnel ou une dépression.

2.2 Inégalité de problèmes de santé mentale selon les traits d'identité culturelle

Le caractère restreint du nombre de traits d'identité culturelle utilisés et l'hétérogénéité de leur mesure caractérisent bien les traits d'identité culturelle retrouvés dans la plupart des études analysant les inégalités socioéconomiques. Seuls 63% des enquêtes nationales incluraient des informations permettant de saisir ce type de traits (Morning, 2015). Différents arguments motiveraient ces choix (Kukutai & Thompson, 2015; Simon et al., 2015). Ceux qui l'incluent semblent le faire au nom du multiculturalisme, de la domination, voire de la justification des actions positives. Ceux qui s'y opposent mettent en avant des soucis d'intégration et de cohésion nationale.

En Europe et particulièrement en Europe de l'Ouest (France, Allemagne, Espagne, Belgique, Danemark, et l'Italie) où le contexte politique, constitutionnel, et légal rendent la catégorisation ethnique et raciale tabou (Kukutai & Thompson, 2015; Perrin et al., 2015; Simon, 2015), il demeure une hésitation à inclure des questions en lien avec les traits d'identité culturelle dans les enquêtes ou recensements. Ce qui n'est pas le cas au Canada et aux États-Unis où existent depuis fort longtemps déjà une tradition multiculturelle ainsi que l'émergence des débats autour de l'ethnicité et de la discrimination raciale (Beaud & Prevost, 2008; Piché, 2015).

En Europe, au Canada et aux États-Unis, dans près de la moitié des études, les traits d'identité culturelle sont analysés au travers de l'ethnicité ; tandis qu'un nombre significatif d'études le fait au travers de la nationalité et de la race (Morning, 2015). Toutefois, la nationalité serait plus susceptible d'être utilisée en Europe et l'ethnicité au Canada et aux États-Unis (Morning, 2015). Au Canada particulièrement, le statut d'immigrant et l'ethnicité sont largement utilisés en comparaison à d'autres traits à l'exemple de la nationalité, de la langue maternelle, ou du pays de naissance. Toutefois, la mesure de l'ethnicité n'est pas toujours la même d'une étude à une autre.

Cette partie de notre travail dédiée aux inégalités de santé mentale selon les traits d'identité culturelle mettra l'accent sur deux principaux traits d'identité culturelle les plus analysés au Canada à savoir le statut d'immigrant et l'ethnicité. En effet, comme nous le verrons dans cette revue de littérature, ces deux traits semblent jouer un rôle non négligeable sur le marché du travail. Ils semblent également tous deux associés aux problèmes de santé mentale.

2.2.1 Inégalité de santé mentale selon le statut d'immigrant

Le lien direct entre les traits d'identité culturelle et la santé mentale a été démontré dans plusieurs recherches. Deux effets expliquent la différence de santé mentale selon le statut d'immigrant. Le premier effet est dit « effet de l'immigrant en bonne santé » de l'anglais *healthy immigrant effect* qui part du constat que les immigrants, mis à part les réfugiés et les personnes sans statut légal au Canada (Ali, 2002; Khanlou, 2008; Lindert et al., 2009) auraient tendance à avoir une meilleure santé générale que la population canadienne dans son ensemble (Aglipay et al., 2013; Hyman, 2009; Lu & Ng, 2019; Malmusi et al., 2010; Markides & Rote, 2019; McDonald & Kennedy, 2004; Salas Wright et al., 2018; Zhao et al., 2010). Le second effet est dit « effet de transition » et souligne la diminution avec le temps de l'avantage de santé dont disposent certains immigrants à leur arrivée (Ali, 2002; La Parra-Casado et al., 2017; Malmusi et al., 2015; McDonald & Kennedy, 2004; Nanhou & Bernèche, 2014; Newbold, 2005; Pampati et al., 2018; Rivera et al., 2015; Shafeek Amin & Driver, 2019; Wu & Schimmele, 2005). Les immigrants récents auraient un avantage significatif comparativement à ceux arrivés il y a plus longtemps; tandis que la santé mentale des

immigrants de longue date serait comparable à celle des Canadiens de naissance (Aglipay et al., 2013; La Parra-Casado et al., 2017; Lou & Beaujot, 2005; Rivera et al., 2015). Par exemple, comparativement aux Canadiens de naissance, les risques de rapporter un mauvais état de santé mentale seraient de 0,65 fois inférieure chez les immigrants de moins de 10 années de résidence (Bergeron et al., 2009; Veenstra, 2009).

Ces deux effets semblent également se vérifier pour les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs. En effet, comparativement aux Canadiens de naissance, les nouveaux immigrants et les immigrants de longue date ne semblent pas désavantagés en matière de symptômes de détresse psychologique (Bratter & Eschbach, 2005; Shafeek Amin & Driver, 2019; Whitley et al., 2017) et de symptômes dépressifs (Ali, 2002; Pampati et al., 2018; Whitley et al., 2017). Les immigrants, à leur arrivée, auraient environ 25% moins de risques de développer des symptômes dépressifs comparativement aux Canadiens de naissance (Wu & Schimmele, 2005). De plus, les risques d'expérimenter des symptômes dépressifs chez les immigrants de plus de 10 années de résidence au Canada seraient de 1,97 fois supérieure à ceux des immigrants de moins de 10 années de résidence (Dunn & Dyck, 2000). Toutefois, les immigrants pris dans leur ensemble, en comparaison avec les personnes nées sur le territoire, auraient plus de risque d'expérimenter des symptômes de détresse psychologique (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015) et des symptômes dépressifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Gilliver et al., 2014; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016; Wassermann & Hoppe, 2019).

L'effet de l'immigrant en bonne santé serait la résultante du système de sélection des immigrants appliqué au Canada à tous les immigrants à l'exception des demandeurs d'asile (Dean & Wilson, 2009). Ce système implique un processus long et coûteux combiné à l'exigence d'un examen médical. Toutes ces conditions contribueraient à attirer vers l'immigration des personnes particulièrement saines physiquement et financièrement. Ces derniers sont plus susceptibles de supporter la rigueur du processus de migration (McDonald & Kennedy, 2004). D'autres expliquent cet effet par la perception de justice entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Les immigrants récents avec une meilleure santé mentale semblent provenir de pays où l'inégalité est plus élevée comparativement au Canada ; tandis que ceux dont la santé mentale est semblable à celle

des Canadiens de naissance proviendraient des pays avec moins d'inégalité (Hamilton & Kawachi, 2013). Quant au processus de déclin avec le temps de la santé mentale, il semble s'arrêter selon certains chercheurs au point de convergence avec la santé des Canadiens de naissance (McDonald & Kennedy, 2004). En d'autres mots, la santé des immigrants arrêterait de décliner lorsqu'elle atteindrait celle des Canadiens de naissance. D'autres pensent au contraire que ce déclin pourrait dépasser le point de convergence pour finalement se situer à un niveau inférieur à celui des Canadiens de naissance (Beiser, 2005; Beiser et al., 2011).

2.2.2 Inégalité de santé mentale selon l'ethnicité

L'ethnicité semble également s'associer aux problèmes de santé mentale. La probabilité de rapporter un mauvais état de santé mentale chez les personnes originaires d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique du Sud serait supérieure à celle des personnes originaires d'Europe, d'Australie ou des États-Unis (Chen et al., 2018; Dunn & Dyck, 2000; Frank & Hou, 2019; Shafeek Amin & Driver, 2019). Les personnes blanches semblent cependant avoir de meilleurs scores (Chen et al., 2018; Frank & Hou, 2019; Shafeek Amin & Driver, 2019; Veenstra, 2009; Veenstra & Patterson, 2016). Comparée aux personnes blanches, la probabilité de rapporter un mauvais état de santé serait d'environ 1,4 fois supérieure chez les Asiatiques (Veenstra, 2009). L'Europe n'est pas non plus épargnée par cette tendance généralisée d'inégalité de problèmes de santé mentale selon l'ethnicité (Malmusi et al., 2015; Rivera et al., 2015). En Hollande par exemple, les travailleurs issus des minorités ethniques (les Africains du Suriname, les sud asiatiques du Suriname, les turques, les Marocains, les Ghanéens) semblent plus à risques de vivre des problèmes de santé mentale comparés aux travailleurs hollandais (De Wit et al., 2008; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010).

Des résultats semblables sont également observés avec les symptômes de détresse psychologiques et des symptômes dépressifs. Parmi les immigrants, les risques de développer des symptômes de détresse psychologique se retrouveraient davantage chez les immigrants en provenance d'Afrique, du Moyen-Orient, ou d'Asie (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015; Shafeek Amin & Driver, 2019). Concernant les symptômes dépressifs, les personnes non blanches semblent également les plus exposées

comparativement aux personnes blanches (Chen et al., 2018; Frank & Hou, 2019). Les personnes non blanches incluent les personnes issues des minorités visibles et les autochtones. Au Canada, les personnes non blanches en général sont les plus désavantagées (Frank & Hou, 2019; Krieger et al., 2011). Aux États-Unis, cela semble particulièrement le cas pour les personnes africaines, asiatiques, hispaniques et du Moyen-Orient (Chen et al., 2018; González et al., 2010; Shafeek Amin & Driver, 2019). Comparés aux non-immigrants blancs, les risques de développer des symptômes dépressifs seraient de 1,27 fois supérieure chez les Afro-Américains et chez les Mexicains (Riolo et al., 2005). En Hollande, les Turcs surinamais et les Asiatiques du Sud semblent les plus exposés (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010). Toutefois, quelques études récentes semblent démontrer moins de symptômes dépressifs chez les personnes non blanches (Kammogne & Marchand, 2019; Stafford et al., 2010).

L'effet de l'immigrant en bonne santé et l'effet de transition semblent principalement concerner les immigrants récents et issus des minorités visibles ; particulièrement ceux en provenance d'Afrique et d'Asie (Ali, 2002; Wang & Hu, 2013; Wu & Schimmele, 2005). En effet, les immigrants membres des minorités visibles dont la durée de résidence au Canada est de moins de dix ans, auraient comparativement aux Canadiens de naissance 0,64 fois moins des risques d'expérimenter des problèmes de santé mentale. Par contre, les minorités visibles de plus de 10 années de résidence, ainsi que les immigrants non membres des minorités visibles (quel que soit leur nombre d'années de résidence) auraient des risques comparables à ceux des Canadiens de naissance (Bergeron et al., 2009).

Deux constats intéressants ressortent de cette analyse des inégalités de problèmes de santé mentale selon l'ethnicité. Premièrement, la composition des groupes identifiés comme minoritaires dans les pays étudiés n'est pas toujours la même. Ceci serait sans doute le résultat des différences dans les politiques d'immigration rencontrées dans ces pays ; étant donné que les politiques d'immigration privilégient certains pays comme sources d'immigrants au détriment des autres pays. Deuxièmement, dans tous les pays étudiés, les personnes identifiées comme appartenant à un groupe minoritaire font face à

un désavantage en matière de santé mentale comparativement aux personnes appartenant au groupe majoritaire.

2.3 Conditions de travail, conditions de vie et problèmes de santé mentale.

Dans la suite de notre travail, nous essayerons de mettre en lumière le rôle des conditions de travail (facteurs du travail) et de vie (facteurs hors travail et facteurs individuels) dans l'explication des problèmes de santé mentale ; tout en soulignant s'il y a lieu des expositions différentielles selon les traits d'identité culturelle. En effet, si des variations existent entre l'état de santé des groupes selon leurs traits d'identité culturelle, des variations significatives pourraient également exister entre les caractéristiques socioéconomiques de ces groupes (Beyer, 2019; Bratsberg et al., 2018; Daunfeldt et al., 2019; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Panichella, 2018; Subedi & Rosenberg, 2014; Tverdostup & Paas, 2019; Yanar et al., 2018). Des expositions et des possibilités différentielles liées à d'autres déterminants de la santé pourraient également expliquer les inégalités de problèmes de santé mentale (Hyman, 2009).

2.3.1 Facteurs du travail

Les facteurs du travail analysés sont les caractéristiques de l'emploi et les conditions de l'organisation du travail. Les conditions de l'organisation du travail relèvent spécifiquement du milieu de travail. Les caractéristiques de l'emploi sont des facteurs en lien avec le travail, mais qui ne sont pas le produit de l'organisation du travail.

2.3.1.1 Les caractéristiques de l'emploi

Les caractéristiques de l'emploi analysées sont le statut d'emploi, la déqualification et la profession.

Le statut d'emploi

L'emploi affecte la santé mentale au travers de trois chemins, dont le manque de revenu, la perte d'emploi correspondant à ses compétences et la perte du statut social (Dean & Wilson, 2009). L'emploi aurait un effet protecteur contre les symptômes de

détresse psychologique et les symptômes de dépression (Frank & Hou, 2019; George et al., 2015; Gibbons & Salkever, 2019; González & Vives, 2019; Heinz et al., 2018; Moxham et al., 2018; van der Noordt et al., 2014). Les personnes sans emplois, celles ayant de la difficulté à trouver un emploi convenable, ou celles recevant du support de revenus auraient plus de troubles dépressifs que celles ayant un emploi (Ford et al., 2010). Les travailleurs temporaires comparativement aux permanents semblent également plus exposés (Ervasti et al., 2014). Or selon l'enquête sur la population active de 2018, le taux de chômage des immigrants au Canada était supérieur à celui des non-immigrants ; tandis que leur taux d'emploi était inférieur. De plus, en Europe comme au Canada, les risques de se retrouver sans emploi sont plus élevés chez les immigrants comparativement aux personnes nées sur le territoire (Bratsberg et al., 2018; Panichella, 2018). Les immigrants semblent non seulement les plus touchés par la précarité d'emploi, mais ces derniers cumulent également plusieurs formes de précarités (précarité du lien d'emploi, précarité professionnelle, précarité économique, précarité du statut de citoyenneté) (Gravel & Dubé, 2006). Parmi les immigrants, les personnes membres des minorités visibles enregistreraient les plus mauvais résultats en termes d'emploi et de chômage (Bouarbat & Grenier, 2014; Chicha & Charest, 2008; Termote, 2013).

Le rôle de l'emploi dans l'expérience des problèmes de santé mentale est ainsi connu. Il en va de même des risques plus élevés de se retrouver sans emploi pour les immigrants et les personnes issues des minorités visibles. Toutefois pour l'heure, le rôle des inégalités en emploi sur l'explication des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs reste moins connu.

La déqualification

La qualité de l'emploi semble être un élément important à tenir compte dans l'analyse du travail. Se retrouver dans un emploi ne correspondant ni à l'expérience acquise ni au niveau d'étude atteint et ni à l'emploi souhaité, aurait des effets négatifs sur la santé mentale (Johnson & Johnson, 1996; Johnson & Johnson, 1999; Reid, 2012; Subedi & Rosenberg, 2016; Wassermann & Hoppe, 2019). Les personnes avec des emplois aux conditions pathogènes semblent autant exposées à la dépression que les personnes sans emploi (Butterworth et al., 2013; Butterworth et al., 2011). Pour ce qui est

de la détresse psychologique, il a même été trouvé qu'un emploi avec de telles conditions pouvait placer le travailleur dans un état de détresse encore pire que celui dans lequel se retrouverait certaines personnes sans emploi (Marchand et al., 2012).

La déqualification représente un des problèmes liés à la qualité de l'emploi qui touche le plus les immigrants et particulièrement ceux provenant des pays non européens (Beyer, 2019; Boudarbat, 2011; Gravel & Dubé, 2006; Guo, 2015; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Premji, 2018; Taylor & Krahn, 2013; Tverdostup & Paas, 2019). La sous-utilisation des compétences des immigrants semble s'associer à plus de dépression (Reid, 2012; Wassermann & Hoppe, 2019). Les immigrants qui estiment être déqualifiés dans leur emploi auraient une santé mentale plus mauvaise en comparaison avec celle des immigrants qui en estiment le contraire (Chen et al., 2010). Les effets de la déqualification sur la santé mentale s'avèrent plus prononcés chez les immigrants qualifiés comparativement aux immigrants peu qualifiés ou pas du tout qualifiés (Dean & Wilson, 2009). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la déqualification entraînerait pour les immigrants qualifiés la perte d'un statut social. Or la perte de statut social contribuerait au déclin de la santé mentale particulièrement chez les immigrants (Beiser & Hou, 2006). Des études récentes laisseraient penser qu'avoir un emploi de qualité réduirait la détresse psychologique beaucoup plus chez les immigrants comparativement aux Canadiens de naissance (Boulet & Boudarbat, 2015).

La profession

Le rôle que pourrait jouer la profession sur l'expérience des problèmes de santé mentale a conduit des chercheurs à focaliser leur attention sur plusieurs angles de la profession tels le secteur d'activité, la profession, et la position professionnelle (Johnson et al., 2005; Marchand, 2007; Marchand et al., 2005; Marchand et al., 2011; Vézina & Gingras, 1996). La question centrale dans les trois cas est de déterminer s'il existe certains secteurs, certaines professions ou certains statuts professionnels qui exposeraient plus que d'autres aux risques d'expérimenter des problèmes de santé mentale.

Du côté du secteur d'activité, il a été possible de retrouver certains secteurs où l'exposition aux problèmes de détresse psychologique était plus élevée. Une étude transversale portant sur les données de la santé de la population, recueillies en 2003 par

Statistique Canada, pointe du doigt neuf secteurs d'activités sur les 95 étudiés, comme étant les secteurs les plus à risques (Marchand, 2007). Les personnes exerçant dans ces secteurs auraient jusqu'à 1,9 fois plus de risques de rapporter une mauvaise santé mentale. Exercer une activité dans les secteurs des grossistes-distributeurs, du transport par camion ou de la fabrication exposerait beaucoup plus au stress comparativement au fait d'exercer dans le secteur des agents et courtiers en gros ; de la production et de la distribution du pétrole, du gaz ou des mines.

Lorsque l'on se penche sur les professions, les résultats de l'étude menée en 2005 en Grande-Bretagne font ressortir six professions sur les vingt-six analysées comme étant les plus stressantes aussi bien psychologiquement que physiquement. Il s'agit entre autres des professions d'ambulancier, d'enseignants, d'agents de service social, d'agents des centres d'appel, d'agents de prisons et d'agent de police (Johnson et al., 2005). Au Canada, cependant, dix professions sont pointées du doigt. Celles-ci couvriraient quatre domaines, dont la santé ; la vente et le service ; le transport et les opérateurs d'équipement ; et enfin la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique (Marchand, 2007). Les professions qui en découleraient exposeraient jusqu'à 2,4 fois plus aux risques de développer de la détresse psychologique ou la dépression.

La position que l'on occupe dans une profession pourrait également expliquer les variations de niveau de santé mentale chez les travailleurs ; même à l'intérieur d'une même profession (Marchand et al., 2005). Un emploi dont le niveau hiérarchique serait bas exposerait à plus de risque de développer des problèmes de santé mentale. Une étude menée au Danemark démontre que le fait d'être un travailleur non qualifié augmenterait de 28% à 46% les risques de développer des symptômes de dépression comparativement au fait d'être un travailleur qualifié (Wieclaw et al., 2005).

Au Canada, les professions et secteurs à risques semblent représenter les secteurs d'activités dans lesquels les immigrants seraient surreprésentés (Emploi-Québec et al., 2007). On retrouverait les immigrants davantage dans le secteur de la fabrication ; le secteur de l'hébergement et le secteur des services (services de restauration, services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement). Les résultats tirés de l'enquête sur la population active de 2018

présentés au chapitre 1 et des recherches récentes tendent à confirmer ces conclusions (Daunfeldt et al., 2019).

2.3.1.2 Les conditions de l'organisation du travail

Les conditions de l'organisation du travail font référence à la façon dont le travail est organisé à l'intérieur d'une entreprise ou d'une profession. Elles incluent la conception des tâches (Bakker et al., 2000; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Marchand et al., 2006; Siegrist, 1996), les demandes de travail (Bakker et al., 2000; Demerouti et al., 2001; Elovainio et al., 2015; Grzywacz et al., 2014; Hammarstrom et al., 2014; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Mark & Smith, 2012; Smith & Bielecky, 2012), les relations sociales au travail (Bronkhorst et al., 2015; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Stansfeld et al., 2013) et les gratifications (Bartram et al., 2009; Demerouti et al., 2000; Dragano et al., 2008; Laszlo et al., 2010; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Marchand et al., 2005; Mark & Smith, 2012; Siegrist, 1996; Silva & Barreto, 2012; Vander Elst et al., 2013).

La conception des tâches

Trois dimensions sont couramment utilisées dans la littérature pour l'analyse de la conception des tâches (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). On y retrouve l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle et la latitude décisionnelle. Selon les modèles de Karasek et collègues (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990), l'utilisation des compétences fait référence à la possibilité pour le travailleur d'utiliser ses compétences au travail et d'en développer de nouvelles. L'autorité décisionnelle renvoie à l'autonomie dont peut disposer le travailleur dans l'exercice de son travail. La latitude décisionnelle quant à elle fait appel au degré de contrôle dont dispose le travailleur sur la manière dont son travail doit être exécuté. Cette dernière dimension est présentée comme la combinaison des deux premières (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Dans leur lien avec la santé mentale, l'augmentation du niveau d'utilisation des compétences serait associée avec une réduction des symptômes de détresse psychologique (De Jonge et al., 2000; Joensuu et al., 2010; Vermeulen & Mustard, 2000; Zhou et al., 2018) et de symptômes dépressifs (Fandino Losada et al., 2013; Heinz et al., 2018). De même, une

faible autorité décisionnelle s'associerait avec une augmentation des symptômes dépressifs (Blackmore et al., 2007; Daly et al., 2019; Hammarstrom et al., 2014; Li, 2019; Vu Eickmann et al., 2018) ou de symptômes de détresse psychologique (Lavoie-Tremblay et al., 2008; Sanguanklin et al., 2014; Zhou et al., 2018). Des conclusions semblables ont été rapportées avec la latitude décisionnelle (Bakker et al., 2006; Bourbonnais et al., 2005; Evans et al., 2006; Heinz et al., 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Lawson et al., 2009; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Vu Eickmann et al., 2018). Toutefois, certaines études laissent penser que l'augmentation du niveau d'utilisation des compétences aurait des effets bénéfiques sur la santé mentale jusqu'à un certain seuil (Marchand et al., 2006). Ce seuil est celui qui permettrait de réduire la routinisation du travail. Et c'est au-delà de ce seuil que l'effet bénéfique de l'augmentation de l'utilisation des compétences disparaîtrait pour être remplacé par un stress plus grand, susceptible d'affecter la santé mentale du travailleur. En tenant compte du genre, l'utilisation des compétences au travail semble réduire la détresse psychologique chez les hommes et pas chez les femmes (Clays et al., 2007; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999). Quant à la latitude décisionnelle, son association avec les problèmes de santé mentale pourrait varier selon le genre (Hammarstrom et al., 2014) et la position hiérarchique (Griffin et al., 2002).

Les demandes de travail

Les demandes de travail incluent les demandes physiques (risques chimiques, physiques, biologiques, ergonomiques, etc.), les demandes psychologiques (rythme de travail, quantité de travail, conflit et ambigüité de rôles, etc.) et les demandes contractuelles (horaires de travail, nombre d'heures travaillé, etc.) (Marchand, 2004). Les demandes physiques élevées semblent s'associer à plus de symptômes de détresse psychologique, et de symptômes de dépression (Challenor & Wright, 2000; Daly et al., 2019; De Jonge et al., 2000; Demerouti et al., 2000; Mak & Mueller, 2001; Mark & Smith, 2012; McDonough, 2000; Reissman et al., 1999; Smith & Bielecky, 2012; Stallones & Beseler, 2002; Stansfeld et al., 2012). Il en va de même des demandes psychologiques élevées qui augmenteraient le niveau de symptômes de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 2007; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Marchand et al.,

2005; Stansfeld & Candy, 2006; Tynes et al., 2013; Zhou et al., 2018) et des symptômes de dépression (Clays et al., 2007; Grzywacz et al., 2014; Kim et al., 2013; Mark & Smith, 2012; Niedhammer et al., 2006; Smith & Bielecky, 2012; Stansfeld & Candy, 2006). Toutefois, un niveau raisonnable de demande psychologique semble perçu par l'employé comme un moyen de développer ses compétences et même de valoriser son travail (Vézina et al., 1992). Au-delà de ce niveau raisonnable, les répercussions sur la santé mentale du travailleur deviendraient négatives (Dejours, 1993; Karasek & Theorell, 1990). Concernant les demandes contractuelles, les horaires irréguliers s'associeraient à plus de problèmes de détresse psychologique et de dépression (Hall et al., 2018; Ogawa et al., 2018; Schneider & Harknett, 2019; Story et al., 2018). Par exemple, le travail de nuit semble être un stresser significatif pour la détresse psychologique, et ce même après avoir contrôlé pour d'autres facteurs y compris le temps de travail (Hayasaka et al., 2007; Paterson et al., 2010). Quant au nombre d'heures travaillées, il semble s'associer positivement aux symptômes dépressifs (Bartram et al., 2009; Bruns & Pilkauskas, 2019; Dejours, 1993; Hayasaka et al., 2007; Kim et al., 2013; McDonough, 2000; Paterson et al., 2010; Spurgeon et al., 1997; Voydanoff & Donnelly, 1999).

Il ne fait plus de doute que la conception des tâches et les demandes de travail sont associées aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes de dépression. Toutefois, les immigrants et particulièrement les personnes issues des minorités visibles semblent plus susceptibles de se retrouver plus fréquemment dans des emplois aux conditions difficiles. Ces deux groupes semblent être associés à une faible latitude décisionnelle (Arcury et al., 2014), à une faible autonomie au travail (Beyer, 2019), à des horaires irréguliers (Aalto et al., 2014; Hurtado et al., 2012; Premji, 2018), et à des demandes élevées (Hurtado et al., 2012). En Allemagne, en comparant les travailleurs migrants des travailleurs allemands, les immigrants semblent être le plus présents dans des emplois aux conditions de travail plus difficiles (Hoppe, 2011). En Espagne, en comparant les non-immigrants catalans, les non-immigrants d'autres régions de l'Espagne avec les personnes nées à l'étranger, les conditions de travail les plus difficiles sont enregistrées chez les personnes nées à l'extérieur de la Catalogne (Borrell et al., 2008). En Hollande, les travailleurs hollandais enregistreraient non seulement une meilleure santé mentale, mais également de meilleures conditions de travail en

comparaison avec leurs collègues appartenant aux groupes ethniques minoritaires (les Africains du Suriname, les Sud asiatiques du Suriname, les turcs, les marocains, les ghanéens) (Nieuwenhuijsen et al., 2015). Les personnes issues des minorités ethniques ont non seulement des risques de dépressions élevés, mais aussi des conditions de travail plus défavorable.

Les relations sociales au travail

Les relations sociales au travail relèvent des interactions avec les collègues et les superviseurs. Elles créent un environnement dans lequel l'employé peut se sentir soutenu instrumentalement (disponibilité des équipements et services nécessaires à l'accomplissement de son travail) ou émotionnellement (différents mécanismes d'expression et de partage des émotions retrouvés en entreprise) (Karasek & Theorell, 1990). Le soutien social au travail semble contribuer à la réduction des risques de développer des problèmes de santé mentale (Akerboom & Maes, 2006; Chang et al., 2005; Häusser et al., 2010; Karasek & Theorell, 1990; Kendall & Muenchberger, 2009; Marchand et al., 2005, 2006; Mark & Smith, 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Silva & Barreto, 2012; Stansfeld et al., 2012; Stansfeld et al., 2013). Un soutien social au travail faible semble s'associer à plus de symptômes de détresse psychologique et de symptômes de dépression (Barnett et al., 2019; Blackmore et al., 2007; Bourbonnais et al., 2007; Bronkhorst et al., 2015; Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007; Fandino Losada et al., 2013; Finne et al., 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Sconfienza et al., 2019; Stansfeld et al., 2012).

Les immigrants et les personnes issues des minorités visibles seraient cependant plus susceptibles d'avoir moins de soutien social au travail (Aalto et al., 2014). De plus, elles feraient face à plus de discrimination (Becker, 1957; Chicha-Pontbriand, 1989; Eid, 2012; Gazier, 2010; Oreopoulos & Dechief, 2011; Stone & Carlisle, 2019; van Dijk, 2002; Whitaker, 2019). Au Canada, les personnes noires et arabo-musulmanes représenteraient les groupes les plus à risques d'être des victimes de discrimination. (Rousseau et al., 2011). Or être victime de discrimination augmenterait les risques d'expérimenter des symptômes de détresse psychologique (Beiser & Hou, 2006; Cobb et al., 2019; George et al., 2015; McKenzie, 2006; Singh et al., 2015) et de dépression

(Strong et al., 2019). Les problèmes de santé mentale en lien avec la discrimination touchent également d'autres pays à travers le monde. Aux États-Unis, ce problème est également présent (Stone & Carlisle, 2019; Whitaker, 2019). De plus, l'association entre la discrimination raciale et les risques de vivre un niveau élevé de détresse psychologique est autant présente chez les personnes non immigrantes noires que chez les personnes immigrantes noires (Krieger et al., 2011). En Nouvelle-Zélande, la discrimination raciale est subie de façon disproportionnée par les groupes non européens à l'instar des Māori, des peuples du Pacifique et des Asiatiques (Harris et al., 2006). Les conséquences de la discrimination raciale vont au-delà de la santé mentale. Les victimes peuvent développer des problèmes cardiovasculaires (Harris et al., 2006) ou des comportements dangereux envers eux (toxicomanie, automutilation, etc.) ou envers leur entourage (agression en milieu de travail, etc.) (Hyman, 2009).

Les gratifications

Les gratifications font référence à toutes ces formes de récompenses accordées à l'employé dans le but de reconnaître ou de valoriser son travail à l'exemple de la rémunération, des perspectives de carrières, de la sécurité d'emploi, de l'estime de soi au travail, voire du prestige. Les gratifications deviennent sources de stress pour le travailleur lorsqu'un écart en défaveur du travailleur s'établit entre les gratifications souhaitées et la capacité de l'entreprise à les combler (Bartram et al., 2009; De Jonge et al., 2000; Demerouti et al., 2000; Dragano et al., 2008; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Li et al., 2006; Marchand et al., 2005). Ainsi, les travailleurs qui évalueraient positivement les récompenses obtenues dans leur emploi auraient des niveaux de détresse psychologique plus faibles comparés à ceux dont l'évaluation serait négative (Laszlo et al., 2010; Mark & Smith, 2012; Virtanen et al., 2002).

Parmi les formes de gratification les plus analysées se retrouve l'insécurité d'emploi. Une faible sécurité d'emploi serait associée à plus de symptômes de détresse psychologique et de dépression (Chang et al., 2005; Kachi et al., 2018; Liukkonen et al., 2004; Marchand et al., 2005, 2006; Näswall et al., 2005; Niedhammer et al., 2006; Rohde et al., 2016; Stansfeld & Candy, 2006; Swaen et al., 2004; Teixeira & Dias, 2018; Vander Elst et al., 2013; Virtanen et al., 2008; Virtanen et al., 2002; Watson & Osberg, 2018).

Toutefois, cette association semble varier selon que l'emploi est permanent ou non permanent. Chez les employés non permanents, l'association semble plus faible comparativement aux employés permanents (Liukkonen et al., 2004). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la sécurité d'emploi ne fait pas partie du contrat psychologique chez les non permanents (Virtanen et al., 2002).

L'insécurité d'emploi semble le plus affecter les immigrés et les personnes membres des minorités visibles (Premji, 2018). Il n'est pas surprenant que ce groupe affiche des taux de chômage élevés et des taux d'emploi faibles (Boudarbat & Grenier, 2014; Chicha & Charest, 2008; Termote, 2013). Toutefois, le rôle joué par les gratifications dans l'explication des inégalités de santé mentale selon les traits d'identité culturelle reste flou.

2.3.2 Les facteurs hors travail

Les facteurs hors travail que nous aborderons sont le soutien social hors travail, la situation familiale, et le conflit travail-famille.

2.3.2.1 Soutien social hors travail

Le soutien social hors travail englobe toutes les sources de soutien dont l'individu peut bénéficier à l'extérieur de son travail à l'exemple du soutien de la famille (parents, conjoints, etc.), des amis ou de la communauté. Le soutien social hors travail semble s'associer aux problèmes de santé mentale. En effet, un niveau faible de soutien social hors travail serait associé à plus de détresse psychologique et de dépression (Beauregard et al., 2011; Bourbonnais et al., 2005; Brohan et al., 2010; Fuhrer et al., 1999; Marchand et al., 2006; Sanguanklin et al., 2014; Singh et al., 2015; Teixeira & Dias, 2018; Zhou et al., 2018). Le rôle du soutien social sur la santé mentale semble varier selon le genre (Fuhrer et al., 1999; Stansfeld et al., 1998). Cela pourrait se justifier par plusieurs facteurs tels l'usage diversifié dont font les hommes et les femmes de leur réseau social hors travail, la taille du réseau social, ou le niveau d'intégration dans le réseau (Fuhrer et al., 1999).

Chez les immigrants, la présence d'un soutien social, la densité du réseau et la diversité ethnique du réseau auraient des effets significatifs sur la santé autodéclarée ainsi que sur certains de leurs résultats sur le marché du travail (Aalto et al., 2014; Puyat, 2013; Sapeha, 2015; Singh et al., 2015; Zhao et al., 2010). Par exemple, les nouveaux immigrants qui entretiendraient chaque mois des interactions sociales avec des membres de leur famille ou avec des amis auraient moins de risques de voir leur santé mentale se dégrader (Newbold, 2009). Sur le marché du travail, l'usage des contacts personnels chez les immigrants s'associerait à un faible revenu; et ce indépendamment du fait que ce réseau soit fort ou faible (Carlsson et al., 2018; Kim, 2018).

2.3.2.2 La situation familiale

Lorsque les personnes sont interrogées sur les facteurs qui nuisent à leur santé mentale, le statut matrimonial, le statut parental, la situation économique, et les rôles familiaux sont souvent pointés du doigt (Dean & Wilson, 2009). Concernant le statut matrimonial, le fait d'avoir un(e) partenaire semble s'associer à moins de risque de détresse psychologique et de dépression (Hayasaka et al., 2007; Hilton et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Zhou et al., 2018). Les personnes séparées, divorcées ou vivant seules auraient plus de détresse psychologique et de dépression comparativement aux personnes mariées ou en couple (Frank & Hou, 2019; Hall et al., 2018; Hayasaka et al., 2007; Hilton et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; McDonough, 2000; Niedhammer et al., 2006; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Stone & Carlisle, 2019; Zhou et al., 2018). Toutefois, certaines études ne trouvent aucune association entre le statut matrimonial et la détresse psychologique (Marchand & Blanc, 2010; Stone & Carlisle, 2019; Zhou et al., 2018) ; tandis que d'autres trouvent des résultats mitigés selon le genre (Almeida & Kessler, 1998; Vermeulen & Mustard, 2000). La qualité de la relation pourrait être une explication ; étant donné que le fait d'être dans une relation tendue exposerait à des risques de détresse psychologique (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Voydanoff & Donnelly, 1999).

Du côté du statut parental, avoir des enfants âgés de 0 à 5 ans ou de 6 à 12 ans semble dans certains cas s'associer aux problèmes de la détresse psychologique (Marchand et al.,

2012); et pas dans d'autres (Marchand & Blanc, 2010). Lorsque l'on tient compte de la qualité de la relation parentale, les parents d'enfants désobéissants, irritables, voire cruels, semblent plus à risques de développer de la détresse psychologique (Marchand et al., 2005; Orpana et al., 2009).

La situation économique du ménage peut elle aussi être source de problèmes de santé mentale. Un revenu faible serait associé à plus de détresse psychologique et de dépression (Almeida & Kessler, 1998; González & Vives, 2019; Orpana et al., 2009; Shafeek Amin & Driver, 2019). Dans certains cas, cette association est non significative (McDonough, 2000). La perception du revenu par le ménage comme suffisant ou non suffisant pourrait être une piste à explorer.

Au Canada, en comparant trois groupes dont les Canadiens de naissance, les personnes nées à l'étranger et les immigrants chinois, le mariage semble apparaître comme ayant un effet protecteur sur l'état de santé de tous les groupes, à l'exception des immigrants chinois où l'effet protecteur du mariage détecté semble très léger (Wang & Hu, 2013). La qualité de la relation n'a pas été analysée dans cette étude. Or le fait d'être dans une relation tendue pourrait faire disparaître l'effet protecteur du mariage sur les risques de problèmes de santé mentale (Marchand et al., 2006; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Voydanoff & Donnelly, 1999). De même, chez les immigrants, l'autoévaluation de la santé semble positive chez ceux dont le revenu est élevé (Beiser, 2005). Par contre, ceux avec une perception négative de leur santé mentale semblent être des immigrants qui manquent de revenus, ceux ayant de la difficulté à trouver un emploi, ou ceux ayant perdu leur statut social (Beiser, 2005; Dean & Wilson, 2009; Newbold, 2009).

2.3.2.3 La conciliation travail-famille

Il arrive parfois que le travail déborde sur la famille (interférence travail-famille). Dans ce cas, ce sont les responsabilités du travail qui obligent l'employé à réduire sa participation aux demandes familiales. Dans d'autres circonstances, ce sont les responsabilités familiales qui débordent sur le travail (interférence famille-travail). Dans ce cas, les conditions familiales obligent l'employé à réduire sa participation dans son travail (un parent qui demande des soins, les soins des enfants pour les familles

monoparentales, ou un parent en perte d'autonomie, etc.). Quelle que soit la direction des débordements, ces conflits peuvent être source de stress et exposer le travailleur aux risques de vivre des problèmes de santé mentale (Byron, 2005; Kelloway et al., 1999; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; Poelmans et al., 2005; Voydanoff & Donnelly, 1999). Les employés ne sont toutefois pas affectés par ce conflit de la même façon (O'Brien et al., 2014). Les femmes seraient plus affectées que les hommes (Behson, 2002; O'Brien et al., 2014; Poelmans et al., 2005), et les personnes ayant des enfants beaucoup plus que celles qui n'en auraient pas (Behson, 2002). Lorsque l'on tient compte de la direction des interférences, les hommes tendraient à être légèrement plus affectés par les interférences travail-famille et les femmes par les interférences famille-travail (Byron, 2005).

S'il est certain que les employés ne sont pas affectés par ce type de conflit de la même façon (Behson, 2002; Byron, 2005; Poelmans et al., 2005), le conflit travail-famille semble plus accentué chez les femmes immigrantes en comparaison avec les femmes non immigrantes (Boyd & Pikkov, 2005; Dumont & Liebig, 2005). Ceci s'expliquerait entre autres par la méconnaissance du fonctionnement du système de garderies publiques, par des horaires de travail atypiques ou trop rigides dans les secteurs économiques où elles sont concentrées, par la durée des déplacements entre le domicile et le lieu de travail (Chicha & Charest, 2008). De plus, elles hésiteraient à confier leurs enfants à des étrangers (OCDE, 2007).

2.3.3 Les caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles incluent les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie, les événements stressants de la vie et les traits de personnalité.

2.3.3.1 Les caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques font référence à tous ces critères utilisés à des fins de segmentation de la population. On y retrouve entre autres le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, le lieu de résidence (province, ville, commune, etc.), etc. Dans leur lien avec les problèmes de santé mentale, les femmes rapporteraient

des symptômes de détresse psychologique et de dépression supérieurs à ceux des hommes (Behson, 2002; Emslie et al., 2002; Fandino Losada et al., 2013; Frank & Hou, 2019; Fuhrer et al., 1999; Grzywacz et al., 2014; Magnavita et al., 2008; McDonough, 2000; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Smith & Bielecky, 2012; Stansfeld et al., 2012; Teixeira & Dias, 2018). Dans certaines études, la différence selon le genre est parfois faible, voire non significative (Behson, 2002; Emslie et al., 2002; Grzywacz, 2000; McDonough, 2000). Les travailleurs jeunes semblent plus exposés à ces symptômes comparés aux travailleurs plus âgés (Emslie et al., 2002; Hayasaka et al., 2007; Lunau et al., 2013; Magnavita et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005, 2006; Moxham et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Stansfeld et al., 2012). Il en va de même des personnes plus éduquées comparativement à celles qui le sont moins (Grzywacz, 2000; McDonough, 2000; Park et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Voydanoff & Donnelly, 1999). D'autres chercheurs semblent rapporter une relation inversée entre le niveau d'éducation et les symptômes de détresse psychologique (San Sebastián et al., 2018) ou de dépression (Grzywacz et al., 2014).

Au Canada, les hommes ayant immigré depuis 10 ans ou plus semblent moins susceptibles de présenter des troubles de l'humeur en comparaison avec les Canadiens de naissance (Nanhou & Bernèche, 2014). Ces différences ne semblent pas significatives chez les femmes ayant le même statut d'immigration. En Hollande, les hommes et les femmes turques ainsi que les hommes marocains auraient plus de risques de développer des problèmes de santé mentale (De Wit et al., 2008). En Espagne, les conditions de vie et de travail semblent expliquer la mauvaise santé générale chez les femmes nées dans le reste de l'Espagne et pas chez les hommes étrangers (Borrell et al., 2008). En Angleterre, la relation entre la santé mentale et l'ethnicité semble se modifier lorsque l'on tient compte du genre. En comparant les blancs, les Irlandais, les noirs caribéens, les Bangladais, les Indiens et les Pakistanais, les troubles dépressifs et anxieux semblent plus élevés chez les hommes irlandais et pakistanais de 35 à 54 ans et chez les femmes pakistanaises et indiennes de 55 à 74 ans par comparaison avec les blancs du même genre et de la même tranche d'âge (Weich et al., 2004).

Au Canada, en comparant trois groupes dont les Canadiens de naissance, les personnes nées à l'étranger et les immigrants chinois, le genre et l'âge semblent avoir un effet sur la

santé auto-rapportée du troisième groupe, un peu moins sur celle des personnes nées à l'étranger, suivies des Canadiens de naissance (Wang & Hu, 2013). L'âge au moment de l'immigration semble également affecter la santé mentale, particulièrement chez les jeunes immigrants. Les personnes qui immigrèrent à l'âge de 17 ans ou moins auraient plus de risques de développer des symptômes de dépression comparativement à celles qui immigrèrent à un âge supérieur à celui-ci (Wu & Schimmele, 2005).

Le niveau d'éducation expliquerait tout aussi les différences entre les groupes. Parmi les immigrants, ceux avec un niveau d'éducation bas auraient plus de risque de se retrouver dans des emplois où la demande physique est élevée (Smith et al., 2009). Une étude américaine concluant en l'existence d'une inégalité des symptômes de dépression entre les blancs, les Africains et les Mexicains nés sur le territoire américain a révélé une interaction significative de l'éducation (Riolo et al., 2005). Après avoir contrôlé pour la pauvreté, l'éducation demeurait dans cette étude un risque significatif dont l'effet se trouvait plus prononcé chez les blancs et un peu moins chez les Africains et les Mexicains. Le niveau d'éducation semble dans certains cas expliquer les disparités de santé mentale entre les immigrants (Ichou & Wallace, 2019).

2.3.3.2 Les habitudes de vie

La « *Classification québécoise du processus de production du handicap* » définit l'habitude de vie comme une activité courante (communications, condition corporelle, soins personnels, nutrition, déplacements, etc.) ou un rôle (loisirs, vie communautaire, relations interpersonnelles, etc.) valorisé par une personne afin d'assurer sa survie et son épanouissement dans la société (Fougeyrollas, 1998). Dans son lien avec la santé mentale, la détresse psychologique augmenterait avec l'élévation du niveau de consommation d'alcool (Nielsen et al., 2018) ou de cigarette (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006; Parrott, 2003; Puetz et al., 2006; Shafeek Amin & Driver, 2019; Sonnentag & Jelden, 2009). Néanmoins une consommation modérée pourrait réduire les tensions occasionnées par le stress. Au-delà de cette modération, les effets bénéfiques de la consommation d'alcool disparaîtraient (Marchand et al., 2005, 2006). L'activité physique semble contribuer à réduire les risques de détresse psychologique et de

dépression (Ghrouz et al., 2019; Jonsdottir et al., 2010; Lindwall et al., 2014; Stansfeld et al., 2012; Toker & Biron, 2012; Zhou et al., 2018).

Le style de vie des immigrants semble changer avec le processus d'acculturation (Dean & Wilson, 2009; Newbold, 2009). Ils adopteraient avec le temps le « style de vie canadien » qui implique l'augmentation de leur consommation d'alcool et de cigarette, et l'adoption de l'exercice physique (Subedi & Rosenberg, 2014). Une étude exploratoire dans laquelle certains immigrants se sont exprimés amène à maintenir quelques réserves quant à de telles affirmations (Dean & Wilson, 2009). Pratiquement toutes les personnes interrogées dans cette étude ont signalé n'avoir pas consommé d'alcool ou de cigarettes depuis leur arrivée. Certaines de celles qui en consommaient dans leur pays d'origine ont décidé de réduire voire d'arrêter leur consommation. Pour ce qui est des activités physiques, la majorité des immigrants récents de l'étude pointent les coûts en argent et en temps que représentent de telles activités au Canada. Les avis sur les habitudes alimentaires varient tout aussi. Si pour certains l'arrivée au Canada rime avec l'augmentation de l'accès à de la nourriture saine, elle rime tout aussi avec l'augmentation des opportunités d'acquérir des aliments malsains. Toutefois, concernant l'activité physique, les études récentes semblent démontrer que les immigrants récents s'adonnent plus aux activités physiques que les anciens (Yu & Teschke, 2018).

2.3.3.3 Les évènements stressants de la vie

L'échelle de Holmes-Rahe est utilisée pour analyser la probabilité pour les évènements stressants d'affecter la santé de l'individu (Holmes & Rah, 1967). Quatre catégories d'évènements sont identifiées : les évènements familiaux, les évènements personnels, les évènements de travail et les évènements financiers.

Les évènements familiaux incluent le décès du conjoint, le divorce, la séparation, le décès d'un proche, les problèmes de santé dans la famille, la grossesse, les difficultés avec la belle famille, les changements d'attitudes importants du conjoint, ou le départ d'un enfant, etc. Les évènements personnels incluent l'emprisonnement, la maladie, un problème sexuel, le décès d'un ami, des changements de lieu de résidence, des changements dans les habitudes et les conditions de vie, etc. Les évènements de travail

englobent le congédiement, la retraite, le changement de poste ou les changements importants dans les conditions de travail, etc. Quant aux événements financiers, les auteurs y incluent des emprunts et les hypothèques. Chacun de ces événements vécus soit dans l'enfance et à l'âge adulte peut représenter un facteur de vulnérabilité face aux difficultés rencontrées au travail (Marchand et al., 2006). Ils sont à même d'augmenter les risques de vivre de la détresse psychologique (Kash et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; Niedhammer et al., 2006; Puetz et al., 2006; Sonnentag & Jelden, 2009). De plus, les personnes ayant un problème de santé chronique semblent développer plus de symptômes de détresse psychologique (Teixeira & Dias, 2018; Zhou et al., 2018) et de dépression (Hall et al., 2018; Park et al., 2018) comparativement aux personnes en santé.

Chez les nouveaux immigrants pour qui communiquer en français ou en anglais est une habitude nouvelle, la barrière de langue peut représenter un véritable événement stressant. Le manque d'habileté linguistique peut affecter leur santé mentale (Beiser et al., 2011; Newbold, 2005; Singh et al., 2015; Zunzunegui et al., 2006). Comparativement aux Canadiens de naissance, les immigrants qui ne parlent pas une langue officielle du Canada seraient plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé mentale ; et ceux qui en parleraient au moins une de ces langues en auraient beaucoup moins (Bergeron et al., 2009). Le déficit de langue exposerait les immigrants dans les deux à quatre premières années de leur séjour au Canada à plus de risques de se retrouver dans des emplois aux conditions difficiles (Smith et al., 2009). Ils se retrouveraient ainsi dans des emplois dont les demandes physiques sont élevées et les horaires irréguliers (Smith & Mustard, 2010).

Le changement de résidence peut également représenter un événement stressant de la vie; particulièrement chez certains groupes d'immigrants pour qui l'arrivée au Canada signifie vivre dans des communautés pauvres ou à forte concentration d'immigrants (Sapeha, 2015). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'accès à une propriété s'associerait à moins de problème de santé mentale à l'exemple de la détresse psychologique (Shafeek Amin & Driver, 2019). Vivre dans des communautés à taux de chômage élevé serait associé à plus de détresse psychologique chez les immigrants de première ou de deuxième génération contrairement aux non-immigrants (Beiser et al., 2011; Zunzunegui et al., 2006). De même, laisser dans son pays d'origine de la famille proche faisant face à

des situations économiques, sociales, climatiques, ou politiques difficiles représenterait également une source de problème de santé mentale chez certains immigrants (Beiser, 1999; Beiser & Hyman, 1997).

2.3.3.4 Les traits de personnalité

Les traits de personnalité peuvent être vus comme l'ensemble des comportements voire d'attitudes susceptibles d'influencer les capacités d'adaptation d'un individu face aux événements stressants de la vie (Cohen & Edwards, 1989; Spector et al., 2000). Ils représentent des manières distinctes d'évaluer des situations. Comme le soulignent Lazarus et Folkman (1984), si l'individu évalue une situation comme étant négative ou stressante pour lui, il se produira chez ce dernier une réaction de stress.

Les traits qui caractérisent les personnes dotées de la personnalité de type A (l'irritation, la compétition, l'anxiété et l'hostilité flottante, etc.) les exposeraient à plus de risque de développer des problèmes de santé mentale (Friedman & Rosenman, 1959). De même, une faible estime de soi pourrait contribuer à augmenter les risques de dépression (Gardner & Webb, 2019; Lee et al., 2013; Paterniti et al., 2002) et de détresse psychologique (Chang et al., 2005; Paterniti et al., 2002). Avec une estime de soi élevée, les personnes ont une attitude positive vis-à-vis d'elle-même (Rosenberg, 1979; Vallières & Vallerand, 1990). Les personnes avec un centre de contrôle interne contrairement aux personnes dont le centre de contrôle est externe perçoivent les tensions qu'elles ressentent comme étant moindres, maîtrisables et sur lesquelles elles peuvent intervenir par leur action (Leung et al., 2000). Le centre de contrôle interne pourrait être une disposition favorisant la résilience face à l'expérience de détresse psychologique (Marchand et al., 2006) ; d'où son association à moins de risques de développer des problèmes de santé mentale (Kurtović et al., 2018; Muhonen & Torkelson, 2004).

Le sentiment de cohésion fait référence à la perception d'un individu que les événements qui surviennent dans sa vie ont un sens (Lu et al., 2000). Un fort sentiment de cohésion contribuerait à réduire les risques de développer des problèmes de santé mentale (Kouvonen et al., 2010) à l'exemple de la détresse psychologique (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000). Quant à l'affectivité négative, elle engloberait plusieurs états d'esprit

souvent étudiés séparément tels l'anxiété, la dépression, l'hostilité, le pessimisme, la culpabilité, la peur, ou la tristesse (Muhonen & Torkelson, 2004). L'affectivité positive par opposition à l'affectivité négative est caractéristique des personnes optimistes, pleines d'énergie et prêtes à agir face aux situations difficiles de la vie. Par conséquent, les risques de développer des problèmes de santé mentale semblent plus élevés chez les personnes dotées de l'affectivité négative comparativement aux personnes dotées d'une affectivité positive (Spector et al., 2000).

En plus des cinq traits de personnalité ci-dessus mentionnés, on retrouve également ceux définis par Goldberg sous l'expression du « Big Five » (Goldberg, 1990). Le Big Five est un repère établissant des caractéristiques propres à cinq traits centraux de la personnalité. Dans leur lien avec la santé mentale, le névrosisme (tendance à éprouver facilement des émotions désagréables) exposerait le plus aux risques de développer du stress (Conard & Matthews, 2008) ou des symptômes de dépression (Gramstad et al., 2013; Vearing & Mak, 2007). Ces risques seraient réduits pour la conscienciosité (la tendance à l'autodiscipline, à l'orientation vers des buts, etc.) (Gramstad et al., 2013; Muris, 2006), l'extraversion (caractéristique des personnes pleines d'énergie, d'émotion positive, etc.) (Brezo et al., 2006; Conard & Matthews, 2008; Gramstad et al., 2013; Steel et al., 2008), l'agréabilité (tendance à être compatissant et coopératif envers les autres) (Steel et al., 2008), et l'ouverture à l'expérience (tendance à la curiosité, à l'imagination, etc.) (Malouff et al., 2005; Steel et al., 2008).

Parmi l'ensemble des traits de personnalité analysés, l'estime de soi représente l'un des rares traits de personnalité à avoir été traité en lien avec les traits d'identité culturelle. Comme résultats, les immigrants avec une faible estime de soi auraient une perception plus négative de leur santé mentale (Font et al., 2012). Par exemple, l'estime de soi semble être un des prédicateurs majeurs des problèmes de santé mentale chez les enseignants issus des minorités ethniques (Miller & Travers, 2005).

2.4 Catégories de traits d'identité culturelle dominants dans la revue de littérature en lien avec le travail et les problèmes de santé mentale

Au terme de cette revue de littérature sur le lien entre les traits d'identité culturelle, le travail et la santé mentale, certains traits d'identité culturelle semblent le plus s'associer au travail et à la santé mentale. De façon générale, les traits d'identité culturelle permettant de catégoriser les personnes comme migrantes, descendantes de migrant ou membre des minorités visibles semblent les plus distinctifs.

2.5 Limites des connaissances et contribution de la recherche

Au terme de cette revue de littérature, nous nous apercevons qu'il existe bien un ensemble d'études permettant de mettre en relation les traits d'identité culturelle, le travail et la santé mentale. Toutefois, cette littérature reste limitée sur plusieurs points.

La place du travail est restreinte dans les études mettant en relation les traits d'identité culturelle et les problèmes de santé mentale. Bien que certaines de ces études contrôlent pour des indicateurs liés au travail (Chen et al., 2010; Dunn & Dyck, 2000; Hamilton & Hummer, 2011; Hamilton & Kawachi, 2013; Newbold, 2005; Rousseau et al., 2011; Wu & Schimmele, 2005), les conditions de travail restent toutefois négligées. Or tout au long de ce chapitre, nous avons pu constater l'existence de véritables expositions différentielles aux conditions de travail selon les traits d'identité culturelle (Beyer, 2019; Bratsberg et al., 2018; Chen et al., 2010; Daunfeldt et al., 2019; Hyman, 2009; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Newbold, 2005; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Panichella, 2018; Rousseau et al., 2011; Tverdostup & Paas, 2019). D'où notre intérêt de souligner le rôle joué par les conditions de travail.

Lorsque vient le temps de se pencher sur la littérature mettant en relation les facteurs du travail aux problèmes de santé mentale, on s'aperçoit très vite que les traits d'identité culturelle ne sont pas toujours pris en compte. Peu d'études dans le domaine de la santé mentale portent une attention particulière aux traits d'identité culturelle. Pour celles qui en tiennent compte (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Voydanoff & Donnelly, 1999; Wieclaw et al., 2005), les traits d'identité culturelle identifient la plupart du temps des catégories hétérogènes.

Les groupes ethniques identifiés ne sont pas toujours les mêmes. Il en est de même des caractéristiques des immigrants. Au Canada, contrairement à l'Europe ou aux États-Unis, les immigrants sont généralement plus éduqués en comparaison avec les personnes nées sur le territoire. De plus, les critères de sélection de ces immigrants sont différents de ceux retrouvés en Europe ou aux États-Unis.

L'un de nos objectifs de recherche est également de tester l'existence d'un phénomène de réactions différentielles aux stressors du travail. Il s'agit plus spécifiquement de savoir si les mêmes stressors auraient des effets semblables sur la santé mentale des travailleurs, quels que soient leurs traits d'identité culturelle. Pour l'heure, il reste difficile de le confirmer. En effet, nous avons été à même de souligner que très peu d'études ayant analysé un tel questionnement.

Cette littérature révèle également des lacunes quant aux études s'intéressant à la situation des enfants des immigrants. Comme cela a pu être constaté avec cette revue de littérature, la santé mentale des immigrants ou de la population canadienne en générale a bénéficié d'une attention particulière ; tandis que celle des enfants des immigrants en a bénéficié beaucoup moins. Ceci provient sans doute du fait que les enfants des immigrants sont très souvent considérés dans des études comme des personnes non immigrantes. Or, sur le marché du travail, certains d'entre eux continuent de subir les mêmes traitements que ceux réservés aux immigrants et particulièrement les enfants d'immigrants issus des minorités visibles.

Cette revue de littérature révèle que le statut d'immigrant et l'ethnicité sont souvent analysés séparément dans la plupart des études. Or en les incluant dans la même étude, il devient possible de déterminer qui de l'ethnicité ou du statut d'immigrant joue un rôle plus important dans le lien qui unit les facteurs du travail aux problèmes de santé mentale chez les personnes en emploi.

Au terme de notre projet de recherche, nous serons à même de combler plusieurs des limites ci-dessus mentionnées en nous basant sur les personnes en emploi. Nous nous appuyons à cet effet sur des données longitudinales. Grâce à ces données, il est possible d'observer l'évolution dans le temps de l'état de santé de notre échantillon longitudinal et de confirmer l'existence ou non d'effets potentiellement causaux. Avant de nous y

pencher, il est nécessaire de présenter, dans le prochain chapitre, notre cadre théorique, le modèle de recherche retenu ainsi que les différentes hypothèses formulées.

CHAPITRE 3 : Présentation du modèle conceptuel

Le précédent chapitre a permis de mettre en lumière le rôle des conditions de travail (facteurs du travail), des conditions de vie (facteurs hors travail et facteurs individuels), et des traits d'identité culturelle à l'explication des problèmes de santé mentale. Des expositions différentielles à ces conditions de travail et de vie selon les traits d'identité culturelle ont également été soulignées.

Ramener tous ces facteurs ainsi que les traits d'identité culturelle dans un cadre explicatif aux problèmes de santé mentale nécessite de dépasser les modèles dominants du stress au travail (Demerouti et al., 2001; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996). Ces modèles laissent penser que seuls les facteurs du travail seraient associés aux symptômes de détresse psychologique et de dépression chez les personnes en emploi. Par conséquent, nous prendrons appui dans notre travail sur le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006). Ce modèle multiniveaux se démarque des modèles dominants. Il englobe l'ensemble des facteurs retrouvés dans les modèles dominants du stress au travail en plus de tenir compte de plusieurs autres déterminants de la santé mentale absents de ces modèles.

Avant de nous pencher sur l'esquisse du modèle conceptuel et sur la présentation de nos principales hypothèses, nous développerons davantage sur quatre modèles dominants du stress au travail ainsi que sur le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006). Ces modèles se fondent sur plusieurs théories et approches différentes afin d'expliquer la composition des conditions travail ainsi que les processus pouvant conduire ces conditions à l'expérience de problèmes de santé mentale. Parmi ces théories se retrouvent la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1975, 1980), la théorie de l'échange social (Homans, 1958), la théorie des attentes (Porter & Steers, 1973; Vroom, 1964), la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), la théorie du stress social (Pearlin et al., 1981), les approches sociologies micro-macro (Alexander, 1987; Munch & Smelser, 1987; Ritzer, 1996; Smelser, 1997) et les approches sociologiques agent-structure (Archer, 1995; Bourdieu, 1979; Giddens, 1987; Habermas, 1987; Sztompka, 1993).

3.1 Cadres théoriques : les modèles du stress au travail et leurs courants théoriques fondateurs

Le cadre théorique retenu pour cette recherche est inspiré de cinq modèles du stress au travail. Tout au long de cette section, nous reviendrons sur les courants théoriques sur lesquels se fondent ces modèles.

3.1.1 Modèle demande-contrôle (Karasek, 1979)

Le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) prend appui sur la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1975). Hackman et Oldman tenteront au travers de leur théorie de souligner les caractéristiques de l'emploi ayant un impact sur la motivation, la satisfaction, ou la performance. Ils pointent du doigt cinq caractéristiques centrales du travail. Celles-ci agiraient par le biais de trois états psychologiques. Trois de ces caractéristiques dont la variété de la tâche (le degré auquel un emploi nécessite une variété de compétences), l'identification de la tâche (le degré auquel le travailleur connaît le processus et les résultats attendus de son travail), et la signification de la tâche (la connaissance de la valeur de son travail) susciteraient comme état psychologique le sentiment d'un travail valorisant. L'autonomie (la marge de liberté dont dispose le travailleur sur la planification du travail et sur les procédures qui y sont rattachées) susciterait le sentiment de responsabilité à l'égard de son travail; et le feedback (le retour d'information sur son travail) susciterait la connaissance des résultats de son travail. Pour que se développe et se maintienne la motivation, la présence simultanée de ces trois états psychologiques serait nécessaire (Hackman & Oldham, 1980). La théorie des caractéristiques de l'emploi établit également trois facteurs modérateurs dans la relation qui unirait les caractéristiques de l'emploi à leurs conséquences. Il s'agit des connaissances et habiletés, de la satisfaction découlant du contexte, et du besoin de croissance personnelle. La motivation serait plus élevée lorsque l'employé détient un fort besoin de croissance personnelle.

Karasek (1979), à la différence de Oldman et Hackman (1975) considère les problèmes de santé mentale comme des conséquences aux caractéristiques de l'emploi. Ces caractéristiques sont regroupées en deux grandes dimensions que sont la latitude

décisionnelle et la demande psychologique. La latitude décisionnelle parfois appelée contrôle ou autonomie décisionnelle est l'habileté du travailleur à contrôler ses propres activités et à utiliser ses compétences. La demande psychologique englobe des contraintes telles que la présence de délais à respecter, la charge de travail, le rythme de travail, la demande mentale pour accomplir une tâche, et la coordination. En croisant ces deux dimensions, Karasek fait ressortir quatre catégories d'emplois. On y retrouve les emplois passifs (faibles latitudes et faibles demandes), les emplois à faibles tensions (fortes latitudes et faibles demandes), les emplois à fortes tensions (faibles latitudes et fortes demandes) et les emplois actifs (fortes latitudes et fortes demandes). Deux hypothèses principales sont formulées. Selon la première, les emplois à fortes tensions représenteraient les emplois où le risque de développer le stress serait plus élevé. Le stress serait ici la résultante de demandes psychologiques élevées et d'une latitude décisionnelle faible. Plus précisément, le stress apparaîtrait lorsque la latitude décisionnelle dont dispose un travailleur ne lui permettrait pas d'accomplir les demandes auxquelles il ferait face. Il y aurait ainsi une interaction entre les demandes et la latitude. Selon cette interaction, la latitude décisionnelle modérerait les effets négatifs d'une demande élevée sur le bien-être. La seconde hypothèse vient préciser les conditions dans lesquelles les emplois actifs pourraient conduire à l'apprentissage ou à la croissance, et par conséquent, améliorer plutôt que perturber l'état psychologique du travailleur. Ces conditions sont celles dans lesquelles la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques sont élevées sans être écrasantes.

Sur le plan empirique, on retrouve un soutien de l'effet direct de chacune des dimensions du modèle de Karasek sur les problèmes de santé mentale (Bartram et al., 2009; Blackmore et al., 2007; Bourbonnais et al., 2007; Clays et al., 2007; Daly et al., 2019; Dragano et al., 2008; Elovainio et al., 2015; Fandino Losada et al., 2013; Grzywacz et al., 2014; Hammarstrom et al., 2014; Heinz et al., 2018; Kim et al., 2013; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Li et al., 2006; Lunau et al., 2013; Marchand et al., 2005; Mark & Smith, 2012; Niedhammer et al., 2006; Sanguanklin et al., 2014; Sanne et al., 2005; Silva & Barreto, 2012; Smith & Bielecky, 2012; Stansfeld et al., 2012; Tynes et al., 2013; Vu Eickmann et al., 2018; Ylipaavalniemi et al., 2005; Zhou et al., 2018). Toutefois, l'hypothèse d'interaction qui sous-entend que la latitude décisionnelle saurait faire

disparaître les effets négatifs d'une demande excessive du travail chez l'employé semble difficile à soutenir (Bakker & Demerouti, 2007; Clays et al., 2007; Häusser et al., 2010; Marchand & Durand, 2011; Stansfeld & Candy, 2006).

3.1.2 Modèle demande-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990).

Ce modèle comme celui de Karasek s'inspire de la théorie des caractéristiques de l'emploi. Plutôt que de regrouper les caractéristiques de l'emploi en deux dimensions, celles-ci sont regroupées en trois dimensions. En 1990, Karasek et Theorell ajouteront une troisième dimension qu'est le soutien social au modèle de Karasek de 1979. Cet ajout donnera naissance au modèle demande-contrôle-soutien. Les dimensions demande et contrôle sont semblables à celles retrouvées dans le modèle de Karasek (1979). Quant au soutien social, il inclut le soutien instrumental et le soutien émotionnel. Le soutien instrumental fait référence à la disponibilité des équipements et des services nécessaires à l'accomplissement de son travail. Le soutien émotionnel renvoie à tous les mécanismes d'expression et de partage des émotions qui sont mis en place dans une entreprise. La combinaison des trois dimensions du modèle de Karasek et Theorell (1990) donne lieu à différentes situations de travail dont la plus stressante serait celle où l'on retrouve à la fois des demandes excessives, un niveau de contrôle bas et un soutien social faible. En plus de soutenir les deux hypothèses formulées dans le modèle demande-contrôle (Karasek, 1979), ce modèle soutient également l'hypothèse selon laquelle les conséquences sur la santé mentale de la combinaison d'une forte demande et d'un faible contrôle seraient plus importantes lorsque le soutien social est faible. Cette dernière hypothèse sous-entend que le soutien social saurait modérer la relation entre les demandes psychologiques, le contrôle et la santé mentale.

D'un point de vue empirique, il a été possible de confirmer qu'un soutien social fort tendrait à réduire le niveau de tension ressenti par l'individu (Barnett et al., 2019; Blackmore et al., 2007; Bourbonnais et al., 2007; Bronkhorst et al., 2015; Clays et al., 2007; Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007; Fandino Losada et al., 2013; Finne et al., 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Silva & Barreto, 2012; Stansfeld et al., 2012). Cependant, des doutes demeurent sur le rôle modérateur du soutien social dans la relation entre les demandes psychologiques, le contrôle et la santé mentale (Clays et al., 2007;

Häusser et al., 2010; Van der Doef & Maes, 1999; Vanroelen et al., 2009). Ces doutes peuvent s'expliquer entre autres par les différentes limites du modèle. En effet, les dimensions du modèle de Karasek et Theorell ne couvriraient pas tous les aspects psychosociaux liés au travail. Plusieurs demandes n'y sont pas prises en compte à l'instar des demandes émotionnelles (Bakker & Demerouti, 2007; Hackman & Oldham, 1980; Jones et al., 1998). Le modèle ne tiendrait pas non plus compte de plusieurs autres facteurs pouvant également affecter l'expérience des problèmes de santé mentale à l'instar des différences individuelles, des relations de pouvoir en milieu de travail, ou des stratégies de coping (ajustement) (Kristensen, 1995).

3.1.3 Modèle du déséquilibre effort-récompenses (ERI) (Siegrist, 1996)

Le modèle du déséquilibre effort-récompenses prend appui sur la théorie de l'échange social ainsi que sur la théorie des attentes. La théorie de l'échange social est une théorie abordée dans différents champs d'études (psychologie, sociologie et économique) et initiée par le sociologue George Homans. Cette théorie tente d'expliquer les changements et la stabilité dans la relation d'emploi en mettant en avant la rationalité de chacune des parties impliquées dans l'échange social. Chacune d'elles aurait pour finalité la maximisation de ses profits et la minimisation de ses coûts (Homans, 1961). Le profit est calculé comme la différence entre les récompenses et les coûts. Tout ce qui est synonyme de valeur négative pour l'individu augmenterait ses coûts. Homans définit l'échange social comme "the exchange of activity, tangible or intangible, and more or less rewarding or costly, between at least two persons" (Homans, 1961, p. 13). Le respect de la réciprocité des obligations serait la condition d'un échange satisfaisant et durable. Trois propositions principales sont formulées de cette théorie. Premièrement, lorsqu'une personne est récompensée pour une action, elle a tendance à répéter cette même action. Deuxièmement, plus un stimulus particulier a donné lieu à une récompense dans le passé, plus probables sont les risques qu'une personne y réponde à nouveau. Troisièmement, plus souvent une personne a reçu une récompense particulière dans un passé récent, moins précieuse devient toute autre unité de cette récompense.

Le modèle de Siegrist (1996) prend également appui sur la théorie des attentes comblées (Met Expectations theory) selon laquelle trois éléments caractériseraient la

motivation (Porter & Steers, 1973). Il s'agit entre autres de ce qui dynamise le comportement humain, de ce qui oriente de tels comportements, et de la façon dont ces comportements sont maintenus (Steers & Porter, 1979, p. 156). Particulièrement intéressés par les comportements de retrait des individus, Steers et Porter considèrent que les bases de la motivation sont les besoins et les attentes ; un comportement, des objectifs ; et une certaine forme de rétroaction (feedback). Les attentes comblées sont alors décrites comme la différence entre ce qu'une personne rencontre dans son travail en matière d'expériences positives et négatives et ce qu'il attendait de rencontrer (Porter & Steers, 1973). Ainsi, lorsque les attentes d'un individu quel qu'il soit ne sont pas substantiellement remplies, sa propension à se retirer augmente. Par opposition, plus ses attentes sont en congruence avec sa réalité une fois au travail, plus il est satisfait et plus il s'adapte à son travail.

En accord avec ces deux théories, Siegrist (1996) voit la relation d'emploi comme un échange entre effort et récompense, et où les efforts devraient être égalisés par des récompenses appropriées. Dans son modèle, les récompenses peuvent être matérielles (rémunération), sociales (reconnaissance, estime, etc.), ou symboliques (sens donné à l'effort). Les efforts peuvent être extrinsèques ou intrinsèques. Les efforts extrinsèques regroupent des contraintes professionnelles parmi lesquelles les contraintes de temps, les responsabilités, la charge physique et les exigences croissantes du travail. Les efforts intrinsèques parfois nommés surengagements correspondent à des facteurs de personnalité qui traduisent les attitudes et les motivations associées à un engagement excessif dans le travail (Siegrist, 2001). Le stress selon Siegrist serait la conséquence d'un déséquilibre entre les attentes en termes de récompenses et les efforts (De Jonge et al., 2000; Siegrist, 1996). Il est ainsi postulé que l'effort que fournit un individu peut se trouver atténué par le sentiment de savoir que celui-ci a été récompensé à sa juste valeur. Trois hypothèses sont formulées. Premièrement, les efforts élevés et les faibles récompenses augmenteraient les risques de santé au-delà du niveau de risque associé à chacune des dimensions prises séparément (efforts élevés ou faibles récompenses). Deuxièmement, les personnes surengagées seraient susceptibles de développer plus de déséquilibres en comparaison avec les autres travailleurs à raison de leur attente très élevée. Troisièmement, des efforts extrinsèques et intrinsèques élevés associés à de

faibles récompenses constitueraient des situations de risque les plus élevées pour le travailleur (Siegrist, 2005; van Vegchel et al., 2005).

Des preuves empiriques d'un effet direct du déséquilibre effort-récompense sur la santé mentale du travailleur existent (Aboa Eboule et al., 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Lunau et al., 2013; Silva & Barreto, 2012; Stansfeld & Candy, 2006; Vu Eickmann et al., 2018). Ce déséquilibre exposerait les travailleurs à l'anxiété et aux symptômes de dépressions (Bartram et al., 2009; Dragano et al., 2008; Niedhammer et al., 2006; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Vu Eickmann et al., 2018). Toutefois, l'hypothèse du surengagement reste moins soutenue dans la littérature (Kinman & Jones, 2008; Stansfeld & Candy, 2006; van Vegchel et al., 2005). Très peu d'études rapporte une interaction entre le surengagement et les demandes physiques (De Jonge et al., 2000). Une autre limite de ce modèle est son manque de précision quant aux dimensions des efforts et des récompenses. Le salaire, l'estime et le contrôle sont les seules composantes des récompenses répertoriées. De plus, les récompenses ne tiendraient pas compte du type de profession ou du contexte organisationnel (Bakker & Demerouti, 2007).

3.1.4 Modèle Demande-Ressources (Demerouti et al., 2001)

Le modèle demande-ressource (Demerouti et al., 2001) voit le jour en réaction aux trois précédents modèles. Demerouti et ses collègues considèrent que les précédents modèles "have been restricted to a given and limited set of predictor variables that may not be relevant for all job positions" (Bakker & Demerouti, 2007, p. 309). En choisissant comme dimensions les demandes et les ressources de travail, ils souhaitent contrairement aux modèles antérieurs, inclure une plus grande variété de conditions de travail. Les demandes englobent l'effort mental, l'effort physique et l'effort psychologique (surcharge de travail, horaires de travail inappropriés, monotonie des tâches, etc.). Les ressources peuvent être liées à l'emploi lui-même (autorité décisionnelle, clarté des rôles, diversité des tâches, développement des compétences, etc.), à l'organisation (opportunités de carrière, sécurité d'emploi, etc.), ou aux relations sociales au travail (soutien social au travail, climat de travail, etc.).

Le modèle demande-ressource (Demerouti et al., 2001) s'inspire également de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) et souligne la relation entre les demandes et les ressources. Au cœur de la théorie de la conservation des ressources se situe la présomption principale selon laquelle les individus sont portés naturellement à créer, à favoriser, et à conserver les choses qui ont de la valeur à leurs yeux, soit les ressources. Cette tendance à préserver et à accumuler les ressources leur permettrait de mieux faire face aux demandes qu'ils rencontrent au cours de leurs vies. Selon Hobfoll (1989), les circonstances stressantes conduisent à la perte de ressources tandis que les circonstances favorables entraîneraient un gain de ressources. Trois circonstances conduisent au développement du stress à savoir : lorsque les ressources clés des individus sont menacées de perte, lorsque les ressources sont perdues, ou lorsque les individus échouent à obtenir des ressources à la suite d'un investissement important de ressource.

En accord avec les postulats de la théorie de la conservation des ressources, le modèle demande-ressource (Demerouti et al., 2001) soutient que le stress serait la résultante de demandes de travail élevées et de ressources faibles. Selon Demerouti et ses collègues (2001), les ressources sont non seulement nécessaires pour faire face aux demandes, mais également importantes en soi. De même que le contrôle dans le modèle de Karasek (1979), les ressources pourraient elles aussi atténuer l'effet des demandes élevées sur les problèmes de santé mentale (Bakker & Demerouti, 2007). Du côté des demandes, elles n'auraient pas forcément des conséquences négatives sur le travailleur ; vu que les conséquences négatives apparaissent lorsque les demandes sont élevées et constantes.

La littérature semble confirmer les effets directs des demandes élevées ou des ressources faibles sur l'exposition aux problèmes de santé mentale (Bakker et al., 2000; Bakker et al., 2006; Bakker & Demerouti, 2007; O'Brien et al., 2014; Silva & Barreto, 2012; Vu Eickmann et al., 2018; Zhou et al., 2018). Des changements au niveau des demandes ou des ressources pourraient même conduire à l'épuisement professionnel ou au désengagement vis-à-vis du travail (Schaufeli et al., 2009). Le modèle de Demerouti reste tout aussi critiqué en certains points. Il n'aborderait ni la relation entre les demandes et les ressources ni le rôle modérateur que pourraient jouer les caractéristiques individuelles dans les différentes relations qu'il établit (Jourdain, 2010). De plus, toutes

les demandes sont considérées comme négatives pour l'individu et toutes les ressources comme positives. Ce qui laisserait conclure que les effets des demandes et des ressources sont semblables pour tous les individus. Une telle conclusion est remise en question dans le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004).

3.1.5 Modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006)

Le modèle multiniveaux a été développé afin de répondre à certaines des limites reprochées aux modèles dominants du stress au travail. Ces modèles ne couvriraient pas tous les facteurs psychosociaux du travail. De plus, les problèmes de santé mentale sont considérés dans ces modèles dominants comme résultants du seul milieu du travail. Ce qui laisse penser que seuls les facteurs du travail expliqueraient les symptômes de détresse psychologique et de dépression chez les personnes en emploi. Contrairement aux modèles dominants, le modèle multiniveaux considère l'individu comme un agent social évoluant dans un environnement composé des dimensions bien plus larges que celles de son milieu du travail (Lepage et al., 2013; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005, 2006; Marchand et al., 2011). Par conséquent, la façon dont les stressseurs du travail affectent la santé mentale est susceptible de varier non seulement selon la structure professionnelle, mais également selon la situation familiale, le soutien social hors travail et la personnalité de l'agent. Ce modèle se veut un modèle d'action sociale qui reconnaît la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure ; l'existence de contraintes et des ressources comme facteurs déterminants à cette capacité ; et la possibilité qu'un même facteur soit une ressource pour un individu et une contrainte pour un autre.

Le modèle multiniveaux (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006) s'appuie sur deux cadres théoriques. Le premier est celui des approches sociologiques abordées aux États-Unis dans une perspective micro-macro (Alexander, 1987; Munch & Smelser, 1987; Ritzer, 1996; Smelser, 1997) et en Europe dans une perspective d'agent-structure (de l'anglais agency-structure) (Archer, 1995; Bourdieu, 1979; Giddens, 1987; Habermas, 1987; Sztompka, 1993). Le niveau micro décrit l'individu et ses interactions. On y retrouve les caractéristiques sociodémographiques, les traits de personnalité, ainsi que les

habitudes et attitudes de vie (Alexander, 1987; Smelser, 1997). Le niveau macro renvoie à la société nationale dans laquelle s'insère la personne. Il s'agit des structures économiques, politiques, et culturelles ; ainsi que des systèmes de stratification, de diversification et d'intégration sociale de la société nationale (Smelser, 1997). En Europe on voit en l'agent un acteur individuel (Bourdieu, 1979; Giddens, 1987; Habermas, 1987; Sztompka, 1993) ou un groupe d'individu (Archer, 1995, 1996). La structure est dans certains cas présentée comme un ensemble organisé et récursif de règles et de ressources mobilisées par l'individu (Giddens, 1987). Dans d'autres cas, il s'agit des différentes dimensions du fonctionnement des sociétés (la famille, le monde du travail, les systèmes économiques et politiques) (Archer, 1995; Bourdieu, 1979; Habermas, 1987; Sztompka, 1993).

Une telle décomposition de la réalité sociale en deux niveaux (micro versus macro, agent versus structure) peut être ambiguë dans la mesure où « What is macro at one level will be micro at another » (Alexander, 1987, p. 291). Pour contourner cette ambiguïté, deux autres niveaux, soit le niveau méso et le niveau global sont introduits (Munch & Smelser, 1987). Le niveau méso englobe les structures qui constituent et organisent les bases de la vie quotidienne, les routines et les liens affectifs (Smelser, 1997). On y retrouve la famille, la communauté locale, le réseau social, voire le milieu de travail. Quant au niveau global, il fait référence aux relations entre les sociétés dans une perspective internationale et plus largement mondiale.

Les approches sociologiques micro-macro et agent-structure ne s'intéressent pas seulement à scinder la réalité sociale en niveaux, mais essayent également de comprendre le sens de la relation entre l'individu et la société (Alexander, 1987; Archer, 1995). L'analyse du sens de cette relation a donné lieu dans la littérature à trois tendances de réponses (Munch & Smelser, 1987). La première voit un déplacement du bas vers le haut dans lequel le micro influencerait le macro et où l'agent la structure. Ici on tient pour acquis qu'il n'y a rien dans l'environnement qui ne puisse être changé par les individus (Archer, 2004). La seconde tendance voit le déplacement plutôt vers le bas et où c'est « la structure sociale qui impose sa chorégraphie à des acteurs réduits au rôle de supports socialisés ou mystifiés » (Archer, 2004, p. 341). La dernière tendance postule plutôt un rapport de réciprocité entre l'individu et la société (Alexander, 1987; Archer, 1995;

Giddens, 1987), et où les individus seraient à même non seulement de modifier et de transformer les structures (Giddens, 1987), mais également de les créer (Archer, 1995). Toutefois, la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure serait déterminée par les contraintes et les ressources dont il dispose. Archer (1995) souligne comme déterminant la position sociale; tandis que Alexander (1987) y voit les connaissances de l'environnement, l'énergie, les propriétés mentales de l'individu, sa personnalité, et la culture dans laquelle il évolue.

Inspiré d'une telle division de la réalité sociale en niveaux, le modèle multiniveaux met en interaction dans l'analyse de la santé mentale trois niveaux, dont les niveaux micro, macro, et méso (Marchand, 2004; Marchand et al., 2006). Dans le modèle multiniveaux, le niveau méso se décompose dans le milieu du travail en quatre grandes dimensions, dont la conception des tâches, les demandes de travail (demandes contractuelles, physiques et psychologiques), les relations sociales, au travail et les gratifications. Les demandes contractuelles se rapportent aux demandes imposées en fonction du contrat de travail. Les relations sociales englobent aussi bien les relations avec les collègues que celles avec les superviseurs.

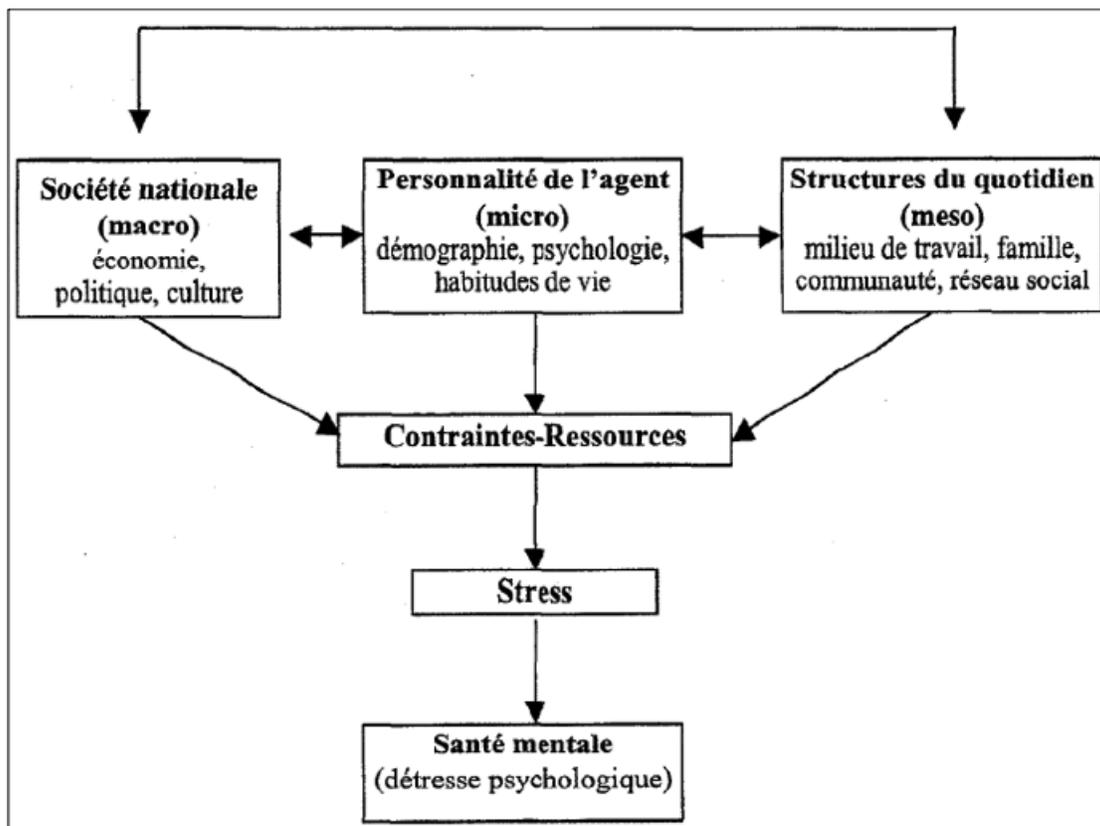
Le second cadre théorique sur lequel s'appuie le modèle multiniveaux est la théorie du stress social de l'anglais *Stress Process Model* (Pearlin et al., 1981). Cette théorie permet de comprendre les mécanismes qui lient certaines conditions de l'organisation sociale à la santé mentale. Le mécanisme décrit par Pearlin et ses collègues est celui au travers duquel, des stressseurs créent des tensions ou stress chez l'individu. En réaction au stress, les individus peuvent développer divers problèmes de santé mentale dont la sévérité serait fonction de l'intensité du stress ressenti et des ressources dont dispose chaque personne pour y faire face (Pearlin, 1999). Par stressseurs les auteurs font référence aux circonstances contraignantes susceptibles de générer de fortes tensions sur l'organisme (Pearlin et al., 1981; Wheaton, 1999). Pearlin et ses collègues les regroupent en deux catégories que sont les stressseurs aigus, de nature épisodique (un divorce, un décès, une perte d'un emploi, etc.), et les stressseurs chroniques, marqués par des tensions persistantes (Pearlin et al., 1981). Étant donné que certains facteurs sociaux à l'origine du stress sont susceptibles à leur tour d'être responsables de la création d'autres stressseurs, deux autres catégories de stressseur sont distinguées : les stressseurs primaires et les

stresseurs secondaires (Pearlin, 1989). Les stresseurs secondaires étant des stresseurs découlant des stresseurs primaires.

La théorie du stress social explique également à travers des modérateurs la distribution différentielle de la santé mentale entre les personnes. Les modérateurs sont des variables susceptibles de modifier l'expérience des problèmes de stress chez l'individu. Ils expliquent dans une certaine mesure le pourquoi un évènement ou une condition pourrait être stressant pour une personne et ne pas l'être pour une autre. Dans cette explication, les inégalités en matière de santé mentale sont attribuables non seulement aux variations de l'exposition aux stresseurs, mais également aux variations de la distribution des ressources (Aneshensel, 1992). La théorie du stress social distingue les modérateurs en trois catégories, dont le coping, le contrôle, et le soutien social (Pearlin, 1989; Pearlin & Schooler, 1978). Le coping et le contrôle se rapprochent du mécanisme de l'évaluation cognitive selon laquelle il se produit chez un individu une réaction de stress si celui-ci évalue une situation comme étant négative ou stressante pour lui (Lazarus & Folkman, 1984). Le soutien social inclut le soutien instrumental et le soutien émotionnel (Pearlin et al., 1981).

En lien avec la théorie du stress social, le modèle multiniveaux soutient que la personnalité de l'argent (micro), les structures du quotidien (mésos), et les structures macrosociales interagissent dans l'analyse de la santé mentale (Marchand et al., 2006). Comme présenté dans la figure 1, ces structures se définissent comme ressources ou contraintes en fonction du décodage dont fait le travailleur de leur rôle sur sa santé mentale. Si ces structures ont un rôle protecteur, elles sont vues comme des ressources. Lorsqu'elles contribuent à exposer l'individu aux problèmes de santé mentale, elles constituent des contraintes. Par conséquent, un même facteur peut s'avérer être une contrainte pour un individu et en être une ressource pour un autre individu.

Figure 1. – Modèle théorique général d'analyse de la santé mentale (Marchand, 2004)



3.2 Modèle conceptuel retenu et hypothèses de recherche

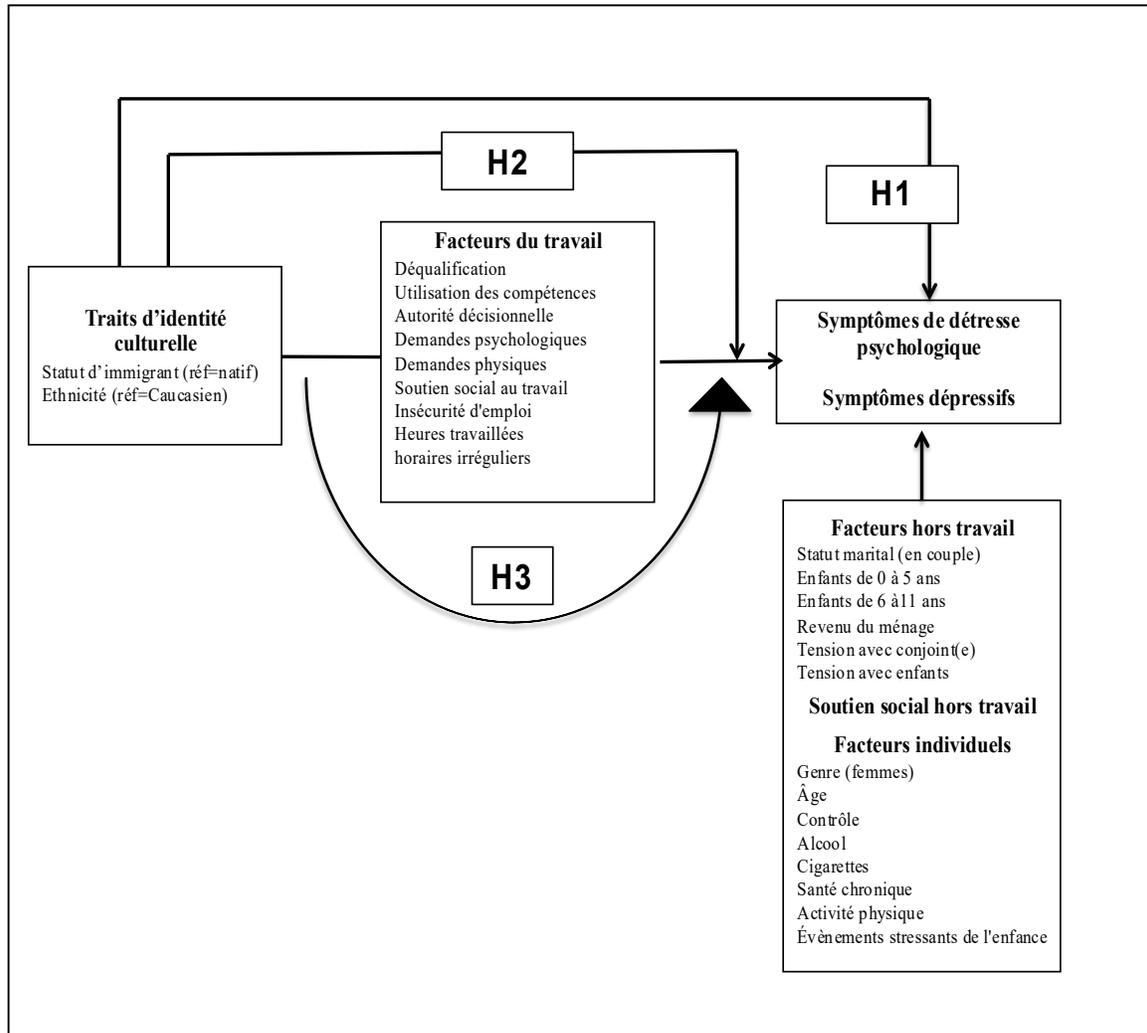
3.2.1 Présentation du modèle conceptuel

Le modèle conceptuel de notre recherche prend principalement appui sur le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006). L'intérêt pour ce modèle réside sur ses postulats. Comme souligné plus haut, ce modèle reconnaît la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure ; l'existence de contraintes et de ressources comme facteurs déterminants dans cette capacité ; et la possibilité qu'un même facteur soit une contrainte pour un individu et une ressource pour un autre. Dans cette vision, les deux principaux traits d'identité culturelle sélectionnés pour cette étude, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant peuvent être modélisés comme des facteurs qui, à l'instar de ceux du travail, seraient également

associés aux problèmes de santé mentale. Comme décrit au chapitre 2, le statut d'immigrant et l'ethnicité peuvent représenter des obstacles pour certains et des ressources pour d'autres (Beyer, 2019; Boudarbat & Grenier, 2014; Bratsberg et al., 2018; Chicha, 2009; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Panichella, 2018; Tverdostup & Paas, 2019). Contrairement aux personnes blanches ou non immigrantes, le fait d'être une personne issue des minorités visibles ou d'être une personne immigrante semble s'associer à plus de symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Chen et al., 2018; Frank & Hou, 2019; Gilliver et al., 2014; Haverkamp et al., 2015; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016; Shafeek Amin & Driver, 2019; Wassermann & Hoppe, 2019). Les personnes issues des minorités visibles et les personnes immigrantes seraient également plus exposées à des conditions de travail plus défavorables (Aalto et al., 2014; Arcury et al., 2014; Beyer, 2019; Bratsberg et al., 2018; Font et al., 2012; Hurtado et al., 2012; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Panichella, 2018; Tverdostup & Paas, 2019; Yanar et al., 2018).

Tout comme le modèle multiniveaux de la santé mentale, le modèle conceptuel présenté dans la Figure 2 explique les problèmes de santé mentale au travail en mettant en interaction des variables émanant de divers niveaux de la vie de l'individu. Le niveau micro est représenté par les traits d'identité culturelle, et les facteurs individuels ; le niveau méso par les structures du quotidien (facteurs du milieu du travail et les facteurs hors travail) ; et le niveau macro par la déqualification.

Figure 2. – Modèle conceptuel



De la figure 2, nous tirons trois (3) principales hypothèses relatives à l'association entre les traits d'identité culturelle, les facteurs du travail et la santé mentale :

- Hypothèse 1 : le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre.
- Hypothèse 2 : La relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.

- Hypothèse 3 : L'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est médiatisé par les facteurs du travail.

Ces hypothèses sont présentées plus en détail dans les sections qui suivent.

3.2.2 Présentation détaillée des différentes hypothèses

3.2.2.1 Hypothèse 1: le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre.

Le lien direct entre les traits d'identité culturelle et la santé mentale a été démontré dans plusieurs recherches. En tenant compte du statut d'immigrant, les immigrants de longue date et les nouveaux immigrants mis à part les réfugiés et les personnes sans statut légal au Canada ne seraient pas désavantagés en matière de santé mentale comparativement à la population canadienne (Ali, 2002; Lu & Ng, 2019). Cette tendance semble se confirmer en matière de détresse psychologique (Bratter & Eschbach, 2005; Shafeek Amin & Driver, 2019; Whitley et al., 2017). Comme expliqué précédemment dans le chapitre 2, l'avantage de santé dont bénéficient les nouveaux immigrants serait la conséquence du système de sélection des immigrants ayant grandement contribué à attirer vers l'immigration les individus particulièrement sains physiquement et financièrement (Dean & Wilson, 2009; McDonald & Kennedy, 2004). Néanmoins, les immigrants dans leur ensemble, comparativement aux personnes nées sur le territoire, auraient plus de risque d'expérimenter des symptômes de détresse psychologique (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015). Pour ce qui est de l'ethnicité, les risques de développer des symptômes de détresse psychologique se retrouveraient davantage chez les immigrants en provenance d'Afrique, du Moyen-Orient, ou d'Asie (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015; Shafeek Amin & Driver, 2019).

Du côté des symptômes dépressifs, des conclusions semblables sont également soulignées dans la littérature. En tenant compte du statut d'immigrant, les immigrants

expérimenteraient davantage les symptômes dépressifs comparativement aux personnes nées sur le territoire (Bas-Sarmiento et al., 2017; Gilliver et al., 2014; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016; Wassermann & Hoppe, 2019). Au Canada, les immigrants de longue date, et les nouveaux immigrants ne seraient pas désavantagés comparativement à la population canadienne (Ali, 2002; Whitley et al., 2017). Lorsque l'on tient compte de l'ethnicité, les personnes non blanches semblent les plus exposées par comparaison avec les personnes blanches (Chen et al., 2018; Erdem et al., 2017; Frank & Hou, 2019; Haverkamp et al., 2015; Shafeek Amin & Driver, 2019). Aux États-Unis, cela semble particulièrement le cas pour les personnes africaines, asiatiques, hispaniques et du Moyen-Orient (Chen et al., 2018; González et al., 2010; Shafeek Amin & Driver, 2019). En Hollande les Turcs surinamais et les Asiatiques du Sud semblent les plus exposés (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010). Toutefois, quelques études semblent démontrer moins de symptômes dépressifs chez les personnes non blanches (Kammogne & Marchand, 2019; Stafford et al., 2010).

3.2.2.2 Hypothèse 2: La relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique (subséquentement les symptômes dépressifs) est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.

Cette hypothèse pose la question d'une réaction différentielle aux stressors du travail selon les traits d'identité culturelle. Le concept de réactions différentielles réfère au rôle modérateur de l'ethnicité et du statut d'immigrant dans la relation entre les facteurs du travail et les problèmes de santé mentale. Quelques auteurs ont testé ce rôle modérateur. Selon Boulet et Boudarbat (2015), un emploi de qualité réduirait la détresse psychologique davantage chez les immigrants comparativement aux personnes nées sur le territoire. L'association entre le revenu et les symptômes dépressifs serait faible chez les immigrants comparativement aux non-immigrants (Straiton et al., 2014). Font et ses collègues (2012) ont analysés un grand nombre de facteurs du travail à l'instar des demandes élevées au travail ou d'un faible support au travail. Comme résultats, les effets de ces facteurs du travail sur la santé mentale semblaient en général plus élevés chez les immigrants exposés comparativement aux non-immigrants également exposés. Selon

Mangalore et Knapp (2012), les effets d'un faible revenu sur des problèmes de santé mentale toucheraient davantage les personnes africaines, Pakistanaises, et Bangladaises, et ce en comparaison avec les personnes blanches. Quant à Meraya et ses collègues (2017), une réduction de revenu s'associerait à une augmentation de la détresse psychologique chez les personnes blanches et pas chez celles qui sont africaines ou hispaniques.

Malgré le nombre limité de recherches répertoriées, les études axées sur les valeurs culturelles nationales, combinées aux caractéristiques de la population canadienne semblent suggérer que ce rôle modérateur pourrait se confirmer dans le contexte canadien. En effet, en tant que programmation mentale collective propre à un groupe d'individus, les valeurs culturelles sont profondément enracinées dans l'histoire des collectivités (Hofstede, 2001). Elles sont porteuses de valeurs fortes susceptibles de guider les personnes du groupe sur ce qui semble important dans la vie ; de conditionner leur manière de penser, de sentir et d'agir (Cheung et al., 2016; Lu et al., 2016; Rocher, 1969) ; ainsi que de modeler l'interprétation que ces derniers ont des significations sociales de leur propre comportement et de ceux des autres (Clanet, 1990; Lu et al., 2016).

La question du rôle des valeurs culturelles dans la perception des conditions de travail n'est pas nouvelle. Plusieurs chercheurs s'y sont penchés à ce jour. Pour certains, l'objectif était de catégoriser les différentes valeurs culturelles (Hofstede, 1983; Maleki & de Jong, 2014; Smith et al., 1996; Woodard et al., 2016). Pour d'autres, il s'agissait de vérifier la variation de ces valeurs selon les pays (Hofstede, 1983; Lu et al., 2016; Minkov et al., 2015; Ronen & Shenkar, 2013; Taras et al., 2012; Torelli & Shavitt, 2010). Quelques-uns se sont plutôt intéressés à déterminer si la perception des facteurs psychosociaux de travail est la même entre les pays (Casey et al., 2015; Daly et al., 2019; De Smet et al., 2005; Györkös et al., 2012; Jung & Takeuchi, 2014; Matic, 2008; Schaubroeck et al., 2000; Schwartz, 1999; Smith et al., 1996; Spector et al., 2007). Et très peu d'entre eux ont cherché à distinguer les valeurs culturelles derrière les conditions de travail (Olsen, 2015; Schwartz, 1999; Woodard et al., 2016).

Des multiples valeurs étudiées dans les recherches, celles qui sauraient selon nous modifier la perception des personnes de leurs facteurs du travail inclus le rapport au temps, les normes de justice, la distance au pouvoir, le degré de suppression de l'incertitude, le degré d'individualisme versus de collectivisme, voire le degré de masculinité versus de féminité. Chaque culture aurait ses propres cadres temporels à l'intérieur desquels fonctionnent des modèles qui lui sont particuliers (Hall Edward T. , 1984). Certaines cultures seraient monochroniques et d'autres polychroniques (Hall Edward T., 1984). Les cultures monochroniques sont axées vers l'individualisme, et accordent de l'importance à la ponctualité. Les polychroniques, plus flexibles, considèrent que les choses sont plus importantes que le moment pour les faire. Elles sont par conséquent moins organisées, mais capables de faire plusieurs choses en même temps. Tout comme le rapport au temps, la perception de ce qui est juste ou équitable reposerait également sur des normes culturelles. L'opérationnalisation des normes de justice est très particulière à chaque culture et ce, malgré que les préoccupations au sujet de la justice pouvant être universelles (Greenberg, 2001). Hofstede distingue quant à lui six valeurs culturelles importantes (Hofstede, 1983) parmi lesquelles la distance au pouvoir qui est le degré d'inégalité parmi les personnes d'une population qu'un groupe considère comme normales ; l'individualisme par opposition au collectivisme fait référence au point auquel les personnes sentent qu'elles sont supposées prendre soin de quelqu'un d'autre, ou encore sont prises en charge par elles-mêmes, leurs familles ou par les organisations auxquels elles appartiennent ; la masculinité est le point auquel une culture favorise la dominance, l'autoritarisme et l'acquisition des choses. La féminité se rapporte à une culture qui favoriserait les personnes, les sentiments, la qualité de la vie ; et la suppression de l'incertitude est le degré auquel les personnes dans un pays préfèrent des situations structurées par rapport à celles qui sont non structurées.

En plus de distinguer les valeurs culturelles, ces recherches notent un écart de valeurs culturelles entre les pays (Hofstede, 1983; Matić, 2008; Minkov et al., 2015; Schwartz, 1999; Smith et al., 1996; Taras et al., 2012). Les pays monochroniques et individualistes incluent l'Amérique du Nord, les pays scandinaves, les pays germaniques, les Pays-Bas, et le Royaume-Uni. Les valeurs polychroniques sont retrouvées en Amérique latine, au Moyen-Orient, en Afrique, en Asie, et dans une certaine mesure en

France et en Grèce (Hall Edward T. , 1984). Suivant les valeurs incluses dans les études, certaines nuances sont observées dans la catégorisation des pays. Toutefois, la plupart des études semblent s'accorder sur le fait que l'Europe de l'Est, l'Europe de l'Ouest, les pays anglophones (dont le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) se distingueraient de l'Asie, de l'Amérique latine, et de l'Afrique en ce qui a trait aux valeurs culturelles qui leur sont propres (Hofstede, 1983; Matic, 2008; Ronen & Shenkar, 2013; Schwartz, 1999; Smith et al., 1996).

Comme avec les valeurs culturelles, des études dénotent une variation de certains facteurs du travail selon les pays (Casey et al., 2015; De Smet et al., 2005; Glazer & Beehr, 2005; Györkös et al., 2012; Hofstede, 1983; Jung & Takeuchi, 2014; Kirkcaldy & Cooper, 1992; Kuo, 2001; Matic, 2008; Schaubroeck et al., 2000; Schwartz, 1999; Smith et al., 1996; Spector et al., 2007). Cependant, une majorité de ces études semble s'être concentrée sur les dimensions du modèle de Karasek (De Smet et al., 2005; Györkös et al., 2012; Schaubroeck et al., 2000; Spector et al., 2007; Yang et al., 2012). À la question de savoir comment ces valeurs culturelles se traduisent sur les facteurs du travail (demandes de travail, contrôle, conflit de rôles, gratifications, conflit travail-famille, etc.), il apparaît que ces valeurs sauraient guider les travailleurs sur leur préférence en ce qui concerne les conditions de travail (Olsen, 2015; Woodard et al., 2016) ou d'attitude au travail (Casey et al., 2015; Cheung et al., 2016; Jung & Takeuchi, 2014). Par exemple, les travailleurs dont le collectiviste est une des valeurs auront une préférence pour un milieu de travail harmonieux ; tandis que les individualistes auront un penchant pour la rémunération et les avancements de carrière (Woodard et al., 2016). De même, les valeurs culturelles pourraient modérer la relation entre les stressseurs du travail et les problèmes de santé mentale (Yang et al., 2012).

Une des particularités du Canada se situe dans la composition de sa population. Selon Statistique Canada en 2016, un peu plus des deux tiers des personnes non blanches vivant sur le territoire étaient des immigrantes ; tandis qu'environ 80% du flux d'immigrant était constitué des personnes provenant d'Asie, d'Afrique, et d'Amérique latine. Or ces pays prônent des valeurs plus collectivistes (Hofstede, 2001; Triandis, 1989). Les personnes blanches proviennent des pays occidentaux qui comme le Canada prônent des valeurs plus individualistes (Hofstede, 2001). Ces éléments suggèrent qu'il

est possible que les valeurs culturelles retrouvées chez les immigrants et les personnes non blanches au Canada se distinguent respectivement de celles des non-immigrants et des blancs. Et que ces différences de valeurs culturelles entraînent également des différences dans la perception des conditions de travail. D'où notre intérêt de vérifier cette hypothèse de réactions différentielles aux facteurs du travail selon l'ethnicité et le statut d'immigrant.

Dans le cadre de cette thèse, les valeurs culturelles ne sont pas analysées; car ne faisant pas l'objet de notre recherche. Nous faisons appel à elles afin de justifier la possibilité que les dimensions du travail puissent varier suivant les personnes provenant de cultures différentes.

3.2.2.3 Hypothèse 3 : L'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique (subséquentement les symptômes dépressifs) est médiatisé par les facteurs du travail.

Deux observations peuvent être tirées de la relation entre les traits d'identité culturelle, le travail et les symptômes dépressifs. La première souligne le phénomène bien documenté d'exposition différentielle selon laquelle certaines personnes en raison des motifs liés à leur capital humain (Warman et al., 2015), ou à la discrimination (Oreopoulos & Dechief, 2011; Whitaker, 2019), feraient face aux conditions de travail plus défavorables. Cette situation défavorable semble être plus fréquente chez les personnes immigrantes et non blanches. Ces deux groupes semblent fréquemment associés à plus de déqualification (Beyer, 2019; Boudarbat, 2011; Guo, 2015; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Premji, 2018; Taylor & Krahn, 2013; Tverdostup & Paas, 2019) et d'insécurité au travail (Premji, 2018). Ils feraient également davantage face à moins de soutien social au travail (Aalto et al., 2014), à des horaires irréguliers (Aalto et al., 2014; Hurtado et al., 2012; Premji, 2018), à des demandes élevées (Hurtado et al., 2012), à des revenus faibles (Boudarbat, 2011; Golan & Sanders, 2019; Hurtado et al., 2012; Picot & Hou, 2018), et à une faible latitude décisionnelle (Arcury et al., 2014; Beyer, 2019).

La deuxième observation renvoie à l'association entre les facteurs du travail et les problèmes de santé mentale démontrée par plusieurs études. En effet, les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs seraient associés à la déqualification (Chen et al., 2010; Dean & Wilson, 2009; Wassermann & Hoppe, 2019), aux horaires irréguliers de travail (Hall et al., 2018; Marchand et al., 2006; Ogawa et al., 2018; Schneider & Harknett, 2019; Story et al., 2018), aux longues heures de travail (Bartram et al., 2009; Bruns & Pilkauskas, 2019; Butterworth et al., 2011; Dejours, 1993; Hayasaka et al., 2007; Kim et al., 2013; McDonough, 2000; Paterson et al., 2010; Spurgeon et al., 1997; Voydanoff & Donnelly, 1999), à l'insécurité d'emploi (Chang et al., 2005; Kachi et al., 2018; Liukkonen et al., 2004; Marchand et al., 2005, 2006; Näswall et al., 2005; Niedhammer et al., 2006; Stansfeld & Candy, 2006; Swaen et al., 2004; Teixeira & Dias, 2018; Vander Elst et al., 2013; Virtanen et al., 2008; Virtanen et al., 2002; Watson & Osberg, 2018), aux demandes physiques élevées (Challenor & Wright, 2000; Daly et al., 2019; De Jonge et al., 2000; Demerouti et al., 2000; Mak & Mueller, 2001; Marchand et al., 2006; Marchand et al., 2015; Mark & Smith, 2012; McDonough, 2000; Reissman et al., 1999; Smith & Bielecky, 2012; Stallones & Beseler, 2002; Stansfeld et al., 2012) et aux demandes psychologiques élevées (Bourbonnais et al., 2007; Clays et al., 2007; Grzywacz et al., 2014; Kim et al., 2013; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Marchand et al., 2005; Mark & Smith, 2012; Niedhammer et al., 2006; Smith & Bielecky, 2012; Stansfeld & Candy, 2006; Tynes et al., 2013; Zhou et al., 2018). Il en va de même d'un faible niveau de latitude décisionnelle (Bakker et al., 2006; Boulet & Boudarbat, 2015; Bourbonnais et al., 2005; Evans et al., 2006; Heinz et al., 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Lawson et al., 2009; Lunau et al., 2013; Mark & Smith, 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Theorell et al., 2014; Vu Eickmann et al., 2018), d'un faible niveau de revenu (Orpana et al., 2009; Shafeek Amin & Driver, 2019), ou d'un soutien social au travail faible (Barnett et al., 2019; Blackmore et al., 2007; Bourbonnais et al., 2007; Bronkhorst et al., 2015; Escribà-Agüir & Pérez-Hoyos, 2007; Fandino Losada et al., 2013; Finne et al., 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Sconfienza et al., 2019; Stansfeld et al., 2012).

Ces deux observations nous amènent à l'interrogation de savoir si les personnes pouvaient expérimenter des problèmes de santé mentale en réponse à leur exposition différentielle à certains facteurs de travail?

Nos trois hypothèses sont testées en contrôlant également pour les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles. Concernant les facteurs liés à la famille, nous nous attendons à retrouver des niveaux de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs bas chez les personnes en couple (Frank & Hou, 2019; Hall et al., 2018; Hayasaka et al., 2007; Hilton et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; McDonough, 2000; Niedhammer et al., 2006; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Stone & Carlisle, 2019; Zhou et al., 2018). Le niveau de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs devrait également diminuer avec l'augmentation du niveau de revenu du ménage (Almeida & Kessler, 1998; González & Vives, 2019; Orpana et al., 2009; Shafeek Amin & Driver, 2019). La présence du soutien social hors travail devrait se traduire par moins de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs (Beauregard et al., 2011; Bourbonnais et al., 2005; Brohan et al., 2010; Fuhrer et al., 1999; Marchand et al., 2006; Sanguanklin et al., 2014; Singh et al., 2015; Teixeira & Dias, 2018; Zhou et al., 2018). Il en va de même de la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans dans le ménage (Marchand et al., 2012). Par contre, le niveau de détresse psychologique ou de dépression augmenterait avec une relation parentale ou maritale stressante (Marchand et al., 2005; Marchand et al., 2012). Du côté des caractéristiques personnelles, les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs devraient être plus élevés chez les femmes et moins chez les hommes (Frank & Hou, 2019; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Teixeira & Dias, 2018). Ces symptômes devraient diminuer avec l'âge (Emslie et al., 2002; Hayasaka et al., 2007; Lunau et al., 2013; Magnavita et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006; Moxham et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Stansfeld et al., 2012), avec l'exercice d'activité physique (Ghrouz et al., 2019; Jonsdottir et al., 2010; Lindwall et al., 2014; Stansfeld et al., 2012; Toker & Biron, 2012; Zhou et al., 2018), et le centre de contrôle interne (Kurtović et al., 2018; Marchand et al., 2006). Ces symptômes devraient augmenter avec l'élévation du niveau de consommation d'alcool (Nielsen et al., 2018) ou de cigarettes (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006; Parrott, 2003; Puetz et al., 2006; Shafeek Amin & Driver, 2019; Sonnentag & Jelden, 2009), la présence de problèmes de santé chroniques (Hall et al., 2018; Park et al., 2018; Teixeira & Dias,

2018; Zhou et al., 2018), et le fait d'avoir vécu dans l'enfance ou à l'âge adulte un évènement stressant (Kash et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005; Niedhammer et al., 2006; Puetz et al., 2006; Sonnentag & Jelden, 2009).

En somme, ce chapitre nous a permis de présenter cinq modèles du stress au travail. En prenant appui sur le modèle multiniveaux, la place de chacune de variables présentes dans le modèle conceptuel a été justifiée. La formulation de trois hypothèses permettra de déterminer après analyse des données si les traits d'identité culturelle, et particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, modifient la façon dont les facteurs du travail s'associent aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs. Nous n'analyserons pas ces hypothèses pour les personnes qui sont hors du marché du travail ; étant donné que notre population d'intérêt porte uniquement sur les personnes en emploi. L'accès au marché du travail sera matérialisé dans notre recherche par la déqualification uniquement.

Le prochain chapitre porte sur la méthodologie retenue pour notre recherche. Après quoi, nous nous penchons sur la dimension empirique de notre travail afin de tester nos hypothèses.

CHAPITRE 4 : Méthodologie de recherche

L'objectif de cette recherche est de déterminer le rôle que pourraient jouer les traits d'identité culturelle tels l'ethnicité et le statut d'immigration sur la relation entre le travail et l'expérience de problèmes de santé mentale au travail se manifestant par des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs. À cet effet, trois hypothèses sont formulées. La première stipule que le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs. Selon la seconde, la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant. En troisième, l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique (subséquemment les symptômes dépressifs) est médiatisé par les facteurs du travail.

L'analyse de ces trois hypothèses sera orientée vers une approche quantitative. Pour y parvenir, nous ferons appel aux données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada débutée en 1994 et terminée en septembre 2012 après 9 cycles. L'ENSP contient des informations sur la santé mentale, les facteurs du travail, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail, les caractéristiques personnelles et les traits d'identité culturelle.

Des modèles de régressions multiples multiniveaux seront estimés afin de tenir compte du devis longitudinal de l'ENSP. L'avantage d'un tel devis est bien la possibilité d'évaluer l'influence des variables situées à différents niveaux d'analyse sur le comportement de l'individu. Dans notre cas, nous souhaitons comprendre dans quelle mesure les traits d'identité culturelle influencent la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs, tout en tenant compte des autres dimensions de la vie de l'individu. Les données longitudinales permettent également d'observer l'évolution des symptômes de détresse psychologiques et des symptômes dépressifs à travers le temps.

Dans la suite de ce chapitre, nous présenterons plus en détail les données utilisées dans le cadre de cette recherche. Seront également présentées la mesure des différentes variables, les statistiques descriptives de l'échantillon, et la méthode d'analyse choisie

pour notre recherche. Seront également abordés les types d'analyses choisies pour la vérification de nos hypothèses, les estimations et tests d'hypothèses, les effets de plan, et enfin la stratégie d'analyse.

4.1 Source de données : l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête menée par Statistique Canada à la suite d'une recommandation en 1991 du Conseil national d'information sur la santé. Derrière une telle recommandation se trouvait entre autres le besoin de recueillir des informations nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population canadienne. L'enquête compte trois volets, dont le volet ménages, le volet établissements de soins de santé et le volet Nord. Le volet ménage qui a été mené tous les deux ans, a débuté en 1994 (1994-1995), et s'est achevé en 2012 (2010-2011) au bout de neuf (9) cycles. Les trois premiers cycles comptaient aussi bien un échantillon transversal que longitudinal. À partir du quatrième cycle, l'enquête est devenue strictement longitudinale. Notre recherche portera spécifiquement sur les données longitudinales du volet ménage de l'ENSP.

La population cible de l'enquête longitudinale du volet ménage comprend les membres des ménages des dix provinces canadiennes en 1994 - 1995 à l'exclusion des individus habitant dans une réserve indienne, sur des terres de la Couronne, les résidents des établissements de soins de santé, les membres à temps plein des bases des forces canadiennes, ainsi que les personnes habitant certaines régions éloignées de l'Ontario et du Québec. Pour cette enquête, Statistique Canada a fait appel à un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés (grappes et logements). D'abord, des grappes ont été constituées afin de refléter la population de chacune des provinces canadiennes. Des ménages ont été choisis de façon aléatoire dans ces grappes. Par la suite, un membre de 12 ans et plus a été sélectionné dans chaque ménage. Au total, ce sont 17 276 personnes qui ont accepté de façon volontaire de prendre part à l'enquête au cycle 1 afin d'être interviewées tous les deux (2) ans. Les données de l'ENSP ont été pondérées afin que l'échantillon longitudinal renvoie toujours à la même population de référence soit celle du cycle 1. Les individus du cycle 1 ont été sélectionnés de manière à être représentatifs de la population canadienne. Un poids est calculé au cycle 1 afin de tenir

compte des particularités de l'ENSP et de la probabilité réelle de sélection de chaque membre du panel. Le poids longitudinal est ensuite calculé en post-stratifiant le poids du cycle 1 conformément aux estimations de la population de 1994 - 1995 basées sur le recensement de la population de 1996, par groupe d'âge (0 à 11, 12 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 et plus) et par sexe à l'intérieur de chaque province.

La collecte des données a été réalisée grâce à un questionnaire ayant fait l'objet de tests rigoureux et d'essais sur le terrain afin de repérer d'éventuelles erreurs. Les interviews ont été administrées soit en personne soit par téléphone à l'aide de l'application d'interview assistée par ordinateur (IAO). Cette application a été soumise à des essais à grande échelle permettant de s'assurer que seules les questions appropriées sont posées aux répondants. Plusieurs stratégies ont été utilisées par Statistique Canada avec pour but d'améliorer le taux de réponse, la fiabilité, et l'exactitude des informations recueillies.

Les taux de réponse ainsi que les taux d'érosion varient d'un cycle à un autre comme le montre le tableau 4. Ce qui aboutit au bout de neuf (9) cycles à un taux d'érosion cumulatif de 46,2%.

Tableau 4. – Taux de réponse et d'érosions (%)

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Cycle 6	Cycle 7	Cycle 8	Cycle 9
Taux de réponse	86,0	93,6	88,9	84,9	80,8	77,6	77,2	70,7	69,7
Taux d'érosions	-	9,3	6,6	7,1	7,6	7,5	5,4	9,2	6,9
Taux d'érosions cumulatifs	-	9,3	15,3	21,3	27,3	32,7	36,4	42,2	46,2

Le taux de réponse au cycle 1 est calculé en tenant compte des 20 095 personnes choisies au départ pour faire partie du panel. Pour les cycles subséquents, ce taux est basé sur les 17 276 personnes formant le panel au cycle 1. Le taux d'érosion est calculé entre deux cycles consécutifs, et le taux d'érosion cumulatif en fonction de l'échantillon initial de 17

276 répondants. Aussitôt qu'une non-réponse est observée pour un membre du panel, celui-ci fait partie de l'érosion. Comme le montre le tableau 5, les sources des non-réponses dans l'ENSP englobent les réponses partielles, les refus, les non-dépistages, les personnes non contactées, les personnes se trouvant hors du Canada, ou celles absentes pendant la durée de l'enquête.

Tableau 5. – Source d'érosion par cycle pour le sous-ensemble longitudinal complet
(%)

Sources	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Cycle 6	Cycle 7	Cycle 8	Cycle 9
Refus	30,6	45,5	52,2	51,6	47,7	41	36,3	35,1
Incapacité de dépister	17,1	12,5	16,8	15,6	20,2	21,5	20,5	18,5
Réponse partielle au cycle 1	30	S.O.						
Réponse partielle	6,9	8,9	5,9	8,3	6,9	6,5	5,7	8,2
Personne à la maison/ Sonnerie - Pas de réponse	1,9	4,7	8,2	9,4	14	22,4	29,7	13,7
Déménagés hors du Canada	4,7	7,5	5,1	1,9	2,4	2,7	1	1,5
Pas d'interview, problème de santé mentale/physique	S.O.	S.O.	2,4	4,9	2,2	1,6	1,3	1,9
Autres non-réponses	8,9	20,9	9,3	8,3	6,6	4,3	5,4	21,3

S.O = sans objet

Des 17 276 personnes ayant pris part à cette enquête, environ 45% ont participé à tous les cycles ; soit 7767 répondants. Dans le cadre de notre étude, seulement les personnes en emploi au cycle 1 et âgées de 15 à 65 ans sont retenues et suivies à travers les cycles subséquents de l'ENSP. Les personnes sélectionnées dans les cycles 2 à 9 sont également uniquement celles en emploi. Les travailleurs autochtones n'ont pas été intégrés à cette étude étant donné leur nombre limité dans l'échantillon. Après le traitement des valeurs manquantes, l'échantillon retenu est composé de 6477 travailleurs au cycle 1. Les travailleurs immigrants sont au Canada depuis en moyenne 20 ans au cycle 1. À travers

les cycles de l'enquête longitudinale, certains répondants présents au cycle 1 quittent le marché de l'emploi tandis que d'autres l'intègrent.

4.2 Mesure des variables

4.2.1 Mesurer les traits d'identité culturelle

Trois variables retrouvées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada nous ont permis de construire nos deux variables de traits d'identité culturelle. Il s'agit du pays de naissance, du statut d'immigrant, et de l'origine culturelle ou raciale. Le pays de naissance et le statut d'immigrant font partie des variables dites « longitudinales constantes ». Ces variables apparaissent une seule fois dans le fichier de données et pas à chaque cycle. L'origine culturelle ou raciale apparaît seulement aux quatre premiers cycles de l'ENSP. La mesure de l'origine culturelle ou raciale au premier cycle de l'enquête diffère légèrement de celle des trois autres cycles du fait de l'ajout à partir du deuxième cycle des catégories « Arabe/Asie de l'Ouest » et « Latino-Amérique ». Toutefois, la catégorie « Arabe/Asie de l'Ouest » retrouvée dans les cycles 2, 3 et 4 est très proche de la catégorie « Asie du Sud-ouest Ouest et Afrique du Nord » du premier cycle. Parmi les origines culturelles ou raciales se retrouvent douze catégories, dont blanche, noire, coréenne, philippine, japonaise, chinoise, autochtone, asiatique du Sud, asiatique du Sud-Est, arabe ou asiatique de l'Ouest, latino-américaine, et races multiples. L'origine culturelle ou raciale multiple est choisie par les personnes souhaitant indiquer leur appartenance à plus d'une catégorie.

En ce qui concerne la conceptualisation de ces trois variables, le pays de naissance fait appel à l'auto-identification par le répondant de son lieu de naissance. Le statut d'immigrant est une variable colligée par Statistique Canada à partir des informations auto-identifiées par le répondant. Ces informations prennent en compte l'année d'immigration au Canada pour la première fois et le fait que le répondant soit ou non un citoyen canadien. L'origine culturelle ou raciale est déterminée de façon externe. L'interviewer est appelé à décrire aux mieux de ses connaissances l'origine culturelle ou raciale du répondant.

Pour cette étude, les traits d'identité culturelle construits à partir de ces variables sont le statut d'immigrant et l'ethnicité. Ceux-ci sont présentés dans le tableau 6 ci-dessous. La variable du statut d'immigrant retrouvée dans l'ENSP, détermine si « oui » ou « non » un répondant est immigrant. Grâce à la variable du pays de naissance, nous pouvons également déterminer si « oui » ou « non » un répondant est né au Canada. Pour des fins de nos analyses, nous avons créé une variable de statut d'immigrant distinguant les immigrants des natifs. Un natif est ici toute personne canadienne de naissance. Selon Statistique Canada, un immigrant est toute personne citoyenne canadienne par naturalisation ou résidente permanente en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés⁵. Dans le cadre de cette recherche, les personnes sont considérées comme natives si elles sont non immigrantes et nées au Canada. Les personnes non immigrantes et nées hors du Canada sont exclues de cette catégorie. Ces derniers pourraient d'après nous représenter des résidents temporaires.

Nous avons choisi de mesurer l'ethnicité par la variable d'origine culturelle ou raciale retrouvée dans l'ENSP pour deux principales raisons. Premièrement, une définition de l'ethnicité qui tient compte à la fois de la culture et de la race semble une approche plus encouragée en comparaison à une approche mesurant l'ethnicité uniquement par la race (Williams, 1997; Wu et al., 2003). En effet, l'ethnicité se rapporte au partage de caractéristiques culturelles communes (religions, langues, etc.) (Isajiw & Barrett, 2000); tandis que la race se rapporterait aux caractéristiques physiques partagées (Isajiw & Barrett, 2000). Or la variable d'origine culturelle ou raciale mesurée par l'ENSP n'est pas uniquement basée sur les caractéristiques physiques (noir, blanc, etc.), mais inclue également des caractéristiques culturelles (coréenne, philippine, arabe, etc.). Deuxièmement, nous souhaitons construire une variable distinguant le groupe des minorités visibles de celui des caucasiens (blancs). Une variable d'ethnicité qui distingue les personnes suivant que celles-ci sont issues des minorités visibles ou pas a été reconnue comme justifiée (Wu et al., 2003). La position de dominant ou de minoritaire d'un groupe semble également traduire sa position à l'intérieur du système de stratification de la société (James, 2006). Cette position influencerait également l'accès

⁵LC 2001, ch. 27

aux ressources (économiques, sociales, etc.) (James, 2006). En terme de travail ou de santé mentale tel que présenté dans le chapitre précédent, suivant que l'individu appartient à l'un ou l'autre groupe, ses résultats semblent varier.

Lors de la création de notre variable d'ethnicité, nous avons regroupé comme faisant partie du groupe des minorités visibles les catégories identifiées dans l'ENSP comme Noire, Coréenne, Philippine, Japonaise, Chinoise, Asiatique du Sud, Asiatique du Sud-Est, Arabe ou Asiatique de l'Ouest, et Latino-Américain(e). La catégorie blanche a été identifiée dans le groupe de caucasien. Les personnes ayant sélectionné l'origine culturelle ou raciale multiple sont exclues de notre mesure de l'ethnicité. Les personnes autochtones ont été également exclues de cette étude étant donné leur nombre limité dans l'échantillon des personnes en emploi. Elles ne figurent à cet effet dans aucune catégorie de traits d'identité culturelle.

Tableau 6. – Mesure des traits d'identité culturelle

Statut d'immigrant	Immigrant versus natif
Ethnicité	Minorité visible versus caucasien

4.2.2 Mesure de la santé mentale

4.2.2.1 Symptômes de détresse psychologique

L'ENSP mesure les symptômes de détresse psychologique à tous les cycles grâce à l'échelle K6 (Kessler et al., 2002). La capacité de l'échelle de Kessler à couvrir les quinze domaines relevant des diagnostics du DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a été confirmée par un comité d'experts ainsi que par certains travaux (Drapeau et al., 2010; Orpana et al., 2009). Cette échelle détermine le niveau de détresse du répondant grâce à six questions présentées sous une échelle de Likert à cinq points (voir tableau 7). Ces questions reflètent la fréquence de six (6) symptômes ayant été ressentis par les répondants au cours des 30 derniers jours. La détresse psychologique est d'autant plus prononcée que la cote est élevée. Une étude

portant sur un échantillon de personnes en emploi au cycle 1 a donné à un Alpha de Cronbach de 0,77 (Wilkins & Beaudet, 1998).

Tableau 7. – Mesure des symptômes de détresse psychologique : ENSP

<p>Symptômes de détresse psychologique</p> <p>Échelle K6 (Kessler et al., 2002)</p>	<p>Échelle additive de six (6) items sur une échelle en cinq (5) points de type Likert (1= tout le temps, 2= la plupart du temps, 3= parfois, 4= rarement, 5= jamais). Au cours du dernier mois [...] combien de fois vous vous êtes-vous senti(e) : si triste que rien ne pouvait vous faire sourire ; nerveux (se) ; agité(e) ou ne tenant plus en place ; désespérée ; bon(ne) à rien ; que tout était un effort. (alpha = 0,77 au cycle 1). <i>Cycle 1 à 9.</i></p>
--	---

4.2.2.2 Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs sont mesurés dans l'ENSP en demandant aux personnes ayant répondu « non » aux questions portant sur un Épisode de dépression majeure (EDM) de se prononcer sur d'autres questions évaluant différents symptômes dépressifs (pensée suicidaire, perte d'intérêt, etc.) ressentis pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois (tableau 8) (Statistique Canada, 2012). Les symptômes dépressifs sont d'autant plus prononcés que la cote est élevée. Ces symptômes sont tirés des travaux de Kessler et Mroczek (1994) axés sur un sous ensemble de questions de la Composite International Diagnostic Interview qui évalue un EDM. L'alpha de Cronbach calculé au cycle 1 sur un échantillon de personnes en emploi est de 0,65. Toutefois, les propriétés psychométriques de l'échelle du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) utilisée dans l'ENSP demeurent peu connues. Selon Statistique Canada, la validation de cet instrument n'aurait jamais été complétée par l'équipe de recherche du CIDI.

Tableau 8. – Mesure des symptômes dépressifs : ENSP

<p>Symptômes dépressifs (Kessler et al., 2002). Version simplifiée tirée du Composite International Diagnostic Interview (CIDI)</p>	<p>Questions présentées sur une échelle en cinq (5) points de type Likert (1= tout le temps, 2= la plupart du temps, 3= parfois, 4= pas souvent, 5= jamais) et décrivant des symptômes ressentis pendant au moins deux semaines consécutives. Ces symptômes sont : la tristesse, la mélancolie, ou la déprime ; la perte d'intérêt ; la fatigue ou le manque d'énergie ; la prise ou la perte de poids ; la difficulté à trouver du sommeil ; la difficulté à se concentrer ; les pensées suicidaires ; et le sentiment d'être abattu ou de ne rien valoir. <i>Cycles 1 à 9.</i></p>
--	--

4.2.3 Mesure des facteurs du travail

Les facteurs du travail retenus sont la déqualification et les conditions de travail.

4.2.3.1 La déqualification

La mesure de la déqualification utilisée dans nos analyses combine l'approche statistique et l'approche objective de mesure de la déqualification. Quatre approches sont utilisées régulièrement dans la littérature pour mesurer la déqualification (Verhaest & Omeij, 2010). Ces approches, bien qu'abordant la déqualification comme un déséquilibre lié au niveau d'études (Boudarbat & Montmarquette, 2013), ne saisiraient pas la déqualification de la même façon (Verhaest & Omeij, 2010). La première approche est l'approche subjective directe. Dans cette approche, c'est l'individu qui évalue s'il se sent déqualifié ou pas. La seconde approche est dite subjective indirecte. À la différence de la première approche, le répondant doit spécifier s'il possède le niveau d'éducation requis pour le poste qu'il occupe. Ces deux approches semblent selon plusieurs auteurs renfermer des biais; vu qu'elles se fondent sur l'opinion des personnes interrogées (Chiswick & Miller, 2009; Hartog, 2000). La troisième approche est l'approche statistique encore appelée approche des concordances réalisées. Cette approche prend en compte les années de scolarité de la personne ainsi que le mode ou la moyenne de

scolarité de chaque profession. Dans le cas de la moyenne, le travailleur est considéré en situation de déqualification lorsque le nombre d'années de scolarité dont il possède se situe à plus d'un écart-type au-dessus de la moyenne des années de scolarité de sa profession (Boudarbat & Montmarquette, 2013; Verdugo & Verdugo, 1989). Lorsque le mode des années de scolarité est utilisé, est considéré en situation de déqualification le travailleur dont le nombre d'années de scolarité est supérieur au nombre d'années modales de sa profession (Cohn & Khan, 1995; Kiker et al., 1997). Selon Boudarbat et Montmarquette (2013), cette approche nécessiterait un très grand nombre d'observations dans l'échantillon. La dernière approche est dite objective ou normative et établit une correspondance entre les qualifications requises pour occuper un emploi et la formation dont détient le travailleur. Ces qualifications sont semblables à celles retrouvées dans la classification nationale des professions (CNP), où pour chaque profession est rattaché un niveau de compétence en termes d'étude ou de formation. La dernière approche est considérée comme étant la meilleure approche de toutes à condition que la CNP soit révisée au fil du temps (Hartog, 2000).

Toute la question est bien ici de déterminer laquelle des mesures convient le mieux à notre recherche. Selon Hartog, "usually the choice is dictated by data availability: you use what is available" (Hartog, 2000, p. 133). Dans notre base de données, la mesure de la profession est basée sur la CNP. Il est ainsi possible pour chacune des professions de déterminer le niveau de compétence ainsi que le niveau d'étude et de formation nécessaire pour occuper un poste. Il existe pour chaque niveau de compétence un niveau d'étude et de formation approprié. Le tableau 9 présente les correspondances entre le niveau de compétence et le niveau d'étude ou de formation. Ces correspondances sont celles établies par la CNP-2006.

Tableau 9. – Lien entre le niveau de compétence et le niveau d'étude ou de formation

Niveaux de compétences	Études et/ou formations
A – Professionnel	Une formation universitaire (baccalauréat, maîtrise ou doctorat)
B – Technique	Une formation collégiale ou un programme d'apprentissage
C – Intermédiaire	Une formation de niveau secondaire ou une formation spécifique à la profession, ou les deux
D – Élémentaire	Une formation en cours d'emploi

Source : Tableau de la matrice de CNP-2006 tiré de (Boudarbat & Montmarquette, 2013)

En comparant le niveau d'éducation requis pour le poste avec le plus haut niveau d'éducation détenu par le répondant, on peut ainsi déduire les situations de déqualification. Des diagnostics de déqualification sont déduits dans six (6) situations comme illustrées au tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10. – Diagnostic de la déqualification

Plus haut niveau d'étude du répondant	Niveaux de compétences du poste			
	A= Professionnel	B= Technique	C= Intermédiaire	D= Élémentaire
Diplôme d'études secondaires				Déqualification
Diplôme d'études postsecondaires (école de métiers ou collège)			Déqualification	Déqualification
Diplôme universitaire		Déqualification	Déqualification	Déqualification

La déqualification correspondrait aux situations où le répondant détient un niveau d'éducation supérieur à celui dont exige son emploi.

Selon de récentes études, le taux de déqualification serait sous-estimé en laissant les professions de gestion dans le niveau de compétence A comme le fait la CNP-2006 (Bouardbat & Montmarquette, 2013). Cela proviendrait du fait que la CNP affecte à toutes les professions en gestion un niveau de compétence A. Or, selon l'étude menée par Bouardat et Montmarquette (2013) environ deux tiers des professions occupées par les gestionnaires requièrent un diplôme universitaire ; tandis qu'un tiers exigerait un niveau collégial ou une formation professionnelle. Pour contourner ce problème, Bouardbat et Montmarquette (2013) préconisent d'emprunter la démarche retrouvée dans l'approche objective pour les professions de gestion. Cela implique que pour chacune des professions de gestion uniquement, nous n'aurons pas recours au niveau de compétence retrouvé dans la CNP-2006, mais nous attribuons comme compétence à chaque profession le mode ou la moyenne des compétences retrouvées dans cette profession. Nous optons à cet effet pour le mode, étant donné que la moyenne est influencée par les valeurs extrêmes. Une personne est considérée être déqualifiée dans les professions de gestion si son nombre d'années de scolarité est supérieur au nombre d'années de scolarité modales de sa profession ; et dans les autres professions, celle dont le niveau d'éducation est supérieur au niveau d'éducation requis pour occuper l'emploi (Bouardbat & Montmarquette, 2013).

4.2.3.2 Les conditions de l'organisation du travail

L'ENSP mesure quatre catégories de conditions de travail, dont la conception des tâches, les demandes de travail, les relations sociales au travail et les gratifications au travail. Ces conditions présentées dans le tableau 11 sont pour la plupart mesurées grâce au « Job Content Questionnaire » (Karasek et al., 1985). Toutefois, le nombre d'items utilisés dans l'ENSP pour mesurer chacune des conditions de travail est inférieur à celui retrouvé dans le questionnaire d'origine. Ces conditions de travail mis à part les demandes contractuelles (mesurées à tous les cycles) sont mesurées au cycle 1 et aux cycles 4 à 9.

Pour ce qui est de la conception des tâches, trois (3) items sont utilisés pour mesurer l'utilisation des compétences et deux (2) items pour l'autorité décisionnelle. L'utilisation des compétences détermine la diversité des tâches du répondant dans le cadre de son emploi principal au cours des 12 derniers mois. Pour ce qui est de l'autorité décisionnelle, elle détermine si le principal emploi du répondant au cours des 12 derniers mois lui permet une marge de manœuvre suffisante, et s'il a son mot à dire dans le déroulement des choses. Chacune des questions est présentée sur une échelle de Likert à 5 points. La cote est d'autant plus élevée que les compétences exigées sont plus élevées. De même, le pouvoir décisionnel est d'autant plus prononcé que la côte est élevée. Les alphas de Cronbach sont respectivement de 0,53 et 0,65 pour chacune de ces dimensions.

Du côté des demandes, les demandes physiques sont mesurées par un (1) item et les demandes psychologiques par deux (2). La question portant sur les demandes physiques s'intéresse à savoir si le principal emploi du répondant au cours des 12 derniers mois exigeait beaucoup d'efforts physiques. Les demandes psychologiques déterminent si le répondant a pu éviter d'être touché par les demandes conflictuelles d'autres employés, et si l'horaire de son principal emploi au cours des 12 derniers mois a été très chargé. Ces questions sont présentées sur une échelle de Likert à 5 points. Plus la cote est élevée et plus ces demandes sont prononcées. L'alpha de Cronbach pour les demandes psychologiques a été de 0,35. Les demandes contractuelles sont mesurées par le nombre d'heures travaillées et les horaires de travail. La variable mesurant l'horaire de travail distingue les horaires réguliers des horaires irréguliers. Quant au nombre d'heures travaillées, il est calculé en faisant la somme des heures travaillées pour les différents emplois détenus par le répondant.

Les relations sociales au travail sont saisies au travers de trois (3) items tirés du Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1985). Ces items présentés sous une échelle de Likert à 5 points déterminent si le superviseur et les collègues du répondant l'aident dans l'exercice de ses fonctions. Le soutien social est d'autant plus bas que la cote est élevée. L'alpha de Cronbach obtenu pour cette mesure a été de 0,42.

Tableau 11. – Mesure des conditions de travail : ENSP

<p>Utilisation des compétences</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>Échelle additive de trois items sur une échelle de type Likert en 5 points (1= tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances ; votre travail exige un niveau élevé de compétences ; votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses (inversée). (Alpha = 0,53). <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>
<p>Autorité décisionnelle</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>Échelle additive de 3 items sur une échelle de type Likert en 5 points (1=tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler; vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail. (Alpha = 0,65). <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>
<p>Demandes physiques</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>1 item sur une échelle de type Likert en 5 points (1=tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Votre travail exige beaucoup d'efforts physiques. <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>
<p>Demandes psychologiques</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>Échelle additive de deux items sur une échelle de type Likert en 5 points (1= tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Votre travail est frénétique (inversé) ; vous êtes exempt(e) de demandes opposées que vous font les autres (à partir du cycle 4, ce dernier item a été remplacé par : vous n'avez pas à répondre à des demandes conflictuelles). (Alpha = 0,35). <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>
<p>Demandes contractuelles</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p><i>Nombre d'heures travaillées</i> : Nombre d'heures travaillées par semaine à tous les emplois. <i>Horaires de travail</i> : Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit les horaires de travail habituels (0= quart normal sans fin de semaine; 6= autres avec fin de semaine). <i>Cycles 1 à 9.</i></p>
<p>Relations sociales au travail</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>Échelle additive de trois items sur une échelle de type Likert en 5 points (1= tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Vous êtes exposé(e) à de l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (inversé) ; votre surveillant facilite l'exécution du travail ; vos collègues facilitent l'exécution du travail. Mesuré au cycle 1 et aux cycles 4 à 7. (Alpha = 0,42). <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>
<p>Gratification</p> <p>(Karasek et al., 1985)</p>	<p>Un item sur une échelle de type Likert en 5 points (1= tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3=Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord). Vous avez une bonne sécurité d'emploi. <i>Cycle 1 et cycles 4 à 9.</i></p>

La gratification est mesurée grâce à un item présenté sous une échelle de type Likert en 5 points. Cet item permet de déterminer si le répondant estime que la sécurité de son emploi principal était bonne. La menace de perdre son emploi est d'autant plus prononcée que la cote est élevée.

4.2.4 Mesure des facteurs liés à la famille

Le tableau 12 renferme des informations sur la mesure des facteurs liés à la famille retrouvée dans l'ENSP. Parmi ceux-ci se trouve le statut marital mesuré par six (6) catégories préétablies (1= marié, 2= en union libre/conjoint de fait, 3= veuf ou veuve, 4= séparé, 5= divorcé, 6= célibataire, jamais marié). Pour mesurer le statut parental, les répondants indiquent le nombre de personnes âgées de 5 ans ou moins et de 6 à 11 ans qui vivent dans le ménage. Six (6) items à échelle dichotomique (1= vrai et 0= faux) sont utilisés aux cycles 1 à 4 pour la mesure les tensions avec le conjoint. Parmi ces items, trois (3) sont tirés de l'indice de stress fondé sur la relation avec le conjoint et trois (3) items tirés des travaux de Wheaton (1994). Le stress dans la relation avec le conjoint est d'autant plus prononcé que la cote est élevée. Pour les cycles 5 à 9, seuls les trois items inspirés de Wheaton sont utilisés pour mesurer les tensions avec le conjoint. Deux (2) items tirés de l'échelle de Wheaton (1994) sont utilisés pour mesurer des tensions dans la relation parentale. Ces items sont présentés sur une variable dichotomique (vrai = 1 et faux= 0). Le stress dans la relation avec les enfants est d'autant plus prononcé que la cote est élevée. Cette variable est mesurée aux cycles 1 et aux cycles 4 à 9. Le statut économique du ménage est mesuré à tous les cycles grâce à une variable dérivée classant le revenu total du ménage dans cinq catégories tenant compte du revenu total du ménage et du nombre de personnes vivant dans le ménage. L'alpha de Cronbach a été de 0,67 pour les tensions avec le conjoint et de 0,54 pour les tensions avec les enfants.

Tableau 12. – Mesures des facteurs liés à la famille: ENSP

Statut matrimonial	Quel est l'état matrimonial actuel de ... ? 1= marié, 2= en union libre/conjoint de fait, 3= veuf ou veuve, 4= séparé, 5= divorcé, 6= célibataire, jamais marié. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Statut parental	<i>Nombre de personnes de 0 à 5 ans dans le ménage : variable dérivée indique le nombre de personnes âgées de 5 ans ou moins qui vivent dans un ménage. Cycles 1 à 9.</i> <i>Nombre de personnes de 6 à 11 ans dans le ménage : variable dérivée indique le nombre de personnes âgées entre 6 et 11 ans, qui vivent dans un ménage. Cycles 1 à 9.</i>
Tensions avec le conjoint Tiré de (Wheaton, 1994) et de l'indice de stress fondé sur la relation avec le conjoint	Échelle additive de quatre items dichotomiques (1= vrai et 0= faux) : votre conjoint ne vous comprend pas ; votre conjoint ne vous témoigne pas assez d'affection ; votre conjoint n'est pas suffisamment engagé dans votre relation. (Alpha = 0,67), <i>cycles 1 à 9.</i>
Tensions avec les enfants (Wheaton, 1994)	Échelle additive de deux items dichotomiques ((1= vrai et 0= faux). Un de vos enfants semble être très malheureux ; le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement. (Alpha = 0,54), <i>cycles 1 et cycles 4 à 9.</i>
Statut économique du ménage Statistique Canada	Échelle ordinale composée de cinq catégories mesurant la suffisance du revenu tel que calculé par Statistique Canada et tenant compte du nombre de personnes dans le ménage. 1 = revenu inférieur (< 10 000\$ pour 1-4 pers ; < 15 000\$ pour 5 pers. ou plus) ; 2 = revenu inférieur moyen (10 000\$ à 14 999\$ pour 1-2 pers.; 10000\$ à 19 999\$ pour 3-4 pers.; 15 000\$ à 29 999\$ pour 5 pers. ou plus) ; 3 = revenu moyen (15 000\$ à 29 999\$ pour 1-2 pers. ; 20 000\$ à 39 999\$ pour 3-4 pers. ; 30 000\$ à 59 999\$ pour 5 pers. ou plus) ; 4 = revenu supérieur moyen (30 000\$ à 59 999\$ pour 1 à 2 pers. ; 40 000\$ à 79 999\$ pour 3-4 pers. ; 60 000\$ à 79 999\$ pour 5 pers. ou plus) ; 5= revenu supérieur (60 000\$ et plus pour 1-2 pers. ; 80 000\$ ou plus pour 3 pers ou plus). <i>Cycles 1 à 9.</i>

4.2.5 Mesure du soutien social hors travail

Le soutien social hors travail est mesuré aux cycles 1 et 2 en utilisant l'indice du soutien social perçu. Quatre questions reflétant cet indice sont présentées sur une échelle additive de type dichotomique (oui/ non) (tableau 13). La perception du soutien social est

d'autant plus prononcée que la cote est élevée. L'alpha de Cronbach mesuré au cycle 1 a été de 0,64. Pour les cycles 3 à 9, le soutien social est également mesuré par quatre questions présentées sur une échelle additive de type dichotomique (oui/ non). Ces questions sont une sous échelles du « Medical Outcomes Study Social Support Survey» (MOS) (Hays et al., 1995). Cette sous-échelle inclut entre autres le soutien social tangible, l'affection, l'interaction sociale positive, et le soutien émotionnel ou informationnel. Les questions rattachées à ces catégories sont présentées sur une échelle de Likert à 5 points. L'alpha de Cronbach mesuré au cycle 3 a été de 0,86. De tous les cycles, seules les questions mesurant le soutien émotionnel ou informationnel retrouvé aux cycles 3 à 9 sont comparables à celles mesurant le soutien social perçu des cycles 1 et 2.

Tableau 13. – Mesure du soutien social hors travail: ENSP

<p>Soutien social hors travail</p> <p>Tiré de l'indice du soutien social perçu et du (MOS) (Hays et al., 1995)</p>	<p>Pour les cycles 1 et 2, quatre items sont présentés sur une échelle additive de type dichotomique (oui/non). Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes? Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise? Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes? Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous? (Alpha = 0,66).</p> <p>Pour les cycles 3 à 9. Quatre questions sont présentées sur une échelle de Likert à 5 points (1= Jamais, 2= Rarement, 3= Parfois, 4= La plupart du temps, 5= Tout le temps). Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à une personne qui vous conseille en situation de crise ; une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection, une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes, une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel. (Alpha = 0,64), cycles 1 à 9.</p>
---	---

4.2.6 Mesure des caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles retenues sont présentées dans le tableau 14. Dans l'ENSP, les participants sont appelés à indiquer leur année de naissance, et leur genre suivant deux catégories (0=Homme, 1=Femme). Ils choisissent à tous les cycles leur niveau académique le plus élevé parmi 14 catégories préétablies. Ils doivent également indiquer à tous les cycles si oui ou non ils sont concernés par des problèmes de santé chroniques préétablis dans le questionnaire.

Sont enregistrés à tous les cycles le nombre de cigarettes fumées par jour, le nombre de verres d'alcool consommés hebdomadairement et la fréquence mensuelle des activités physiques de plus de 15 minutes. Les événements stressants de la vie sont mesurés à l'aide de sept items tirés des travaux de Wheaton (1994). Ces items mesurent le nombre d'évènements traumatisants auxquels les répondants ont été exposés pendant leur enfance, leur adolescence, ou à l'âge adulte. Ces événements sont enregistrés seulement aux cycles 1, 4, 7 et 8. L'alpha de Cronbach pour les événements stressants de la vie a été de 0,54.

Tableau 14. – Mesures des caractéristiques individuelles: ENSP

Sexe	1= Masculin, 2= Féminin. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Âge	Année de naissance. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Niveau de scolarité	Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint? 1= aucune scolarité, 2= études primaire, 3= études secondaires partielles (sans diplôme), 4= certificat d'études secondaires, 5= autres études postsecondaires, 6= études partielles - dans une école de métiers, 7= études universitaires partielles dans un collège communautaire, 8= études universitaires partielles, 9= diplôme ou certificat d'études d'une école de métiers, 10= diplôme ou certificat d'études - d'un collège communautaire, 11= baccalauréat, diplôme de 1er cycle ou certificat d'école normale, 12= maîtrise, diplôme en médecine, médecine dentaire, vétérinaire, ou optométrie, 13= diplôme en médecine, 14= Doctorat acquis. <i>Cycles 1 à 9.</i>
État de santé chronique	Questions dichotomiques (oui/non) portant sur certains problèmes de santé chroniques : allergies alimentaires, autres allergies, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos excluant l'arthrite, hypertension, migraine, bronchite chronique ou emphysème, sinusite ou fibromyalgie, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, trouble dû à un accident cardiovasculaire, incontinence urinaire, acné exigeant un traitement sur ordonnance, maladie d'Alzheimer ou autre sénilité, cataractes, glaucome, autre problème de santé chronique. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Tabac	Nombre de cigarettes consommées habituellement. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Activités physiques	Fréquence mensuelle des activités physiques durant plus de 15 minutes. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Alcool	Nombre de verre consommé par semaine. <i>Cycles 1 à 9.</i>
Évènements de vie stressants (enfance) (Wheaton, 1994)	Échelle additive de sept items en 2 points (oui/non) : Lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e), soit avant que vous ne quittiez la maison... avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital ; est-ce que vos parents ont divorcé ; est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler ; vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé à un tel point que vous y avez pensé pendant des années ; avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal ; est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille ; avez-vous déjà été maltraité physiquement par un proche. (Alpha = 0,54). <i>Cycles 1, 4, 7 et 8.</i>

Mesures des caractéristiques individuelles: ENSP (suite Tableau 14)

Centre du contrôle. (Pearlin & Schooler, 1978)	Échelle additive de sept items en 5 points (1=tout à fait d'accord, 2= d'accord, 3= Ni en accord ni en désaccord, 4= en désaccord, 5= entièrement en désaccord) : vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive, vous ne pouvez rien faire pour résoudre certains de vos problèmes ; vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie ; vous vous sentez impuissant face aux problèmes de la vie ; vous trouvez parfois que vous vous faites malmené dans la vie ; ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même ; vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire. (Alpha = 0,84). <i>Cycle 1 et aux cycles 4 à 9.</i>
--	---

Pour ce qui est des traits de personnalité, l'ENSP mesure le centre de contrôle par sept (7) items issus de l'échelle de Pearlin et Schooler (1978). Une échelle de Likert en 5 points a été utilisée. Plus la cote est élevée et plus le trait est prononcé. Le centre de contrôle est mesuré au cycle 1 et aux cycles 4 à 9. La consistance interne a été de 0,76.

4.3 Statistiques descriptives de l'échantillon

Les statistiques descriptives pour chacun des neuf (9) cycles de l'enquête sont présentées dans le tableau 15. Grâce au logiciel Stata 14, pour chacune des variables sont estimés la moyenne et l'écart-type. Les valeurs extrêmes (minimum et maximum) ne sont pas présentées ; car les normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données établies par Statistique Canada n'autorisent pas la publication des valeurs extrêmes pour l'ENSP. Les résultats représentés dans ce tableau ont été pondérés grâce à un poids fourni par Statistique Canada et permettant de tenir compte de la complexité du plan d'échantillonnage.

4.4 Méthodes d'analyse

Nous développerons davantage dans cette section sur les types d'analyses choisies pour la vérification de nos hypothèses, les estimations et tests d'hypothèses, les effets de plan et enfin la stratégie d'analyse.

4.4.1 Types d'analyses

Dans le cadre de nos analyses, les statistiques descriptives pondérées sont produites au moyen du logiciel Stata 14. Les modèles de régressions multiples et multiniveaux estimés par le logiciel MLwiN 2.36 sont utilisés afin de tester les effets directs (H1) et d'interactions (H2). Pour l'hypothèse de la réaction différentielle (H2), neuf modèles sont testés avec l'ethnicité et neuf modèles avec le statut d'immigrant. Chaque modèle correspond à l'interaction entre un facteur du travail et un trait d'identité culturelle tout en contrôlant pour les cycles de l'enquête et l'ensemble des variables de l'étude. Pour l'hypothèse de médiation (H3), les effets de médiation sont testés en utilisant le logiciel Mplus 8.0.

4.4.2 Correction de l'effet de plan

Les effets de plan (deff) sont corrigés afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ENSP. Ignorer l'effet de plan pourrait entraîner une sous-estimation des variances de nos estimations ; qui à son tour conduirait à des conclusions erronées sur la signification des tests d'hypothèse.

Statistique Canada a calculé un poids de rééchantillonnage (Bootstrap) longitudinal et mis en place un programme BOOTVAR pour l'ENSP. Le programme est disponible dans les langages de programmation SAS et SPSS pour le calcul de la variance. Le programme BOOTVAR utilise les poids Bootstrap pour obtenir des estimations de variance pour de simples statistiques telles que des totaux et ratios, de même que pour des analyses plus complexes comme des régressions. Malheureusement, il n'y a pas de théorie pour l'application du Bootstrap pour des régressions multiniveaux, ce qui implique que l'approche par rééchantillonnage ne peut être utilisée dans notre cas pour la correction des effets de plan. Par conséquent, les modèles estimés par MLwiN 2.36 et Mplus 8.0 sont tous pondérés et corrigés pour l'effet de plan par une démarche à deux étapes qui a été prouvée antérieurement comme donnant de bons résultats (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006). Celle-ci consiste tout d'abord à rectifier l'estimation de l'erreur-type en appliquant la méthode dite de « sandwich » aux données pondérées (Goldstein, 1995). Par la suite, l'erreur-type déjà rectifiée est gonflée

de 1,28 représentant la valeur de la racine carrée de l'effet de plan rapporté par Statistique Canada au cycle 1 de l'ENSP.

Tableau 15. – Statistiques descriptives pondérées de l'échantillon des cycles 1 à 9 de l'ENSP*

	Cycle1 N.= 6477	Cycle2 N=4932	Cycle3 N=4375	Cycle4 N=4707	Cycle5 N=4243	Cycle6 N=3909	Cycle7 N=3411	Cycle8 N=2991	Cycle9 N=2794
Nombre d'années au Canada depuis l'immigration (M.E)	20,21(12,55)	22,76(12,24)	24,89(12,06)	26,69(11,9)	27,9(11,45)	30,2(11,83)	31,4(11,55)	34,01(11,62)	34,69(10,93)
Santé mentale (M.E)									
Symptômes de détresse psychologique	3,2(3,07)	2,4(2,73)	2,47(2,75)	2,05(2,68)	2,28(2,82)	2,21(2,9)	2,17(2,84)	2,4(2,81)	2,1(2,67)
Symptômes dépressifs	0,39(1,42)	0,31(1,32)	0,26(1,2)	0,3(1,28)	0,34(1,35)	0,34(1,35)	0,28(1,23)	0,31(1,31)	0,29(1,27)
Traits d'identité culturelle (%)									
Statut d'immigrant (Immigrant)	18,36	18,05	17,80	16,45	16,38	15,18	15,36	15,40	13,90
Ethnicité (Minorité visible)	8,83	9,06	8,75	7,78	7,76	7,24	7,39	6,77	6,37
Facteurs du travail (M.E)									
Déqualification (%)	27,82	28,71	29,16	27,67	27,62	26,91	26,03	25,21	28,18
Utilisation des compétences	7,11(2,35)	7,24(2,32)	7,27(2,3)	7,34(2,17)	7,34(2,16)	7,46(2,11)	7,48(1,98)	7,56(2,16)	7,45(2,14)
Autorité décisionnelle	5,41(1,9)	5,48(1,88)	5,47(1,9)	5,48(1,64)	5,56(1,66)	5,57(1,65)	5,56(1,62)	5,66(1,63)	5,62(1,62)
Demandes psychologiques	4,68(1,82)	4,7(1,81)	4,7(1,83)	4,56(1,7)	4,57(1,77)	4,59(1,77)	4,61(1,68)	4,58(1,73)	4,55(1,7)
Demandes physiques	2,06(1,32)	2,03(1,32)	2,04(1,32)	1,82(1,21)	1,76(1,24)	1,78(1,24)	1,7(1,2)	1,67(1,22)	1,65(1,21)
Soutien social au travail	7,96(2,09)	7,98(2,07)	7,96(2,09)	7,91(1,86)	7,86(1,98)	7,94(1,93)	7,95(1,9)	8,1(1,94)	8,07(1,87)
Insécurité d'emploi	1,35(1,14)	1,31(1,13)	1,35(1,14)	1,17(0,92)	1,22(0,97)	1,15(0,94)	1,13(0,91)	1,13(0,98)	1,1(0,93)
Heures travaillées	42,65(20,43)	44,02(19,14)	44,15(17,72)	42,33(14,06)	42,3(13,8)	42,18(13,54)	42,72(14,18)	42,96(14,3)	41,85(13,64)
Horaire irrégulier (%)	22,95	20,93	21,35	18,88	19,38	19,98	18,12	18,45	19,51
Facteurs liés à la famille (M.E)									
Statut matrimonial (couple) (%)	67,30	68,73	68,49	71,75	72,77	75,01	75,07	77,09	75,55
Enfants 0-5 (%)	21,31	19,75	18,82	16,39	15,53	13,33	12,89	11,34	7,33
Enfants 6-11 (%)	21,08	23,29	23,56	23,33	22,28	21,56	20,74	18,00	14,44
Tensions avec le conjoint	0,21(0,58)	0,2(0,56)	0,2(0,57)	0,14(0,5)	0,18(0,56)	0,16(0,53)	0,17(0,54)	0,18(0,57)	0,15(0,51)
Tensions avec les enfants	0,3(0,59)	0,3(0,59)	0,32(0,6)	0,28(0,57)	0,32(0,61)	0,33(0,63)	0,33(0,61)	0,37(0,65)	0,34(0,64)
Revenu du ménage	3,75(0,96)	3,85(0,85)	4,05(0,87)	4,2(0,84)	4,31(0,8)	4,39(0,77)	4,52(0,71)	4,63(0,64)	4,64(0,63)
Soutien social hors travail (%)	85,65	89,29	92,34	93,81	93,65	94,61	93,84	93,43	94,76
Caractéristiques personnelles (M.E)									
Genre (femme) (%)	47,40	45,86	45,27	44,98	44,19	45,79	44,92	44,43	44,76
Âge	37,57(11,89)	39,66(10,91)	41,4(10,76)	42,19(10,52)	43,54(10,1)	44,86(9,85)	46,14(9,58)	48,04(9,4)	49,44(8,88)
Centre de contrôle	20,19(4,03)	20,29(3,96)	20,34(3,98)	20,43(3,56)	20,06(3,75)	20,24(3,82)	20,4(3,75)	20,86(3,81)	20,79(3,85)
Consommation d'alcool	3,68(6,77)	3,57(6,47)	3,98(6,85)	3,7(6,17)	3,91(6,37)	3,81(6,62)	4,55(7,31)	4,67(7,26)	4,98(8,25)
Cigarettes	4,73(9,27)	4,36(8,78)	4,35(8,63)	3,68(7,93)	3,02(7,1)	2,8(6,9)	2,6(6,56)	2,55(6,44)	2,24(6,15)
Santé chronique (%)	49,06	55,26	56,92	58,13	63,43	64,50	70,41	72,61	72,44
Activités physiques	19,73(21,17)	21,17(21,28)	22,87(21,52)	20,14(18,72)	24,29(20,78)	23,68(20,81)	27,89(23,32)	27,28(21,87)	29(22,52)
Évènements de vie stressants	0,86(1,14)	0,84(1,14)	0,86(1,14)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,82(1,12)	0,84(1,15)

Moyenne(M). Écarts-types(E). Pourcentages (%). Effectifs (N.). *Les valeurs extrêmes ne sont pas produites afin de respecter les normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données établies par Statistique Canada pour l'ENSP.

Tableau 16. – Matrice de corrélation (r de Pearson)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Symptômes de détresse psychologique	1,00															
2. Symptômes dépressifs	0,38	1,00														
3. Statut d'immigrant	0,01	-0,02	1,00													
4. Ethnicité	0,01	-0,02	0,55	1,00												
5. Déqualification	0,04	0,02	0,01	0,06	1,00											
6. Utilisation des compétences	-0,04	-0,03	-0,01	-0,06	-0,19	1,00										
7. Autorité décisionnelle	-0,11	-0,06	-0,03	-0,07	-0,12	0,29	1,00									
8. Demandes psychologiques	0,11	0,06	-0,04	-0,04	-0,05	0,17	-0,04	1,00								
9. Demandes physiques	0,04	0,02	-0,02	0,01	0,02	-0,20	-0,06	0,02	1,00							
10. Soutien social au travail	-0,16	-0,09	0,02	0,03	0,00	0,06	0,16	-0,20	-0,04	1,00						
11. Insécurité d'emploi	0,14	0,06	0,04	0,03	0,06	-0,10	-0,22	0,04	0,00	-0,17	1,00					
12. Heures travaillées	0,00	-0,01	0,00	0,00	-0,06	0,11	0,11	0,15	0,08	-0,02	-0,02	1,00				
13. Horaire irrégulier	0,04	0,02	-0,03	-0,02	0,04	-0,05	-0,05	-0,01	0,12	-0,02	0,05	0,02	1,00			
14. Statut matrimonial	-0,13	-0,10	0,04	-0,02	-0,09	0,08	0,10	0,01	-0,02	0,02	-0,06	0,01	-0,06	1,00		
15. Enfants 0-5	-0,01	-0,02	0,02	0,05	-0,01	0,04	0,01	0,05	0,02	0,00	-0,01	0,02	0,00	0,19	1,00	
16. Enfants 6-11	-0,01	0,00	0,02	0,03	-0,03	0,03	0,01	0,04	0,01	0,00	-0,01	0,00	0,00	0,19	0,20	1,00
17. Tensions avec le conjoint	0,14	0,06	0,04	0,05	0,00	-0,03	-0,03	0,03	0,03	-0,08	0,05	0,00	0,01	0,20	0,04	0,07
18. Tensions avec les enfants	0,10	0,08	0,02	0,02	-0,02	-0,03	-0,02	0,04	0,05	-0,04	0,04	-0,01	0,02	0,09	-0,02	0,06
19. Revenu du ménage	-0,11	-0,05	-0,01	-0,07	-0,10	0,24	0,12	0,09	-0,21	0,01	-0,13	0,06	-0,06	0,21	-0,11	-0,09
20. Soutien social hors travail	-0,17	-0,09	-0,07	-0,09	0,00	0,07	0,05	0,00	-0,05	0,09	-0,06	-0,02	-0,01	0,09	0,02	0,01
21. Genre	0,10	0,08	-0,01	0,00	0,07	-0,10	-0,14	0,05	-0,10	0,00	0,03	-0,29	-0,05	-0,08	-0,02	0,00
22. Âge	-0,16	-0,07	0,10	-0,02	-0,09	0,05	0,12	-0,10	-0,11	0,03	-0,05	-0,08	-0,06	0,25	-0,30	-0,17
23. Centre de contrôle	-0,32	-0,16	-0,09	-0,10	-0,04	0,17	0,25	-0,03	-0,10	0,22	-0,20	0,05	-0,02	0,04	0,04	0,02
24. Consommation d'alcool	0,01	0,01	-0,07	-0,11	-0,03	0,06	0,07	0,02	0,01	-0,03	-0,01	0,08	-0,02	-0,03	-0,05	-0,04
25. Cigarettes	0,09	0,09	-0,09	-0,09	-0,01	-0,08	-0,02	0,01	0,12	-0,06	0,04	0,07	0,03	-0,07	-0,02	-0,02
26. Santé chronique	0,07	0,06	0,00	-0,02	-0,01	0,01	-0,01	0,06	-0,03	-0,02	0,03	-0,03	0,01	0,04	-0,07	-0,04
27. Activités physiques	-0,05	0,00	-0,03	-0,05	-0,01	0,05	0,02	0,02	-0,01	0,02	-0,04	-0,04	0,03	-0,03	-0,05	-0,02
28. Évènements de vie stressants	0,16	0,13	-0,05	-0,06	0,03	-0,04	-0,06	0,09	0,07	-0,11	0,07	0,01	0,04	-0,06	0,01	0,01

Tableau 16 (suite)

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
17. Tensions avec le conjoint	1,00											
18. Tensions avec les enfants	0,16	1,00										
19. Revenu du ménage	-0,01	-0,02	1,00									
20. Soutien social hors travail	-0,12	-0,06	0,10	1,00								
21. Genre	0,05	0,01	-0,07	0,07	1,00							
22. Âge	0,05	0,18	0,20	-0,03	-0,06	1,00						
23. Centre de contrôle	-0,17	-0,15	0,14	0,16	-0,03	-0,05	1,00					
24. Consommation d'alcool	-0,02	0,01	0,10	-0,01	-0,22	-0,02	0,05	1,00				
25. Cigarettes	0,03	0,07	-0,13	-0,06	-0,07	-0,05	-0,05	0,17	1,00			
26. Santé chronique	0,03	0,09	0,07	0,00	0,08	0,18	-0,04	-0,01	-0,03	1,00		
27. Activités physiques	-0,04	-0,02	0,11	0,07	0,00	0,00	0,09	0,02	-0,10	0,03	1,00	
28. Évènements de vie stressants	0,06	0,10	-0,07	-0,03	0,10	-0,07	-0,08	0,02	0,12	0,09	0,02	1,00

Toutes les corrélations sont significatives au niveau $p < 0,01$ (bilatéral).

4.4.3 Estimations et test d'hypothèses

La méthode des moindres carrés généralisés itératifs (IGLS) est utilisée afin d'estimer les paramètres du modèle (Goldstein, 1995). Cette méthode contrairement à la méthode des moindres carrés itératifs généralisés restreints (RIGLS) permet de maximiser à la fois la partie fixe et aléatoire du modèle. Le test de signification du modèle global est estimé grâce au test du rapport de vraisemblance (khi-deux) avec un nombre de degrés de liberté égal au nombre de paramètres additionnels dans le modèle ; pour une valeur de $p < 0,05$. Les coefficients de régression individuels seront estimés par un test bilatéral de T pour une valeur de $p < 0,05$ (Snijders & Bosker, 1999). Le test du rapport de vraisemblance (khi-deux) est également appliqué pour la partie aléatoire du modèle pour un niveau de signification inférieur à p divisé par deux (Goldstein, 1995).

4.4.4 Stratégie d'analyse

Nous faisons le choix d'une thèse par article. Trois articles sont tirés de cette étude. Le premier article a pour objectif de comprendre au sein de la main-d'œuvre canadienne, la distribution dans le temps des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs à travers deux traits d'identité culturelle que sont l'ethnicité et le statut d'immigrant. À cet effet, nous essayons d'abord de déterminer la distribution du niveau de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs entre les cycles 1 et 9 de l'ENSP pour chaque trait d'identité culturelle. Il s'agit ici d'observer l'évolution du niveau de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs dans chaque catégorie de traits d'identité culturelle à travers chaque cycle. Les proportions de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs sont pondérées en utilisant le poids fourni par Statistique Canada. Par la suite, nous effectuons pour chaque cycle des analyses de régressions multiples des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs après avoir contrôlé pour le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, le statut matrimonial, le soutien social hors travail, la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans. Cette analyse est l'occasion de vérifier si des différences de niveau de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs existent entre les catégories de traits d'identité culturelle à chaque cycle lorsque l'on contrôle

pour certaines variables potentiellement confondantes. Pour terminer ce premier article, des régressions multiples multiniveaux des niveaux de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs sur les traits d'identité culturelle sont effectuées en contrôlant pour les cycles de l'enquête, le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, le statut matrimonial, le soutien social hors travail, la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans. Cette analyse permet de déterminer l'effet direct des traits d'identité culturelle sur les deux symptômes une fois tenu en compte certaines variables confondantes.

Le second article vise à comprendre en quoi les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique. Trois hypothèses sont testées en contrôlant pour le temps, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles. La première hypothèse (H1) vérifie si le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre ; la seconde hypothèse (H2) vérifie si la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant ; et la troisième hypothèse (H3) teste si l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique est médiatisé par les facteurs du travail. Comme présenté plus haut dans la section sur le type d'analyse, des modèles de régressions multiples multiniveaux sont estimés avec MLwiN 2.36 afin de tester les effets directs (H1) et d'interactions (H2). Pour l'hypothèse de la réaction différentielle (H2), neuf modèles sont testés avec l'ethnicité et neuf modèles avec le statut d'immigrant. Chaque modèle correspond à l'interaction entre un facteur du travail et un trait d'identité culturelle tout en contrôlant pour les cycles de l'enquête et l'ensemble des variables de l'étude. Pour l'hypothèse H2, les coefficients d'interactions sont soumis à une correction supplémentaire de type Bonferroni afin de tenir compte du biais de comparaisons multiples. La méthode de Bonferroni appelée aussi méthode de Bonferroni-Holm est une méthode permettant d'éviter l'inflation du risque alpha lorsque plusieurs comparaisons statistiques sont nécessaires (Bonferroni-Holm, 1979). Elle consiste à réaliser des tests avec un seuil de signification plus petit que 5% et de choisir cette valeur de telle sorte qu'après inflation due aux comparaisons multiples, le niveau global atteint soit de 5%. Les tests sont réalisés avec un seuil de $5\%/k$ où k désigne le nombre de

comparaisons effectuées. Pour l'hypothèse de médiation (H3), les effets de médiation sont testés en utilisant le logiciel Mplus 8.0. Des modèles d'équations structurelles à deux niveaux (niveau 1= temps ; niveau 2= individus) sont effectués pour tester l'hypothèse de médiation. Au total, 18 relations de médiation sont testées en contrôlant pour les variables potentiellement confondantes. Chaque relation de médiation représente le lien indirect entre un trait d'identité culturelle et un symptôme de problème de santé mentale via un facteur du travail. Comme méthode d'estimation, nous utilisons la méthode de vraisemblance maximale avec des erreurs-types robustes (MLR) (Muthén & Muthén, 1998–2010). La qualité de l'ajustement du modèle est évaluée par le test du khi-deux, et tient compte de l'indice d'ajustement parcimonieux (RMSEA), de l'indice d'ajustement comparatif (CFI), et de l'indice d'ajustement absolu (SRMR). Un RMSEA inférieur à 0,10, un CFI supérieur à 0,95, et un SRMR inférieur à 0,05 sont des indicateurs d'un bon ajustement du modèle (Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 1989).

Les modèles estimés par MLwiN 2.36 et Mplus 8.0 sont tous pondérés et corrigés pour l'effet de plan par la démarche à deux étapes décrite plus haut.

Le troisième article utilise une démarche en tous points semblable à celle retrouvée dans l'article 2. Cependant, la variable dépendante analysée porte sur les symptômes dépressifs.

Les trois articles ci-dessus soulignés sont présentés dans les trois prochains chapitres ; soit les chapitres 5 à 7.

CHAPITRE 5 : Article 1. Les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité : Quel lien avec les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne? Résultats des neuf cycles de l'ENSP⁶.

Résumé

OBJECTIF : Cette recherche a pour objectif de comprendre au sein de la main-d'œuvre canadienne, la distribution dans le temps des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs à travers deux traits d'identité culturelle que sont l'ethnicité et le statut d'immigrant. **MÉTHODE** : Les données proviennent des neuf cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada contenant un échantillon de 7069 personnes en emploi. Des analyses de régressions multiples ainsi que des régressions multiples multiniveaux ont été estimées. Les analyses ont été ajustées pour l'âge, le genre, le statut matrimonial, le revenu du ménage, le soutien social hors travail, la scolarité, la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans. **RÉSULTATS** : À travers le temps, et après avoir contrôlé pour certaines variables confondantes, le statut d'immigrant ne s'associe ni aux symptômes de détresse psychologique ni aux symptômes dépressifs. L'ethnicité, quant à elle, s'associe aux symptômes dépressifs, mais pas aux symptômes de détresse psychologique. En comparaison avec les personnes caucasiennes, les symptômes dépressifs seraient inférieurs chez les personnes issues des minorités visibles. **CONCLUSION** : Contrairement au statut d'immigrant, l'ethnicité semble expliquer une partie des inégalités de santé mentale chez les personnes en emploi. Ainsi, dans les recherches futures, il s'agira de vérifier si les conditions de travail expliquent les inégalités ethniques de santé mentale dans la main-d'œuvre canadienne.

Mots clés : détresse psychologique, dépression, immigrant, minorité visible, caucasien.

⁶ Cet article dont je suis la première auteure a été rédigé en collaboration avec mon directeur de thèse, Alain Marchand. Il a été publié dans la *Revue Canadienne de Santé Publique / Canadian Journal of Public Health*. La publication finale est disponible sur link.springer.com

Abstract

PURPOSE: This study investigated, variations over time of psychological distress and depressive symptoms among working Canadian according to two cultural identity traits: ethnicity and immigration status. **METHOD:** data came from the nine cycles of National Population Health Survey (NPHS) conducted by Statistics Canada. Based on a sample of 7069 workers, multiple regression analyses and multilevel regression models were carried out. Analyses were adjusted for confounders age, gender, marital status, household income, social support outside the workplace, level of education, presence of children aged between 0 and 5 years old, and presence of children aged from 6 to 11 years old. **RESULTS:** Over time, and after accounting for potential confounders, immigration status is not associated with psychological distress or depressive symptoms. Ethnicity is associated with depressive symptoms, but not with psychological distress symptoms. Visible minorities have less depressive symptoms compared to Caucasians. **CONCLUSION:** Unlike immigration status, ethnicity seems to explain a portion of mental health inequities among workers. One area to be explored in future researches is whether in the Canadian workforce, work conditions could explain ethnic inequalities in mental health.

Keywords: psychological distress, depression, immigrant, visible minority, Caucasian.

Introduction

Au Canada, les problèmes de santé mentale concerneraient une personne sur cinq et deux travailleurs sur neuf (Smetanin et al., 2011). Les pertes qui y sont associées seraient d'environ 50 G\$ CA annuellement pour le gouvernement canadien (Smetanin et al., 2011), dont 20,7 G\$ CA relié uniquement à la perte de participation au marché du travail (Conference Board of Canada & Conference Board, 2012). Améliorer la prévention de la dépression et de l'anxiété dans la main-d'œuvre pourrait stimuler l'économie canadienne de près de 49 G\$ CA annuellement (Stonebridge & Sutherland, 2016).

Prévenir les problèmes de santé mentale passe aussi par une meilleure compréhension des inégalités de santé mentale. Cette étude s'intéresse aux inégalités associées aux traits d'identité culturelle. Un trait d'identité culturelle représente tout élément matériel ou non matériel d'une identité culturelle. S'intéresser aux traits d'identité culturelle plutôt qu'à l'identité culturelle c'est reconnaître le caractère complexe de l'identité culturelle et la possibilité de faire appel à un ou plusieurs traits d'identité culturelle pour définir une identité culturelle. C'est également se doter d'un instrument permettant d'identifier les éléments d'une identité culturelle susceptibles de s'associer aux problèmes de santé mentale. Plusieurs recherches sont déjà parvenues à expliquer les inégalités de santé mentale par des traits d'identité culturelle tels que le statut d'immigrant et l'ethnicité. Toutefois, très peu de ces recherches se sont penchées sur de telles inégalités chez les personnes en emploi. Or, mieux comprendre l'association entre les traits d'identité culturelle et la santé mentale dans la main-d'œuvre permettra de repenser les interventions en santé mentale au travail. À partir des données des neuf cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), l'objectif de cette étude est de comprendre, au sein de la main-d'œuvre canadienne, la distribution dans le temps des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs à travers deux traits d'identité culturelle, dont le statut d'immigrant et l'ethnicité.

Contexte

À la question de savoir si les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs sont les mêmes pour tous, quels que soient l'ethnicité et le statut d'immigrant, la littérature y

apporte un début d'éclairage. Il en ressort que les immigrants en comparaison avec les personnes nées sur le territoire auraient en général plus de risque d'expérimenter des symptômes de détresse psychologique (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015) ou des symptômes dépressifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Rask et al., 2016). En considérant l'ethnicité, les risques de développer des symptômes de détresse psychologique se retrouveraient davantage chez les immigrants en provenance d'Afrique (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015), du Moyen-Orient (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015), ou d'Asie (Haverkamp et al., 2015). Pour ce qui est des symptômes dépressifs, certaines études démontrent des risques plus élevés chez ces groupes également (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015). D'autres études signalent, par contre, moins de symptômes dépressifs chez les personnes considérées comme n'ayant pas la peau blanche. (Stafford et al., 2010).

Deux effets viennent nuancer ces conclusions chez les immigrants du Canada. Le premier effet est dit « effet de l'immigrant en bonne santé » et part du constat que les immigrants, mis à part les réfugiés et les personnes sans statut légal au Canada, auraient à leur arrivée un meilleur état de santé général comparé à la population canadienne (Aglipay et al., 2013; Ali, 2002). Le second effet est dit « effet de transition » et souligne chez les immigrants la diminution de leur avantage de santé peu de temps après leur arrivée au Canada (Aglipay et al., 2013; Ali, 2002). D'après cet effet de transition, un séjour d'au moins 10 ans au Canada serait nécessaire pour retrouver un niveau de santé comparable (Ali, 2002) ou supérieur à celui des Canadiens de naissance (Aglipay et al., 2013). Ces deux effets semblent également s'appliquer aux symptômes de détresse psychologique (Whitley et al., 2017) et aux symptômes dépressifs (Ali, 2002; Whitley et al., 2017).

À ce jour, les recherches répertoriées sur les inégalités de santé mentale en lien avec l'ethnicité ou le statut d'immigrant restent toutefois limitées sur de nombreux points. Premièrement, elles se concentrent majoritairement sur l'ensemble de la population et pas sur la population des travailleurs. Or, comprendre au sein de la main-d'œuvre canadienne la distribution dans le temps, des symptômes de détresse psychologique et des symptômes dépressifs à travers ces deux traits d'identité culturelle pourrait permettre de repenser les interventions en santé mentale au travail.

Elles pourraient alors être ciblées de façon à répondre à des situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles l'ethnicité ou le statut d'immigrant pourrait agir comme des facteurs importants. Deuxièmement, la plupart des études qui mesurent la santé mentale utilisent des mesures auto-rapportées se basant sur une question unique faisant appel à la perception du répondant. Dans cette étude, nous utilisons deux échelles additives unidimensionnelles validées afin de mesurer la santé mentale : soit les symptômes de détresse psychologiques et les symptômes dépressifs. Troisièmement, peu de recherches tiennent compte à la fois du statut d'immigrant et de l'ethnicité. Pourtant, une telle démarche permet de déterminer lequel des deux traits d'identité culturelle est le plus associé aux inégalités de santé mentale. Quatrièmement, on note une utilisation abondante de données transversales. Avec des données longitudinales, il est possible de vérifier si les inégalités se maintiennent dans le temps.

Méthodologie

Source des données

Cette recherche s'appuie sur une analyse des données longitudinales de l'ENSP de Statistique Canada débutée en 1994 et achevée en 2011 après 9 cycles. L'un des objectifs de l'enquête qui est répétée tous les deux ans fut de recueillir des informations nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population canadienne. Le plan d'échantillonnage utilisé a été stratifié à deux degrés (grappes et logements). Chaque grappe reflète la population de chacune des provinces canadiennes. Des logements sont choisis de façon aléatoire dans les grappes et un membre de 12 ans et plus est sélectionné dans chaque logement. Au total, ce sont 17 276 personnes qui ont accepté de façon volontaire de prendre part à l'enquête au cycle 1 afin d'être interviewées tous les deux ans.

Un poids longitudinal est calculé de façon à ce que l'échantillon longitudinal renvoie toujours à la population du cycle 1 sélectionnée de manière à être représentative de la population canadienne. Ce poids est conforme aux estimations de la population de 1996 par groupe d'âge et par sexe à l'intérieur de chaque province. Les taux de réponse par cycle varient entre 69,7% et 93,6%, pour un taux d'érosion cumulatif de 46,2% au bout de 9 cycles. Au total, 7767 répondants, soit environ 45% ont participé à tous les cycles de l'enquête.

Dans la présente étude, seulement les personnes en emploi au cycle 1 et âgées entre 15 et 65 ans sont retenues et suivies à travers les cycles subséquents de l'ENSP. Les travailleurs autochtones n'ont pas été intégrés à cette étude étant donné leur nombre limité dans l'échantillon. Après élimination des travailleurs ayant des valeurs manquantes pour les variables à l'étude, l'échantillon retenu est constitué de 7069 travailleurs au cycle 1. Les travailleurs immigrants sont au Canada depuis en moyenne 20 ans au cycle 1.

La mesure des variables

Les symptômes de détresse psychologique sont mesurés dans l'ENSP par l'échelle K6 (Kessler et al., 2002), constituée de six items, et reflétant différents symptômes ressentis au cours des 30 jours précédents l'enquête (tristesse, nervosité, etc.) (Statistique Canada, 2012). Ces items résultent des travaux de Kessler (2002) au cours desquels 612 questions tirées des échelles d'évaluation existantes de la détresse et de la dépression ont d'abord été raffinées, et ensuite évaluées par un comité d'experts. La qualité de l'échelle K6 a été confirmée par certains travaux (Drapeau et al., 2010). L'alpha de Cronbach obtenu sur un échantillon de personnes en emploi au cycle 1 a été de 0,77 (Wilkins & Beaudet, 1998).

Les symptômes dépressifs sont mesurés dans l'ENSP, en demandant aux personnes ayant répondu « non » aux questions portant sur un Épisode de dépression majeure (EDM) de se prononcer sur d'autres questions évaluant différents symptômes dépressifs (pensée suicidaire, perte d'intérêt, etc.) ressentis pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois (Statistique Canada, 2012). Ces symptômes sont tirés des travaux de Kessler et Mroczek (1994) axés sur un sous ensemble de questions de la Composite International Diagnostic Interview qui évalue un EDM. L'alpha de Cronbach calculé au cycle 1 sur un échantillon de personnes en emploi est de 0,65.

Le trait d'identité culturelle inclut deux variables distinctes, dont le statut d'immigrant et l'ethnicité. Le statut d'immigrant différencie les personnes immigrantes des personnes natives. Un natif est toute personne canadienne de naissance. L'ethnicité distingue les personnes issues des minorités visibles des personnes caucasiennes. D'après la loi sur l'équité en matière d'emploi (LC, 1995, ch. 44, art3.), une personne issue des minorités visibles au Canada est toute personne

autre qu'autochtone, qui n'est pas de race blanche ou qui n'a pas la peau blanche. Cela inclut les personnes qui se définissent comme Arabes, noires, asiatiques, ou d'Amérique latine.

Les *variables de contrôle* incluent le genre (0= Homme, 1= Femme), le statut matrimonial (1= en couple, 0= vivant seul), le revenu du ménage (5 catégories de revenu allant de 1= revenu inférieur à 5= revenu supérieur. Chaque catégorie reflète la suffisance du revenu compte tenu du nombre de personnes dans le ménage), l'âge, le plus haut niveau de scolarité (12 catégories de scolarité allant de 1= aucune scolarité à 12= niveau doctorat), le soutien social hors travail (échelle dichotomique estimant la présence à la fois du soutien émotionnel et informationnel. 1= oui, 0= non), la présence dans le ménage d'enfants âgés de 5 ans ou moins (1= oui, 0= non) et/ou d'enfants âgés de 6 à 11 ans (1= oui, 0= non). Toutes les variables de contrôle sont mesurées à tous les cycles de l'ENSP.

Analyse

Des statistiques descriptives pondérées sont produites au moyen du logiciel Stata 14. Des modèles de régressions multiples et multiniveaux corrigés pour les effets de plan sont estimés avec le logiciel MLwiN 2.36. Les analyses de régression sont contrôlées pour des variables potentiellement confondantes. Afin de corriger pour l'effet de plan, nous appliquons une démarche à deux étapes qui a été prouvée antérieurement comme donnant de bons résultats (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006). Celle-ci consiste tout d'abord à rectifier l'estimation de l'erreur-type en appliquant la méthode dite de « sandwich » aux données pondérées (Goldstein, 1995). Par la suite, l'erreur-type déjà rectifiée est gonflée de 1,28 représentant la valeur de la racine carrée de l'effet de plan rapporté par Statistique Canada au cycle 1 de l'ENSP. La méthode des moindres carrés généralisés itératifs (IGLS) est utilisée afin d'estimer les paramètres du modèle (Goldstein, 1995). Le test de signification du modèle global est estimé grâce au test du rapport de vraisemblance (khi-deux) avec un nombre de degrés de liberté égal au nombre de paramètres additionnels dans le modèle, pour une valeur de $p < 0,05$. Les coefficients de régression individuels sont estimés par un test bilatéral de T pour une valeur de $p < 0,05$ (Snijders & Bosker, 1999). La partie aléatoire du modèle est estimée par un test bilatéral de T pour un niveau de signification inférieur à p divisé par deux (Goldstein, 1995).

Résultats

Les statistiques descriptives de l'échantillon de l'ENSP aux cycles 1 à 9 sont présentées dans le tableau 1.

Insérer Tableau 1

Les figures 1 et 2 suggèrent que les immigrants ont à chaque cycle un niveau de symptômes de détresse psychologique supérieur à celui des natifs à l'exception des cycles 3 et 9 ; tandis que leur niveau de symptômes dépressifs est inférieur à celui des natifs à l'exception du cycle 6. Concernant l'ethnicité, les minorités visibles ont à chaque cycle un niveau de symptômes de détresse psychologique supérieur à celui des caucasiens à l'exception des cycles 3, 4, 7 et 9. À tous les cycles, le niveau de symptômes dépressifs des minorités visibles est inférieur à celui des caucasiens.

Insérer Figure 1 et Figure 2

D'après le tableau 2, une fois avoir tenu compte des variables de contrôle, le niveau de symptômes de détresse psychologique des immigrants n'est pas significativement différent de celui des natifs, quel que soit le cycle de l'ENSP. Les minorités visibles et les caucasiens se distinguent significativement dans leur niveau de symptômes de détresse psychologique au cycle 3 uniquement.

Insérer Tableau 2

D'après le tableau 3, une fois avoir tenu compte des variables de contrôle, le niveau de symptômes dépressifs des immigrants n'est pas significativement différent de celui des natifs, quel que soit le cycle de l'ENSP. Pour ce qui est de l'ethnicité, les minorités visibles et les caucasiens se distinguent significativement dans leur niveau de symptômes dépressifs aux cycles 1 à 3 et au cycle 7.

Insérer Tableau 3

Le tableau 4 présente la contribution du temps, des traits d'identité culturelle et des variables de contrôle à l'explication des symptômes de détresse psychologique et dépressifs. Comparativement au cycle 1, le niveau de symptômes de détresse psychologique semble significativement diminuer à tous les cycles à l'exception du cycle 8 ; tandis qu'aucune différence significative n'est observée entre le niveau de symptômes dépressifs du cycle 1 et celui des autres cycles. Concernant les traits d'identité culturelle, le statut d'immigrant ne s'associe pas significativement ni aux symptômes de détresse psychologique ni aux symptômes dépressifs. L'ethnicité s'associe significativement aux symptômes dépressifs, mais pas aux symptômes de détresse psychologique. Du côté des variables de contrôle, le fait d'être une femme s'associe significativement à plus de symptômes de détresse psychologique et à plus de symptômes dépressifs. Par contre, le fait d'être en couple, d'avoir des enfants de 0 à 5 ans, d'augmenter en âge, ou d'avoir du soutien social hors travail s'associe significativement à moins de symptômes de détresse psychologique et à moins de symptômes dépressifs. Un revenu plus élevé s'associe significativement à moins de symptômes de détresse psychologique, mais ne s'associe pas significativement aux symptômes dépressifs. Ni la scolarité ni le fait d'avoir des enfants de 6 à 11 ans ne s'associent significativement à l'un ou l'autre des deux symptômes.

Insérer Tableau 4

Discussion

Au terme de cette étude, cinq observations peuvent être émises. Premièrement, le statut d'immigrant ne s'associe ni aux symptômes de détresse psychologique ni aux symptômes dépressifs chez les personnes en emploi. Ces résultats vont à l'encontre de plusieurs autres études ayant démontré chez les immigrants plus de symptômes de détresse psychologique (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015) et plus de symptômes dépressifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Rask et al., 2016). Une explication à nos résultats pourrait être l'effet de transition voulant que les immigrants de longue date ne soient pas désavantagés dans ces symptômes en comparaison aux natifs (Ali, 2002; Whitley et al., 2017) ; car les immigrants de cette étude sont en moyenne des immigrants de longue date ayant été au Canada depuis en moyenne deux décennies. Le statut d'emploi peut être une autre

explication de nos résultats ; car les immigrants et les natifs sont tous en emploi. Or l'emploi est reconnu comme ayant un effet protecteur contre les problèmes de santé mentale (van der Noordt et al., 2014) et les études antérieures sont fondées sur des données de l'ensemble de la population et non spécifiquement sur celles de la population en emploi.

Deuxièmement, l'ethnicité ne s'associe pas significativement aux symptômes de détresse psychologique chez les personnes en emploi. Ces résultats divergent avec ceux des études ayant démontré que les personnes issues des minorités visibles seraient plus à risques de développer des symptômes de détresse psychologique (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015). Le statut d'emploi de par son effet protecteur de la santé mentale (van der Noordt et al., 2014) pourrait là aussi expliquer nos résultats. En effet, les minorités visibles et les caucasiens de la présente étude sont tous en emploi. La mesure de l'ethnicité pourrait toutefois expliquer les divergences entre nos résultats et ceux des autres chercheurs tels que Erdem (2017) et Haverkamp (2015). En effet, la mesure de l'ethnicité utilisée dans cette étude englobe dans une seule catégorie toutes les personnes issues des minorités visibles qu'elles soient immigrantes ou pas ; tandis que le groupe de référence est formé de personnes caucasiennes qu'elles soient également immigrantes ou pas. Or, dans les recherches de Erdem (2017) et Haverkamp (2015), les minorités visibles incluaient uniquement des immigrants, et le groupe de référence tenait compte uniquement des personnes natives.

Troisièmement, les minorités visibles ont significativement moins de symptômes dépressifs en comparaison avec les caucasiens chez les personnes en emploi. Ces résultats convergent avec certaines recherches (Stafford et al., 2010) et divergent avec d'autres (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015). L'explication de ce niveau plus faible de symptômes dépressifs chez les minorités visibles pourrait résider dans une sous-déclaration par ce groupe de leurs symptômes dépressifs. En effet, il existe de forts stigmas vis-à-vis de la santé mentale dans plusieurs communautés de personnes issues des minorités visibles (Haralambous et al., 2016). Or, cette stigmatisation pourrait conduire les personnes de ces communautés à être moins enclines à déclarer des symptômes dépressifs. La mesure de l'ethnicité pourrait aussi être une autre explication de nos résultats. Par exemple, Stafford et ses collègues (2010) ont utilisé une mesure de l'ethnicité en tous points semblable à la nôtre et en sont arrivées à des conclusions qui

convergent vers les nôtres. Par contre, les études ayant démontré plus de symptômes dépressifs chez les minorités visibles (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015) utilisent pour la plupart une mesure de l'ethnicité différente de la nôtre. La catégorie formée de minorités visibles n'inclut pas les immigrants et les non-immigrants. De plus, les minorités visibles ne sont pas regroupées dans une seule catégorie, mais plutôt séparées selon les régions d'origines.

Quatrièmement, le niveau de symptômes de détresse psychologique et de symptômes dépressifs varie d'un cycle à un autre dans chacun des traits d'identité culturelle. De par leur association avec les problèmes de santé mentale (Karasek & Theorell, 1990; Marchand et al., 2006), les conditions de travail ou les conditions hors travail dans lesquelles se retrouvent les travailleurs à chaque cycle pourraient en être une explication. Par exemple, au cycle 5 les deux symptômes augmentent dans toutes les catégories de traits d'identité culturelle. Le cycle 5 correspond aux années 2002 et 2003 qui ont été marquées par plusieurs événements majeurs à l'instar du krach boursier de 2000-2003 et de la bulle internet de 2000. Ces événements ont été créateurs d'insécurité économique. Or une telle insécurité est connue comme pouvant s'associer à une augmentation des problèmes de santé mentale (Rohde et al., 2016).

Cinquièmement, certaines variables ne s'associent pas de la même façon aux deux symptômes. La période à laquelle se rapporte chacun des symptômes ressentis peut en être une raison. Les symptômes de détresse psychologique se rapportent aux symptômes ressentis dans des 30 jours précédents l'enquête ; alors que les symptômes dépressifs sont évalués en référence aux 12 derniers mois.

Limites

Cette étude comporte des limites. Premièrement, d'autres facteurs tels les conditions de travail ou la qualité de l'emploi n'ont pas été pris en compte. Or, ces facteurs sont connus comme pouvant également s'associer aux problèmes de santé mentale (Boulet & Boudarbat, 2015; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006). Deuxièmement, l'absence d'algorithme pour l'application d'une correction par la méthode du ré-échantillonnage (Bootstraap) dans le cas des régressions multiniveaux, nous a contraints à choisir une démarche qui implique de gonfler l'erreur-type par la racine carrée de l'effet de plan. Cette méthode bien que reconnu valide

(Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006) peut néanmoins aboutir à un test non significatif pour des variables dont la valeur de p est comprise entre 0,036 et 0,050. Troisièmement, les deux problèmes de santé mentale analysés sont auto-rapportés. Or, l'existence de nombreux stigmas vis-à-vis de la santé mentale dans certaines communautés (Haralambous et al., 2016) pourrait avoir influencé les déclarations de certains répondants. Quatrièmement, il est possible que le délai de deux ans entre les cycles de l'ENSP ait masqué de multiples changements ayant eu lieu dans la vie de l'individu (perte d'emploi, maladie, séparation, etc.) ; et lesquels sont susceptibles de s'associer aux symptômes analysés. Enfin, la taille de l'échantillon ne permet pas de mener des analyses stratifiées suivant le genre qui soient généralisables à chacune des catégories de traits d'identité culturelle. Elle ne permet pas non plus d'utiliser une mesure plus détaillée des traits d'identité culturelle permettant de distinguer par exemple les minorités visibles natives des minorités visibles immigrantes. De telles analyses auraient apporté sans aucun doute davantage de richesse à nos résultats.

Conclusion

Au sein de la main-d'œuvre canadienne, des inégalités ethniques de santé mentale semblent exister. Ainsi, dans les recherches futures, il s'agira de vérifier si les conditions de travail expliquent les inégalités ethniques de santé mentale dans la main-d'œuvre canadienne. Si tel est le cas, agir sur ces conditions de travail représenterait un levier de lutte contre les inégalités de santé mentale en lien avec les traits d'identité culturelle dans la main-d'œuvre canadienne.

Références bibliographiques :

- Aglipay, M., Colman, I., & Chen, Y. (2013). Does the Healthy Immigrant Effect Extend to Anxiety Disorders? Evidence from a Nationally Representative Study. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(5), 851-857.
- Ali, J. (2002). *Mental Health of Canada's Immigrants*. Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernandez-Gutierrez, M., & Poza-Mendez, M. (2017). Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs, 31*(1), 111-121.
- Boulet, M., & Boudarbat, B. (2015). Qualité de l'emploi et santé mentale des travailleurs au Québec : une comparaison entre les immigrants et les natifs. *Canadian public policy, 41*(Supplement 2), S53-S60.
- Conference Board of Canada, & Conference Board, I. (2012). *Mental Health Issues in the Labour Force: Reducing the Economic Impact on Canada*: Conference Board of Canada.
- Drapeau, A., Beaulieu-Prevost, D., Marchand, A., Boyer, R., Preville, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC medical research methodology, 10*, 68.
- Erdem, O., Burdorf, A., & Van Lenthe, F. J. (2017). Ethnic inequalities in psychological distress among urban residents in the Netherlands: A moderating role of neighborhood ethnic diversity? *healthplace, 46*(175-182).
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London, Edward Arnold. New York: Halstead Press.
- Haralambous, B., Dow, B., Goh, A., Pachana, N., Bryant, C., LoGiudice, D., et al. (2016). 'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrants' experiences of depression and anxiety. *Australasian journal on ageing, 35*(4), 249-254.
- Haverkamp, G. L., Torensma, B., Vergouwen, A. C., & Honig, A. (2015). Psychological Distress in the Hospital Setting: A Comparison between Native Dutch and Immigrant Patients. *P. LoS One, 10*(6).
- Ikram, U. Z., Snijder, M. B., Fassaert, T. J., Schene, A. H., Kunst, A. E., & Stronks, K. (2015). The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur, J. Public Health, 25*(2).
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *The Psychosocial Work Environment stress, productivity, and the reconstruction of working life* (pp. 31-82.). New York
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine, 32*(6), 959-976.
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. K. (1994). *Final versions of our Non-specific psychological distress scale* Communication écrite datée du 10/3/1994. Survey Research Center of the Institute for Social Research. Ann Arbor: MI. University of Michigan.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2010). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health Psychology, 52*(3), 176-185.

- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 25(2), 11-30.
- Nieuwenhuijsen, K., Schene, A., Stronks, K., Snijder, M., Frings-Dresen, M., & Sluiter, J. (2015). Do unfavourable working conditions explain mental health inequalities between ethnic groups?: cross-sectional data of the HELIUS study. *BMC Public Health*, 15(1), 805.
- Rask, S., Suvisaari, J., Koskinen, S., Koponen, P., Molsa, M., Lehtisalo, R., et al. (2016). The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scand. J. Public Health*, 44(3), 281-290.
- Rohde, N., Tang, K. K., Osberg, L., & Rao, P. (2016). The effect of economic insecurity on mental health: Recent evidence from Australian panel data. *Social science & medicine*, 151, 250-258.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011) The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. Toronto: RiskAnalytica on behalf of the Mental Health Commission of Canada,.
- Snijders, T. A., & Bosker, J. R. (1999). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London: Sage.
- Stafford, M., Newbold, B. K., & Ross, N. A. (2010). Psychological Distress Among Immigrants and Visible Minorities in Canada: a Contextual Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428-441.
- Statistique Canada. (2012) Documentation des variables dérivées et des variables longitudinales constantes de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population- volet ménage. In Statistique Canada (Series Ed.), (pp. 328). Ottawa: Statistique Canada et Gouvernement du Canada.
- Stonebridge, C., & Sutherland, G. (2016). *Estimating the Impact of Workplace Mental Health Benefits and Programs*: The Conference Board of Canada.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & I Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, 71(10), 730-736.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal: An Epidemiological Comparison. *Can J Psychiatry*, 62(8), 570-579.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la sante. *Rapports sur la santé*, 10(49-66).

Tableau 1. Statistiques descriptives pondérées de l'échantillon: cycles 1 à 9 de l'ENSP*

	Cycle1 N=7069	Cycle2 N=5916	Cycle3 N=5481	Cycle4 N=4973	Cycle5 N=4481	Cycle6 N=4175	Cycle7 N=3733	Cycle8 N=3346	Cycle9 N=3115
Nombre d'années au Canada depuis l'immigration (Moy., É-T)	20,35(12,54)	22,72(12,18)	24,81(12,09)	26,41(11,95)	27,85(11,59)	30,05(11,86)	31,85(11,85)	34,06(11,86)	35,17(11,34)
Santé mentale (Moy., É-T)									
Symptômes de détresse psychologique	3,27(3,13)	2,46(2,82)	2,5(2,75)	2,09(2,74)	2,29(2,84)	2,27(3)	2,21(2,88)	2,45(2,87)	2,13(2,75)
Symptômes dépressifs	0,39(1,43)	0,31(1,3)	0,25(1,18)	0,31(1,31)	0,34(1,35)	0,35(1,39)	0,29(1,25)	0,32(1,32)	0,3(1,28)
Traits d'identité culturelle (%)									
Statut d'immigrant (Immigrant)	17,49	17,77	17,48	16,50	16,78	16,08	15,18	15,70	14,44
Ethnicité (Minorité visible)	8,57	8,70	8,44	7,90	7,82	7,61	7,13	6,87	6,43
Variables de contrôle									
Statut matrimonial (en couple) (%)	66,61	69,94	71,12	71,73	73,01	74,73	75,34	77,15	75,96
Enfant de 0 à 5 ans (%)	21,03	19,89	19,20	16,53	15,41	13,40	12,66	11,14	7,32
Enfant de 6 à 11 ans (%)	20,63	21,95	22,14	23,02	21,99	21,18	20,19	17,65	14,53
Revenu du ménage (Moy., É-T)	3,73(0,97)	3,84(0,86)	4,05(0,87)	4,18(0,85)	4,3(0,8)	4,39(0,78)	4,51(0,71)	4,61(0,67)	4,63(0,65)
Soutien social hors travail (%)	84,84	88,67	92,41	93,76	93,65	94,37	93,36	92,94	94,25
Genre (femmes) (%)	47,13	43,44	43,21	44,67	43,95	45,12	44,14	44,31	43,69
Âge (Moy., É-T)	37,55(12,08)	39,51(11,18)	40,95(10,99)	42,17(10,58)	43,78(10,28)	45,08(9,97)	46,42(9,76)	48,38(9,54)	49,82(9,09)
Scolarité (Moy., É-T)	6,96(3,08)	7,29(3,01)	7,45(2,97)	7,62(2,95)	7,79(2,93)	7,91(2,92)	8,06(2,91)	8,12(2,93)	8,22(2,9)

*Les valeurs extrêmes (minimum et maximum) ne sont pas produites afin de respecter les normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données établies par Statistique Canada.

N=effectif. Moy= moyenne. É-T= écart-type. %=pourcentage.

Figure1. Niveaux de symptômes de détresse psychologique entre les cycles 1 et 9 de l'ENSP pour chaque trait d'identité culturelle

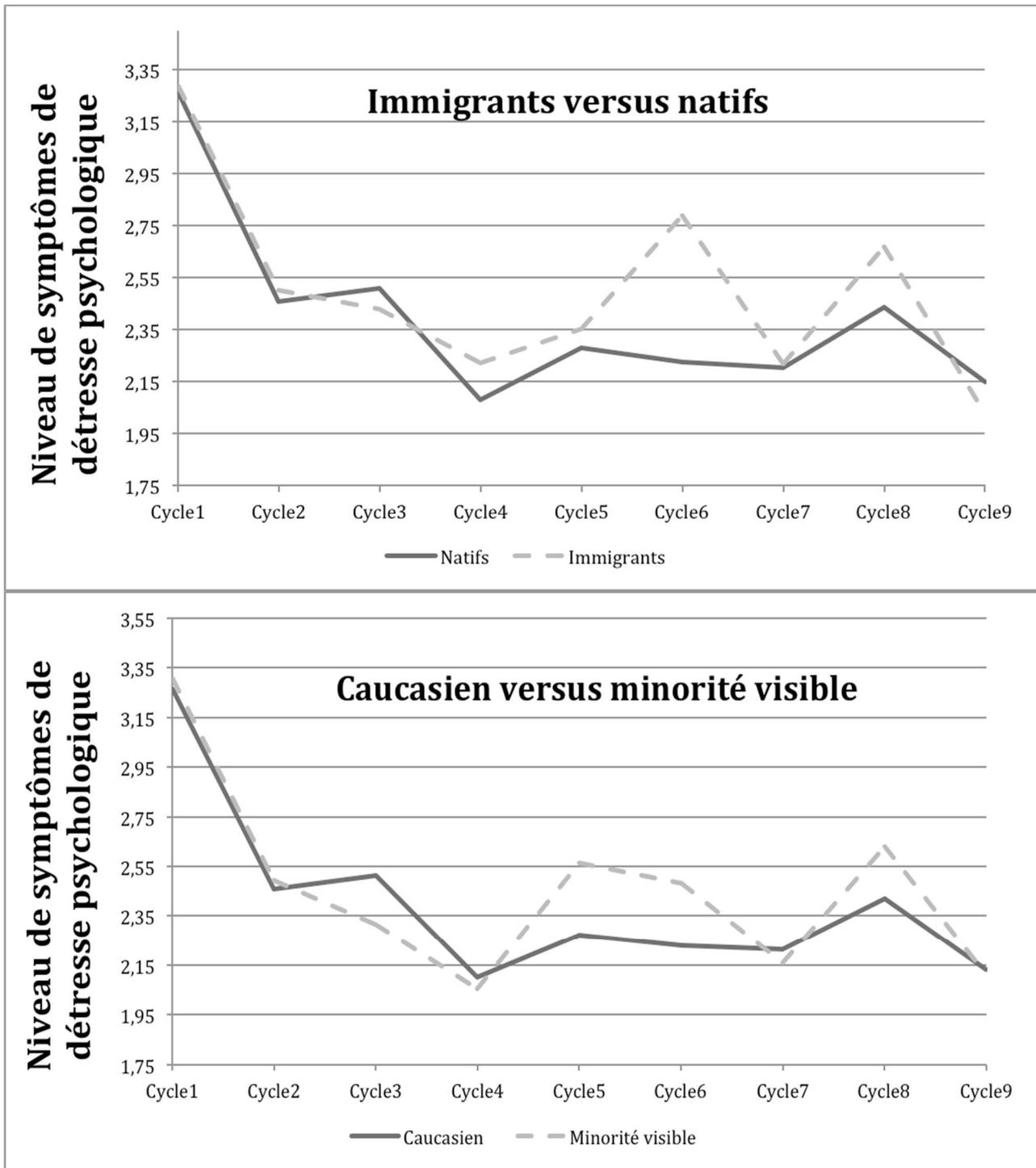


Figure2. Niveaux de symptômes dépressifs entre les cycles 1 et 9 de l'ENSP pour chaque trait d'identité culturelle

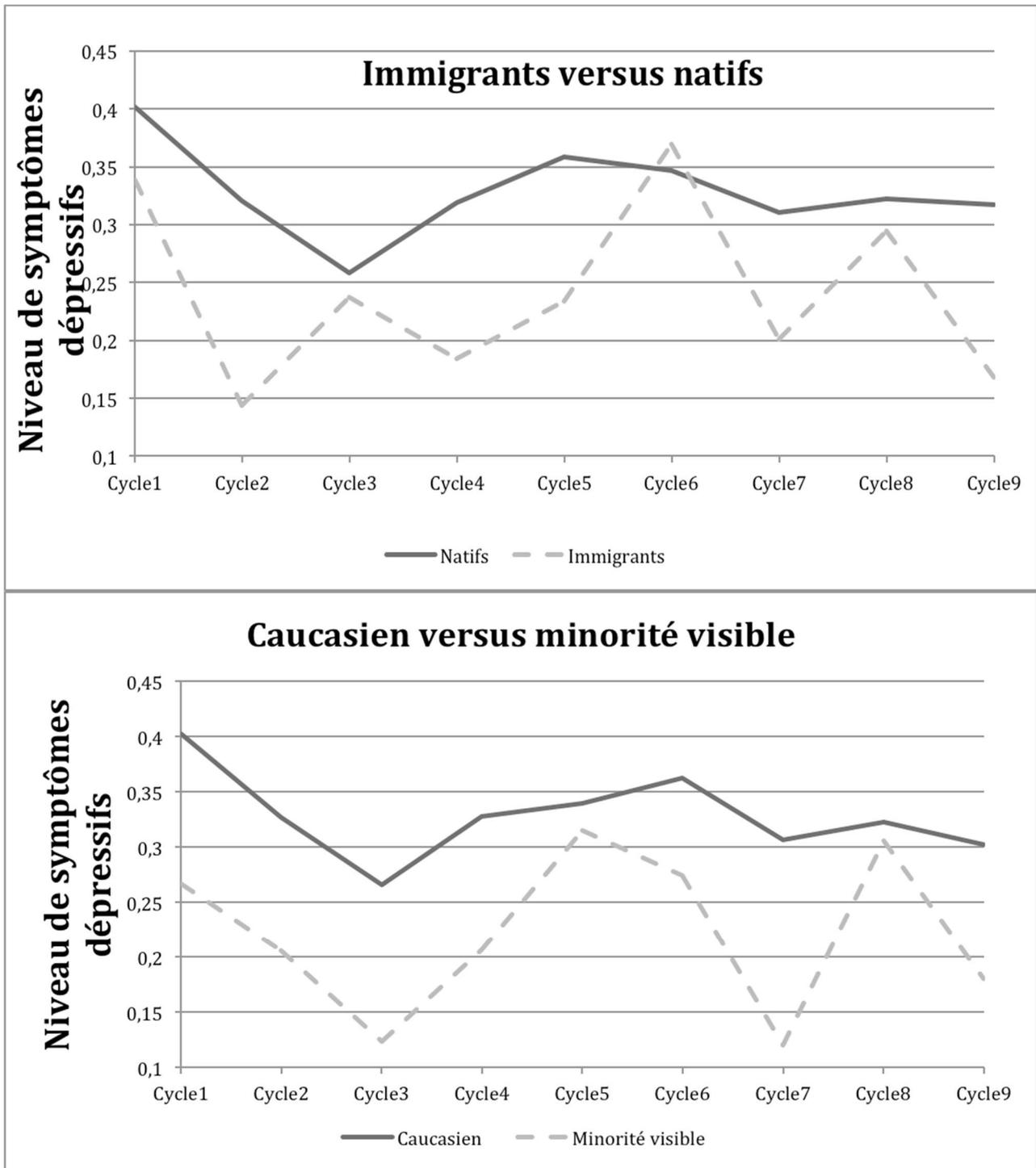


Tableau 2. Analyses de régressions multiples des symptômes de détresse psychologique après avoir contrôlé pour le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, le statut matrimonial, le soutien social hors travail, la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans : ENSP cycles 1 à 9.

	Cycle1	Cycle2	Cycle3	Cycle4	Cycle5	Cycle6	Cycle7	Cycle8	Cycle9
Constante	4,13**	3,42**	4,01**	3,84**	4,19**	4,35**	4,97**	4,50**	4,72**
Traits d'identité culturelle									
Statut d'immigrant (Immigrant)	0,31	0,19	0,22	0,01	0,15	0,20	0,31	0,26	-0,03
Ethnicité (Minorité visible)	-0,43	-0,24	-0,54*	-0,06	0,03	0,30	-0,50	-0,21	-0,13
Variance (σ^2)	8,98**	7,56**	7,08**	7,00**	7,63**	8,40**	7,63**	7,70**	7,00**
Khi-deux (χ^2, dl=10)	605**	288**	378**	338**	258**	289**	312**	215**	251**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tableau 3. Analyses de régressions multiples des symptômes dépressifs après avoir contrôlé pour le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, le statut matrimonial, le soutien social hors travail, la présence d'enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans : ENSP cycles 1 à 9.

	Cycle1	Cycle2	Cycle3	Cycle4	Cycle5	Cycle6	Cycle7	Cycle8	Cycle9
Constante	0,66**	0,67**	0,47**	0,94**	1,13**	0,85**	1,14**	0,80**	0,93**
Traits d'identité culturelle									
Statut d'immigrant (Immigrant)	0,04	-0,02	0,09	-0,07	-0,10	-0,11	0,03	0,01	-0,09
Ethnicité (Minorité visible)	-0,22*	-0,20*	0,24**	-0,15	-0,01	0,08	-0,26*	-0,10	-0,11
Variance (σ^2)	2,00**	1,65**	1,35**	1,67**	1,76**	1,88**	1,49**	1,69**	1,57**
Khi-deux (χ^2, dl=10)	182**	147**	125**	132**	165**	101**	180**	111**	119**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tableau 4. Régressions multiples multiniveaux

	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
Constante	3,98**	0,70**
Cycle1 (réf.)	1,00	1,00
Cycle2	-0,65**	-0,04
Cycle3	-0,47**	-0,06
Cycle4	-0,80**	0,01
Cycle5	-0,53**	0,06
Cycle6	-0,47**	0,08
Cycle7	-0,48**	0,04
Cycle8	-0,15	0,08
Cycle9	-0,41**	0,07
Traits d'identité culturelle		
Statut d'immigrant (Immigrant)	0,23	-0,01
Ethnicité (Minorité visible)	-0,28	-0,16**
Variables de contrôle		
Statut matrimonial (en couple)	-0,30**	-0,19**
Enfants de 0 à 5 ans	-0,20**	-0,07*
Enfants de 6 à 11 ans	-0,06	0,02
Revenu du ménage	-0,11**	-0,02
Soutien social hors travail	-1,11**	-0,35**
Genre (femmes)	0,53**	0,19**
Âge	-0,04**	-0,01**
Scolarité	-0,02	0,00
Ajustements		
Khi deux du modèle (DL=18)	2219**	718**
Khi deux du temps (DL=8)	265**	34**
Khi deux individus (DL=1)	300**	91**
Variance individuelle	2,99**	0,28**
Variance du temps	4,98**	1,42**

*p≤0,05; **p≤0,01

CHAPITRE 6 : Article 2. Travail et symptômes de détresse psychologique : Quel est le rôle des traits d'identité culturelle en lien avec l'ethnicité et le statut d'immigrant dans la main-d'œuvre canadienne?⁷

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à comprendre en quoi les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique. Les résultats basés sur les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada font état d'un rôle plus important de l'ethnicité en comparaison au statut d'immigrant. À la différence du statut d'immigrant, l'ethnicité semble exposer les personnes de façon différentielle au travail, alors que certaines conditions de travail expliquent les inégalités ethniques de détresse psychologique.

Mots clés : santé mentale, détresse psychologique, immigrant, natif, ethnicité, minorité visible, caucasien, ENSP.

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand how cultural identity traits, and especially ethnicity and immigration status, may affect how work and psychological distress are related. Results based on the nine cycles of National Population Health Survey (NPHS) conducted by Statistics Canada indicate a greater role played by ethnicity compared to immigrant status. Unlike immigration status, ethnicity seems to differentially expose people to work, while certain working conditions explain ethnic inequalities of psychological distress.

Key words: mental health, psychological distress, immigration, native, ethnicity, visible minority, Caucasian, NPHS.

⁷ Cet article, dont je suis la première auteure a été rédigé en collaboration avec mon directeur de thèse, Alain Marchand. Il a été accepté pour publication à la Revue canadienne de santé mentale communautaire.

CONTEXTE

Au Canada en 2011, 6,7 millions de personnes étaient touchées par des problèmes de santé mentale (Smetanin et al., 2011). Plus de 21% des travailleurs en seraient concernés d'après la Commission de la santé mentale du Canada. Plusieurs modèles de la santé mentale (Demerouti et al., 2001; Karasek & Theorell, 1990; Marchand et al., 2006; Siegrist, 1996) ont démontré le rôle du travail dans le développement des problèmes de santé mentale. Toutefois, les traits d'identité culturelle tiennent une place limitée dans ces modèles. Cette recherche vise à comprendre en quoi les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique. Un trait d'identité culturelle représente tout élément matériel ou non matériel d'une identité culturelle. La détresse psychologique peut se définir comme un changement temporaire ou permanent de l'état émotionnel en réponse à une situation perçue comme frustrante, nocive ou menaçante (Drapeau et al., 2012; Ridner, 2004). Dans un contexte où la personnalisation des interventions en santé mentale est de plus en plus encouragée, les traits d'identité culturelle pourraient contribuer à une telle personnalisation. Cela implique d'adapter ces interventions de manière à répondre à des situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles l'ethnicité ou le statut d'immigrant pourrait agir comme des facteurs importants. Cette recherche est un début de réponse sur l'intérêt ou non d'une telle démarche.

CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSES

Voir en les traits d'identité culturelle un facteur explicatif aux problèmes de santé mentale nécessite de se positionner au-delà des modèles dominants de la santé mentale à l'instar du modèle de Demerouti (2001), de Siegrist (1996), ou de Karasek et Theorell (1990). Ces modèles expliqueraient les problèmes de santé mentale par les seuls facteurs du travail. Le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006) se distingue de ces modèles en associant également à la santé mentale les facteurs liés à la famille et aux caractéristiques personnelles. Le modèle multiniveaux reconnaît la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure; l'existence de contraintes et

de ressources comme facteurs déterminants dans cette capacité ; et la possibilité qu'un même facteur soit une contrainte pour un individu et une ressource pour un autre. En s'inspirant du modèle multiniveaux dans cette recherche, les traits d'identité culturelle peuvent être modélisés comme un facteur qui, à l'instar de ceux du travail, serait également associé aux problèmes de santé mentale.

Traits d'identité culturelle et symptômes de détresse psychologique.

Le lien direct entre les traits d'identité culturelle et la santé mentale a été démontré dans plusieurs recherches. En tenant compte du statut d'immigrant, les immigrants de longue date et les nouveaux immigrants mis à part les réfugiés et les personnes sans statut légal au Canada ne seraient pas désavantagés en matière de santé mentale en comparaison à la population canadienne (Ali, 2002). Cette tendance semble se confirmer en matière de détresse psychologique (Bratter & Eschbach, 2005; Whitley et al., 2017). Néanmoins, les immigrants dans leur ensemble, en comparaison avec les personnes nées sur le territoire, auraient plus de risque d'expérimenter des symptômes de détresse psychologique (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015). Pour ce qui est de l'ethnicité, les risques de développer des symptômes de détresse psychologique se retrouveraient davantage chez les immigrants en provenance d'Afrique, du Moyen-Orient, ou d'Asie (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015). D'où la première hypothèse :

H1 : le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes de détresse psychologique dans la main-d'œuvre.

Réactions différentielles au travail

Le concept de réactions différentielles réfère au rôle modérateur de l'ethnicité et du statut d'immigrant dans la relation entre les facteurs du travail et les problèmes de santé mentale. Quelques auteurs ont testé ce rôle modérateur. D'après Boulet et Bourdarbat (2015), un emploi de qualité réduirait la détresse psychologique davantage chez les immigrants comparativement aux personnes nées sur le territoire. Pour Font et ses collègues (2012), être exposé à plus de demandes de travail, ou à moins de support des

collègues affecterait davantage la santé mentale des immigrants que celle des personnes nées sur le territoire. Selon Mangalore et Knapp (2012), les effets d'un faible revenu sur des problèmes de santé mentale toucheraient davantage les personnes africaines, Pakistanaises, et Bangladaises, et ce en comparaison aux personnes blanches. Quant à Meraya et ses collègues (2017), une réduction de revenu s'associerait à une augmentation de la détresse psychologique uniquement chez les personnes blanches et pas chez celles qui sont africaines ou hispaniques.

Malgré ce nombre limité de recherches répertoriées, celles axées sur les valeurs culturelles nationales, combinées aux caractéristiques de la population canadienne suggèrent que ce rôle modérateur pourrait se confirmer dans le contexte canadien. En effet, les valeurs culturelles en tant que programmation mentale collective propre à un groupe d'individus (Hofstede, 2001), sont susceptibles d'influencer le rapport dont les personnes entretiennent avec le travail (Casey et al., 2015). Par exemple, les personnes prônant des valeurs collectivistes mettent l'accent sur les objectifs de groupe tandis que les individualistes valorisent les objectifs individuels (Hofstede, 2001). Une des particularités du Canada se situe dans la composition de sa population. Selon Statistique Canada, près de 70% des personnes non blanches vivant sur le territoire sont des immigrants ; tandis que plus de 80% du flux d'immigrant est constitué des personnes non blanches. Or, la plupart des immigrants au Canada proviennent d'Asie, d'Amérique latine, et d'Afrique ; qui sont des pays prônant des valeurs plus collectivistes (Hofstede, 2001; Triandis, 1989). Les personnes caucasiennes proviennent des pays occidentaux qui comme le Canada prônent des valeurs plus individualistes (Hofstede, 2001). Ces éléments suggèrent qu'il est possible que les valeurs culturelles retrouvées chez les immigrants et les personnes non blanches au Canada se distinguent respectivement de celles des non-immigrants et des caucasiens. Et que ces différences de valeur culturelle entraînent également des différences dans la perception des conditions de travail. D'où la seconde hypothèse :

H2 : la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.

Exposition différentielle au travail

Deux observations peuvent être tirées de la relation entre les traits d'identité culturelle, le travail et les symptômes de détresse psychologique. La première souligne le phénomène bien documenté d'exposition différentielle selon laquelle certaines personnes en raison des motifs liés à leur capital humain (Warman et al., 2015), ou à la discrimination (Oreopoulos & Dechief, 2011), feraient face aux conditions de travail plus défavorables. Cette situation défavorable semble être une réalité pour les personnes immigrantes et non caucasiennes. Ces deux groupes semblent associés à plus de déqualification (Boudarbat, 2011; Premji, 2018) et d'insécurité au travail (Premji, 2018). Ils feraient également face à moins de soutien social au travail (Aalto et al., 2014), à des horaires irréguliers (Aalto et al., 2014; Hurtado et al., 2012; Premji, 2018), à des demandes élevées (Hurtado et al., 2012), à des revenus faibles (Boudarbat, 2011; Hurtado et al., 2012), et à une faible latitude décisionnelle (Arcury et al., 2014).

La deuxième observation renvoie à l'association entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique démontrée par plusieurs études. En effet, les symptômes de détresse psychologique seraient associés à la déqualification (Chen et al., 2010), aux horaires irréguliers de travail (Marchand et al., 2006), aux longues heures de travail (Butterworth et al., 2011), à l'insécurité d'emploi (Marchand et al., 2006; Marchand et al., 2012), aux demandes physiques élevées (Marchand et al., 2006) et aux demandes psychologiques élevées (Boulet & Boudarbat, 2015; Havermans et al., 2018; Marchand et al., 2006). Il en va de même d'un faible niveau de latitude décisionnelle (Boulet & Boudarbat, 2015), d'un faible niveau de revenu (Orpana et al., 2009) ou d'un soutien social au travail faible (Boulet & Boudarbat, 2015; Havermans et al., 2018; Marchand et al., 2006; Marchand et al., 2012).

Ces deux observations nous amènent à l'interrogation de savoir si les personnes pouvaient expérimenter des problèmes de santé mentale en réponse à leur exposition différentielle à certains facteurs de travail ? D'où la troisième hypothèse :

H3 : l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique est médiatisé par les facteurs du travail.

MÉTHODOLOGIE

Source de données

Cette recherche s'appuie sur des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada débutée en 1994 et achevée en 2011 après 9 cycles. Le plan d'échantillonnage a été stratifié, et un poids longitudinal calculé afin que l'échantillon longitudinal renvoie toujours à la population du cycle 1 sélectionnée de manière à être représentative de la population canadienne. Au total, 17 276 personnes sélectionnées au cycle 1 sont suivies tous les deux ans. De ce nombre 7767 ont participé à tous les cycles. Les taux de réponse par cycle varient entre 69,7% et 93,6%, pour un taux d'érosion cumulatif de 46,2% après 9 cycles. Dans la présente étude, seulement les personnes en emploi au cycle 1 et âgées de 15 à 65 ans sont retenues et suivies à travers les cycles subséquents de l'ENSP. Les travailleurs autochtones n'ont pas été intégrés à cette étude étant donné leur nombre limité dans l'échantillon. Après le traitement des valeurs manquantes, l'échantillon retenu est composé de 6477 travailleurs au cycle 1. Les travailleurs immigrants sont au Canada depuis en moyenne 20 ans au cycle 1.

Mesure des variables

Les symptômes de détresse psychologique sont mesurés par l'échelle K6 (Kessler et al., 2002), constituée de six questions reflétant différents symptômes ressentis au cours des 30 jours précédents l'enquête (tristesse, nervosité, etc.). La qualité de l'échelle K6 a été confirmée par certains travaux (Drapeau et al., 2010). L'alpha de Cronbach obtenu sur un échantillon de personnes en emploi au cycle 1 a été de 0,77 (Wilkins & Beaudet, 1998).

Les traits d'identité culturelle retenus sont le statut d'immigrant et l'ethnicité. Le statut d'immigrant différencie les personnes immigrantes des personnes natives. Un natif est toute personne canadienne de naissance. L'ethnicité distingue les personnes issues des minorités visibles des personnes caucasiennes. D'après la loi sur l'équité en matière d'emploi (LC 1995, ch. 44, art3.), une personne issue des minorités visibles au Canada est toute personne autre qu'autochtone, qui n'est pas de race blanche ou qui n'a pas la

peau blanche. Cela inclut les personnes qui se définissent comme Arabes, noires, asiatiques, ou d'Amérique latine.

Les facteurs du travail sélectionnés sont la déqualification (0= non, 1= oui) et les conditions de l'organisation du travail. Une personne est considérée déqualifiée dans les professions de gestion si son nombre d'années de scolarité est supérieur au nombre d'années de scolarité modale de sa profession ; et dans les autres professions, celle dont le niveau d'éducation est supérieur au niveau d'éducation requis pour occuper l'emploi (Bouarbat & Montmarquette, 2013). Les conditions de travail sont mesurées par une version abrégée du « Job Content Questionnaire » (Karasek et al., 1985) utilisée par l'ENSP. L'utilisation des compétences est mesurée par trois items (alpha=0,53), l'autorité décisionnelle par deux (alpha=0,65), les demandes physiques par un item, les demandes psychologiques par deux items (alpha=0,35), le soutien social au travail par trois items (alpha=0,42), l'insécurité d'emploi par un item. Sont également mesurés le nombre d'heures travaillé par semaine et l'horaire de travail (0= réguliers, 1= irréguliers).

Les variables de contrôle incluent les facteurs liés à la famille tels le statut matrimonial (1= en couple, 0= vivant seul), le revenu du ménage (5 catégories de revenu allant de 1= revenu inférieur à 5= revenu supérieur), le soutien social hors travail (1= oui, 0= non), la présence dans le ménage d'enfants âgés de 5 ans ou moins (1=oui, 0=non) et/ou d'enfants âgés de 6 à 11 ans (1= oui, 0= non), les tensions dans la relation maritale (mesurées par trois items ; alpha=0,67), et les tensions parentales (mesurées par deux items ; alpha=0,54). Parmi les variables de contrôle se retrouvent également les caractéristiques personnelles, dont le genre (0= Homme, 1= Femme), l'âge, l'expérience de problèmes de santé chroniques (1= oui, 0= non), le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, le nombre de verres d'alcool consommés hebdomadairement, la fréquence mensuelle des activités physiques de plus de 15 minutes, le centre de contrôle (mesuré par sept items ; alpha= 0,76) et l'évènement stressant dans l'enfance ou à l'âge adulte (mesuré par sept items ; alpha= 0,54).

Analyse

Des statistiques descriptives pondérées sont produites au moyen du logiciel Stata 14. Des modèles de régressions multiples et multiniveaux estimés par le logiciel MLwiN 2.36 sont utilisés afin de tester les effets directs (H1) et d'interactions (H2). Pour l'hypothèse de la réaction différentielle (H2), neuf modèles sont testés avec l'ethnicité et neuf modèles avec le statut d'immigrant. Chaque modèle correspond à l'interaction entre un facteur du travail et un trait d'identité culturelle tout en contrôlant pour les cycles de l'enquête et l'ensemble des variables de l'étude. La méthode des moindres carrés généralisés itératifs (IGLS) est utilisée afin d'estimer les paramètres de ces modèles (Goldstein, 1995). Pour l'hypothèse de l'exposition différentielle (H3), les effets de médiation sont testés en utilisant le logiciel Mplus 8.0, avec une méthode d'estimation qui est celle du maximum de vraisemblance avec des erreurs-types robustes (MLR).

Les modèles estimés par MLwiN 2.36 et Mplus 8.0 sont tous pondérés et corrigés pour l'effet de plan par une démarche à deux étapes qui a été prouvée antérieurement comme donnant de bons résultats (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006). Celle-ci consiste tout d'abord à rectifier l'estimation de l'erreur-type en appliquant la méthode dite de « sandwich » aux données pondérées (Goldstein, 1995). Par la suite, l'erreur-type déjà rectifiée est gonflée de 1,28 représentant la valeur de la racine carrée de l'effet de plan rapporté par Statistique Canada au cycle 1 de l'ENSP. Pour l'hypothèse H2, les coefficients d'interactions sont soumis à une correction supplémentaire de type Bonferonni afin de tenir compte du biais de comparaisons multiples.

RÉSULTATS

Les statistiques descriptives de l'échantillon de l'ENSP aux cycles 1 à 9 sont présentées dans le tableau 1.

Insérer Tableau 1

Effets directs

D'après les résultats présentés au tableau 2, une fois tenu en compte l'ensemble des variables confondantes, ni le statut d'immigrant ni l'ethnicité ne semblent s'associer significativement aux symptômes de détresse psychologique.

Insérer Tableau 2

Cependant, le temps, les facteurs du travail, et les variables de contrôle semblent s'associer significativement aux symptômes de détresse psychologique. En effet, comparativement au cycle 1, le niveau de symptômes de détresse psychologique diminue significativement à tous les cycles, à l'exception du cycle 8. Concernant les facteurs du travail, le niveau de symptôme de détresse psychologique semble significativement augmenter lorsque le travailleur a plus d'utilisation des compétences, a plus de demandes psychologiques, a plus d'insécurité au travail, a plus d'heures de travail, a des horaires irréguliers, ou a moins de soutien social au travail. Du côté des variables de contrôle, lorsque le travailleur est une femme, ou a un problème de santé chronique, son niveau de symptôme de détresse psychologique augmente significativement. Il en va de même en cas d'augmentation des tensions maritales, d'augmentation des tensions parentales, de consommation de cigarette, ou d'augmentation du nombre d'évènements stressant dans l'enfance ou à l'âge adulte. Le niveau de symptômes de détresse psychologique diminue toutefois significativement lorsque le travailleur est en couple, a des enfants de 0 à 5 ans, a du soutien social hors travail, a un centre de contrôle interne, et lorsque le travailleur avance en âge.

Effets de modération

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de modération.

Insérer Tableau 3

Après avoir tenu en compte les variables de contrôle, et après avoir corrigé pour l'effet de plan et le biais de comparaisons multiples, aucune interaction ne semble significative

entre les traits d'identité culturelle et chacun des neuf facteurs du travail dans l'explication des symptômes de détresse psychologique.

Effets de médiation

Les résultats des analyses de médiation sont présentés dans le tableau 4. Aucune association significative n'est observée entre le statut d'immigrant et les facteurs du travail. Du côté de l'ethnicité, les minorités visibles comparées aux caucasiens semblent significativement associées à plus de déqualification, à moins d'utilisation des compétences, et à moins d'autorité décisionnelle.

Insérer Tableau 4

Le tableau 5 présente les résultats des relations indirectes testées entre chacun des traits d'identité culturelle et les symptômes de détresse psychologique via les neuf facteurs de travail.

Insérer Tableau 5

Après avoir contrôlé pour le temps, la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles, seul l'effet indirect de l'ethnicité sur les symptômes de détresse psychologiques via l'utilisation des compétences s'est avéré significatif. En effet, les minorités visibles en comparaison aux caucasiens semblent expérimenter moins de symptômes de détresse psychologique du fait de leur association à moins d'utilisation des compétences.

Enfin, d'autres analyses ont été réalisées pour évaluer l'interaction entre l'ethnicité et le statut d'immigrant. Les résultats se sont avérés non significatifs.

DISCUSSION

Trois principales observations peuvent être tirées de cette étude. Premièrement, ni le statut d'immigrant ni l'ethnicité ne s'associent directement à la détresse psychologique. Or certaines recherches ont démontré des niveaux de symptômes de détresse psychologique supérieurs chez les personnes immigrantes (Bas-Sarmiento et al., 2017;

Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015), ou issues des minorités visibles (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015). Une explication à cette première observation pourrait résider dans le fait que les personnes de cet échantillon de l'ENSP, indépendamment de leur statut d'immigrant ou de leur ethnicité, sont toutes en emploi. Or l'emploi est reconnu comme ayant un effet protecteur contre les problèmes de santé mentale (van der Noordt et al., 2014) et les études antérieures sont fondées sur des données de l'ensemble de la population et non spécifiquement sur celles de la population en emploi. Les résultats avec le statut d'immigrant pourraient s'expliquer par *l'effet dit de transition* voulant que les immigrants de longue date ne soient pas désavantagés en matière de santé mentale en comparaison aux natifs (Ali, 2002). En effet, les immigrants de cette étude sont en moyenne des immigrants de longue date ayant été au Canada depuis en moyenne deux décennies. Les résultats portant sur l'ethnicité pourraient s'expliquer par la mesure de l'ethnicité. Étant donné que l'analyse de l'interaction entre l'ethnicité et le statut d'immigrant n'a pas été significative, l'ethnicité a été mesurée dans cette étude en englobant dans une seule catégorie toutes les personnes issues des minorités visibles qu'elles soient immigrantes ou pas ; tandis que le groupe de référence a été formé de personnes caucasiennes qu'elles soient immigrantes ou pas. Or, dans des recherches qui divergent avec la nôtre, à l'exemple de celles de Erdem (2017) ou de Haverkamp (2015), les minorités visibles incluent uniquement des immigrants, et le groupe de référence tient compte uniquement des personnes natives.

Deuxièmement, l'hypothèse 2 a également été rejetée en totalité. Le rejet de l'hypothèse de modération permet du moins de soutenir que les facteurs du travail mesurés dans cette étude ont les mêmes effets sur la santé mentale quel que soit le statut d'immigrant et quelle que soit l'ethnicité. Cela implique, entre autres, que les personnes exposées aux facteurs de travail à risques semblent toutes expérimenter des symptômes de détresse psychologiques indépendamment de leur ethnicité ou de leur statut d'immigrant. Nos résultats ne semblent pas soutenir les études ayant démontré que l'effet des facteurs du travail sur les problèmes de santé mentale pouvait être modéré par le statut d'immigrant (Boulet & Boudarbat, 2015; Font et al., 2012) ou l'ethnicité (Mangalore & Knapp, 2012; Meraya et al., 2017). La différence entre nos résultats et ces études pourrait résider dans la mesure de la santé mentale et dans la mesure de l'ethnicité. Plutôt que d'analyser

la santé mentale de manière générale comme c'est le cas dans plusieurs des recherches testant la modération (Font et al., 2012; Mangalore & Knapp, 2012), nous avons fait appel à un problème spécifique de santé mentale à savoir les symptômes de détresse psychologique. Notre mesure de l'ethnicité telle que soulevée plus haut est différente de celle de plusieurs chercheurs (Mangalore & Knapp, 2012; Meraya et al., 2017).

Troisièmement, l'hypothèse 3 a obtenu un soutien partiel. Les facteurs du travail ne médiatisent pas le lien entre le statut d'immigrant et les symptômes de détresse psychologique. Ces conclusions sont prévisibles dans la mesure où les facteurs du travail associé aux symptômes de détresse psychologique ne sont pas associés au statut d'immigrant. De plus, nous n'avons trouvé aucune exposition différentielle aux facteurs du travail associée au statut d'immigrant. Cependant, l'hypothèse 3 est en partie confirmée avec l'ethnicité. Le seul facteur médiateur trouvé est celui joué par l'utilisation des compétences entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologique. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'utilisation des compétences, contrairement aux autres facteurs du travail, est significativement associée à la fois à l'ethnicité et aux symptômes de détresse psychologique. Être une personne issue des minorités visibles contrairement au fait d'être une personne caucasienne exposerait à significativement moins d'utilisation des compétences ; et cette exposition à moins d'utilisation des compétences s'associerait chez les minorités visibles à significativement moins de symptômes de détresse psychologique. Selon nos résultats, l'utilisation des compétences évaluée à partir des données de l'ENSP s'associe positivement à la détresse psychologique. L'utilisation des compétences dans ce cas est à même d'expliquer une partie des inégalités ethniques de détresse psychologique. Cela signifie qu'une partie des différences dans les niveaux de symptômes de détresse psychologique selon l'ethnicité serait attribuable à des différences également observées dans le niveau d'expositions à l'utilisation des compétences. Or, pour certains chercheurs, les facteurs du travail n'expliqueraient pas les inégalités ethniques de détresse psychologique (Dunlavy & Rostila, 2013). Le fait que ces chercheurs n'ont pas pris en compte l'utilisation des compétences parmi les facteurs du travail pourrait être une des raisons pour lesquelles ils n'ont trouvé aucun effet médiateur des facteurs du travail. Une autre explication, pourrait être leur mesure de l'ethnicité qui sépare les minorités visibles suivant les régions d'origines.

LIMITES

Cette étude comporte des limites. Premièrement, la qualité de l'emploi n'a pas été prise en compte dans les analyses. Deuxièmement, les immigrants de notre échantillon sont en moyenne des immigrants de longue date. Troisièmement, les symptômes de détresse psychologique sont auto rapportée. Quatrièmement, bien que la démarche de correction de l'erreur-type utilisée dans cette étude soit reconnue valide (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006), elle peut néanmoins aboutir à un test non significatif pour des variables dont la valeur de p est comprise entre 0,036 et 0,050. Cinquièmement, le délai de deux ans entre les enquêtes peut avoir contribué à masquer certains événements susceptibles eux aussi d'affecter la santé mentale telles une perte d'emploi, une maladie, une séparation, etc. Enfin, la taille de notre échantillon ne permet pas de mener des analyses stratifiées suivant le genre et qui soient généralisables à chacun des traits d'identité culturelle.

CONCLUSION

Réduire les conditions de travail à risque et combattre l'exposition différentielle aux facteurs du travail associée à l'ethnicité offrent deux angles d'interventions dans la lutte contre les inégalités de santé mentale liées aux traits d'identité culturelle dans la main-d'œuvre canadienne.

Références bibliographiques:

- Aalto, A.-M., Heponiemi, T., Keskimäki, I., Kuusio, H., Hietapakka, L., Lämsä, R., et al. (2014). Employment, psychosocial work environment and well-being among migrant and native physicians in Finnish health care. *European Journal of Public Health*, 24(3), 445-451.
- Ali, J. (2002). *Mental Health of Canada's Immigrants*. Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Arcury, T., Grzywacz, J., Chen, H., Mora, D., & Quandt, S. (2014). Work organization and health among immigrant women: Latina manual workers in North Carolina. *American journal of public health*, 104(12), 2445-2452.
- Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernandez-Gutierrez, M., & Poza-Mendez, M. (2017). Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*, 31(1), 111-121.
- Boudarbat, B. (2011). *Les défis de l'intégration des immigrants dans le marché du travail au Québec : enseignements tirés d'une comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique*. Retrieved from Montréal
- Boudarbat, B., & Montmarquette, C. (2013). *Origine et sources de la surqualification dans la région métropolitaine de Montréal* Montréal CIRANO, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
- Boulet, M., & Boudarbat, B. (2015). Qualité de l'emploi et santé mentale des travailleurs au Québec : une comparaison entre les immigrants et les natifs. *Canadian public policy*, 41(Supplement 2), S53-S60.
- Bratter, J. L., & Eschbach, K. (2005). Race/Ethnic Differences in Nonspecific Psychological Distress: Evidence from the National Health Interview Survey. *Social Science Quarterly*, 86(3), 620-644.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S., Rodgers, B., & Broom, D. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine*, 68(11), 806-812.
- Casey, T., Riseborough, K., & Krauss, A. (2015). Do you see what I see? Effects of national culture on employees' safety-related perceptions and behavior. *Accident analysis and prevention*, 78, 173-184.
- Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601-619.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Drapeau, A., Beaulieu-Prevost, D., Marchand, A., Boyer, R., Preville, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC medical research methodology*, 10, 68.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress, Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control* (Prof. Luciano LaBate ed.). InTech.

- Dunlavy, A. C., & Rostila, M. (2013). Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 2871-2887.
- Erdem, O., Burdorf, A., & Van Lenthe, F. J. (2017). Ethnic inequalities in psychological distress among urban residents in the Netherlands: A moderating role of neighborhood ethnic diversity? *healthplace*, *46*(175-182).
- Font, A., Moncada, S., & Benavides, F. G. (2012). The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International archives of occupational and environmental health*, *85*(7), 801-806.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London, Edward Arnold. New York: Halstead Press.
- Haverkamp, G. L., Torensma, B., Vergouwen, A. C., & Honig, A. (2015). Psychological Distress in the Hospital Setting: A Comparison between Native Dutch and Immigrant Patients. *P. LoS One*, *10*(6).
- Havermans, B. M., Boot, C. R., Hoekstra, T., Houtman, I. L. D., Brouwers, E. P. M., Anema, J. R., et al. (2018). The association between exposure to psychosocial work factors and mental health in older employees, a 3-year follow-up study. *International archives of occupational and environmental health*, *91*(1), 57-66.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Hurtado, D. A., Sabbath, E. L., Ertel, K. A., Buxton, O. M., & Berkman, L. F. (2012). Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International nursing review*, *59*(2), 237-244.
- Karasek, R., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J., et al. (1985). *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). The Psychosocial Work Environment *stress, productivity, and the reconstruction of working life* (pp. 31-82.). New York
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, *32*(6), 959-976.
- Mangalore, R., & Knapp, M. (2012). Income-related inequalities in common mental disorders among ethnic minorities in England. *Soc Psychiatry Psychiatr, Epidemiol*, *47*(3), 351-359.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2010). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health Psychology*, *52*(3), 176-185.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, *25*(2), 11-30.
- Marchand, A., Drapeau, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *The International journal of social psychiatry*, *58*(6), 596-604.

- Meraya, A. M., Dwibedi, N., Innes, K., Mitra, S., Tan, X., & Sambamoorthi, U. (2017). Heterogeneous Relationships between Labor Income and Health by Race/Ethnicity. *Health Serv, Res*, 53(1), 2910-2931.
- Oreopoulos, P., & Dechief, D. (2011). *Why Do Some Employers Prefer to Interview Matthew, but Not Samir? New Evidence from Toronto, Montreal, and Vancouver*. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2018047>
- Orpana, H., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009). Income and psychological distress: the role of the social environment. *Health Reports*, 20(1), 21-28.
- Premji, S. (2018). "It's Totally Destroyed Our Life". *International Journal of Health Services*, 48(1), 106-127.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 536-545.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Retrieved from Toronto: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/media/3182>
- Triandis, H. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96(3), 506-520.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & I Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, 71(10), 730-736.
- Warman, C., Sweetman, A., & Goldmann, G. (2015). The Portability of New Immigrants' Human Capital: Language, Education, and Occupational Skills. *Canadian public policy*, 41, S64-S79.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal: An Epidemiological Comparison. *Can J Psychiatry*, 62(8), 570-579.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la sante. *Rapports sur la santé*, 10(49-66).

Tableau 1. Statistiques descriptives pondérées de l'échantillon des cycles 1 à 9 de l'ENSP*

	Cycle1 N.= 6477	Cycle2 N=4932	Cycle3 N=4375	Cycle4 N=4707	Cycle5 N=4243	Cycle6 N=3909	Cycle7 N=3411	Cycle8 N=2991	Cycle9 N=2794
Nombre d'années au Canada depuis l'immigration (M.E)	20,21(12,55)	22,76(12,24)	24,89(12,06)	26,69(11,9)	27,9(11,45)	30,2(11,83)	31,4(11,55)	34,01(11,62)	34,69(10,93)
Santé mentale									
Détresse psychologique (M.E)	3,2(3,07)	2,4(2,73)	2,47(2,75)	2,05(2,68)	2,28(2,82)	2,21(2,9)	2,17(2,84)	2,4(2,81)	2,1(2,67)
Traits d'identité culturelle (%)									
Statut d'immigrant (Immigrant)	18,36	18,05	17,80	16,45	16,38	15,18	15,36	15,40	13,90
Ethnicité (Minorité visible)	8,83	9,06	8,75	7,78	7,76	7,24	7,39	6,77	6,37
Facteurs du travail (M.E)									
Déqualification (%)	27,82	28,71	29,16	27,67	27,62	26,91	26,03	25,21	28,18
Utilisation des compétences	7,11(2,35)	7,24(2,32)	7,27(2,3)	7,34(2,17)	7,34(2,16)	7,46(2,11)	7,48(1,98)	7,56(2,16)	7,45(2,14)
Autorité décisionnelle	5,41(1,9)	5,48(1,88)	5,47(1,9)	5,48(1,64)	5,56(1,66)	5,57(1,65)	5,56(1,62)	5,66(1,63)	5,62(1,62)
Demandes psychologiques	4,68(1,82)	4,7(1,81)	4,7(1,83)	4,56(1,7)	4,57(1,77)	4,59(1,77)	4,61(1,68)	4,58(1,73)	4,55(1,7)
Demandes physiques	2,06(1,32)	2,03(1,32)	2,04(1,32)	1,82(1,21)	1,76(1,24)	1,78(1,24)	1,7(1,2)	1,67(1,22)	1,65(1,21)
Soutien social au travail	7,96(2,09)	7,98(2,07)	7,96(2,09)	7,91(1,86)	7,86(1,98)	7,94(1,93)	7,95(1,9)	8,1(1,94)	8,07(1,87)
Insécurité d'emploi	1,35(1,14)	1,31(1,13)	1,35(1,14)	1,17(0,92)	1,22(0,97)	1,15(0,94)	1,13(0,91)	1,13(0,98)	1,1(0,93)
Heures travaillées	42,65(20,43)	44,02(19,14)	44,15(17,72)	42,33(14,06)	42,3(13,8)	42,18(13,54)	42,72(14,18)	42,96(14,3)	41,85(13,64)
Horaire irrégulier (%)	22,95	20,93	21,35	18,88	19,38	19,98	18,12	18,45	19,51
Facteurs liés à la famille (M.E)									
Statut matrimonial (couple) (%)	67,30	68,73	68,49	71,75	72,77	75,01	75,07	77,09	75,55
Enfants 0-5 (%)	21,31	19,75	18,82	16,39	15,53	13,33	12,89	11,34	7,33
Enfants 6-11 (%)	21,08	23,29	23,56	23,33	22,28	21,56	20,74	18,00	14,44
Tensions avec le conjoint	0,21(0,58)	0,2(0,56)	0,2(0,57)	0,14(0,5)	0,18(0,56)	0,16(0,53)	0,17(0,54)	0,18(0,57)	0,15(0,51)
Tensions avec les enfants	0,3(0,59)	0,3(0,59)	0,32(0,6)	0,28(0,57)	0,32(0,61)	0,33(0,63)	0,33(0,61)	0,37(0,65)	0,34(0,64)
Revenu du ménage	3,75(0,96)	3,85(0,85)	4,05(0,87)	4,2(0,84)	4,31(0,8)	4,39(0,77)	4,52(0,71)	4,63(0,64)	4,64(0,63)
Soutien social hors travail (%)	85,65	89,29	92,34	93,81	93,65	94,61	93,84	93,43	94,76
Caractéristiques personnelles (M. E)									
Genre (femme) (%)	47,40	45,86	45,27	44,98	44,19	45,79	44,92	44,43	44,76
Âge	37,57(11,89)	39,66(10,91)	41,4(10,76)	42,19(10,52)	43,54(10,1)	44,86(9,85)	46,14(9,58)	48,04(9,4)	49,44(8,88)
Centre de contrôle	20,19(4,03)	20,29(3,96)	20,34(3,98)	20,43(3,56)	20,06(3,75)	20,24(3,82)	20,4(3,75)	20,86(3,81)	20,79(3,85)
Consommation d'alcool	3,68(6,77)	3,57(6,47)	3,98(6,85)	3,7(6,17)	3,91(6,37)	3,81(6,62)	4,55(7,31)	4,67(7,26)	4,98(8,25)
Cigarettes	4,73(9,27)	4,36(8,78)	4,35(8,63)	3,68(7,93)	3,02(7,1)	2,8(6,9)	2,6(6,56)	2,55(6,44)	2,24(6,15)
Santé chronique (%)	49,06	55,26	56,92	58,13	63,43	64,50	70,41	72,61	72,44
Activités physiques	19,73(21,17)	21,17(21,28)	22,87(21,52)	20,14(18,72)	24,29(20,78)	23,68(20,81)	27,89(23,32)	27,28(21,87)	29(22,52)
Évènements de vie stressants	0,86(1,14)	0,84(1,14)	0,86(1,14)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,82(1,12)	0,84(1,15)

*Les valeurs extrêmes ne sont pas produites afin de respecter les normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données établies par Statistique Canada pour l'ENSP. Moyenne(M). Écarts-types(). Pourcentages (%). Effectifs (N.).

Tableau 2. Régressions multiples multiniveaux sur les symptômes de détresse psychologique

	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle 5
Constante	3,21**	3,11**	3,53**	4,26**	3,48**
Cycle1 (réf.)					
Cycle2	-0,74**	-0,74**	-0,73**	-0,70**	-0,64**
Cycle3	-0,66**	-0,66**	-0,64**	-0,58**	-0,45**
Cycle4	-1,13**	-1,07**	-0,98**	-0,92**	-0,77**
Cycle5	-0,93**	-0,87**	-0,80**	-0,74**	-0,60**
Cycle6	-0,98**	-0,91**	-0,81**	-0,75**	-0,53**
Cycle7	-1,03**	-0,95**	-0,85**	-0,80**	-0,52**
Cycle8	-0,79**	-0,67**	-0,58**	-0,53**	-0,13
Cycle9	-1,12**	-1,00**	-0,88**	-0,83**	-0,36**
Traits d'identité culturelle					
Statut d'immigrant (Immigrant)	-0,04	-0,03	0,02	-0,01	0,10
Ethnicité (Minorité visible)	0,07	0,08	-0,04	-0,08	-0,19
Facteurs liés au travail					
Déqualification		0,09	0,08	0,08	0,05
Utilisation des compétences		0,00	0,01	0,02	0,04**
Autorité décisionnelle		-0,05**	-0,04*	-0,04*	0,03
Demandes psychologiques		0,10**	0,10**	0,10**	0,07**
Demandes physiques		0,05	0,03	0,03	-0,01
Soutien social au travail		-0,12**	-0,12**	-0,11**	-0,07**
Insécurité d'emploi		0,20**	0,18**	0,18**	0,10**
Heures travaillées		0,00	0,00	0,00	0,00*
Horaire irrégulier		0,16*	0,13*	0,14*	0,12*
Facteurs liés à la famille					
Statut matrimonial (en couple)			-0,65**	-0,60**	-0,32**
Enfants de 0 à 5 ans			-0,03	-0,03	-0,17**
Enfants de 6 à 11 ans			-0,05	-0,05	-0,11
Tension avec conjoint(e)			0,57**	0,53**	0,37**
Tension avec enfants			0,37**	0,36**	0,28**
Revenu du ménage			-0,10**	-0,10**	-0,06
Soutien social hors travail				-0,88**	-0,84**
Caractéristiques personnelles					
Genre (femmes)					0,49**
Âge					-0,04**
Contrôle					-0,17**
Alcool					0,01
Cigarettes					0,01**
Santé chronique					0,33**
Activité physique					0,00
Évènements stressants de l'enfance					0,21**
Ajustements					
Khi deux du modèle (DL)	953,08** (10)	1867,37** (19)	2812,60** (25)	3131,52** (26)	5610,23** (34)
Khi deux du temps (DL=8)	476,78**	417,55**	340,46**	300,52**	274,37**
Khi deux des traits d'identité culturelle (DL=2)	0,28	0,29	0,08	0,6	2,5
R2 individu	0,00	0,08	0,14	0,16	0,33
R2 temps	0,02	0,06	0,10	0,11	0,21

Variances individuelles et variances du temps significatives dans tous les 5 modèles à $p \leq 0,01$ / * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Tableau 3. Interactions entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail à l'explication des symptômes de détresse psychologique

Interactions	Coefficients d'interaction (p)*
Interaction statut d'immigrant et	
Déqualification	0,11(0,55)
Utilisation des compétences	-0,01(0,84)
Autorité décisionnelle	-0,01(0,79)
Demandes psychologiques	0(0,93)
Demandes physiques	0,03(0,62)
Soutien social au travail	0,02(0,67)
Insécurité d'emploi	-0,03(0,68)
Heures travaillées	0,01(0,33)
Horaire irrégulier	-0,09(0,58)
Interaction Ethnicité et	
Déqualification	0,1(0,71)
Utilisation des compétences	-0,06(0,3)
Autorité décisionnelle	0,05(0,38)
Demandes psychologiques	0,02(0,8)
Demandes physiques	0,21(0,02)
Soutien social au travail	-0,02(0,77)
Insécurité d'emploi	0,07(0,56)
Heures travaillées	0,01(0,43)
Horaire irrégulier	0,06(0,81)

* Valeur de p pondérée et corrigée pour l'effet de plan. Les analyses sont ajustées pour le temps, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles.

Tableau 4. Régression multiples multiniveaux des traits d'identité culturelle sur les facteurs du travail

	Facteurs du travail								
	Déqualification	Utilisation des compétences	Autorité décisionnelle	Demandes psychologiques	Demandes physiques	Soutien social	Insécurité d'emploi	Heures travaillées	Horaires irréguliers
Constante	-	7,25	5,53	4,59	1,91	7,93	1,23	42,41	-
Traits d'identité culturelle									
Statut d'immigrant (Immigrant)	-0,03	0,13	0,08	-0,12	-0,06	0,03	0,08	0,07	-0,02
Ethnicité (Minorité visible)	0,12**	-0,60**	-0,56**	-0,14	0,10	0,24	0,03	0,05	-0,02

*p≤0,05 **p≤0,01

Tableau 5. Effets indirects multiples multiniveaux des traits d'identité culturelle sur les symptômes de détresse psychologique via les facteurs de travail

Relations indirectes	Coefficients de médiation
Immigrant via	
déqualification	-0,001
utilisation des compétences	0,006
autorité décisionnelle	0,003
demandes psychologiques	-0,009
demandes physiques	0,001
soutien social au travail	-0,002
insécurité d'emploi	0,008
heures travaillées	0,000
horaire irrégulier	-0,003
Ethnicité via	
déqualification	0,004
utilisation des compétences	-0,027*
autorité décisionnelle	-0,018
demandes psychologiques	-0,010
demandes physiques	-0,002
soutien social au travail	-0,015
insécurité d'emploi	0,003
heures travaillées	0,000
horaire irrégulier	-0,003
Ajustement du modèle	
Khi deux du modèle (DL=405)	8940,76**
RMSEA	0,026
CFI	0,23

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation). Les analyses sont ajustées pour le temps, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles

CHAPITRE 7 : Article 3: Ethnicité et statut d'immigrant: Quelle association avec le travail et les symptômes dépressifs?⁸

PRÉCIS :

L'association qui relie le travail à l'expérience des problèmes de santé mentale a fait l'objet de nombreuses études depuis plus de deux décennies déjà. Toutefois, le rôle des traits d'identité culturelle dans cette association demeure peu connu. Cette recherche tente de déterminer si les traits d'identité culturelle, et particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant, pourraient intervenir dans la façon dont les facteurs du travail sont reliés aux symptômes dépressifs. À cet effet, nous testons l'effet direct des traits d'identité culturelle sur les symptômes dépressifs ; l'effet modérateur des traits d'identité culturelle sur la relation entre les facteurs du travail et les symptômes dépressifs ; et l'effet médiateur des facteurs du travail sur la relation entre les traits d'identité et les symptômes dépressifs.

RÉSUMÉ:

OBJECTIF : Cette recherche tente de déterminer si l'ethnicité et le statut d'immigrant modifient la façon dont le travail s'associe aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne. **MÉTHODE :** Les données proviennent des 9 cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada, contenant un échantillon de 6477 personnes en emploi. Des analyses de régressions multiples multiniveaux ont été estimées en ajustant pour les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles. **RÉSULTATS :** Une fois tenu en compte les variables potentiellement confondantes, l'ethnicité s'associe significativement aux symptômes dépressifs, mais pas le statut d'immigrant. Les travailleurs issus des minorités visibles semblent avoir significativement moins de symptômes dépressifs en comparaison aux travailleurs caucasiens. Les travailleurs issus des minorités visibles,

⁸ Cet article dont je suis la première auteure a été rédigé en collaboration avec mon directeur de thèse, Alain Marchand. Il est prêt pour une soumission dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.

contrairement aux caucasiens, sont davantage déqualifiés, utilisent moins leurs compétences et ont moins d'autorité décisionnelle. **CONCLUSION:** Chez les personnes en emploi, ni l'ethnicité ni le statut d'immigrant ne semblent modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes dépressifs. L'ethnicité tout comme les facteurs du travail semblent s'associer de façon distincte et directe aux symptômes dépressifs.

Mots clés : santé mentale, natif, minorité visible, caucasien, identité culture.

ABSTRACT:

PURPOSE: The purpose of this research is to understand in the Canadian workforce, whether ethnicity and immigration status may affect how work and depressive symptoms are related. **METHOD:** Data came from the nine cycles of National Population Health Survey (NPHS) conducted by Statistics Canada. Based on a sample of 6477 workers, multilevel regression models were carried out. Analyses were adjusted for family-related factors, non-work social support, and personal characteristics. **RESULTS:** After accounting for potential confounders, ethnicity is significantly associated with depressive symptoms, but not immigration status. Visible minorities have lower depressive symptoms compared to Caucasians. Unlike Caucasians, visible minority, are more overqualified, use less their skills, and have less decision authority. **CONCLUSION:** Neither ethnicity nor immigration status appear to alter the way work is related with depressive symptoms. Both ethnicity and work factors seem to be distinctly and directly related with depressive symptoms.

Key Word: mental health, Canadian born, visible minority, Caucasian, cultural identity traits.

Introduction

Les problèmes de santé mentale au travail font l'objet de nombreuses études depuis plus de deux décennies déjà. Ceci s'explique sans doute par le nombre croissant de personnes victimes de problèmes de santé mentale. Au Canada, ce nombre est estimé à 6,7 millions d'individus (Smetanin et al., 2011). D'après la Commission de la santé mentale du Canada, environ un demi-million de travailleurs s'absenteraient du travail chaque semaine en raison de problèmes de santé mentale. Une enquête menée par The Globe and Mail et Morneau Shepell rapporte que la dépression est l'une des principales causes de ces absences (Howatt, 2017). La dépression, selon la société américaine de psychiatrie, serait un problème de santé sérieux pouvant affecter les sentiments, la pensée ainsi que le comportement (American Psychiatric Association, 2004). Elle regroupe un certain nombre de symptômes pouvant aller de la tristesse aux pensées suicidaires. Il n'est pas surprenant de constater que les interventions en santé mentale au travail sont de plus en plus encouragées. Or, les traits d'identité culturelle pourraient contribuer à la personnalisation de ces interventions. Un trait d'identité culturelle est un élément d'une identité culturelle. Personnaliser les interventions en fonction des traits d'identité culturelle impliquerait d'adapter les interventions en santé mentale de manière à répondre à des situations spécifiques en milieu de travail dans lesquelles les traits d'identité culturelle, plus particulièrement l'ethnicité et le statut d'immigrant pourraient agir comme des facteurs importants.

L'objectif de cette étude est de déterminer si l'ethnicité et le statut d'immigrant modifient la façon dont le travail s'associe aux symptômes dépressifs, à partir d'une analyse des données provenant des neuf cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Cette question a été très peu explorée dans la main-d'œuvre en raison du caractère segmenté de la littérature. Les études mettant en relation le travail et la santé mentale portent un intérêt négligé aux traits d'identité culturelle. Celles reliant les traits d'identité culturelle à la santé mentale tiennent rarement compte des facteurs du travail, vu qu'elles se basent la plupart du temps sur la population générale et pas sur celle des travailleurs. Une autre explication est la quantité limitée des études qui tiennent compte à la fois du statut d'immigrant et de l'ethnicité. Inspiré du

modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006), ces différents segments de la littérature sont ramenés dans un seul cadre d'analyse.

Cadre théorique et hypothèses

Nous prenons appui dans cette recherche sur le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006). Ce modèle se distingue des modèles dominant du stress au travail à l'exemple du modèle de Demerouti (2001), de Siegrist (1996), ou de Karasek et Theorell (1990). D'après les modèles dominants, seuls les facteurs du travail semblent s'associer aux problèmes de santé mentale. Le modèle multiniveaux en revanche met en relation avec les problèmes de santé aussi bien les facteurs du travail que les facteurs liés à la famille et aux caractéristiques personnelles. Le modèle multiniveaux est inspiré des approches sociologiques micro-macro (Alexander, 1987), d'agent-structure (Archer, 1995); et de la théorie du stress social (Pearlin et al., 1981). Il reconnaît la capacité de l'individu à agir sur l'environnement social qui l'entoure ; l'existence de contraintes et de ressources comme facteurs déterminants dans cette capacité ; et la possibilité qu'un même facteur soit une contrainte pour un individu et une ressource pour un autre. Dans cette vision, l'ethnicité et le statut d'immigrant peuvent être modélisés comme des facteurs qui, à l'instar de ceux du travail, seraient également associés aux problèmes de santé mentale.

Traits d'identité culturelle et symptômes dépressifs.

Plusieurs recherches établissent un lien entre les traits d'identité culturelle et les symptômes dépressifs. En tenant compte du statut d'immigrant, les immigrants expérimenteraient davantage de symptômes dépressifs comparativement aux personnes nées sur le territoire (Bas-Sarmiento et al., 2017; Gilliver et al., 2014; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016). Au Canada, les immigrants de longue date, et les nouveaux immigrants ne seraient pas désavantagés en comparaison à la population canadienne (Ali, 2002; Pampati et al., 2018; Whitley et al., 2017). Lorsque l'on tient compte de l'ethnicité, les personnes non blanches semblent les plus exposées en comparaison aux personnes blanches (Chen et al., 2018; Frank & Hou, 2019). Aux États-Unis, cela semble particulièrement le cas pour les personnes africaines, mexicaines et portoricaines (Chen et

al., 2018; González et al., 2010). En Hollande, les Turcs surinamais et les Asiatiques du Sud semblent les plus exposés (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010). Toutefois, quelques études semblent démontrer moins de symptômes dépressifs chez les personnes non blanches (Kammogne & Marchand, 2019; Stafford et al., 2010). D'où la première hypothèse:

Hypothèse 1: le statut d'immigrant et l'ethnicité sont associés significativement aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre.

Réaction différentielle au travail selon les traits d'identité culturelle

Le concept de réactions différentielles réfère au rôle modérateur de l'ethnicité et du statut d'immigrant dans la relation entre les facteurs du travail et les problèmes de santé mentale. Quelques chercheurs ont analysé ce rôle modérateur. En considérant l'ethnicité, les effets d'un faible revenu sur les problèmes de santé mentale seraient plus négatifs chez les personnes africaines, pakistanaises ou bangladaises en comparaison aux personnes blanches (Mangalore & Knapp, 2012). Pour ce qui est du statut d'immigrant, l'association entre le revenu et les symptômes dépressifs semble faible chez les immigrants en comparaison aux non-immigrants (Straiton et al., 2014). Font et ses collègues (2012) ont analysés un grand nombre de facteurs du travail à l'instar des demandes élevées au travail ou d'un faible support au travail. Comme résultats, les effets de ces facteurs du travail sur la santé mentale semblaient en général plus élevés chez les immigrants exposés en comparaison aux non-immigrants également exposés.

Malgré le nombre limité de recherches répertoriées, les études axées sur les valeurs culturelles nationales, combinées aux caractéristiques de la population canadienne semblent suggérer que ce rôle modérateur pourrait se confirmer dans le contexte canadien. En effet, les valeurs culturelles en tant que programmation mentale collective propre à un groupe d'individus (Hofstede, 2001) sont susceptibles d'influencer le rapport dont les personnes entretiennent avec le travail (Casey et al., 2015). Par exemple, les personnes prônant des valeurs collectivistes mettent l'emphase sur les objectifs de groupe tandis que les individualistes valorisent les objectifs individuels (Hofstede, 2001). Une des particularités du Canada se situe dans la composition de sa population. Selon

Statistique Canada, près de 70% des personnes non blanches vivant sur le territoire sont des immigrants ; tandis que plus de 80% du flux d'immigrant est constitué des personnes non blanches. Or, la plupart des immigrants au Canada proviennent d'Asie, d'Amérique latine, et d'Afrique ; qui sont des pays prônant des valeurs plus collectivistes (Hofstede, 2001; Triandis, 1989). Les personnes caucasiennes proviennent des pays occidentaux qui comme le Canada prônent des valeurs plus individualistes (Hofstede, 2001). Ces éléments suggèrent qu'il est possible que les valeurs culturelles retrouvées chez les immigrants et les personnes non blanches au Canada se distinguent respectivement de celles des non-immigrants et des caucasiens. Et que ces différences de valeur culturelle entraînent également des différences dans la perception des conditions de travail. D'où la seconde hypothèse:

Hypothèse 2: la relation entre les facteurs du travail et les symptômes dépressifs est modérée par l'ethnicité et le statut d'immigrant.

Exposition différentielle au travail.

Deux observations peuvent être tirées de la relation entre les traits d'identité culturelle, le travail et les symptômes dépressifs. La première souligne le phénomène bien documenté d'exposition différentielle selon laquelle certaines personnes en raison des motifs liés à leur capital humain (Warman et al., 2015), ou à la discrimination (Oreopoulos & Dechief, 2011), feraient face aux conditions de travail plus défavorables. Cette situation défavorable semble être une réalité pour les personnes immigrantes et non caucasiennes. Ces deux groupes semblent associés à plus de déqualification (Boudarbat, 2011; Khoudja, 2018; Premji, 2018; Tverdostup & Paas, 2019) et d'insécurité au travail (Bratsberg et al., 2018; Premji, 2018). Ils feraient également face à moins de soutien social au travail (Aalto et al., 2014), à des horaires irréguliers (Aalto et al., 2014; Hurtado et al., 2012; Premji, 2018), à des demandes élevées (Hurtado et al., 2012), à des revenus faibles (Boudarbat, 2011; Hurtado et al., 2012), et à une faible latitude décisionnelle (Arcury et al., 2014).

La deuxième observation renvoie à l'association entre les facteurs du travail et les symptômes dépressifs démontrée par plusieurs études. En effet, les symptômes dépressifs

seraient associés à la déqualification (Chen et al., 2010; Dean & Wilson, 2009), aux longues heures de travail (Bruns & Pilkauskas, 2019; Butterworth et al., 2011; Kim et al., 2013), aux horaires irréguliers de travail (Hall et al., 2018; Ogawa et al., 2018), à l'insécurité d'emploi (Daly et al., 2019; Kim & Kim, 2018), aux demandes physiques élevées (Marchand et al., 2015), et aux demandes psychologiques élevées (Grzywacz et al., 2014; Marchand et al., 2015; Smith & Bielecky, 2012). Il en va de même d'un faible niveau de latitude décisionnelle (Daly et al., 2019; Heinz et al., 2018; Lunau et al., 2013; Mark & Smith, 2012; Theorell et al., 2014), ou d'un faible niveau de soutien social au travail (Blackmore et al., 2007; Mark & Smith, 2012; Stansfeld et al., 2012).

Ces deux observations nous amènent à l'interrogation de savoir si les personnes pouvaient expérimenter des symptômes dépressifs en réponse à leur exposition différentielle à certains facteurs de travail. D'où la troisième hypothèse:

Hypothèse 3 : l'effet de l'ethnicité et du statut d'immigrant sur les symptômes dépressifs est médiatisé par les facteurs du travail.

Méthodologie

Source de données

Cette recherche s'appuie sur des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada débutée en 1994 et achevée en 2011 après 9 cycles. Le plan d'échantillonnage a été stratifié, et un poids longitudinal calculé afin que l'échantillon longitudinal renvoie toujours à la population du cycle 1 sélectionnée de manière à être représentative de la population canadienne. Au total, 17 276 personnes sélectionnées au cycle 1 sont suivies tous les deux ans. De ce nombre 7767 ont participé à tous les cycles. Les taux de réponse par cycle varient entre 69,7% et 93,6%, pour un taux d'érosion cumulatif de 46,2% après 9 cycles. Dans la présente étude, seulement les personnes en emploi au cycle 1 et âgées de 15 à 65 ans sont retenues et suivies à travers les cycles subséquents de l'ENSP. Les personnes sélectionnées dans les cycles 2 à 9 sont uniquement celles en emploi. Les travailleurs autochtones n'ont pas été intégrés à cette étude étant donné leur nombre limité dans l'échantillon. Après le

traitement des valeurs manquantes, l'échantillon retenu est composé de 6477 travailleurs au cycle 1. Les travailleurs immigrants sont au Canada depuis en moyenne 20 ans au cycle 1.

Mesure des variables

Les symptômes dépressifs sont mesurés dans l'ENSP en demandant aux personnes ayant répondu « non » aux questions portant sur un Épisode de dépression majeure (EDM) de se prononcer sur d'autres questions évaluant différents symptômes dépressifs (pensée suicidaire, perte d'intérêt, etc.) ressentis pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois (Statistique Canada, 2012). Ces symptômes sont tirés des travaux de Kessler et Mroczek (1994) axés sur un sous ensemble de questions de la Composite International Diagnostic Interview qui évalue un EDM. L'alpha de Cronbach calculé au cycle 1 sur un échantillon de personnes en emploi est de 0,65.

Les traits d'identité culturelle retenus sont le statut d'immigrant et l'ethnicité. Le statut d'immigrant différencie les personnes immigrantes des personnes natives. Un natif est toute personne canadienne de naissance. L'ethnicité distingue les personnes issues des minorités visibles des personnes caucasiennes. D'après la loi sur l'équité en matière d'emploi (LC 1995, ch. 44, art3.), une personne issue des minorités visibles au Canada est toute personne autre qu'autochtone, qui n'est pas de race blanche ou qui n'a pas la peau blanche. Cela inclut les personnes qui se définissent comme Arabes, noires, asiatiques, ou d'Amérique latine.

Les facteurs du travail sélectionnés sont la déqualification (0= non, 1= oui) et les conditions de l'organisation du travail. Une personne est considérée déqualifiée dans les professions de gestion si son nombre d'années de scolarité est supérieur au nombre d'années de scolarité modale de sa profession ; et dans les autres professions, celle dont le niveau d'éducation est supérieur au niveau d'éducation requis pour occuper l'emploi (Boudarbat & Montmarquette, 2013). Les conditions de travail sont mesurées par une version abrégée du « Job Content Questionnaire » (Karasek et al., 1985) utilisée par l'ENSP. L'utilisation des compétences est mesurée par trois items (alpha=0,53), l'autorité décisionnelle par deux (alpha=0,65), les demandes physiques par un item, les demandes

psychologiques par deux items ($\alpha=0,35$), le soutien social au travail par trois items ($\alpha=0,42$), et l'insécurité d'emploi par un item. Sont également mesurés le nombre d'heures travaillé par semaine et l'horaire de travail (0= réguliers, 1= irréguliers).

Les variables de contrôle incluent les facteurs liés à la famille tels le statut matrimonial (1= en couple, 0= vivant seul), le revenu du ménage (5 catégories de revenu allant de 1= revenu inférieur à 5= revenu supérieur), le soutien social hors travail (1= oui, 0= non), la présence dans le ménage d'enfants âgés de 5 ans ou moins (1= oui, 0= non) et/ou d'enfants âgés de 6 à 11 ans (1= oui, 0= non), les tensions dans la relation maritale (mesurées par trois items ; $\alpha=0,67$), et les tensions parentales (mesurées par deux items ; $\alpha=0,54$). Parmi les variables de contrôle se retrouvent également les caractéristiques personnelles, dont le genre (0= Homme, 1= Femme), l'âge, l'expérience de problèmes de santé chroniques (1= oui, 0= non), le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, le nombre de verres d'alcool consommés hebdomadairement, la fréquence mensuelle des activités physiques de plus de 15 minutes, le centre de contrôle (mesuré par sept items ; $\alpha= 0,76$) et l'évènement stressant dans l'enfance ou à l'âge adulte (mesuré par sept items ; $\alpha= 0,54$).

Analyse

Des statistiques descriptives pondérées sont produites au moyen du logiciel Stata 14. Des modèles de régressions multiples multiniveaux estimés par le logiciel MLwiN 2.36 sont utilisés afin de tester les effets directs (H1) et d'interactions (H2). Pour l'hypothèse de la réaction différentielle (H2), neuf modèles sont testés avec l'ethnicité et neuf modèles avec le statut d'immigrant. Chaque modèle correspond à l'interaction entre un facteur du travail et un trait d'identité culturelle tout en contrôlant pour les cycles de l'enquête et l'ensemble des variables de l'étude. La méthode des moindres carrés généralisés itératifs (IGLS) est utilisée afin d'estimer les paramètres de ces modèles (Goldstein, 1995). Pour l'hypothèse de l'exposition différentielle (H3), les effets de médiation sont testés en utilisant le logiciel Mplus 8.0, avec une méthode d'estimation qui est celle du maximum de vraisemblance avec des erreurs-types robustes (MLR).

Les modèles estimés par MLwiN 2.36 et Mplus 8.0 sont tous pondérés et corrigés pour l'effet de plan par une démarche à deux étapes qui a été prouvée antérieurement comme donnant de bons résultats (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006). Celle-ci consiste tout d'abord à rectifier l'estimation de l'erreur-type en appliquant la méthode dite de « sandwich » aux données pondérées (Goldstein, 1995). Par la suite, l'erreur-type déjà rectifiée est gonflée de 1,28 représentant la valeur de la racine carrée de l'effet de plan rapporté par Statistique Canada au cycle 1 de l'ENSP. Pour l'hypothèse H2, les coefficients d'interactions sont soumis à une correction supplémentaire de type Bonferonni (Bonferroni-Holm, 1979) afin de tenir compte du biais de comparaisons multiples.

Résultats

Les statistiques descriptives de l'échantillon de l'ENSP aux cycles 1 à 9 sont présentées dans le tableau 1.

Insérer Tableau 1 ici

Effets directs

D'après les résultats présentés au tableau 2, une fois tenu en compte l'ensemble des variables contrôles, l'ethnicité s'associe significativement aux symptômes dépressifs, mais pas le statut d'immigrant. Les minorités visibles ont significativement moins de symptômes dépressifs comparés aux caucasiens.

Insérer Tableau 2 ici

Les facteurs du travail, et les variables de contrôle s'associent également significativement aux symptômes dépressifs. En effet, le niveau de symptômes dépressifs semble augmenter avec les demandes psychologiques et diminuer avec le soutien social au travail. Concernant les variables contrôles, le niveau de symptômes dépressifs augmente significativement avec le fait d'être femme, ou d'avoir un problème de santé chronique. Il en va de même en cas d'augmentation des tensions maritales, d'augmentation des tensions parentales, de consommation de cigarette, ou

d'augmentation du nombre d'évènements stressant dans l'enfance ou à l'âge adulte. Par contre, le niveau de symptômes dépressifs diminue significativement lorsque le travailleur est en couple, a du soutien social hors travail, a un centre de contrôle interne, ou lorsqu'il avance en âge. Le niveau de symptômes dépressifs ne semble pas évoluer à travers le temps.

Effets de modération

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de modération.

Insérer Tableau 3 ici

Après avoir tenu en compte les variables de contrôle, et après avoir corrigé pour l'effet de plan et le biais de comparaisons multiples, aucune interaction ne semble significative entre les traits d'identité culturelle et chacun des neuf facteurs du travail dans l'explication des symptômes dépressifs.

Effet de médiation

Les résultats des analyses de médiation sont présentés dans le tableau 4. Aucune association significative n'est observée entre le statut d'immigrant et les facteurs du travail. Du côté de l'ethnicité, les minorités visibles comparées aux caucasiens semblent significativement associées à plus de déqualification, à moins d'utilisation des compétences, et à moins d'autorité décisionnelle.

Insérer Tableau 4 ici

Le tableau 5 présente les résultats des relations indirectes testées entre chacun des traits d'identité culturelle et les symptômes dépressifs via les neuf facteurs de travail. Aucune relation de médiation ne semble significative.

Insérer Tableau 5 ici

Enfin, d'autres analyses ont été réalisées pour évaluer l'interaction entre l'ethnicité et le statut d'immigrant. Les résultats se sont avérés non significatifs.

Discussion

Trois principales observations peuvent être tirées de cette étude. Premièrement, l'hypothèse 1 a obtenu un soutien partiel. Contrairement à certaines recherches rapportant des niveaux de symptômes dépressifs supérieurs chez les immigrants (Bas-Sarmiento et al., 2017; Gilliver et al., 2014; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016), nous n'observons aucune différence significative entre les immigrants et les natifs. Les immigrants de cet échantillon de l'ENSP sont en moyenne des immigrants de longue date ayant été au Canada depuis en moyenne deux décennies. Nos résultats pourraient s'expliquer par l'effet de transition voulant que les immigrants de longue date ne soient pas désavantagés en matière de symptômes dépressifs comparativement aux natifs (Ali, 2002; Whitley et al., 2017; Wu & Schimmele, 2005). Le statut d'emploi peut en être une autre explication dans la mesure où les immigrants et les natifs de cet échantillon de l'ENSP sont tous en emploi. Or, l'emploi est reconnu comme ayant un effet protecteur contre les problèmes de santé mentale (Frank & Hou, 2019; Gibbons & Salkever, 2019; Moxham et al., 2018; van der Noordt et al., 2014). Concernant la contribution de l'ethnicité, l'étude révèle que les personnes issues des minorités visibles ont significativement moins de symptômes dépressifs en comparaison aux personnes caucasiennes. Ces résultats concordent avec certaines recherches (Stafford et al., 2010) et divergent avec d'autres (Chen et al., 2018; Frank & Hou, 2019; Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010). Une des explications du niveau plus faible de symptômes dépressifs chez les minorités visibles en comparaison aux caucasiens, pourrait être la sous-déclaration des symptômes dépressifs par ce groupe. En effet, l'existence de nombreux stigmas vis-à-vis de la santé mentale dans certaines communautés (Kiroopoulos et al., 2011; Straiton et al., 2018) pourrait avoir influencé les déclarations des répondants. Une seconde explication pourrait résider dans la mesure de l'ethnicité. Nos résultats convergent avec l'étude de Stafford (2010) dans laquelle une mesure de l'ethnicité semblable à la nôtre a été utilisée. Or, dans les recherches démontrant des niveaux de symptômes dépressifs supérieurs chez les minorités visibles, la mesure de l'ethnicité distingue les minorités visibles suivant les régions d'origines (Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Schrier et al., 2010). Dans cette recherche, nous regroupons toutes les personnes issues des minorités visibles dans une seule catégorie.

Deuxièmement, l'hypothèse 2 a été rejetée en totalité. Le rejet de l'hypothèse de modération permet du moins de soutenir que les facteurs du travail mesurés dans cette étude ont les mêmes effets sur les symptômes dépressifs quel que soit le statut d'immigrant et quelle que soit l'ethnicité. Cela implique entre autres que les personnes exposées aux facteurs de travail à risque semblent toutes expérimenter des symptômes dépressifs indépendamment de leur ethnicité ou de leur statut d'immigrant. Nos résultats ne semblent pas soutenir les études ayant démontré que l'effet des facteurs du travail sur les problèmes de santé mentale pouvait être modéré par le statut d'immigrant (Font et al., 2012) ou l'ethnicité (Mangalore & Knapp, 2012). La différence entre nos résultats et ces études pourraient résider dans la mesure de la santé mentale et dans la mesure de l'ethnicité. Plutôt que d'analyser la santé mentale de manière générale, comme c'est le cas dans plusieurs des recherches testant la modération (Font et al., 2012; Mangalore & Knapp, 2012), nous avons fait appel à un problème spécifique de santé mentale à savoir les symptômes dépressifs. Notre mesure de l'ethnicité telle que soulevée plus haut est différente de celle de plusieurs chercheurs (Mangalore & Knapp, 2012).

Troisièmement, l'hypothèse 3 a été rejetée en totalité. Nous n'avons relevé aucun effet médiateur des facteurs du travail dans la relation entre d'une part le statut d'immigrant et les symptômes dépressifs ; et d'autre part entre l'ethnicité et les symptômes dépressifs. Ces résultats confirment ceux des recherches antérieures selon lesquelles les facteurs du travail n'expliqueraient pas les inégalités de santé mentale (Dunlavy & Rostila, 2013). L'absence d'effet de médiation semble prévisible dans la mesure où aucun des facteurs du travail associés aux symptômes dépressifs n'est également associé à l'ethnicité ou au statut d'immigrant. Dans notre cas, les demandes psychologiques et le soutien social au travail sont associés aux symptômes dépressifs. Cependant, aucun de ces deux facteurs du travail n'est associé à l'ethnicité ou au statut d'immigrant.

Limites

Cette étude comporte des limites. Premièrement, la qualité de l'emploi bien que pouvant s'associer aux problèmes de santé mentale (Butterworth et al., 2011), n'a pas été prise en compte. Deuxièmement, les personnes immigrantes de notre échantillon sont

pour la plupart des immigrants de longue date. Celles-ci sont au Canada depuis en moyenne deux décennies. Les analyses effectuées en lien avec le statut d'immigrant pourraient avoir été influencées par cette caractéristique propre aux immigrants de notre échantillon. Troisièmement, les symptômes dépressifs sont auto rapportée. Il est possible que la compréhension, l'interprétation et la signification des symptômes dépressifs ne soient pas la même pour tous. En plus de nombreux stigmas vis-à-vis de la santé mentale (Kiroopoulos et al., 2011), certaines communautés ne perçoivent pas un problème de santé mentale comme étant une maladie (Haralambous et al., 2016). De même, le concept de dépression semble ne pas exister dans certaines cultures (Ezeobebe et al., 2019). Quatrièmement, l'absence d'algorithme pour l'application d'une correction par la méthode du rééchantillonnage (Bootstrap) dans le cas des régressions multiniveaux, nous a contraints à choisir une démarche qui implique de gonfler l'erreur-type par la racine carrée de l'effet de plan. Cette méthode bien que reconnu valide (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006) peut néanmoins aboutir à un test non significatif pour des variables dont la valeur de p est comprise entre 0,036 et 0,050. Cinquièmement, le délai de deux ans entre les enquêtes peut avoir contribué à masquer certains événements susceptibles eux aussi d'affecter la santé mentale telles une perte d'emploi, une maladie, une séparation, etc. Enfin, la taille de notre échantillon ne permet pas de mener des analyses stratifiées suivant le genre et qui soient généralisables à chacun des traits d'identité culturelle. L'intérêt de tenir compte de la problématique de l'intersectionnalité à savoir le croisement de plusieurs motifs d'inégalités aurait pu se justifier dans notre recherche ; étant donné que le fait d'être une femme et issue des minorités visibles accentuerait l'inégalité (Chicha & Charest, 2008).

Conclusion

Chez les personnes en emploi, ni l'ethnicité ni le statut d'immigrant ne semblent modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes dépressifs. Contrairement au statut d'immigrant, l'ethnicité et les facteurs du travail semblent s'associer de façon distincte et directe aux symptômes dépressifs. L'ethnicité semble également s'associer aux facteurs du travail. Le rejet de l'hypothèse de médiation et de l'hypothèse de modération ne nous permet pas de soutenir l'idée d'une personnalisation des

interventions en matière de dépression selon l'ethnicité ou selon le statut d'immigrant. Toutefois, nos résultats justifient l'intérêt de s'attaquer aux inégalités en emploi ainsi qu'aux inégalités de santé mentale selon l'ethnicité. Promouvoir également de meilleures conditions de travail contribuerait sans doute à réduire les symptômes dépressifs chez tous les travailleurs, quel que soit leur ethnicité ou leur statut d'immigrant.

Références bibliographiques:

- Aalto, A.-M., Heponiemi, T., Keskimäki, I., Kuusio, H., Hietapakka, L., Lämsä, R., et al. (2014). Employment, psychosocial work environment and well-being among migrant and native physicians in Finnish health care. *European Journal of Public Health, 24*(3), 445-451.
- Alexander, J. C. (1987). Action and Its Environments. In J. C. Alexander, B. Giesen, R. Munch, & N. J. Smelser (Eds.), *The Micro-macro Link* (pp. 289-318). Berkeley: University of California Press.
- Ali, J. (2002). *Mental Health of Canada's Immigrants*. Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Archer, M. S. (1995). *Realist Social Theory. The Morphogenetic Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arcury, T., Grzywacz, J., Chen, H., Mora, D., & Quandt, S. (2014). Work organization and health among immigrant women: Latina manual workers in North Carolina. *American journal of public health, 104*(12), 2445-2452.
- Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernandez-Gutierrez, M., & Poza-Mendez, M. (2017). Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs, 31*(1), 111-121.
- Blackmore, E., Stansfeld, S., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B., & Stewart, D. (2007). Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2088-2093.
- Boudarbat, B. (2011). *Les défis de l'intégration des immigrants dans le marché du travail au Québec : enseignements tirés d'une comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique*. Retrieved from Montréal
- Boudarbat, B., & Montmarquette, C. (2013). *Origine et sources de la surqualification dans la région métropolitaine de Montréal* Montréal CIRANO, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K., & Røed, K. (2018). Job Loss and Immigrant Labour Market Performance. *Economica, 85*(337), 124-151.
- Bruns, A., & Pilkauskas, N. (2019). Multiple Job Holding and Mental Health among Low-Income Mothers. *Women's health issues, 29*(3), 205-212.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S., Rodgers, B., & Broom, D. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine, 68*(11), 806-812.
- Casey, T., Riseborough, K., & Krauss, A. (2015). Do you see what I see? Effects of national culture on employees' safety-related perceptions and behavior. *Accident analysis and prevention, 78*, 173-184.
- Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health, 15*(6), 601-619.
- Chen, P., Hussey, J., & Monbureau, T. (2018). Depression and Antidepressant Use Among Asian and Hispanic Adults: Association with Immigrant Generation and Language Use. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(3), 619-631.

- Chicha, M.-T., & Charest, É. (2008). L'intégration des immigrants sur le marché du travail à Montréal: Politiques et enjeux. *Institut de Recherche en Politiques Publiques(IRPP)*, 14(2).
- Daly, A., Carey, R., Darcey, E., Chih, H., LaMontagne, A., Milner, A., et al. (2019). Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 735.
- Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed ...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity & health*, 14(2), 185-204.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Dunlavy, A. C., & Rostila, M. (2013). Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 2871-2887.
- Ezeobebe, I., Ekwemalor, C., & Ogunbor, A. (2019). Depression and Perspectives of Nigerian Immigrant Men in the United States: An Applied Ethnographic Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(1), 39-46.
- Font, A., Moncada, S., & Benavides, F. G. (2012). The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International archives of occupational and environmental health*, 85(7), 801-806.
- Frank, K., & Hou, F. (2019). Source-country individualism, cultural shock, and depression among immigrants. *International Journal of Public Health*, 64(4), 479-486.
- Gibbons, B., & Salkever, D. (2019). Working with a Severe Mental Illness: Estimating the Causal Effects of Employment on Mental Health Status and Total Mental Health Costs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(4), 474-487.
- Gilliver, S. C., Sundquist, J., Li, X., & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur. J. Public Health*, 1(1464-360X (Electronic)), 72-79.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London, Edward Arnold. New York: Halstead Press.
- González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1043-1051.
- Grzywacz, J., Alterman, T., Gabbard, S., Shen, R., Nakamoto, J., Carroll, D., et al. (2014). Job Control, Psychological Demand, and Farmworker Health. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(1), 66-71.
- Hall, A., Franche, R.-L., & Koehoorn, M. (2018). Examining Exposure Assessment in Shift Work Research: A Study on Depression Among Nurses. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(2), 182-194.
- Haralambous, B., Dow, B., Goh, A., Pachana, N., Bryant, C., LoGiudice, D., et al. (2016). 'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older

- Chinese immigrants' experiences of depression and anxiety. *Australasian journal on ageing*, 35(4), 249-254.
- Heinz, A., Meffert, B., Halvorson, M., Blonigen, D., Timko, C., & Cronkite, R. (2018). Employment characteristics, work environment, and the course of depression over 23 years: Does employment help foster resilience? *Depression and anxiety*, 35(9), 861-867.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Howatt, W. (2017). The mental health experience in Canada's workplaces: What is your experience? Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/report-on-business/careers/workplace-award/exploring-employees-experience-with-mental-health-issues/article34237902/>
- Hurtado, D. A., Sabbath, E. L., Ertel, K. A., Buxton, O. M., & Berkman, L. F. (2012). Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International nursing review*, 59(2), 237-244.
- Ikram, U. Z., Snijder, M. B., Fassaert, T. J., Schene, A. H., Kunst, A. E., & Stronks, K. (2015). The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur, J. Public Health*, 25(2).
- Kammogne, C. L., & Marchand, A. (2019). Les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité : quel lien avec les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne? Résultats des neuf cycles de l'ENSP. *Canadian journal of public health*, 1-10.
- Karasek, R., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J., et al. (1985). *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). The Psychosocial Work Environment *stress, productivity, and the reconstruction of working life* (pp. 31-82.). New York
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. K. (1994). *Final versions of our Non-specific psychological distress scale* Communication écrite datée du 10/3/1994. Survey Research Center of the Institute for Social Research. Ann Arbor: MI. University of Michigan.
- Khoudja, Y. (2018). Employment and Education–Occupation Mismatches of Immigrants and their Children in the Netherlands: Comparisons with the Native Majority Group. *Social Inclusion*, 6(3), 119-141.
- Kim, I., Kim, H., Lim, S., Lee, M., Bahk, J., June, K., et al. (2013). Working hours and depressive symptomatology among full-time employees: Results from the fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (2007–2009). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(5), 515-520.
- Kim, Y., & Kim, S.-S. (2018). Job insecurity and depression among automobile sales workers: A longitudinal study in South Korea. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 140-147.
- Kiropoulos, L., Griffiths, K., & Blashki, G. (2011). Effects of a Multilingual Information Website Intervention on the Levels of Depression Literacy and Depression-Related Stigma in Greek-Born and Italian-Born Immigrants Living in Australia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research*, 13(2), e34-e34.

- Lunau, T., Wahrendorf, M., Dragano, N., & Siegrist, J. (2013). Work stress and depressive symptoms in older employees: impact of national labour and social policies. *BMC Public Health*, *13*(1), 1086-1086.
- Mangalore, R., & Knapp, M. (2012). Income-related inequalities in common mental disorders among ethnic minorities in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *47*(3), 351-359.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2010). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health Psychology*, *52*(3), 176-185.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, *25*(2), 11-30.
- Marchand, A., Durand, P., & Haines III, V. (2015). The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 445-459.
- Mark, G., & Smith, A. (2012). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, stress & coping*, *25*(1), 63-78.
- Moxham, L., Fernandez, R., Kim, B., Lapkin, S., Ten Ham-Baloyi, W., & Al Mutair, A. (2018). Employment as a predictor of mental health, psychological distress, anxiety and depression in Australian pre-registration nursing students. *Journal of professional nursing*, *34*(6), 502-506.
- Nieuwenhuijsen, K., Schene, A., Stronks, K., Snijder, M., Frings-Dresen, M., & Sluiter, J. (2015). Do unfavourable working conditions explain mental health inequalities between ethnic groups?: cross-sectional data of the HELIUS study. *BMC Public Health*, *15*(1), 805.
- Ogawa, R., Seo, E., Ito, M., Sanuki, M., & Maeno, T. (2018). The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Medical Education*, *18*(1), 50-50.
- Oreopoulos, P., & Dechief, D. (2011). *Why Do Some Employers Prefer to Interview Matthew, but Not Samir? New Evidence from Toronto, Montreal, and Vancouver*. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2018047>
- Pampati, S., Alattar, Z., Cordoba, E., Tariq, M., Mendes de Leon, C., & de Leon, C. (2018). Mental health outcomes among Arab refugees, immigrants, and U.S. born Arab Americans in Southeast Michigan: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 379-379.
- Pearlin, L., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav*, *22*(4), 337-356.
- Premji, S. (2018). "It's Totally Destroyed Our Life". *International Journal of Health Services*, *48*(1), 106-127.
- Rask, S., Suvisaari, J., Koskinen, S., Koponen, P., Molsa, M., Lehtisalo, R., et al. (2016). The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scand. J. Public Health*, *44*(3), 281-290.
- Schrier, A., de Wit, M., Rijmen, F., Tuinebreijer, W., Verhoeff, A., Kupka, R., et al. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of

- migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 941-951.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Retrieved from Toronto: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/media/3182>
- Smith, P., & Bielecky, A. (2012). The Impact of Changes in Job Strain and Its Components on the Risk of Depression. *American journal of public health*, 102(2), 352-358.
- Stafford, M., Newbold, B. K., & Ross, N. A. (2010). Psychological Distress Among Immigrants and Visible Minorities in Canada: a Contextual Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428-441.
- Stansfeld, S., Shipley, M., Head, J., & Fuhrer, R. (2012). Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. *American journal of public health*, 102(12), 2360-2366.
- Statistique Canada. (2012) Documentation des variables dérivées et des variables longitudinales constantes de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population-volet ménage. In Statistique Canada (Series Ed.), (pp. 328). Ottawa: Statistique Canada et Gouvernement du Canada.
- Straiton, M., Donnelly, T., & Ledesma, H. M. L. (2018). "It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling": a qualitative study of Filipina immigrants' perceptions of help seeking for mental health problems. *BMC Women's Health*, 18(1), 73-73.
- Straiton, M., Grant, J. F., Winefield, H. R., & Taylor, A. (2014). Mental health in immigrant men and women in Australia: the North West Adelaide health study. *BMC Public Health*, 14(1), 1111.
- Theorell, T., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., Hanson, L. M., Janlert, U., & Westerlund, H. (2014). Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden *Journal of epidemiology and community health*, 68, 78-82.
- Triandis, H. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96(3), 506-520.
- Tverdostup, M., & Paas, T. (2019). Immigrant-native wage gap in Europe: the role of cognitive skills and their use at work. *International Journal of Manpower*, 40(1), 154-175.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & I Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, 71(10), 730-736.
- Warman, C., Sweetman, A., & Goldmann, G. (2015). The Portability of New Immigrants' Human Capital: Language, Education, and Occupational Skills. *Canadian public policy*, 41, S64-S79.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal: An Epidemiological Comparison. *Can J Psychiatry*, 62(8), 570-579.

Wu, Z., & Schimmele, C. M. (2005). The Healthy Migrant Effect on Depression: Variation over Time. *Canadian Studies in Population*, 32(2), 271-295.

Tableau 1. Statistiques descriptives pondérées de l'échantillon des cycles 1 à 9 de l'ENSP*

	Cycle1 N= 6477	Cycle2 N=4932	Cycle3 N=4375	Cycle4 N=4707	Cycle5 N=4243	Cycle6 N=3909	Cycle7 N=3411	Cycle8 N=2991	Cycle9 N=2794
Nombre d'années au Canada depuis l'immigration (M.E)	20,21(12,55)	22,76(12,24)	24,89(12,06)	26,69(11,9)	27,9(11,45)	30,2(11,83)	31,4(11,55)	34,01(11,62)	34,69(10,93)
Santé mentale (M.E)									
Dépression	0,39(1,42)	0,31(1,32)	0,26(1,2)	0,3(1,28)	0,34(1,35)	0,34(1,35)	0,28(1,23)	0,31(1,31)	0,29(1,27)
Traits d'identité culturelle (%)									
Statut d'immigrant (Immigrant)	18,36	18,05	17,80	16,45	16,38	15,18	15,36	15,40	13,90
Ethnicité (Minorité visible)	8,83	9,06	8,75	7,78	7,76	7,24	7,39	6,77	6,37
Facteurs du travail (M.E)									
Déqualification (%)	27,82	28,71	29,16	27,67	27,62	26,91	26,03	25,21	28,18
Utilisation des compétences	7,11(2,35)	7,24(2,32)	7,27(2,3)	7,34(2,17)	7,34(2,16)	7,46(2,11)	7,48(1,98)	7,56(2,16)	7,45(2,14)
Autorité décisionnelle	5,41(1,9)	5,48(1,88)	5,47(1,9)	5,48(1,64)	5,56(1,66)	5,57(1,65)	5,56(1,62)	5,66(1,63)	5,62(1,62)
Demandes psychologiques	4,68(1,82)	4,7(1,81)	4,7(1,83)	4,56(1,7)	4,57(1,77)	4,59(1,77)	4,61(1,68)	4,58(1,73)	4,55(1,7)
Demandes physiques	2,06(1,32)	2,03(1,32)	2,04(1,32)	1,82(1,21)	1,76(1,24)	1,78(1,24)	1,7(1,2)	1,67(1,22)	1,65(1,21)
Soutien social au travail	7,96(2,09)	7,98(2,07)	7,96(2,09)	7,91(1,86)	7,86(1,98)	7,94(1,93)	7,95(1,9)	8,1(1,94)	8,07(1,87)
Insécurité d'emploi	1,35(1,14)	1,31(1,13)	1,35(1,14)	1,17(0,92)	1,22(0,97)	1,15(0,94)	1,13(0,91)	1,13(0,98)	1,1(0,93)
Heures travaillées	42,65(20,43)	44,02(19,14)	44,15(17,72)	42,33(14,06)	42,3(13,8)	42,18(13,54)	42,72(14,18)	42,96(14,3)	41,85(13,64)
Horaire irrégulier (%)	22,95	20,93	21,35	18,88	19,38	19,98	18,12	18,45	19,51
Facteurs liés à la famille (M.E)									
Statut matrimonial (couple) (%)	67,30	68,73	68,49	71,75	72,77	75,01	75,07	77,09	75,55
Enfants 0-5 (%)	21,31	19,75	18,82	16,39	15,53	13,33	12,89	11,34	7,33
Enfants 6-11 (%)	21,08	23,29	23,56	23,33	22,28	21,56	20,74	18,00	14,44
Tensions avec le conjoint	0,21(0,58)	0,2(0,56)	0,2(0,57)	0,14(0,5)	0,18(0,56)	0,16(0,53)	0,17(0,54)	0,18(0,57)	0,15(0,51)
Tensions avec les enfants	0,3(0,59)	0,3(0,59)	0,32(0,6)	0,28(0,57)	0,32(0,61)	0,33(0,63)	0,33(0,61)	0,37(0,65)	0,34(0,64)
Revenu du ménage	3,75(0,96)	3,85(0,85)	4,05(0,87)	4,2(0,84)	4,31(0,8)	4,39(0,77)	4,52(0,71)	4,63(0,64)	4,64(0,63)
Soutien social hors travail (%)	85,65	89,29	92,34	93,81	93,65	94,61	93,84	93,43	94,76
Caractéristiques personnelles (M.E)									
Genre (femme) (%)	47,40	45,86	45,27	44,98	44,19	45,79	44,92	44,43	44,76
Âge	37,57(11,89)	39,66(10,91)	41,4(10,76)	42,19(10,52)	43,54(10,1)	44,86(9,85)	46,14(9,58)	48,04(9,4)	49,44(8,88)
Centre de contrôle	20,19(4,03)	20,29(3,96)	20,34(3,98)	20,43(3,56)	20,06(3,75)	20,24(3,82)	20,4(3,75)	20,86(3,81)	20,79(3,85)
Consommation d'alcool	3,68(6,77)	3,57(6,47)	3,98(6,85)	3,7(6,17)	3,91(6,37)	3,81(6,62)	4,55(7,31)	4,67(7,26)	4,98(8,25)
Cigarettes	4,73(9,27)	4,36(8,78)	4,35(8,63)	3,68(7,93)	3,02(7,1)	2,8(6,9)	2,6(6,56)	2,55(6,44)	2,24(6,15)
Santé chronique (%)	49,06	55,26	56,92	58,13	63,43	64,50	70,41	72,61	72,44
Activités physiques	19,73(21,17)	21,17(21,28)	22,87(21,52)	20,14(18,72)	24,29(20,78)	23,68(20,81)	27,89(23,32)	27,28(21,87)	29(22,52)
Événements de vie stressants	0,86(1,14)	0,84(1,14)	0,86(1,14)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,83(1,11)	0,84(1,12)	0,82(1,12)	0,84(1,15)

Moyenne(M). Écarts-types(E). Pourcentages (%). Effectifs (N).

*Les valeurs extrêmes ne sont pas produites afin de respecter les normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données établies par Statistique Canada pour l'ENSP.

Tableau 2. Régressions multiples multiniveaux sur les symptômes dépressifs

	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle 5
Constante	0,40**	0,38**	0,58**	0,81**	0,57**
Cycle1 (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cycle2	-0,06	-0,06	-0,06	-0,05	-0,04
Cycle3	-0,12**	-0,11**	-0,11**	-0,09*	-0,07
Cycle4	-0,08*	-0,06	-0,04	-0,02	0,00
Cycle5	-0,04	-0,03	-0,01	0,01	0,03
Cycle6	-0,05	-0,03	0,00	0,02	0,05
Cycle7	-0,09*	-0,07	-0,04	-0,02	0,02
Cycle8	-0,07	-0,04	-0,01	0,01	0,07
Cycle9	-0,10*	-0,07	-0,03	-0,02	0,06
Traits d'identité culturelle					
Statut d'immigrant (Immigrant)	-0,05	-0,05	-0,02	-0,03	-0,01
Ethnicité (Minorité visible)	-0,08	-0,09	-0,13**	-0,15**	-0,13**
Facteurs liés au travail					
Déqualification		0,01	0,00	0,01	-0,01
Utilisation des compétences		-0,01	-0,01	-0,01	0,00
Autorité décisionnelle		-0,02	-0,01	-0,01	0,01
Demandes psychologiques		0,03**	0,03**	0,03**	0,02**
Demandes physiques		0,01	0,00	0,00	-0,01
Soutien social au travail		-0,04**	-0,03**	-0,03**	-0,02**
Insécurité d'emploi		0,05**	0,04**	0,04**	0,02
Heures travaillées		0,00	0,00	0,00	0,00
Horaire irrégulier		0,01	0,00	0,00	0,00
Facteurs liés à la famille					
Statut matrimonial (en couple)			-0,31**	-0,29**	-0,20**
Enfants de 0 à 5 ans			-0,01	-0,01	-0,05
Enfants de 6 à 11 ans			0,03	0,03	0,01
Tension avec conjoint(e)			0,14**	0,13**	0,07*
Tension avec enfants			0,15**	0,15**	0,12**
Revenu du ménage			-0,02	-0,02	0,00
Soutien social hors travail				-0,28**	-0,26**
Caractéristiques personnelles					
Genre (femmes)					0,18**
Âge					-0,01**
Contrôle					-0,04**
Alcool					0,00
Cigarettes					0,01**
Santé chronique					0,10**
Activité physique					0,00
Évènements stressants de l'enfance					0,09**
Ajustements					
Khi deux du modèle (DL)	49,22** (10)	386,99** (19)	924,14** (25)	1042,77** (26)	2050,08** (34)
Khi deux du temps (DL=8)	21,29	20,31	23,68**	20,55*	26,27**
Khi des traits d'identité culturelle (DL=2)	13,45**	13,22**	17,65**	23,48**	15,98**
R2 individu	0,00	0,04	0,08	0,09	0,17
R2 temps	0,00	0,02	0,04	0,04	0,07

*p≤0,05 **p≤0,01 réf= catégorie de référence.

Variances individuelles et variances du temps significatives dans tous les 5 modèles à p≤0,01

Tableau 3. Interactions entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail à l'explication des symptômes dépressifs

Interactions	Coefficients d'interaction (valeur de p*)
Interaction statut d'immigrant et	
Déqualification	0,03(0,68)
Utilisation des compétences	0,01(0,39)
Autorité décisionnelle	0,01(0,57)
Demandes psychologiques	-0,01(0,6)
Demandes physiques	0,00(0,91)
Soutien social au travail	0,02(0,4)
Insécurité d'emploi	0,00(0,62)
Heures travaillées	0,00(0,78)
Interaction Ethnicité et	
Déqualification	0,03(0,71)
Utilisation des compétences	-0,05(0,68)
Autorité décisionnelle	0,01(0,78)
Demandes psychologiques	0,01(0,66)
Demandes physiques	-0,02(0,69)
Soutien social au travail	0,00(1,00)
Insécurité d'emploi	0,02(0,57)
Heures travaillées	0,01(0,84)
Déqualification	0,00(0,65)
Utilisation des compétences	-0,04(0,66)

* Valeur de p pondérée et corrigée pour l'effet de plan. Les analyses sont ajustées pour le temps, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles.

Tableau 4. Régressions multiples multiniveaux des traits d'identité culturelle sur les facteurs du travail

	Facteurs du travail								
	Déqualification	Utilisation des compétences	Autorité décisionnelle	Demandes psychologiques	Demandes physiques	Soutien social	Insécurité d'emploi	Heures travaillées	Horaires irréguliers
Constante	-	7,25	5,53	4,59	1,91	7,93	1,23	42,41	-
Traits d'identité culturelle									
Statut d'immigrant (Immigrant)	-0,03	0,13	0,08	-0,12	-0,06	0,03	0,08	0,07	-0,02
Ethnicité (Minorité visible)	0,12**	-0,60**	-0,56**	-0,14	0,10	0,24	0,03	0,05	-0,02

*p≤0,05 **p≤0,01

Tableau 5. Effets indirects multiples multiniveaux des traits d'identité culturelle sur les symptômes dépressifs via les facteurs de travail

Relations indirectes	Coefficients de médiation
Immigrant via	
déqualification	0,000
utilisation des compétences	0,001
autorité décisionnelle	0,001
demandes psychologiques	-0,002
demandes physiques	0,001
soutien social au travail	-0,001
insécurité d'emploi	0,001
heures travaillées	0,000
horaire irrégulier	0,000
Minorité visible via	
déqualification	-0,001
utilisation des compétences	-0,003
autorité décisionnelle	-0,005
demandes psychologiques	-0,003
demandes physiques	-0,001
soutien social au travail	-0,004
insécurité d'emploi	0,000
heures travaillées	0,000
horaire irrégulier	0,000
Ajustements du modèle	
Khi deux du modèle (DL=405)	8926,09**
RMSEA	0,026
CFI	0,12

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation). Les analyses sont ajustées pour le temps, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles.

CHAPITRE 8 : Synthèse des résultats

Ce chapitre présente la synthèse des résultats obtenus à partir des neuf cycles de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Des nuances y sont observées selon qu'ils portent sur les symptômes de détresse psychologique ou sur les symptômes dépressifs. La thèse d'un caractère multidimensionnel des atteintes à la santé mentale est ici renforcée. En accord avec le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006), sont associés aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs les facteurs en lien avec le travail, la famille, le soutien social hors travail, et les caractéristiques personnelles. Les traits d'identité culturelle se révèlent également comme une dimension associée aux problèmes de santé mentale.

Chez les personnes en emploi, davantage l'ethnicité que le statut d'immigrant semble jouer un rôle dans le lien qui unit le travail aux symptômes analysés. L'exposition différentielle des minorités visibles à certains facteurs du travail remet à l'ordre du jour les théories scientifiques du capital humain (Bonikowska et al., 2009; Chicha, 1998; Chicha, 2009; Chicha & Charest, 2008; Ferrer & Riddell, 2006; Picot & Sweetman, 2012; Renaud & Martin, 2006; Schellenberg & Maheux, 2007; Schrover et al., 2008; Taylor & Krahn, 2013; Warman et al., 2015) et de la discrimination (Becker, 1957; Chicha-Pontbriand, 1989; Gazier, 2010; Oreopoulos & Dechief, 2011; Petit, 2007) comme potentielles explications. Avec un échantillon composé en moyenne d'immigrants de longue date, nos résultats semblent corroborer l'effet très documenté dit *effet de transition*. Selon cet effet, les immigrants de longue date auraient une santé mentale comparable, voire supérieure à celle des natifs (Aglipay et al., 2013; Ali, 2002; Bratter & Eschbach, 2005; La Parra-Casado et al., 2017; Lu & Ng, 2019; Shafeek Amin & Driver, 2019; Wu & Schimmele, 2005).

De multiples effets de modérations et de médiation testés, seul un effet s'est avéré significatif. Il s'agit du rôle médiateur de l'utilisation des compétences dans la relation entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologiques.

8.1 Contribution directe des traits d'identité culturelle et des facteurs du travail aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.

8.1.1 Contribution directe des traits d'identité culturelle

Chez les personnes en emploi, la contribution des traits d'identité culturelle aux symptômes de détresse psychologique est testée aux chapitres 5 et 6 ; tandis que cette contribution aux symptômes dépressifs est testée aux chapitres 5 et 7. Dans le chapitre 5, les analyses sont contrôlées pour certains facteurs liés à la famille, pour le soutien social hors travail et pour certaines caractéristiques personnelles ; tandis que les chapitres 6 et 7 contrôlent également pour les facteurs du travail. Le tableau 17 présente la synthèse de résultats. Il en ressort de façon générale que le statut d'immigrant ne s'associe ni aux symptômes de détresse psychologique ni aux symptômes dépressifs. L'ethnicité quant à elle s'associe aux symptômes dépressifs, mais pas aux symptômes de détresse psychologique.

Tableau 17. – Traits d'identité culturelle, symptômes de détresse psychologiques et symptômes dépressifs

	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
Traits d'identité culturelle		
Immigrant (Natif =réf.)	ns	ns
Minorité visible (Caucasien=réf.)	ns	-

- = association significative et négative
ns = association non significative

8.1.1.1 Contribution directe du statut d'immigrant

Comme le rapportent les chapitres 5 et 6, aucune distinction significative n'est observée entre les niveaux de symptôme de détresse psychologique des immigrants et ceux des natifs. Le statut d'immigrant ne semble pas contribuer significativement aux symptômes de détresse psychologiques. Ces résultats se démarquent de plusieurs autres ayant démontré que les personnes immigrantes ont plus de symptômes de détresse psychologique comparativement aux personnes natives (Abebe et al., 2014; Boulet & Boudarbat, 2015; Haverkamp et al., 2015;

Johnson et al., 2017). Deux caractéristiques propres à notre échantillon pourraient justifier nos résultats. La première caractéristique est le statut d'emploi. Les personnes composant notre échantillon sont toutes en emploi. Or l'emploi est reconnu comme un facteur protecteur contre les symptômes de détresse psychologique (Moxham et al., 2018; van der Noordt et al., 2014; Watson & Osberg, 2018). L'absence de différence significative entre les immigrants et les natifs dans la population des personnes en emploi pourrait provenir du fait que ces travailleurs indépendamment de leur statut d'immigrant sont tous en emploi. Et par conséquent, ils seraient moins susceptibles de développer des symptômes de détresse psychologique. Des recherches supplémentaires s'avèrent nécessaires afin de confirmer cette piste. Un angle de recherche futur serait de vérifier le rôle que pourrait jouer non seulement le statut d'emploi (avoir un emploi ou pas) mais également la qualité de l'emploi (exemple : précarité du lien emploi) dans la relation entre le statut d'immigrant et les symptômes de détresse psychologique. La deuxième caractéristique pouvant elle aussi expliquer nos résultats se rapporte à la durée du séjour au Canada depuis l'immigration. En effet, les immigrants de cette étude sont pour la plupart des immigrants de longue date. Leur séjour au Canada depuis l'immigration est en moyenne de plus de deux décennies. Or, il a été démontré au travers de l'effet de transition que les immigrants de longue date n'étaient pas désavantagés en matière de symptôme de détresse psychologique comparativement aux personnes natives (Whitley et al., 2017).

Les chapitres 5 et 7 ne révèlent non plus aucune différence significative entre les immigrants et les natifs en ce qui a trait à leur niveau de symptômes dépressifs. Le statut d'immigrant ne contribue pas significativement aux symptômes dépressifs chez les personnes en emploi. Ces conclusions semblent diverger avec les études démontrant que les immigrants seraient associés à plus de symptômes dépressifs comparativement aux natifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; De Wit et al., 2008; Gilliver et al., 2014; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016; Schrier et al., 2010; Tinghog et al., 2007; Wassermann & Hoppe, 2019). Toutefois, nos résultats peuvent s'expliquer comme dans le cas des symptômes de détresse psychologique par le statut d'emploi et par le fait que les immigrants de l'échantillon sont des immigrants de longue date. En effet, être un immigrant de longue date (Ali, 2002; Whitley et al., 2017; Wu & Schimmele, 2005) ou être en emploi (Butterworth et al., 2011; Frank & Hou, 2019; Gibbons & Salkever, 2019; González & Vives, 2019; Moxham et al., 2018; van der Noordt et al., 2014) sont deux facteurs qui semblent s'associer chacun à moins de symptômes dépressifs.

8.1.1.2 Contribution directe de l'ethnicité

L'ethnicité ne semble pas s'associer de façon significative aux symptômes de détresse psychologique comme nous l'observons aux chapitres 5 et 7. Les niveaux de symptômes de détresse psychologique des minorités visibles et des caucasiens semblent comparables. Le statut d'emploi, de par son effet protecteur de la santé mentale (Moxham et al., 2018; van der Noordt et al., 2014; Watson & Osberg, 2018), pourrait expliquer nos résultats ; étant donné que les minorités visibles et les caucasiens sont tous en emploi. Nos résultats convergent vers les recherches ayant utilisé une mesure de l'ethnicité se rapprochant de celle retrouvée dans notre étude (Rosenthal & Wilson, 2012). Ils divergent par contre avec ceux dont la mesure de l'ethnicité est complètement différente de la nôtre (Erdem et al., 2017; Haverkamp et al., 2015). En effet, si Erdem (2017) et Haverkamp (2015) ont conclu à des niveaux de symptômes de détresse psychologique élevés chez les minorités visibles, ces derniers ont utilisé cependant une mesure de l'ethnicité dans laquelle les minorités visibles sont uniquement des personnes immigrantes, et le groupe de référence uniquement des personnes natives. Or, dans la mesure de l'ethnicité utilisée dans notre étude, les personnes issues des minorités visibles sont autant immigrantes que natives. Le groupe de référence est formé de personnes caucasiennes qu'elles soient natives ou immigrantes. Les personnes natives n'ont pas été distinguées des personnes immigrantes dans la mesure de l'ethnicité étant donné que l'analyse de l'interaction entre l'ethnicité et le statut d'immigrant sur les symptômes de détresse psychologique ou sur les symptômes dépressifs s'est révélée non significative. Le rôle joué par la mesure de l'ethnicité dans nos résultats est d'autant plus probable que Rosenthal et Wilson (2012), avec une mesure de l'ethnicité qui se rapproche de la nôtre, ont conclu comme nous en une absence d'association significative entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologiques. Malgré une convergence entre nos résultats et ceux de la Rosenthal et Wilson (2012), on observe que ces chercheurs, à l'exemple de Erdem (2017) et Haverkamp (2015), n'ont pas regroupé toutes les personnes issues des minorités visibles dans une seule catégorie comme c'est le cas avec notre étude. Il demeure le besoin de mener davantage de recherches utilisant une mesure de l'ethnicité semblable en tous points à la nôtre afin de confirmer nos résultats.

Les chapitres 5 et 7 testent la contribution de l'ethnicité aux symptômes dépressifs. Les personnes issues des minorités visibles ont significativement moins de symptômes dépressifs par

comparaison avec les personnes caucasiennes. Plusieurs raisons pourraient expliquer nos résultats, dont en premier, les facteurs liés à la famille. Comme présenté au chapitre 7, l'association entre l'ethnicité et les symptômes dépressifs semble significative lorsque les analyses sont contrôlées pour les facteurs liés à la famille. Les facteurs liés à la famille semblent avoir un effet de suppression sur le lien entre l'ethnicité et les symptômes dépressifs. Toutefois, notre étude n'est pas à même d'expliquer les mécanismes par lesquels ces facteurs interagissent avec l'ethnicité pour expliquer les symptômes dépressifs. Une seconde explication à nos résultats pourrait résider dans une sous-déclaration par les minorités visibles de leurs symptômes dépressifs. En effet, de forts stigmas vis-à-vis de la santé mentale existent encore dans plusieurs communautés de personnes issues des minorités visibles (Copelj & Kiropoulos, 2011; Haralambous et al., 2016; Kiropoulos et al., 2011; Straiton et al., 2018). De même, le concept de dépression semble ne pas exister dans certaines cultures (Ezeobele et al., 2019; Nakamura Taira et al., 2018). Une troisième explication pourrait résider dans la mesure de l'ethnicité. Par exemple, Stafford et ses collègues (Stafford et al., 2010), avec une mesure de l'ethnicité semblable en tous points à la nôtre, ont conclu comme nous à des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs chez les minorités visibles comparativement aux caucasiens. Par contre, les études ayant révélé plus de symptômes dépressifs chez les minorités visibles en comparaison avec les caucasiens ont une mesure de l'ethnicité qui se distingue de la nôtre en plusieurs points (De Wit et al., 2008; Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Plant & Sachs-Ericsson, 2004; Schrier et al., 2010). La catégorie formée des minorités visibles n'inclut pas les immigrants et les non-immigrants. De plus, les minorités visibles ne sont pas regroupées dans une seule catégorie, mais plutôt séparées selon les régions d'origines.

8.1.2 Contribution directe des facteurs du travail

La contribution directe des facteurs du travail est testée au chapitre 6 pour les symptômes de détresse psychologique et au chapitre 7 pour les symptômes dépressifs. Le tableau 18 présente la synthèse des résultats. Après avoir tenu en compte l'ensemble des variables confondantes, cinq facteurs du travail s'associent de manière significative aux symptômes de détresse psychologique. En accord avec les recherches antérieures, plus le travailleur utilise ses compétences et plus son niveau de symptômes de détresse psychologique augmente (Marchand et al., 2012). Il en est de même en cas d'augmentation du niveau de demandes psychologiques

(Boulet & Boudarbat, 2015; Bourbonnais et al., 2007; Havermans et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Marchand et al., 2006; Zhou et al., 2018), du niveau d'insécurité d'emploi (Johannessen et al., 2013; Kachi et al., 2018; Marchand et al., 2006; Marchand et al., 2012; Swaen et al., 2004; Teixeira & Dias, 2018; Vander Elst et al., 2013; Watson & Osberg, 2018), du nombre d'heures travaillé (Butterworth et al., 2011; Hayasaka et al., 2007; Hilton et al., 2008) ou en présence d'horaires irréguliers au travail (Hayasaka et al., 2007; Paterson et al., 2010; Schneider & Harknett, 2019). Le niveau de symptômes de détresse psychologique diminue toutefois lorsque le soutien social au travail augmente (Barnett et al., 2019; Boulet & Boudarbat, 2015; Havermans et al., 2018; Johannessen et al., 2013; Marchand et al., 2006; Marchand et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Sconfienza et al., 2019).

Tableau 18. – Synthèse des résultats quant à l'association entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs

	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
Facteurs liés au travail		
Déqualification	ns	ns
Utilisation des compétences	+	ns
Autorité décisionnelle	ns	-
Demandes psychologiques	+	ns
Demandes physiques	ns	ns
Soutien social au travail	-	-
Insécurité d'emploi	+	ns
Heures travaillées	+	ns
Horaire irrégulier	+	ns

+ = association significative et positive

- = association significative et négative

ns = association non significative

Concernant les symptômes dépressifs, ils s'associent de façon significative avec deux facteurs de travail uniquement. Comme démontré dans les recherches antérieures, le niveau de symptômes dépressifs augmente significativement avec les demandes psychologiques (Grzywacz et al., 2014; Marchand et al., 2015; Smith & Bielecky, 2012) et diminue significativement avec le soutien social au travail (Barnett et al., 2019; Blackmore et al., 2007; Mark & Smith, 2012; Sanne et al., 2005; Stansfeld et al., 2012).

Les demandes physiques et la déqualification ne semblent s'associer à aucun des deux symptômes de santé mentale analysés. Les résultats des demandes physiques peuvent s'expliquer par la mesure utilisée qui est basée sur un seul item. Il est possible que ce seul item ne parvienne pas à saisir correctement la diversité des demandes physiques dont font face les travailleurs. Du côté de la déqualification, selon certains chercheurs la déqualification s'associerait aux problèmes de santé mentale si le travailleur déqualifié a l'impression de perdre son statut social, ou s'il est insatisfait vis-à-vis de son emploi (Chen et al., 2010; Dean & Wilson, 2009). L'absence d'association significative entre la déqualification et les symptômes analysés pourrait laisser penser que les travailleurs déqualifiés de notre étude malgré leur situation de déqualification sont satisfaits vis-à-vis de leur emploi et de leur statut social. Il s'agit toutefois d'une piste qui mérite d'être explorée dans des recherches futures ; étant donné que des études semblent démontrer que les immigrants seraient en général satisfaits de leur vie au Canada (Frank et al., 2014).

8.2 Traits d'identité culturelle et facteurs du travail : une exposition différentielle aux facteurs du travail selon l'ethnicité uniquement

L'association entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail a été analysée dans les chapitres 6 et 7. Le tableau 19 présente une synthèse des résultats. Chez les personnes en emploi, le statut d'immigrant ne s'associe pas aux facteurs du travail. Nos résultats ne permettent pas de confirmer les conclusions retrouvées dans d'autres recherches et selon lesquelles les immigrants contrairement aux natifs seraient associés à plus de déqualification (Beyer, 2019; Boudarbat, 2011; Chicha, 2009; Larsen et al., 2018; Premji, 2018; Reid, 2012), à moins d'autonomie au travail (Beyer, 2019), ou à plus d'horaires irréguliers (Aalto et al., 2014; Premji, 2018). Cette absence d'association significative entre le statut d'immigrant et les facteurs du travail pourrait s'expliquer par le fait que les immigrants de notre échantillon sont en moyenne des immigrants de longue date. Or selon la littérature, c'est au cours de leurs premières années au Canada que les immigrants semblent faire face aux conditions défavorables de travail (Chen et al., 2010; Dean & Wilson, 2009; Smith et al., 2009). Il est possible que le temps passé au Canada depuis l'immigration leur ait permis d'évoluer professionnellement au point d'obtenir des emplois avec des conditions comparables à celles des personnes natives.

Tableau 19. – Synthèse des résultats quant à l'association entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail

	Immigrant (Natif =réf.)	Minorité visible (Caucasien= réf.)
Facteurs liés au travail		
Déqualification	ns	+
Utilisation des compétences	ns	-
Autorité décisionnelle	ns	-
Demandes psychologiques	ns	ns
Demandes physiques	ns	ns
Soutien social au travail	ns	ns
Insécurité d'emploi	ns	ns
Heures travaillées	ns	ns
Horaires irréguliers	ns	ns

+ = association significative et positive
 - = association significative et négative
 ns = association non significative
 réf = catégorie de référence

Des associations significatives ont toutefois été observées entre l'ethnicité et les facteurs du travail. À cet effet, les minorités visibles en comparaison aux caucasiens semblent significativement exposées à plus de déqualification, à moins d'utilisation des compétences et à moins d'autorité décisionnelle. Ces résultats convergent avec les recherches ayant démontré que les minorités visibles étaient associées à moins de contrôles sur leur travail (Beyer, 2019; Hurtado et al., 2012) et à plus de déqualification (Beyer, 2019; Guo, 2015; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Taylor & Krahn, 2013; Tverdostup & Paas, 2019). Ces preuves d'une exposition différentielle au travail selon l'ethnicité ne pourraient dans le cas de notre recherche être justifiées uniquement par les cadres théoriques en lien avec le capital humain tels la chute du taux de rendement de l'expérience accumulé à l'étranger (Picot & Sweetman, 2012; Taylor & Krahn, 2013; Warman et al., 2015), le manque d'habiletés linguistiques (Bonikowska et al., 2009; Ferrer & Riddell, 2006; Picot & Sweetman, 2012; Renaud & Martin, 2006; Schellenberg & Maheux, 2007), le manque d'expérience de travail canadienne (Chicha, 2009; Chicha & Charest, 2008; Schellenberg & Maheux, 2007; Schrover et al., 2008), voire le manque de réseaux de contacts professionnels ou personnels (Chicha, 1998). En effet, les minorités visibles de notre échantillon regroupent également les personnes qui sont nées au Canada et par conséquent ont

acquis leur capital humain au Canada. Il est possible que l'exposition différentielle observée chez les minorités visibles soit également justifiée par les théories de la discrimination à l'exemple des préférences de certains employeurs pour certaines catégories de population (Becker, 1957; Oreopoulos & Dechief, 2011), des signaux reflétant de façon imparfaite la qualité de certains travailleurs (Gazier, 2010), de l'existence de segments de marchés différents isolés les uns des autres (Chicha-Pontbriand, 1989; Petit, 2007), ou de la présence de situations d'inégalité cumulative et dynamique défavorisant certains groupes plus que d'autres sur le marché du travail (Chicha-Pontbriand, 1989).

8.3 Trait d'identité culturelle, facteurs du travail, symptômes de détresse psychologique et symptômes dépressifs : Médiation et modération

8.3.1 Aucun effet modérateur des traits d'identité culturelle

Les effets de modération ont été testés au chapitre 6 pour les symptômes de détresse psychologique et au chapitre 7 pour les symptômes dépressifs. La synthèse des tests de modération est présentée dans le tableau 20. Chez les personnes en emploi, après avoir contrôlé pour l'ensemble des variables confondantes, ni le statut d'immigrant ni l'ethnicité ne semblent jouer un rôle de modérateur entre les facteurs du travail et l'un ou l'autre des symptômes analysés. Bien qu'il ait été démontré grâce à certaines études que l'effet des facteurs du travail sur les problèmes de santé mentale pouvait être modéré par le statut d'immigrant (Boulet & Boudarbat, 2015; Font et al., 2012) ou l'ethnicité (Mangalore & Knapp, 2012; Meraya et al., 2017), des recherches supplémentaires s'avèrent nécessaires. Ces études ne permettent pas une complète compréhension de l'effet de modération tel que testé dans notre recherche. En effet, dans ces études, la santé mentale y est souvent mesurée par le biais d'une autoévaluation faite par le répondant de sa santé mentale ressentie comme bonne ou mauvaise (Font et al., 2012; Mangalore & Knapp, 2012), et non par le biais des symptômes spécifiques de santé mentale tels les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs. La mesure de l'ethnicité ne regroupe pas souvent dans une seule catégorie toutes les personnes issues des minorités visibles (Mangalore & Knapp, 2012; Meraya et al., 2017). Les résultats des tests de modération obtenus de notre recherche permettent du moins de soutenir que les mêmes facteurs du travail semblent avoir les mêmes effets sur la santé mentale quel que soit le statut d'immigrant ou, quelle que soit l'ethnicité. Cela implique entre autres que les personnes exposées aux facteurs de

travail à risque expérimentaient toutes des symptômes de détresse psychologiques indépendamment de l'ethnicité ou du statut d'immigrant.

Tableau 20. – Synthèse des interactions entre les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail

Interactions	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
Interaction statut d'immigrant et		
Déqualification	ns	ns
Utilisation des compétences	ns	ns
Autorité décisionnelle	ns	ns
Demandes psychologiques	ns	ns
Demandes physiques	ns	ns
Soutien social au travail	ns	ns
Insécurité d'emploi	ns	ns
Heures travaillées		
Interaction Ethnicité et		
Déqualification	ns	ns
Utilisation des compétences	ns	ns
Autorité décisionnelle	ns	ns
Demandes psychologiques	ns	ns
Demandes physiques	ns	ns
Soutien social au travail	ns	ns
Insécurité d'emploi	ns	ns
Heures travaillées	ns	ns

ns = coefficient d'interaction non significative

8.3.2 Effet médiateur des facteurs du travail : seulement entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologiques

Le tableau 21 présente la synthèse des effets de médiations. Chez les personnes en emploi, les facteurs du travail ne semblent pas jouer un rôle de médiateur entre le statut d'immigrant et les symptômes de détresse psychologique. Ils ne jouent pas non plus le rôle de médiateur entre le statut d'immigrant et les symptômes dépressifs. Il n'est pas possible de conclure à partir de ces résultats que chez les personnes en emploi, le fait d'être immigrant comparativement au fait d'être natif serait associé à certaines conditions de travail ; et que ces conditions de travail

auraient à leur tour des effets significatifs sur le niveau de symptômes de détresse psychologique ou sur le niveau de symptômes dépressifs des immigrants. L'absence d'effet de médiation semble compréhensive dans la mesure où aucune exposition différentielle aux facteurs du travail n'a été observée selon le statut d'immigrant. Or, pour que l'on puisse s'attendre à un effet médiateur d'un des facteurs du travail, il est nécessaire non seulement qu'il existe une exposition différentielle significative à ce facteur du travail selon le statut d'immigrant ; mais également que ce facteur du travail en lien avec cette exposition différentielle soit également associé à l'un ou l'autre des deux symptômes analysés.

Le test de médiation des facteurs du travail dans la relation entre l'ethnicité et chacun des symptômes analysés a donné des résultats probants avec les symptômes de détresse psychologique et pas avec les symptômes dépressifs. Dans le cas des symptômes de détresse psychologique, de tous les facteurs du travail testés, seule l'utilisation des compétences semble jouer un rôle de médiateur entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologique. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'utilisation des compétences contrairement aux autres facteurs du travail est significativement associée à la fois à l'ethnicité et aux symptômes de détresse psychologique. Être une personne issue des minorités visibles contrairement au fait d'être une personne caucasienne exposerait significativement à moins d'utilisation des compétences ; et cette exposition à moins d'utilisation des compétences s'associerait chez les minorités visibles à significativement moins de symptômes de détresse psychologique. En effet, selon les données de l'ENSP, l'utilisation des compétences s'associe positivement à la détresse psychologique. L'utilisation des compétences dans ce cas semble à même d'expliquer une partie des inégalités ethniques de détresse psychologique. Cela signifie qu'une partie des différences de niveaux de symptômes de détresse psychologique observée entre caucasiens et minorités visibles pourrait être attribuable à des différences également observées dans leur niveau d'expositions à l'utilisation des compétences. Pour certains chercheurs, les facteurs du travail n'expliqueraient pas les inégalités ethniques de détresse psychologique (Dunlavy & Rostila, 2013). Le fait que ces chercheurs n'ont pas pris en compte l'utilisation des compétences parmi les facteurs du travail pourrait expliquer le pourquoi ils n'ont trouvé aucun effet médiateur des facteurs du travail. Une autre explication pourrait être leur mesure de l'ethnicité qui sépare les minorités visibles selon les régions d'origines. Dans notre recherche, nous avons regroupé les minorités visibles dans une seule catégorie. Dans le cas des tests de médiation avec les symptômes dépressifs, il n'est pas

étonnant de ne trouver aucun effet médiateur des facteurs du travail. En effet, aucun des facteurs du travail associé à l'ethnicité n'est également associé aux symptômes dépressifs. Or, un tel schéma doit se dessiner afin de s'attendre à une médiation des facteurs du travail. Les facteurs du travail n'expliqueraient pas les inégalités ethniques en matière de symptômes dépressifs comme déjà démontrés dans une autre étude (Nieuwenhuijsen et al., 2015). Bien que nos résultats soient corroborés par ceux de Nieuwenhuijsen et de ses collègues, des recherches supplémentaires sont nécessaires étant donné que ces chercheurs n'ont pas regroupé les minorités visibles en une seule catégorie comme c'est le cas avec nos analyses.

Tableau 21. – Synthèse des chemins indirects entre les traits d'identité culturelle et les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs via les facteurs du travail

	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
<i>Statut d'immigrant</i> (Natif=réf.)		
Immigrant via déqualification	ns	ns
Immigrant via utilisation des compétences	ns	ns
Immigrant via autorité décisionnelle	ns	ns
Immigrant via demandes psychologiques	ns	ns
Immigrant via demandes physiques	ns	ns
Immigrant via soutien social au travail	ns	ns
Immigrant via insécurité d'emploi	ns	ns
Immigrant via heures travaillées	ns	ns
Immigrant via horaire irrégulier	ns	ns
<i>Ethnicité</i> (Caucasien=réf.)		
Minorité visible via déqualification	ns	ns
Minorité visible via utilisation des compétences	-	ns
Minorité visible via autorité décisionnelle	ns	ns
Minorité visible via demandes psychologiques	ns	ns
Minorité visible via demandes physiques	ns	ns
Minorité visible via soutien social au travail	ns	ns
Minorité visible via insécurité d'emploi	ns	ns
Minorité visible via heures travaillées	ns	ns
Minorité visible via horaire irrégulier	ns	ns

+ = association significative et positive

ns = association non significative

réf=catégorie de référence

8.4 Contribution des facteurs liés à la famille, au soutien social hors travail et aux caractéristiques personnelles au développement des symptômes de détresse psychologique et au développement des symptômes dépressifs.

Les facteurs liés à la famille, au soutien social hors travail et aux caractéristiques personnelles s'associent aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs après avoir pris en compte l'ensemble des variables y compris les traits d'identité culturelle et les facteurs du travail. La synthèse des résultats est présentée au tableau 22.

Concernant les facteurs liés à la famille, les résultats obtenus corroborent ceux retrouvés dans la littérature. En accord avec les recherches antérieures, le fait d'être en couple protège contre les symptômes de détresse psychologique ou les symptômes dépressifs (Frank & Hou, 2019; Hall et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Singh et al., 2015; Zhou et al., 2018). Avoir des tensions dans la relation conjugale ou dans la relation parentale exposerait plutôt à ces symptômes (Marchand et al., 2012; Marchand et al., 2015; Zhou et al., 2018). Avoir des enfants d'au plus 5 ans apparaît comme un facteur protecteur contre les symptômes de détresse psychologique (Marchand et al., 2012). Toutefois, le fait d'avoir des enfants de 0 à 5 ans ne semble pas s'associer aux symptômes dépressifs. Ni le fait d'avoir des enfants de 6 à 11 ans ni le revenu du ménage ne semblent s'associer de façon significative aux deux symptômes.

Avoir du soutien social hors travail apparaît comme un facteur protecteur autant contre les symptômes de détresse psychologique que contre les symptômes dépressifs comme démontré dans plusieurs recherches (Gardner & Webb, 2019; Haverfield et al., 2019; Marchand et al., 2012; Zhou et al., 2018).

Les résultats portant sur les caractéristiques personnelles renforcent ceux déjà trouvés dans le passé. Ainsi, le fait d'être une femme (Frank & Hou, 2019; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Teixeira & Dias, 2018), ou d'avoir un problème de santé chronique (Hall et al., 2018; Park et al., 2018; Teixeira & Dias, 2018; Zhou et al., 2018) constituent des facteurs de risques de symptômes de détresse psychologique ou de symptômes dépressifs. Il en est de même de la consommation de cigarette (Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006; Parrott, 2003; Puetz et al., 2006; Shafeek Amin & Driver, 2019; Sonnentag & Jelden, 2009), ou de l'expérience d'évènement stressant dans l'enfance ou à l'âge adulte (Marchand et al., 2005, 2006). Par contre, le centre de contrôle interne (Kurtović et al., 2018; Marchand et al., 2006), et

le vieillissement (Emslie et al., 2002; Hayasaka et al., 2007; Lunau et al., 2013; Magnavita et al., 2008; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2006; Moxham et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Stansfeld et al., 2012) sont des facteurs de protection. Le niveau de consommation d'alcool et la fréquence d'activité physique ne s'associent avec aucun des symptômes analysés.

Tableau 22. – Synthèse des résultats quant à la contribution des facteurs liés à la famille, du soutien social hors travail et des caractéristiques personnelles aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs

	Symptômes de détresse psychologique	Symptômes dépressifs
Facteurs liés à la famille		
Statut marital (en couple)	-	-
Enfants de 0 à 5 ans	-	ns
Enfants de 6 à 11 ans	ns	ns
Tension avec conjoint(e)	+	+
Tension avec enfants	+	+
Revenu du ménage	ns	ns
Soutien social hors travail	-	-
Caractéristiques personnelles		
Genre (femmes)	+	+
Âge	-	-
Contrôle	-	-
Alcool	ns	ns
Cigarettes	+	+
Santé chronique	+	+
Activité physique	ns	ns
Évènements stressants de l'enfance	+	+

+ = association significative et positive

- = association significative et négative

ns = contribution non significative

8.5 La contribution du temps aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.

En tenant compte des cycles de l'enquête, il a été possible d'observer aux chapitres 5 et 6 l'évolution du niveau de symptômes de détresse psychologique à travers le temps. À l'exception du cycle 8, on note une diminution à travers le temps des symptômes de détresse psychologique, et ce comparativement au cycle 1. Selon la figure 1 du chapitre 5, dans chacun des traits d'identité culturelle, le niveau de symptômes de détresse psychologique tend généralement à diminuer à travers le temps. Cette diminution peut s'expliquer par le vieillissement de la main-d'œuvre. Il a été démontré qu'avec l'âge les risques de développer des symptômes de détresse psychologique diminuaient (Hayasaka et al., 2007; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2005, 2006; Moxham et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Stansfeld et al., 2012). Une autre explication de cette diminution pourrait résider dans l'amélioration de la situation socioéconomique des personnes. En effet, comme le démontre les tableaux descriptifs présentés aux chapitres 6 et 7, au fur et à mesure que l'on évolue dans les cycles, on observe une augmentation des personnes en couple ou ayant du soutien social hors travail. Or le fait d'être en couple (Frank & Hou, 2019; Hall et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Shafeek Amin & Driver, 2019; Singh et al., 2015; Zhou et al., 2018) ou d'avoir du soutien social hors travail (Gardner & Webb, 2019; Haverfield et al., 2019; Kawano, 2008; Marchand et al., 2012; Zhou et al., 2018) s'associe avec une diminution des symptômes de détresse psychologique.

Dans les chapitres 5 et 7 est testée l'évolution des symptômes dépressifs à travers le temps. Après avoir contrôlé pour l'ensemble des variables y compris les facteurs du travail, le niveau de symptômes dépressifs ne semble pas évoluer à travers le temps. La figure 2 du chapitre 5 présente l'évolution des symptômes dépressifs pour chacun des traits d'identité culturelle. À la différence des symptômes de détresse psychologiques où l'on observe en général une diminution pour chacun des traits d'identité culturelle à travers le temps, du côté des symptômes dépressifs, cette tendance n'est pas observée. Toutefois, il apparaît de manière évidente qu'entre les cycles de l'enquête, le niveau de symptômes dépressifs des natifs et des caucasiens semble généralement varier faiblement comparativement à celui des immigrants et des personnes issues des minorités visibles. Par exemple entre les cycles 4 et 5, on peut observer une augmentation du niveau de symptômes dépressifs pour toutes les catégories de traits d'identité culturelle. Cependant, pour

les natifs et les caucasiens cette augmentation est d'environ 5% et 4% respectivement ; tandis que pour les immigrants et les minorités visibles elle est d'environ 19% et 73% respectivement. Il est possible que les facteurs à l'origine de l'augmentation des symptômes dépressifs entre les cycles 4 et 5 de l'enquête dans chacun des traits d'identité culturelle aient touché davantage les minorités visibles et les immigrants au Canada en comparaison avec les natifs et les personnes caucasiennes. Par exemple, ces deux cycles ont été entourés par plusieurs événements majeurs à l'instar du krach boursier de 2000-2003, de la bulle internet de 2000, et des attentats survenus aux États-Unis en 2001. Autant le krach boursier que la bulle internet ont tous deux contribué à l'insécurité d'emploi. Or il est connu que les personnes immigrantes et les personnes issues des minorités visibles sont celles qui sont les dernières à être embauchées et les premières à être licenciées (Pillai, 1998). De même, les attentats du 11 septembre ont entraîné le resserrement des politiques d'immigration au nom de la sécurité nationale aussi bien aux États-Unis qu'au Canada. Par la même occasion se sont développées depuis lors de nombreuses idéologies anti-immigration qui ensemble ont contribué à renforcer la stigmatisation et la discrimination envers des immigrants et des personnes issues de minorités visibles. Au Canada, les personnes de couleur noire et arabo-musulmane représenteraient les groupes les plus à risques d'être victimes de discrimination (Rousseau et al., 2011). Or, la discrimination est connue comme pouvant elle aussi s'associer aux problèmes de santé mentale chez les personnes qui en sont victimes (Beiser & Hou, 2006; George et al., 2015; Kim et al., 2019; McKenzie, 2006; Singh et al., 2015).

8.6 Les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs : deux problèmes de santé mentale qui semblent distincts.

Quatre constats principaux ressortent du lien qui relie ces deux symptômes aux variables analysées. Premièrement, les symptômes de détresse psychologique semblent s'associer à un nombre plus élevé de variables comparativement aux symptômes dépressifs. Six facteurs du travail s'associent aux symptômes de détresse psychologique et deux aux symptômes dépressifs. De plus, quatre facteurs liés à la famille s'associent aux symptômes de détresse psychologique, et trois aux symptômes dépressifs. Ceci pourrait s'expliquer par la variation de la période au cours de laquelle chacun des symptômes est ressenti. Dans le cas des symptômes de détresse psychologique, les individus se prononcent sur les symptômes ressentis au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête ; tandis que les symptômes dépressifs portent sur ceux ressentis au

cours des 12 derniers mois. Le délai dans le cas des symptômes dépressifs fait appel à un travail de mémoire beaucoup plus important. Il pourrait alors être plus facile de se souvenir des symptômes ressentis dans les 30 derniers jours comparativement à ceux ressentis dans les 12 derniers mois. Cette différence dans l'exercice de la mémoire entre les deux symptômes pourrait alors justifier le nombre de variables inférieures associées aux symptômes dépressifs comparativement au nombre de variables associées aux symptômes de détresse psychologique.

Deuxièmement, l'ethnicité ne s'associe pas aux symptômes de détresse psychologique, mais s'associe aux symptômes dépressifs. Cela pourrait être dû au fait que les deux symptômes saisiraient des problèmes de santé mentale distincts. Comme souligné dans le chapitre 4, les symptômes de détresse psychologique inclus entre autres la nervosité, l'agitation, le désespoir, voire le sentiment de n'être bon à rien. Les symptômes dépressifs incluent la perte de poids, la difficulté à trouver du sommeil, la difficulté à se concentrer, les pensées suicidaires, la perte d'intérêt, ou le sentiment d'être abattu. Selon certains auteurs, les personnes développant des symptômes dépressifs sont celles pour qui les symptômes de détresse psychologique auraient duré suffisamment longtemps pour venir à bout de leur énergie (Vinet, 2004). Dans cette logique, on s'attendrait à ce qu'une variable associée aux symptômes dépressifs le soit également avec les symptômes de détresse psychologique. Mais cela ne serait pas forcément le cas si les symptômes de détresse psychologiques ayant occasionné les symptômes dépressifs sont ressentis plus de 30 jours avant l'enquête. En effet, les délais au cours desquels ces deux symptômes sont évalués dans cette étude ne permettent pas de garantir qu'au moment où la collecte des données est menée, une variable associée avec les symptômes de détresse le sera également avec les symptômes dépressifs.

Troisièmement, les deux symptômes de santé mentale s'associent avec les mêmes caractéristiques personnelles. Ces caractéristiques nous semblent moins susceptibles de changer au cours des délais dans lesquels les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs sont saisis ; soit respectivement les 30 derniers jours et les 12 derniers mois précédents l'enquête. Ceci pourrait expliquer qu'une caractéristique personnelle associée aux symptômes de détresse psychologique le soit également avec les symptômes dépressifs.

Enfin, dans le cadre de cette recherche, les outils utilisés pour mesurer la santé mentale ne sont pas biaisés par l'expression des problèmes de santé mentale qui elle, peut varier selon les

groupes. Les questions utilisées pour saisir ces problèmes invitent les répondants à se prononcer sur un certain nombre de symptômes ressentis. Toutefois, du fait de l'existence de forts stigmas vis-à-vis de la santé mentale dans plusieurs communautés (Copelj & Kiropoulos, 2011; Haralambous et al., 2016; Kiropoulos et al., 2011; Straiton et al., 2018), il est possible que les personnes de certaines communautés aient plus de difficultés à se prononcer sur des questions en lien avec les symptômes de dépressions en comparaison aux questions en lien avec les symptômes de détresse psychologique. Ceci principalement à cause du fait que le concept de dépression semble ne pas exister dans certaines cultures (Ezeobebe et al., 2019; Nakamura Taira et al., 2018).

CONCLUSION

Les problèmes de santé mentale au travail à l'instar des symptômes de détresse psychologiques et des symptômes dépressifs ont fait l'objet de nombreuses recherches depuis plus de deux décennies déjà. Grâce à différents modèles du stress au travail (Demerouti et al., 2001; Karasek & Theorell, 1990; Marchand et al., 2006), il a été possible d'identifier un grand nombre de facteurs du travail pouvant conduire au développement ou à l'aggravation de ce type de problème. Toutefois, la place limitée réservée dans ces modèles aux traits d'identité culturelle représente un obstacle à la compréhension de la façon dont l'ethnicité ou le statut d'immigrant pourraient intervenir dans l'association déjà connue entre le travail et les problèmes de santé mentale. L'intérêt d'intégrer les traits d'identité culturelle dans ces modèles a été motivé par le fait que les traits d'identité culturelle semblent autant s'associer au travail qu'à la santé mentale. En effet, les recherches sur les inégalités dans l'accès à l'emploi, ainsi que celles sur les inégalités dans l'accès à des emplois de qualité en sont arrivées à prouver que de telles inégalités pouvaient s'expliquer par le statut d'immigrant ou l'ethnicité (Aalto et al., 2014; Arcury et al., 2014; Beyer, 2019; Boudarbat, 2011; Bratsberg et al., 2018; Chicha, 2009; Daunfeldt et al., 2019; Hoppe, 2011; Hurtado et al., 2012; Kaushal et al., 2016; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Premji, 2018; Reid, 2012; Tverdostup & Paas, 2019). De même, il a été possible grâce aux études sur les inégalités de santé mentale de démontrer que les inégalités de santé mentale pouvaient également s'expliquer par le statut d'immigrant ou l'ethnicité (Bas-Sarmiento et al., 2017; Boulet & Boudarbat, 2015; Chen et al., 2018; Erdem et al., 2017; Frank & Hou, 2019; Haverkamp et al., 2015; Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Pampati et al., 2018; Rask et al., 2016; Shafeek Amin & Driver, 2019; Stafford et al., 2010). Dans ce contexte où la santé mentale, le travail et les traits d'identité culturelle ont été rarement tous pris en compte dans une seule étude, et encore moins dans la main d'œuvre, nous nous sommes donné pour mission principale de le faire dans cette thèse. Il s'agissait d'une démarche essentielle si l'on souhaitait répondre à notre question de recherche qui était de comprendre en quoi les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité pouvaient modifier la façon dont le travail s'associe aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs chez les personnes en emploi.

Ce questionnement nous a conduits à explorer plusieurs pistes possibles dans la façon dont les traits d'identité culturelle, les facteurs du travail, les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs pourraient être reliés. Une des pistes visait à déterminer l'effet direct des traits d'identité culturelle sur les symptômes de détresse psychologique et sur les symptômes dépressifs tout en tenant compte des autres dimensions de la vie du travailleur. Nous avons également vérifié s'il existait des expositions différentielles et des réactions différentielles aux facteurs du travail selon l'ethnicité et le statut d'immigrant. Une autre piste intéressante était de vérifier si le lien entre les traits d'identité culturelle et chacun des symptômes analysés était médiatisé par les facteurs du travail. L'exploration de ces différentes pistes a également permis de déterminer la contribution des autres dimensions de la vie du travailleur à l'instar des facteurs du travail, des facteurs liés à la famille, du soutien social hors travail et des caractéristiques personnelles, à l'expérience des deux symptômes de santé mentale analysés. Deux grands constats sont tirés des analyses empiriques chez des personnes en emploi:

1. L'ethnicité semble jouer un rôle dans le lien entre le travail et la santé mentale.
 - L'ethnicité semble contribuer directement aux symptômes dépressifs.
 - L'ethnicité exposerait de façon différentielle à la déqualification, à l'utilisation des compétences, et à l'autorité décisionnelle.
 - L'utilisation des compétences au travail médiatise le lien entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologique.

2. L'analyse du rôle du statut d'immigrant dans la relation entre le travail et la santé mentale a donné lieu à des résultats non concluants.

Ces constats méritent d'être mis en perspective dans les conditions dans lesquelles ils ont été observés. À cet effet, nous poursuivons ce chapitre en soulignant la contribution de cette thèse à l'avancement des connaissances. Ensuite, les limites rencontrées lors de cette recherche seront mentionnées ainsi que leur implication pour les recherches futures. Nous terminerons par les retombées potentielles de nos résultats pour les politiques publiques, pour les interventions en santé mentale au travail, et pour le domaine de la recherche scientifique.

Contribution de la thèse

Contribution des hypothèses évaluées à l'avancement des connaissances

Trois hypothèses ont été formulées au début de cette thèse et l'évaluation de chacune d'elles apporte sept contributions à l'avancement des connaissances. La première hypothèse visait à déterminer la contribution spécifique de l'ethnicité et du statut d'immigrant à l'expérience des symptômes de détresse psychologique et à l'expérience des symptômes dépressifs, tout en tenant compte des autres dimensions de la vie de l'individu tels le travail, la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles. Le premier volet de cette hypothèse a été testé tout au long des chapitres 5 à 7. Il visait à vérifier si le statut d'immigrant représentait un facteur de risque contre les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne. Les résultats obtenus à partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) n'ont pas été concluants. Ces résultats représentent *une première contribution* à l'avancement des connaissances dans un contexte où cette hypothèse est le plus souvent testée dans la population générale et moins chez les personnes en emploi. En effet, plusieurs recherches effectuées dans la population générale ont démontré que les immigrants étaient les plus à risques de développer des problèmes de santé mentale par comparaison aux natifs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Bergeron et al., 2009; Hamilton & Kawachi, 2013; Pampati et al., 2018; Schrier et al., 2010; Wang, 2014; Wang & Hu, 2013; Wassermann & Hoppe, 2019). En faisant appel à un échantillon composé seulement de personnes en emploi, nous obtenons des résultats différents. Ce qui renforce l'idée selon laquelle l'association entre le statut d'immigrant et la santé mentale retrouvée dans la population générale ne devrait pas automatiquement être extrapolée à une population composée uniquement de personnes en emploi. De plus, la durée au Canada semble influencer les résultats de santé mentale chez les immigrants; car notre échantillon est composé en moyenne d'immigrants de longue date. Il est également possible que cette caractéristique ait eu un rôle à jouer dans les résultats.

Le second volet de la première hypothèse était de savoir si, chez les personnes en emploi, l'ethnicité représentait un facteur de risque pour les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs. Les résultats qui en ont découlé constituent *une deuxième contribution* importante aux connaissances. Ici, nous avons utilisé une mesure de l'ethnicité qui se distingue de celle retrouvée dans la plupart des autres recherches (De Wit et al., 2008; Erdem et al., 2017;

Haverkamp et al., 2015; Ikram et al., 2015; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Plant & Sachs-Ericsson, 2004; Schrier et al., 2010; Stafford et al., 2010). Notre mesure de l'ethnicité comprend deux catégories d'ethnicité dont les caucasiens et les minorités visibles. Dans la mesure de l'ethnicité, les personnes natives n'ont pas été distinguées des personnes immigrantes étant donné que l'analyse de l'interaction entre l'ethnicité et le statut d'immigrant a révélé une absence d'interaction entre ces deux variables. Ainsi, à la question de savoir si l'ethnicité représente un risque de développer des symptômes de détresse psychologique ou de dépression ; il apparaît, au vu de nos résultats que lorsque la mesure de l'ethnicité distingue les minorités visibles des caucasiens, l'ethnicité ne semble pas représenter un risque pour les symptômes de détresse psychologique chez les personnes en emploi. Toutefois, l'ethnicité semble être un facteur de risque pour les symptômes dépressifs. L'ethnicité semble exposer davantage les caucasiens que les minorités visibles aux symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre. Le niveau faible de symptômes dépressifs chez les minorités visibles comparativement aux caucasiens pourrait être attribuable entre autres à une sous-déclaration des symptômes dépressifs par les minorités visibles, ou attribuable à la mesure de l'ethnicité utilisée dans cette étude.

La seconde hypothèse visait à vérifier si l'effet des facteurs du travail sur les symptômes de détresse psychologique ou sur les symptômes dépressifs était le même pour tous les travailleurs indépendamment de leur ethnicité ou de leur statut d'immigrant. Le rejet de cette hypothèse constitue *une troisième contribution* de cette thèse. En effet, s'il avait déjà été prouvé que les facteurs du travail étaient associés aux symptômes de détresse psychologiques et aux symptômes dépressifs (Barnett et al., 2019; Boulet & Boudarbat, 2015; Bruns & Pilkauskas, 2019; Butterworth et al., 2011; Daly et al., 2019; Frank & Hou, 2019; Grzywacz et al., 2014; Havermans et al., 2018; Hayasaka et al., 2007; Heinz et al., 2018; Li, 2019; Marchand et al., 2012; Marchand et al., 2015; Schneider & Harknett, 2019; Stansfeld et al., 2012; Theorell et al., 2014; Vander Elst et al., 2013; Watson & Osberg, 2018; Zhou et al., 2018), il restait encore à déterminer si cette association était la même pour tous indépendamment de l'ethnicité ou du statut d'immigrant. Nos résultats permettent du moins de soutenir que les mêmes facteurs du travail testés dans cette thèse semblent avoir les mêmes effets sur la santé mentale indépendamment du statut d'immigrant et indépendamment de l'ethnicité.

La troisième hypothèse de cette recherche était de vérifier si les facteurs du travail médiatisaient la relation entre les traits d'identité culturelle et chacun des deux symptômes. Le

premier volet de cette hypothèse a été testé avec le statut d'immigrant. Les résultats obtenus représentent *une quatrième contribution* de notre thèse dans un contexte où plusieurs recherches tendent à soutenir que la santé mentale défavorable des immigrants serait attribuable à leur situation socioéconomique (Ahonen et al., 2007; Dean & Wilson, 2009; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Subedi & Rosenberg, 2014). Avec un échantillon de personne en emploi dont les immigrants sont en moyenne de longue date, les facteurs du travail ne semblent expliquer ni les inégalités de symptômes de détresse psychologique ni les inégalités de symptômes dépressifs entre immigrants et natifs.

Le second volet de la troisième hypothèse portait sur l'ethnicité et a été confirmé en partie. Les résultats obtenus représentent *une cinquième contribution* de notre thèse. Les mesures de santé mentale et de l'ethnicité utilisées distinguent notre travail de ceux des chercheurs ayant analysé cette hypothèse de médiation (Dunlavy & Rostila, 2013; Nieuwenhuijsen et al., 2015). À la différence de la démarche envisagée dans notre thèse, ces chercheurs mesurent la santé mentale par l'autoévaluation faite par le répondant de sa santé mentale comme étant bonne ou mauvaise ; ils mesurent l'ethnicité en distinguant les groupes selon les régions ; ou font appel à moins de facteurs de travail. Dans notre thèse, nous mesurons des symptômes précis de santé mentale tels les symptômes de détresse psychologiques ou les symptômes dépressifs ; nous mesurons l'ethnicité en distinguant les personnes issues des minorités visibles de celles qui sont caucasiennes ; et utilisons plus de facteurs de travail que ceux retrouvés dans les autres recherches. Ainsi, nos résultats nous amènent à conclure que chez les personnes en emploi, avec une mesure de l'ethnicité distinguant les caucasiens des minorités visibles, les inégalités ethniques en matière de symptômes dépressifs ne semblent pas s'expliquer par les facteurs du travail. Toutefois, les inégalités ethniques en matière de symptômes de détresse psychologique s'expliqueraient par les facteurs du travail, dont l'utilisation des compétences. Par conséquent, il existerait une partie des symptômes de détresse psychologique qui serait attribuable à une exposition différentielle à l'utilisation des compétences selon l'ethnicité.

Nous tenions également à déterminer qui de l'ethnicité ou du statut d'immigrant joue davantage un rôle dans le lien qui unit les facteurs du travail aux symptômes de détresse psychologique ou aux symptômes dépressifs chez les personnes en emploi. Il s'agit là d'une *sixième contribution* aux connaissances. Les résultats obtenus à partir des données de l'ENSP suggèrent que l'ethnicité semble chez les personnes en emploi jouer un rôle dans la relation qui

relie les facteurs du travail aux symptômes dépressifs. En effet, l'ethnicité s'associe significativement aux facteurs du travail, mais aussi significativement aux symptômes dépressifs. Pour ce qui est du statut d'immigrant, les résultats ont été non concluants.

Une *septième contribution* de cette thèse émane de l'effet des autres dimensions de la vie de l'individu sur les symptômes de détresse psychologique et sur les symptômes dépressifs une fois avoir tenu en compte des traits d'identité culturelle. Cette contribution est importante dans la mesure où plusieurs recherches ont bel et bien associé les dimensions telles que les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles aux deux symptômes analysés (Boulet & Boudarbat, 2015; Butterworth et al., 2011; Chang et al., 2005; Ghrouz et al., 2019; Grzywacz et al., 2014; Kawano, 2008; Kim et al., 2013; Kurtović et al., 2018; Marchand & Blanc, 2010; Marchand et al., 2012; Marchand et al., 2015; Moxham et al., 2018; Nielsen et al., 2018; Park et al., 2018; San Sebastián et al., 2018; Singh et al., 2015; Smith & Bielecky, 2012; Zhou et al., 2018). Toutefois, il n'était pas clair si ces dimensions demeuraient significativement associées aux problèmes de santé mentale une fois que l'on tiendrait compte des traits d'identité culturelle. Au terme de cette thèse, nous sommes à même de conclure que même en tenant compte des traits d'identité culturelle, les facteurs du travail, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail et les caractéristiques personnelles semblent s'associer directement aux symptômes de détresse psychologique et aux symptômes dépressifs.

Contribution du modèle théorique à l'avancement des connaissances

Le modèle théorique présenté tout au long de cette thèse donne une place centrale aux traits d'identité culturelle dans l'analyse des problèmes de santé mentale en lien avec les facteurs du travail. Cette place est confirmée par la validation de deux des trois hypothèses formulées. Ce modèle se distingue des modèles du stress au travail pour qui seuls les facteurs du milieu du travail se retrouvent associés aux problèmes de santé mentale (Demerouti et al., 2001; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996). Bien que renforçant le modèle multiniveaux de la santé mentale (Marchand et al., 2006), notre modèle théorique se distingue également de ce dernier en accordant une place importante aux traits d'identité culturelle. Tout comme les facteurs du travail, les facteurs liés à la famille, le soutien social hors travail, et les caractéristiques personnelles, notre modèle soutient également le rôle des traits d'identité comme une autre dimension associée directement aux problèmes de santé mentale.

Trois arguments découlant de nos résultats vont en faveur de notre modèle. Le premier provient du soutien partiel à l'hypothèse selon laquelle les facteurs du travail médiatisent le lien entre les traits d'identité culturelle et les problèmes de santé mentale. En effet, l'utilisation des compétences semble médiatiser le lien entre l'ethnicité et les symptômes de détresse psychologique. Un tel résultat signifie qu'il existe une partie des problèmes de santé mentale associée aux traits d'identité culturelle via des facteurs du travail. Le second argument en faveur de notre modèle provient de l'association trouvée entre l'ethnicité et les facteurs du travail. Cette association confirme les résultats bien documentés selon lesquels il existerait une exposition différentielle sur le marché du travail selon les traits d'identité culturelle (Aalto et al., 2014; Arcury et al., 2014; Beyer, 2019; Boudarbat, 2011; Bratsberg et al., 2018; Chicha, 2009; Daunfeldt et al., 2019; Hoppe, 2011; Hurtado et al., 2012; Kaushal et al., 2016; Khoudja, 2018; Larsen et al., 2018; Lay et al., 2018; Panichella, 2018; Premji, 2018; Reid, 2012; Tverdostup & Paas, 2019; Yanar et al., 2018). Ainsi, être une personne issue des minorités visibles contrairement au fait d'être une personne caucasienne s'associerait à plus de déqualification, à moins de latitude décisionnelle, et à moins d'autorité décisionnelle. Comme troisième argument, nous avons été à même de démontrer que les traits d'identité culturelle s'associaient aux problèmes de santé mentale. En effet, l'ethnicité semble dans cette recherche s'associer significativement aux symptômes dépressifs.

Limites et pistes de recherches

Nos résultats devraient être interprétés en considérant les limites rencontrées lors de cette thèse. Dans cette section, nous mentionnons seulement les limites dont la prise en compte pourrait ouvrir des pistes intéressantes pour les recherches futures. D'autres limites peuvent être retrouvées dans les chapitres 5 à 7 de cette thèse. Ces limites concernaient la nature des données, les variables importantes non mesurées, la très faible consistance interne de plusieurs mesures des conditions de travail de l'ENSP, ainsi que la nécessité d'étudier la détresse et la dépression sur des intervalles de temps plus rapprochés.

Comme première limite, les personnes immigrantes de notre échantillon sont pour la plupart des immigrants de longue date. Celles-ci sont au Canada depuis en moyenne deux décennies. Il est possible que toutes les analyses effectuées en lien avec le statut d'immigrant aient été influencées par cette caractéristique propre aux immigrants de notre échantillon. Par

conséquent, il serait intéressant à l'avenir de tester nos différentes hypothèses en comparant les résultats des personnes natives avec d'une part, ceux des nouveaux immigrants, et d'autre part, avec ceux des immigrants de longue date. Comparer également les résultats suivant les catégories d'immigrants (immigrants économiques versus immigrants non économiques) pourrait apporter d'autres nuances aux résultats. L'ENSP ne permet malheureusement pas de saisir des informations sur les catégories d'immigrants.

Deuxièmement, notre population d'intérêt porte uniquement sur les personnes en emploi. L'accès au marché du travail a été matérialisé dans notre recherche uniquement par la déqualification. Une piste de recherche intéressante serait de déterminer si l'association retrouvée entre les traits d'identité culturelle et les symptômes analysés chez les personnes en emploi aurait été la même avec les personnes sans emploi. Il serait ainsi possible d'explorer si le statut d'emploi peut jouer un rôle de médiateur entre les traits d'identité culturelle et les symptômes de détresse psychologique ou dépressifs. Une autre piste intéressante serait de tenir compte dans les analyses futures d'autres éléments en lien avec la qualité de l'emploi. Vérifier par exemple les hypothèses suivant que la personne est dans un emploi précaire ou pas. Mener des analyses en distinguant les travailleurs récents qui occupent un emploi correspondant à leurs qualifications des travailleurs plus anciens. Cela pourrait aider à mieux comprendre le lien entre la déqualification et la santé mentale; car l'absence de lien dans cette étude pourrait provenir du fait que les travailleurs aient, avec le temps passé au travail, fini par accepter leur situation.

La troisième limite porte sur notre mesure de l'ethnicité. La variable d'origine culturelle ou raciale retrouvée dans l'ENSP et sur laquelle se base notre variable d'ethnicité n'est pas mesurée à tous les cycles. Il est possible qu'en la collectant à tous les cycles, la variable change pour un répondant à un moment donné dans le cycle. De plus, cette variable est déterminée de façon externe; car l'interviewer est appelé à décrire aux mieux de ses connaissances l'origine culturelle ou raciale du répondant. Les circonstances entourant la collecte de cette variable représentent également une limite. Il est possible qu'au moment où l'origine culturelle ou raciale est collectée les répondants aient davantage un intérêt à s'identifier à une origine plus qu'à une autre. Étant donné l'absence d'interaction entre le statut d'immigrant et l'ethnicité, notre mesure de l'ethnicité distingue deux catégories dont les minorités visibles et les caucasiens. Une telle décomposition peut laisser penser que chacune de ces deux catégories est formée de groupes homogènes. Or, il a déjà été démontré que parmi les immigrants, il pouvait se retrouver des sous-

groupes faisant face à des résultats distincts en lien avec le travail ou la santé mentale (Dunlavy & Rostila, 2013; Hurtado et al., 2012; Schrier et al., 2010; Veenstra & Patterson, 2016; Wu & Schimmele, 2005). Distinguer à l'avenir quatre catégories de traits d'identité culturelle tenant compte à la fois de l'ethnicité et du statut d'immigrant permettrait sans doute d'apporter davantage de nuances aux hypothèses formulées. On y retrouverait alors comme catégories les natifs caucasiens, les natifs issus des minorités visibles, les immigrants caucasiens, et finalement les immigrants issus des minorités visibles.

Quatrièmement, plusieurs des variables contrôles utilisées dans l'ENSP ne sont pas adaptées pour témoigner des phénomènes migratoires. Ils ne prennent pas en compte de nombreux événements du processus migratoire ou d'intégration pouvant représenter de véritables sources de stress chez les immigrants. L'arrivée au Canada rime pour beaucoup d'immigrants avec de nombreux événements stressants à l'exemple de la nécessité de se trouver un logement, de faire reconnaître l'éducation ou l'expérience accumulée à l'extérieur du Canada, de trouver un emploi correspondant à ses qualifications, du désir de faire venir sa famille au Canada (conjoint, enfants, parents, etc.), voire avec la stabilité de son statut de résidence au Canada. À ces événements de stress s'associent parfois les préoccupations envers les membres de la famille restés au pays qui doivent continuer de faire face à de l'insécurité (économique, politique, climatique, etc.). Afin de mieux prendre en compte dans les futures recherches les préoccupations des personnes immigrantes, ainsi que l'impact de leurs parcours d'immigration et d'intégration sur leur santé, il serait bénéfique non seulement de bonifier dans les enquêtes populationnelles s'intéressant aux immigrants les multiples événements stressants du processus migratoire et d'intégration pouvant affecter la santé mentale de ces derniers. Ces différents événements devraient également être inclus dans les enquêtes longitudinales s'intéressant aux immigrants ; car ces événements plus complexes auxquels font face les immigrants se déroulent dans le temps. D'où la nécessité d'avoir également accès aux données collectées dans le temps.

Enfin, cette étude est fondée sur un devis purement quantitatif. Une approche mixte consistant à associer à nos résultats, ceux recueillis lors d'une entrevue face à face des travailleurs présentant des symptômes de détresse psychologiques ou de dépression aurait sans doute enrichi davantage nos résultats. Une telle approche aurait peut-être permis d'apporter plus d'explications aux résultats obtenus dans cette thèse.

Retombées de la thèse

Les retombées de cette thèse pourraient être bénéfiques pour les politiques publiques, les interventions en santé mentale au travail, et le domaine scientifique.

Retombées pour les politiques publiques

Au Canada, les débats liés aux difficultés que rencontrent les personnes issues de l'immigration à accéder à des emplois de qualité sont toujours d'actualité. Avec un échantillon composé en moyenne d'immigrants de longue date, l'absence dans notre étude d'exposition différentielle au travail selon le statut d'immigrant semble militer en faveur d'une amélioration avec le temps de la situation des immigrants sur le marché du travail. Or, selon plusieurs études, les nouveaux immigrants continuent d'être exposés à davantage de facteurs de travail défavorables en comparativement aux personnes natives (Beyer, 2019; Chen et al., 2010; Dean & Wilson, 2009; Larsen et al., 2018; Smith et al., 2009). Nos résultats reflètent l'intérêt de cibler davantage les nouveaux immigrants plutôt que les immigrants de longue date lors de la mise en place des mesures et interventions visant l'accès à des emplois de qualité.

Nos résultats soulignent également l'intérêt de promouvoir l'accès aux emplois de qualité chez les personnes issues des minorités visibles qu'elles soient immigrantes ou natives. Selon notre étude, les personnes issues des minorités visibles seraient plus déqualifiées, et auraient moins de contrôle sur leur travail comparativement aux personnes caucasiennes. Vu que les personnes issues des minorités visibles de notre échantillon incluent autant les personnes immigrantes que les personnes natives, une attention supplémentaire devrait toute aussi être portée aux enfants des immigrants qui sont issues des minorités visibles. Leur situation sur le marché du travail est très souvent confondue avec celle des personnes natives. Par conséquent, les difficultés dont ces derniers font face sur le marché du travail se retrouvent alors cachées.

Pour l'heure au Canada, il n'est pas encore possible de déterminer les coûts financiers liés aux difficultés d'intégration en emploi. Par exemple, il est difficile de déterminer combien on gagnerait si certains groupes étaient mieux intégrés ; ou encore quelle serait la part des problèmes de santé mentale attribuable à une mauvaise intégration. Toutefois, la confirmation partielle de l'effet de médiation de l'ethnicité dans la relation entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologique suggèrent qu'il existerait une partie des problèmes de santé mentale qui

serait attribuable aux expositions différentielles au travail en lien avec l'ethnicité. Dans un contexte où la santé mentale coûte environ 50 G\$ CA annuellement au gouvernement canadien (Smetanin et al., 2011), ce dont révèle notre recherche est qu'une partie de cette somme pourrait être attribuable aux inégalités de travail en lien avec l'ethnicité. Le gouvernement canadien pourrait réaliser des économies importantes en combattant non seulement les problèmes de santé mentale dans la population des travailleurs, mais aussi en luttant en amont contre les expositions différentielles au travail en lien avec l'ethnicité.

Retombées pour les interventions en santé mentale au travail

Cette thèse révèle une absence d'effet de modération de l'ethnicité ou du statut d'immigrant entre les facteurs du travail et la santé mentale. Cela implique que les conditions de travail à risque semblent affecter tous les travailleurs, quel que soit leur ethnicité ou leur statut d'immigrant. De plus, il a été possible de démontrer que les facteurs du travail sont autant associés aux symptômes de détresse psychologiques qu'aux symptômes dépressifs. Continuer de mettre en place des mesures de lutte contre les conditions de travail à risque pourrait être bénéfique pour tous les travailleurs, quel que soit leur trait d'identité culturelle. Lors de la mise en place des interventions en santé mentale en entreprise, il ne semble pas nécessaire au vu de nos résultats de les personnaliser de manière à tenir compte des particularités propres aux porteurs de différents traits d'identité culturelle. Ceci s'explique principalement par l'association entre les facteurs du travail et les symptômes de détresse psychologiques ou les symptômes dépressifs qui semble être la même pour tous indépendamment de l'ethnicité ou du statut d'immigrant. Toutefois, il serait important de garder à l'esprit que certains travailleurs, plus que d'autres seraient significativement exposés à certains facteurs du travail selon leur trait d'identité culturelle. Par exemple, nos résultats ont suggéré que les minorités visibles sont associées à plus de déqualification, à moins d'utilisation des compétences, et à moins d'autorité décisionnelle comparativement aux personnes caucasiennes.

Retombées pour le domaine scientifique

Cette recherche a trois principales retombées pour le monde de la recherche. D'abord, le modèle théorique présenté est novateur. Ce modèle théorique permet également de souligner les limites des modèles explicatifs en santé mentale à rendre compte de nombreuses préoccupations

inhérentes aux personnes immigrantes. Bien que plusieurs facteurs en lien avec ce processus ne soient pas pris en compte dans cette étude, notre modèle explicatif de santé mentale offre un cadre permettant aux recherches futures de les intégrer. Ce modèle pourrait être appliqué à une population différente de la nôtre. Par exemple en comparant les personnes en emploi de celles sans emploi, on pourrait grâce à notre modèle théorique, se demander si le statut d'emploi médiatise la relation entre les traits d'identité culturelle et les problèmes de santé mentale. Une seconde retombée de cette recherche pour le monde scientifique est le fait que nous avons été en mesure de déduire le rôle de l'ethnicité sur la relation entre le travail et les problèmes de santé mentale. De même, nous avons souligné les limites d'analyser le rôle du statut d'immigrant dans cette relation avec un échantillon composé en moyenne d'immigrants de longue date. Ces résultats suggèrent que les recherches devraient également étudier la situation des enfants des immigrants et particulièrement ceux issus des minorités visibles. Contrairement aux immigrants, les enfants d'immigrants semblent faire l'objet de moins d'attention dans les recherches. La troisième retombée scientifique concerne la réponse à la question de savoir si les facteurs du travail expliqueraient les inégalités de santé mentale entre immigrants et non-immigrants et entre minorités visibles et caucasiens. De nombreux écrits sur les inégalités de santé mentale suggéraient qu'il était possible que les inégalités observées s'expliquent par les différences dans les situations socioéconomiques des individus (Ahonen et al., 2007; Dean & Wilson, 2009; Nieuwenhuijsen et al., 2015; Subedi & Rosenberg, 2014). Selon ce qui ressort de cette recherche, chez les personnes en emploi, les facteurs du travail n'expliquent pas les inégalités de santé mentale entre immigrants et non-immigrants. Toutefois, cela semble le cas en ce qui concerne les inégalités de santé mentale selon l'ethnicité.

Est-ce que le statut d'immigrant et l'ethnicité représentent des facteurs de risques pour le développement des problèmes de santé mentale ? Est-ce que les expositions aux facteurs du travail et les réactions aux problèmes de santé mentale sont les mêmes pour tous indépendamment de l'ethnicité ou du statut d'immigrant ? Est-ce que les inégalités de santé mentale selon l'ethnicité et le statut d'immigrant s'expliqueraient par les facteurs du travail ? Sans pour autant prétendre avoir résolu la question, nous espérons que cette thèse a réussi à apporter un certain éclairage sur le rôle joué par les traits d'identité culturelle sur la façon dont le

travail s'associe aux problèmes de santé mentale dans la main-d'œuvre canadienne. D'autres recherches seront nécessaires pour mieux comprendre cette problématique, mais un élément qui semble ressortir le plus de cette étude est bien la nécessité de se pencher davantage sur la question de la déqualification professionnelle. Une intervention proactive des politiques publiques est requise afin de lutter contre des expositions différentielles aux facteurs du travail, et particulièrement la déqualification qui semble davantage affecter les personnes issues des minorités visibles. Puisque les problèmes de santé mentale entraînent des coûts importants, combattre les expositions différentielles aux facteurs du travail pourrait contribuer à réduire les dépenses en santé mentale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aalto, A.-M., Heponiemi, T., Keskimäki, I., Kuusio, H., Hietapakka, L., Lämsä, R., et al. (2014). Employment, psychosocial work environment and well-being among migrant and native physicians in Finnish health care. *European Journal of Public Health, 24*(3), 445-451.
- Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60-67.
- Aboa Eboele, C., Brisson, C., Blanchette, C., Maunsell, E., Bourbonnais, R., Abdous, B., et al. (2011). Effort-Reward Imbalance at Work and Psychological Distress. *Psychosomatic medicine, 73*(6), 448-455.
- Aglipay, M., Colman, I., & Chen, Y. (2013). Does the Healthy Immigrant Effect Extend to Anxiety Disorders? Evidence from a Nationally Representative Study. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(5), 851-857.
- Ahonen, E., Benavides, F., & Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 33*(2), 96-104.
- Akerboom, S., & Maes, S. (2006). Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. *Work & Stress, 20*(1), 21-36.
- Akerlof, G. A., & Kranton, R. E. (2000). Economics and identity. *Quarterly journal of economics, 115*(3), 715-753.
- Alexander, J. C. (1987). Action and Its Environments. In J. C. Alexander, B. Giesen, R. Munch, & N. J. Smelser (Eds.), *The Micro-macro Link* (pp. 289-318). Berkeley: University of California Press.
- Alexis, M. (1999). The Economics of Racism. *The Review of Black Political Economy, 26*(3), 51-75.
- Ali, J. (2002). *Mental Health of Canada's Immigrants*. Statistics Canada, Catalogue 82-003.
- Almeida, D., & Kessler, R. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of personality and social psychology, 75*(3), 670-680.
- Altonji, J. G., & Blank, R. M. (1999). Race and gender in the labor market. *Handbook of Labor Economics, 3*(Part C), 3143-3259.
- Alvarado, E. (1993). Les jeunes des communautés culturelles. *Santé mentale au Québec, 18*(1), 211-226. doi:<https://doi.org/10.7202/032256ar>
- Amaryll, C. (1994). L'ouverture à l'Autre. Immigration, interpénétration culturelle et mondialisation des perspectives. In J. Létourneau & R. Bernard (Eds.), *La question identitaire au Canada francophone. Récits, parcours, enjeux, hors-lieux* (pp. 167-188). Laval: Les Presses de l'Université Laval.
- American Psychiatric Association. (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*. Paris: Masson.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology, 18*, 15-38.
- Anisef, P., Sweet, R., & Frempong, G. (2003). Labour Market Outcomes of Immigrant and Racial Minority University Graduates in Canada. *Journal of International Migration and Integration, 4*(Fall), 499-522.

- Antonius, M., & Tadlaoui, J. E. (2003). *Que disent-ils des employés immigrants ? Perceptions des travailleurs immigrants et des services des organismes sans but lucratif par les employeurs de Montréal et des régions*. Retrieved from Montréal:
- Archer, M. S. (1995). *Realist Social Theory. The Morphogenetic Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Archer, M. S. (1996). *Culture and Agency. The Place of Culture in Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Archer, M. S. (2004). Entre la structure, l'action, le temps, défense du dualisme analytique et de la perspective morphogénétique *Revue du MAUSS*, 2(24), 329-350.
- Arcury, T., Grzywacz, J., Chen, H., Mora, D., & Quandt, S. (2014). Work organization and health among immigrant women: Latina manual workers in North Carolina. *American journal of public health*, 104(12), 2445-2452.
- Arrow, K. (1973). The Theory of Discrimination. In O. Ashenfelter & A. Rees (Eds.), *Discrimination in Labor Markets*. Princeton (NY) Princeton University Press.
- Bakker, A., Schaufeli, W., Demerouti, E., Janssen, P., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using Equity Theory to Examine the Difference Between Burnout and Depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 13(3), 247-268.
- Bakker, A., Van der Zeeb, K., Lewig, K., & Dollard, M. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of social psychology*, 146(1), 31-50.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Balibar, E. (1994). Identité culturelle, identité nationale *Quaderni*, 22(22), 53-65.
- Banton, M. (1983). *Racial and ethnic competition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnett, M., Martin, K., & Garza, C. (2019). Satisfaction With Work–Family Balance Mediates the Relationship Between Workplace Social Support and Depression Among Hospice Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), 187-194.
- Bartram, D. J., Yadegarfar, G. Y., & Baldwin, D. S. (2009). Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. *Occupational Medicine*, 59(5), 334-341.
- Bas-Sarmiento, P., Saucedo-Moreno, M. J., Fernandez-Gutierrez, M., & Poza-Mendez, M. (2017). Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*, 31(1), 111-121.
- Baumle, A. K., & Fosset, M. (2005). Statistical Discrimination in Employment: Its Practice, Conceptualization, and Implications for Public Policy. *American Behavioral Scientist*, 49(9), 1250-1274.
- Beaud, J.-P., & Prevost, J.-G. (2008). La mesure de l'ethnicité au Canada. *Tocqueville Review*, 29(1), 73–92.
- Beauregard, N., Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2011). What do we know about the non-work determinants of workers' mental health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 11(1), 439.
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression, Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Becker, G. (1957). *The Economics of Discrimination*. Chicago: University of Chicago press
- Becker, G. (1976). *The economic approach to human behavior*. Chicago: University of Chicago Press.

- Bégin, L., Bleau, M., & Landry, L. (2000). *L'école orientante (la formation de l'identité à l'école)*. Montréal: Les Éditions Logiques.
- Behson, S. (2002). Coping with family-to-work conflict: The role of informal work accommodations to family. *Journal of occupational health psychology*, 7(4), 324-341.
- Beiser, M. (1999). *Strangers at the Gate: The 'Boat People's' First Ten Years in Canada*: University of Toronto Press.
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian journal of public health*, 96 (Suppl 2), S30-44.
- Beiser, M., & Hou, F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social science & medicine*, 63(1), 137-150.
- Beiser, M., & Hyman, I. (1997). Southeast Asian Refugees in Canada In I. Al-Issa & M. Tousignant (Eds.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. New York : Plenum Publishing.
- Beiser, M., Zilber, N., Simich, L., Youngmann, R., Zohar, A., Taa, B., et al. (2011). Regional effects on the mental health of immigrant children: results from the New Canadian Children and Youth Study (NCCYS). *Health & place*, 17(3), 822-829.
- Benoist, J.-M. (1978). Facettes de l'identité. In C. Lévi-Strauss (Ed.), *L'identité - Séminaire interdisciplinaire dirigé par Claude Lévi-Strauss* (Vol. 18). Paris: Presses Universitaires France.
- Bergeron, P., Auger, N., & Hamel, D. (2009). Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 100(3), 215-220.
- Berry, B., & Bonilla-Silva, E. (2008). 'They Should Hire the One with the Best Score': White Sensitivity to Qualifications Differences in Affirmative Action Hiring Decisions. *Ethnic and Racial studies*, 31(2), 215-242.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34.
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303-332.
- Beyer, R. C. M. (2019). Job autonomy and education-skill matches of immigrant workers in Germany. *Applied economics letters*, 26(16), 1328-1332.
- Blackmore, E., Stansfeld, S., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B., & Stewart, D. (2007). Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2088-2093.
- Blanchet, P., & Francard, M. (2003). Identité culturelle. In G. Ferréol & G. Jucquoi (Eds.), *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles*. (pp. 151-161). Paris: Armand Colin.
- Blum Le Coat, J.-Y., & Pascual, M. (2017). La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 19(1).
- Bolk, L. (1961). « Le problème de la genèse humaine » (Das Problem der Menschwerdung, 1926), trad. F. Gantheret et G. Lapassade. *Revue française de Psychanalyse*, 25, 243-279.
- Bonferroni-Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6(2), 65-70.
- Bonikowska, A., Green, D. A., & Riddell, C. W. (2009). *Cognitive Skills and Immigrant Earnings*. Ottawa: Statistics Canada Catalogue. Cat.no. 89-552-M. no. 020.

- Borrell, C., Muntaner, C., Sola, J., Artazcoz, L., Puigpinos, R., Benach, J., et al. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal of epidemiology and community health*, 62(5), e7.
- Bouche-Florin, L., kandrani, S. M., & Moro, M. R. (2007). La construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. » *Santé mentale au Québec*, 32(1), 213–227.
- Boucher, N. (1993). La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien, par G. Bibeau, A.M. Chan-Yip, M. Lock, C. Rousseau et C. Sterlin, avec le concours de H. Fleury, Montréal, Gaëtan Morin éd. et Comité de la santé mentale du Québec, 1992, 289 pages. *Service social*, 42(1), 160-162. doi:<https://doi.org/10.7202/706608ar>
- Boudarbat, B. (2011). *Les défis de l'intégration des immigrants dans le marché du travail au Québec : enseignements tirés d'une comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique*. Retrieved from Montréal
- Boudarbat, B., & Grenier, G. (2014). *L'impact de l'immigration sur la dynamique économique du Québec*. Retrieved from <http://ideas.repec.org/p/cir/cirpro/2015rp-06.html>
- Boudarbat, B., & Montmarquette, C. (2013). *Origine et sources de la surqualification dans la région métropolitaine de Montréal* Montréal CIRANO, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
- Boulet, M., & Boudarbat, B. (2010) Un diplôme postsecondaire canadien: un tremplin vers des emplois de qualité pour les immigrants? *Étude IRPP, no 8* (pp. 34). Montréal: Institut de recherche en politiques publiques.
- Boulet, M., & Boudarbat, B. (2015). Qualité de l'emploi et santé mentale des travailleurs au Québec : une comparaison entre les immigrants et les natifs. *Canadian public policy*, 41(Supplement 2), S53-S60.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses *American Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 54-64.
- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., & Vezina, M. (2007). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 355-368.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, 2-3.
- Boyd, M., & Pikkov, D. (2005). *Gendering Migration, Livelihood and Entitlements: Migrant Women in Canada and the United States*. Retrieved from Genève:
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K., & Roed, K. (2018). Job Loss and Immigrant Labour Market Performance. *Economica*, 85(337), 124-151.
- Bratter, J. L., & Eschbach, K. (2005). Race/Ethnic Differences in Nonspecific Psychological Distress: Evidence from the National Health Interview Survey. *Social Science Quarterly*, 86(3), 620-644.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Brohan, E., Henderson, C., Little, K., & Thornicroft, G. (2010). Employees with mental health problems: Survey of U.K. employers' knowledge, attitudes and workplace practices. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 19(4), 326-332.

- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes. *Health care management review, 40*(3), 254-271.
- Brun, J.-P., & Lamarche, C. (2006). *Évaluation des coûts du stress au travail*. Retrieved from Université Laval - Québec, Canada:
- Bruns, A., & Pilkauskas, N. (2019). Multiple Job Holding and Mental Health among Low-Income Mothers. *Women's health issues, 29*(3), 205-212.
- Brustein, J. (2017, June 6). The Secret Way Silicon Valley Uses the H-1B Program. *Bloomberg*. Retrieved from <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-06-06/silicon-valley-s-h-1b-secret>
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In D. Gallie, C. Marsh, & C. Vogler (Eds.), *Social change and the experience of unemployment* (pp. 188-212). Oxford: Oxford University Press.
- Butterworth, P., Leach, L., McManus, S., & Stansfeld, S. A. (2013). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: is a poor job better than no job at all? *Psychological medicine, 43*(8), 1763-1772.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S., Rodgers, B., & Broom, D. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine, 68*(11), 806-812.
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior, 67*(2), 169-198.
- Cairnes, J. E. (1875). Mr.Spencer on Social Evolution. *Fortnightly Review, 17*, 63-82.
- Calhoun, C. (1994). Introduction. In C. Calhoun (Ed.), *Social theory and the politics of identity*. (pp. 14-17). Oxford: Blackwell.
- Camilleri, C., Karstersztein, J., Lipiansky, E.-M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Leonetti, I., & Vasquez, A. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris: Presses Universitaires France.
- Carcillo, S., & Valfort, M.-A. (2018). *Les discriminations au travail. Femmes, ethnicité, religion, âge, apparence, LGBT*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Carlsson, M., Eriksson, S., & Rooth, D.-O. (2018). Job Search Methods and Wages: Are Natives and Immigrants Different? *The Manchester School, 86*(2), 219-247.
- Casey, T., Riseborough, K., & Krauss, A. (2015). Do you see what I see? Effects of national culture on employees' safety-related perceptions and behavior. *Accident analysis and prevention, 78*, 173-184.
- Challenor, J., & Wright, D. (2000). Aggression in boat builders: a search for altered mood states in boat builders exposed to styrene. *Occup Med (Lond), 50*(3), 185-192.
- Chandola, T., Heraclides, A., & Kumari, M. (2010). Psychophysiological biomarkers of workplace stressors. *Neurosci Biobehav Rev, 35*(1), 51-57.
- Chang, S., Koh, S. B., Kang, M., Cha, B., Park, J., Hyun, S., et al. (2005). [Epidemiology of psychosocial distress in Korean employees]. *J Prev Med Public Health, 38*(1), 25-37.
- Chaudat, P., & Muller, R. (2011). *Les nouvelles organisations du travail : entre souffrance et performance* (L'Harmattan Ed.). Paris.
- Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health, 15*(6), 601-619.

- Chen, P., Hussey, J., & Monbureau, T. (2018). Depression and Antidepressant Use Among Asian and Hispanic Adults: Association with Immigrant Generation and Language Use. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(3), 619-631.
- Cheung, W.-Y., Maio, G., Rees, K., Kamble, S., & Mane, S. (2016). Cultural Differences in Values as Self-Guides. *Personality & social psychology bulletin, 42*(6), 769-781.
- Chicha, M.-T. (1998). *Portrait et analyse des programmes d'accès à l'égalité soumis à l'obligation contractuelle du Québec*. Montréal: Rapport remis au Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI).
- Chicha, M.-T. (2009). *Le mirage de l'égalité : Les immigrées hautement qualifiées à Montréal.* «Rapport de recherche présenté à la Fondation canadienne des relations raciales». Montréal: Centre Métropolis du Québec-Immigration et métropoles, .
- Chicha, M.-T., & Charest, É. (2008). L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal: Politiques et enjeux. *Institut de Recherche en Politiques Publiques(IRPP), 14*(2).
- Chicha-Pontbriand, M.-T. (1989). *Discrimination systémique – Fondement et méthodologie des programmes d'accès à l'égalité en emploi*. Cowansville (Québec) Éditions Yvon Blais.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychol, 80*(3), 265-278.
- Chiswick, B. R., & Miller, P. W. (2009). The International Transferability of Immigrants' Human Capital Skills. *Economics of Education Review, 28*(2), 162-169.
- Clanet, C. (1990). *L'Interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines* . Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Clays, E., De Bacquer, D., Leynen, F., Kornitzer, M., Kittel, F., & De Backer, G. (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers--prospective results from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 33*(4), 252-259.
- Cobb, C., Meca, A., Branscombe, N., Schwartz, S., Xie, D., Zea, M., et al. (2019). Perceived discrimination and well-being among unauthorized Hispanic immigrants: The moderating role of ethnic/racial group identity centrality. *Cultural diversity & ethnic minority psychology, 25*(2), 280-287.
- Cohen, S., & Edwards, J. (1989). Personality Characteristics as Moderators of the Relationship between Stress and Disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). Oxford, England: ohn Wiley & Sons.
- Cohn, E., & Khan, S. P. (1995). The wage effects of overschooling revisited. *Labour Economics, 2*(1), 67-76.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Conard, M., & Matthews, R. (2008). Modeling the stress process: Personality eclipses dysfunctional cognitions and workload in predicting stress. *Personality and Individual Differences, 44*(1), 171-181.
- Conference Board of Canada, & Conference Board, I. (2012). *Mental Health Issues in the Labour Force: Reducing the Economic Impact on Canada*: Conference Board of Canada.
- Copelj, A., & Kiropoulos, L. (2011). Knowledge of Depression and Depression Related Stigma in Immigrants from Former Yugoslavia. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13*(6), 1013-1018.
- D'Arcy, C., & Xiangfei, M. (2012). Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry., 57*(8), 479-487.

- Daly, A., Carey, R., Darcey, E., Chih, H., LaMontagne, A., Milner, A., et al. (2019). Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 735.
- Daunfeldt, S.-O., Johansson, D., Seerar Westerberg, H., & Westerberg, H. (2019). Which firms provide jobs for unemployed non-Western immigrants? *The Service Industries Journal*, 39(9-10), 762-778.
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social science & medicine*, 50(9), 1317-1327.
- De Smet, P., Sans, S., Dramaix, M., Boulenguez, C., De Backer, G., Ferrario, M., et al. (2005). Gender and regional differences in perceived job stress across Europe. *European Journal of Public Health*, 15, 536-545.
- De Wit, M., Tuinebreijer, W., Dekker, J., Beekman, A.-J., Gorissen, W., Schrier, A., et al. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 905-912.
- Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed ...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity & health*, 14(2), 185-204.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard éditions.
- Demailly, L. (2014). Santé mentale et politiques du relationnel. Vers de nouvelles configurations. *Alterstice – Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 4(2), 49-62.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Deschamps, J.-C., & Devos, T. (1999). Les relations entre identité individuelle et collective ou comment la similitude et la différence peuvent co-varier. In J.-C. Deschamps, S. Worchel, D. Paez, & J. F. Morales (Eds.), *L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations entre groupes*. (pp. 149-167). Grenoble: Press universitaire de grenoble.
- Devereux, G. (1967). *La renonciation à l'identité : défense contre l'anéantissement*. (Vol. XXI). Paris: Presses Universitaires de France.
- Diemer, A. (2001). [Mondialisation et spécificités socio-culturelles].
- Doeringer, P. B. (1986). Internal Labor Markets and Noncompeting Groups. *The American Economic Review*, 76(2), 48-52.
- Doise, W. (1999). L'individualisme comme représentation collective. In J.-C. Deschamps, S. Worchel, D. Paez, & J. F. Morales (Eds.), *L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations entre groupes*. (pp. 195-212). Grenoble: Press universitaire de grenoble.
- Dorais, L.-J. (2005). Mémoires migrantes, mémoires vivantes: Identité culturelle et récits de vie d'âînés vietnamiens au Québec. *Ethnologies*, 27(1), 165-193.
- Dragano, N., He, Y., Moebus, S., Jöckel, K.-H., Erbel, R., & Siegrist, J. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms-Results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 72-78.

- Drapeau, A., Beaulieu-Prevost, D., Marchand, A., Boyer, R., Preville, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC medical research methodology*, 10, 68.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress, Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control* (Prof. Luciano LAbate ed.). InTech.
- Dumont, J.-C., & Liebig, T. (2005). *Labour market integration of immigrant women: overview and recent trends* Paper presented at the Migrant women and the labour market: diversity and challenges Bruxelles.
- Dunlavy, A. C., & Rostila, M. (2013). Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 2871-2887.
- Dunn, J., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social science & medicine*, 51(11), 1573-1593.
- Edmond, M. (2009). La construction identitaire de l'individu. In C. Halpern (Ed.), *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences humaines.
- Eid, P. (2012). *Mesurer la discrimination à l'embauche subie par les minorités racisées : résultats d'un « testing » mené dans le grand Montréal*. Retrieved from Montréal:
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Jokela, M., Aalto, A. M., Pekkarinen, L., et al. (2015). Job demands and job strain as risk factors for employee wellbeing in elderly care: an instrumental-variables analysis. *European Journal of Public Health*, 25(1), 103-108. doi:10.1093/eurpub/cku115
- Emploi-Québec, CAMO personnes immigrantes, & Éduconseil. (2007). *Portrait de la situation des personnes immigrantes actives salariées dans l'ensemble des secteurs d'activité économique pour la région métropolitaine de recensement de Montréal et l'île de Montréal : résultat d'une analyse statistique*. Montréal.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M., & Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Social science & medicine*, 54(4), 621-624.
- Erdem, O., Burdorf, A., & Van Lenthe, F. J. (2017). Ethnic inequalities in psychological distress among urban residents in the Netherlands: A moderating role of neighborhood ethnic diversity? *healthplace*, 46(175-182).
- Ervasti, J., Vahtera, J., Virtanen, P., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., et al. (2014). Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish Public Sector Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(4), 343-352.
- Escribà-Agüir, V., & Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health*, 23(3), 153-160.
- Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., et al. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British journal of psychiatry*, 188, 75-80.
- Ezeobebe, I., Ekwemalor, C., & Ogunbor, A. (2019). Depression and Perspectives of Nigerian Immigrant Men in the United States: An Applied Ethnographic Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(1), 39-46.

- Fandino Losada, A., Forsell, Y., Lundberg, I., & Fandiño Losada, A. (2013). Demands, skill discretion, decision authority and social climate at work as determinants of major depression in a 3-year follow-up study. *International archives of occupational and environmental health*, 86(5), 591-605.
- Feagin, J. R. (2006). *Systemic Racism: A Theory of Oppression*. New York: Routledge.
- Ferrer, A., & Riddell, C. (2006). The Effect of Literacy on Immigrant Earnings. *Journal of Human Resources*, 41(2), 380-410.
- Ferrer, A., & Riddell, C. (2008). Education, Credentials and Immigrant Earnings. *Canadian Journal of Economics*, 41(1), 186-216.
- Finne, L. B., Knardahl, S., & Lau, B. (2011). Workplace bullying and mental distress - a prospective study of Norwegian employees. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 37(4), 276-287.
- Fleury, C., Bélanger, D., & Haemmerli, G. (2018). Les travailleurs étrangers temporaires au Canada : une sous-classe d'employés ? *Cahiers québécois de démographie*, 47(1), 81-108.
- Font, A., Moncada, S., & Benavides, F. G. (2012). The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International archives of occupational and environmental health*, 85(7), 801-806.
- Ford, E., Clark, C., McManus, S., Harris, J., Jenkins, R., Bebbington, P., et al. (2010). Common mental disorders, unemployment and welfare benefits in England. *Public Health*, 124(12), 675-681.
- Foucault, M. (2004a). [Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979].
- Foucault, M. (2004b). [Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977--1978].
- Fougeyrollas, P. (1998). *Classification québécoise: Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Frank, K., & Hou, F. (2019). Source-country individualism, cultural shock, and depression among immigrants. *International Journal of Public Health*, 64(4), 479-486.
- Frank, K., Hou, F., & Schellenberg, G. (2014). *Life Satisfaction among Recent Immigrants in Canada: Comparisons with Source-country Populations and the Canadian-born*. Canada: Statistique Canada. Retrieved from 11f0019m2014363-eng.pdf (PDF, 657 KB).
- Freund, J. (1979). Petit essai de phénoménologie sociologique sur l'identité collective. In J. Beauchard (Ed.), *Identités collectives et travail social*. (pp. 65-91). Paris: Privat.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., & Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social science & medicine*, 48(1), 77-87.
- Gallant, N. (2008). Choix identitaires et représentations de l'identité issue de l'immigration chez la deuxième génération. *Canadian Ethnic Studies*, 40(2), 35-60.
- Ganster, D. C. (2008). Measurement challenges for studying work-related stressors and strains. *Human Resource Management Review*, 18(4), 259-270.
- Gardner, A., & Webb, H. (2019). A Contextual Examination of the Associations Between Social Support, Self-Esteem, and Psychological Well-Being among Jamaican Adolescents. *Youth & Society*, 51(5), 707-730.

- Garnett, I., & Fenf, H. (2010). Seeking success in Canada and the United States: Labour market outcomes among the children of immigrants in Canada. *Equal Opportunities? The labour market integration of the children of Immigrants* (pp. 79- 113): OCDE.
- Garon, M., & Bosset, P. (2003). Le droit à l'égalité : des progrès remarquables, des inégalités persistantes *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Après 25 ans, la Charte québécoise des droits et libertés* (Vol. 2 (Études), pp. 57-160). Montréal: La Commission.
- Gaulejac, V. (2002). Identité. In J. Barus-Michel , E. Enriquez, & A. Levi (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. Paris: Érés.
- Gazier, B. (2010). La discrimination économique est-elle soluble dans la complexité ? *Révue de l'OFCE*, 3(114), 1-20.
- Geertz, C. (1963). The integrative revolution. Primordial sentiments and civil politics in the new States. In C. Geertz (Ed.), *Old societies and new states: the quest for modernity in Asia and Africa*. (pp. 105-157). New-York: The Free Press of Glencoe.
- George, U., Thomson, M. S., Chaze, F., & Guruge, S. (2015). Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *Int J Environ Res Public Health*, 12(10), 13624-13648. doi:10.3390/ijerph121013624
- Ghrouz, A., Noohu, M., Dilshad Manzar, M., Warren Spence, D., BaHammam, A., Pandi Perumal, S., et al. (2019). Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students. *Sleep and Breathing*, 23(2), 627-634.
- Gibbons, B., & Salkever, D. (2019). Working with a Severe Mental Illness: Estimating the Causal Effects of Employment on Mental Health Status and Total Mental Health Costs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(4), 474-487.
- Giddens, A. (1987). *La Constitution de la société*. Paris: PUF.
- Gilliver, S. C., Sundquist, J., Li, X., & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur, J. Public Health*, 1(1464-360X (Electronic)), 72-79.
- Glazer, S., & Beehr, T. A. (2005). Consistency of implications of three role stressors across four countries. *Journal of Organizational Behavior*, 26(5), 467-487. doi:10.1002/job.326
- Goguikian Ratcliff, B., & Rossi, I. (2014). Santé mentale et sociétés plurielles. *Alterstice – Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 4(2), 3-12.
- Golan, L., & Sanders, C. (2019). Racial Gaps, Occupational Matching, and Skill Uncertainty. *Review (Federal Reserve Bank of St. Louis) (MO)*, 101(2), 135-153.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold; New York: Halstead Press.
- González, G., & Vives, A. (2019). Work Status, Financial Stress, Family Problems, and Gender Differences in the Prevalence of Depression in Chile. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(3), 359-370.
- González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1043-1051.
- Gramstad, T., Gjestad, R., & Haver, B. (2013). Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Medical Education*, 13(1), 150-150.

- Gravel, S., & Dubé, J. (2006). Occupational Health and Safety for Workers in Precarious Job Situations: Combating Inequalities in the Workplace. . *E-Journal of international and comparative labour studies*, 5.
- Greenberg, J. (2001). Studying organizational justice cross-culturally: Fundamental challenges *International Journal of Conflict Management*, 12(4), 365 - 375. doi:10.1108/eb022864
- Gresle, F., Panoff, M., Perrin, M., & Tripier, P. (1994). *Dictionnaire des sciences humaines: sociologie, anthropologie*. Paris: Nathan.
- Griffin, J., Fuhrer, R., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social science & medicine*, 54(5), 783-798.
- Grzywacz, J. (2000). Work-family spillover and health during midlife: is managing conflict everything? *American journal of health promotion*, 14(4), 236-243.
- Grzywacz, J., Alterman, T., Gabbard, S., Shen, R., Nakamoto, J., Carroll, D., et al. (2014). Job Control, Psychological Demand, and Farmworker Health. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(1), 66-71.
- Guo, S. (2015). The colour of skill: contesting a racialised regime of skill from the experience of recent immigrants in Canada. *Studies in Continuing Education*, 37(3), 236-250.
- Györkös, C., Becker, J., Massoudi, K., de Bruin, G. P., & Rossier, J. (2012). The Impact of Personality and Culture on the Job Demands-Control Model of Job Stress. *Swiss Journal of Psychology*, 71(1), 21-28.
- Habermas, J. (1987). *Theorie de Tagir communicationnel. Tome II. Pour une critique de la raison fonctionnaliste*. Paris: Fayard.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. MA: Addison-Wesley.
- Hall, A., Franche, R.-L., & Koehoorn, M. (2018). Examining Exposure Assessment in Shift Work Research: A Study on Depression Among Nurses. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(2), 182-194.
- Hall, E. T. (1984). *La danse de la vie - Temps culturel, temps vécu*. paris: Seuil.
- Hall, E. T. (1984). *Le langage silencieux*. Paris: Seuil.
- Hamilton, T. G., & Hummer, R. A. (2011). Immigration and the health of U.S. black adults: does country of origin matter? *Social science & medicine*, 73(10), 1551-1560.
- Hamilton, T. G., & Kawachi, I. (2013). Changes in income inequality and the health of immigrants. *Social science & medicine*, 80, 57-66.
- Hammarstrom, A., Gustafsson, P., Hanson, L., Janlert, U., Theorell, T., Hammarström, A., et al. (2014). Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. *Journal of epidemiology and community health*, 68(1), 78-82.
- Haralambous, B., Dow, B., Goh, A., Pachana, N., Bryant, C., LoGiudice, D., et al. (2016). 'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrants' experiences of depression and anxiety. *Australasian journal on ageing*, 35(4), 249-254.
- Hardin, R. (1991). *One for All: The Logic of Group Conflict*. Princeton new jersey: Princeton university press.
- Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., & Nazroo, J. (2006). Racism and health: the relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Social science & medicine*, 63(6), 1428-1441.

- Hartog, J. (2000). Over-education and Earnings: Where Are We, Where Should We Go? *Economics of Education Review*, 9(2), 131-147.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1-35.
- Haverfield, M., Ilgen, M., Schmidt, E., Shelley, A., & Timko, C. (2019). Social Support Networks and Symptom Severity Among Patients with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 768-776.
- Haverkamp, G. L., Torensma, B., Vergouwen, A. C., & Honig, A. (2015). Psychological Distress in the Hospital Setting: A Comparison between Native Dutch and Immigrant Patients. *P. LoS One*, 10(6).
- Havermans, B. M., Boot, C. R., Hoekstra, T., Houtman, I. L. D., Brouwers, E. P. M., Anema, J. R., et al. (2018). The association between exposure to psychosocial work factors and mental health in older employees, a 3-year follow-up study. *International archives of occupational and environmental health*, 91(1), 57-66.
- Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M., & Sasaki, S. (2007). Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Industrial Health*, 45(6), 781-786.
- Hays, R., Sherbourne, C., & Mazel, R. (1995). *User's Manual for Medical Outcomes Study (MOS): Core Measures of health-related quality of life*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Hechter, M. (1988). *Principles of group solidarity*. California: University of California Press.
- Heinz, A., Meffert, B., Halvorson, M., Blonigen, D., Timko, C., & Cronkite, R. (2018). Employment characteristics, work environment, and the course of depression over 23 years: Does employment help foster resilience? *Depression and anxiety*, 35(9), 861-867.
- Hilton, M. F., Whiteford, H. A., Sheridan, J. S., Cleary, C. M., Chant, D. C., Wang, P. S., et al. (2008). The prevalence of psychological distress in employees and associated occupational risk factors. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(7), 746-757.
- Hindsa, P. J., Carley, K., Krackhardt, D., & Wholey, D. (2000). Choosing Work Group Members: Balancing Similarity, Competence, and Familiarity. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 226-251.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence stress-free working environment*. Retrieved from Geneva:
- Hofstede, G. (1983). National Cultures in Four Dimensions: A Research-Based Theory of Cultural Differences among Nations. *International Studies of Management & Organization*, 13(1-2), 46-74.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Homans, G. C. (1958). Social Behavior as Exchange. *American Journal of Sociology*, 63(6), 597-606.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt Brace.
- Hoppe, A. (2011). Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 187-201.

- Hou, F., & Picot, G. (2003). *Enclaves de minorités visibles dans les quartiers et résultats sur le marché du travail des immigrants*. Ottawa: Direction des études analytiques,.
- Howatt, W. (2017). The mental health experience in Canada's workplaces: What is your experience? Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/report-on-business/careers/workplace-award/exploring-employees-experience-with-mental-health-issues/article34237902/>
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hurtado, D. A., Sabbath, E. L., Ertel, K. A., Buxton, O. M., & Berkman, L. F. (2012). Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International nursing review*, 59(2), 237-244.
- Hyman, I. (2009). *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*. Retrieved from
- Ichou, M., & Wallace, M. (2019). The Healthy Immigrant Effect: The role of educational selectivity in the good health of migrants. *Demographic Research*, 40(4), 61-94.
- Ikram, U. Z., Snijder, M. B., Fassaert, T. J., Schene, A. H., Kunst, A. E., & Stronks, K. (2015). The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur, J. Public Health*, 25(2).
- Immigration Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2018). *Rapport annuel au Parlement 2018*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2018/rapport.html>
- Isajiw, W. W., & Barrett, S. R. (2000). Understanding diversity: Ethnicity & race in the canadian context. *Canadian Journal of Sociology*, 25(3), . Retrieved from, 25(3), 405.
- James, C. (2006). Race, ethnicity and cultural identity. In S. Hier & B. Bolaria (Eds.), *Identity and Belonging: Rethinking race and ethnicity in Canadian society* (pp. 43-55). Toronto (Canada): Canadian Scholars' Press Inc.
- Jewsiewicki, B., & Létourneau, J. (1998). *Identités en mutation, socialités en germination*. Sillery. Quebec: Septentrion.
- Joensuu, M., Vaananen, A., Koskinen, A., Kivimaki, M., Virtanen, M., & Vahtera, J. (2010). Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: a 15-year prospective study of industrial employees. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 118-125.
- Johannessen, H. A. J., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of Occupational Role Conflict and Emotional Demands on Subsequent Psychological Distress: A 3-Year Follow-Up Study of the General Working Population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(6), 605–613.
- Johnson, C. M., Rostila, M., Svensson, A. C., & Engstrom, K. (2017). The role of social capital in explaining mental health inequalities between immigrants and Swedish-born: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1).
- Johnson, G. J., & Johnson, W. R. (1996). Perceived overqualification and psychological well-being. *The Journal of social psychology*, 136(4), 435–445.
- Johnson, G. J., & Johnson, W. R. (1999). Perceived Overqualification and Health: A Longitudinal Analysis. *The Journal of social psychology*, 139(1), 14-28.

- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress among occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178-187.
- Jones, F., Bright, J. E., Searle, B., & Cooper, L. (1998). Modelling occupational stress and health: the impact of the demand-control model on academic research and on workplace practice. *Stress Medicine*, 14(4), 231-236.
- Jonsdottir, I. H., Rodjer, L., Hadzibajramovic, E., Borjesson, M., & Ahlborg, G. (2010). A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Preventive Medicine*, 51(5), 373-377.
- Jourdain, G. (2010). *Le processus d'épuisement professionnel chez les travailleurs du secteur de la santé et ses conséquences sur la décision de se présenter au travail, sur la performance et sur l'intention de quitter une profession*. (thèse de doctorat), HEC Montréal, Montréal.
- Jung, Y., & Takeuchi, N. (2014). Relationships among leader-member exchange, person-organization fit and work attitudes in Japanese and Korean organizations: testing a cross-cultural moderating effect. *International journal of human resource management*, 25(1), 23-46.
- Kachi, Y., Hashimoto, H., & Eguchi, H. (2018). Gender differences in the effects of job insecurity on psychological distress in Japanese workers: a population-based panel study. *International archives of occupational and environmental health*, 91(8), 991-999.
- Kaida, L. (2013). Do host country education and language training help recent immigrants exit poverty? *Social science research*, 42(3), 726-741.
- Kalia, M. (2002). Assessing the economic impact of stress - the modern day hidden epidemic. . *Metabolism*, 51(6), 49-53.
- Kammogne, C. L., & Marchand, A. (2019). Les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité : quel lien avec les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne? Résultats des neuf cycles de l'ENSP. *Canadian journal of public health*, 1-10.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implication for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.
- Karasek, R., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J., et al. (1985). *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). The Psychosocial Work Environment *stress, productivity, and the reconstruction of working life* (pp. 31-82.). New York
- Kash, K., Holland, J., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., et al. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, 14(11), 1621-1633.
- Kastersztein, J. (1990). Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités. In C. Camilleri (Ed.), *Stratégies identitaires*. Paris: Press universitaire de France.
- Kastoryano, R. (2000). Immigration, communautés transnationales et citoyenneté. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 165, 353-359.
- Kaushal, N., Lu, Y., Denier, N., Wang, J. S., & Trejo, S. J. (2016). Immigrant employment and earnings growth in Canada and the USA: evidence from longitudinal data. *J. Popul Econ*, 29(4).
- Kawano, Y. (2008). Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of Departmental Environment in Acute Care Hospitals. *Journal of Occupational Health Psychology*, 50(1), 79-85.

- Kelloway, K., Gottlieb, B., & Barham, L. (1999). The source, nature, and direction of work and family conflict: a longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology, 4*(4), 337-346.
- Kendall, E., & Muenchberger, H. (2009). Stressors and supports across work and non-work domains: the impact on mental health and the workplace. *Work, 32*(1), 27-37.
- Kennedy, A. (2019). The Politics of Skilled Immigration: Explaining the Ups and Downs of the US H-1B Visa Program. *International Migration Review, 53*(2), 346-370. doi:10.1177/0197918318769312
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med, 32*(6), 959-976.
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. K. (1994). *Final versions of our Non-specific psychological distress scale* Communication écrite datée du 10/3/1994. Survey Research Center of the Institute for Social Research. Ann Arbor: MI. University of Michigan.
- Khanlou, N. (2008). Young and new to Canada: Promoting the mental wellbeing of immigrant and refugee female youth. *International Journal of Mental Health & Addiction, 6*(3), 514-516.
- Khoudja, Y. (2018). Employment and Education–Occupation Mismatches of Immigrants and their Children in the Netherlands: Comparisons with the Native Majority Group. *Social Inclusion, 6*(3), 119-141.
- Kiker, B. F., Santos, M. C., & de Oliveira, M. (1997). Overeducation and undereducation: Evidence for Portugal. *Economics of Education Review, 16*(2), 111-125.
- Kim, H. (2018). A liability of embeddedness? Ethnic social capital, job search, and earnings penalty among female immigrants. *Ethnicities (London), 18*(3), 385-411.
- Kim, I., Keovisai, M., Kim, W., Richards Desai, S., & Yalim, A. (2019). Trauma, Discrimination, and Psychological Distress Across Vietnamese Refugees and Immigrants: A Life Course Perspective. *Community Mental Health Journal, 55*(3), 385-393.
- Kim, I., Kim, H., Lim, S., Lee, M., Bahk, J., June, K., et al. (2013). Working hours and depressive symptomatology among full-time employees: Results from the fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (2007–2009). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 39*(5), 515-520.
- Kim, Y., & Kim, S.-S. (2018). Job insecurity and depression among automobile sales workers: A longitudinal study in South Korea. *American Journal of Industrial Medicine, 61*(2), 140-147.
- Kinman, G., & Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance, over-commitment and work-life conflict: testing an expanded model. *Journal of Managerial Psychology, 23*(3), 236-251.
- Kirkcaldy, B. D., & Cooper, C. L. (1992). Cross-cultural differences in occupational stress among British and German managers. *Work & Stress, 6*(2), 177-190.
- Kiropoulos, L., Griffiths, K., & Blashki, G. (2011). Effects of a Multilingual Information Website Intervention on the Levels of Depression Literacy and Depression-Related Stigma in Greek-Born and Italian-Born Immigrants Living in Australia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research, 13*(2), e34-e34.
- Kluckhohn, F., & Strodtbeck, F. (1961). *Variation in Value Orientations*. Evanston, Illinois: Row, Peterson.
- Kouvonen, A., Vaananen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox, S., et al. (2010). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*(3), 255-261.

- Krieger, N., Kosheleva, A., Waterman, P., Chen, J., & Koenen, K. (2011). Racial discrimination, psychological distress, and self-rated health among US-born and foreign-born Black Americans. *American journal of public health, 101*(9), 1704-1713.
- Kristensen, T. S. (1995). The Demand-control-support Model: methodological challenges for future research. *Stress and Medicine, 11*(1), 17–26.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1953). Culture: a critical review of concepts and definitions. *Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University, 47*(1), viii, 223.
- Kukutai, T., & Thompson, V. (2015). ‘Inside Out’: The Politics of Enumerating the Nation by Ethnicity. In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 39-61): Springer.
- Kuo, B. C. H. (2001). Culture’s Consequences on Coping Theories, Evidences, and Dimensionalities *ournal of Cross-Cultural Psychology, 42*(6), 1084-1100.
- Kurtović, A., Vuković, I., Gajić, M., Vukovic, I., & Gajic, M. (2018). The Effect of Locus of Control on University Students' Mental Health: Possible Mediation through Self-Esteem and Coping. *The Journal of Psychology, 152*(6), 341-357.
- La Parra-Casado, D., Stornes, P., & Solheim, E. F. (2017). Self-rated health and wellbeing among the working-age immigrant population in Western Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health, 27*(suppl_1), 40-46.
- Larsen, E., Rogne, A., & Birkelund, G. (2018). Perfect for the Job? Overqualification of Immigrants and their Descendants in the Norwegian Labor Market. *Social Inclusion, 6*(3), 78-103.
- Laszlo, K., Pikhart, H., Kopp, M. S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., et al. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Social science & medicine, 70*(6), 867-874.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 290-297.
- Lawson, K. J., Noblet, A. J., & Rodwell, J. J. (2009). Promoting employee wellbeing: the relevance of work characteristics and organizational justice. *Health promotion international, 24*(3), 223-233.
- Lay, A. M., Kosny, A., Aery, A., Flecker, K., & Smith, P. (2018). The occupational health and safety vulnerability of recent immigrants accessing settlement services. *Canadian journal of public health, 109*(3), 303-311.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. . New York: Springer.
- Lazzeri, C. (2013). Identité et appartenance sociale *Tracés. Revue de Sciences humaines, 13*, 73-102.
- Lee, J.-S., Joo, E.-J., & Choi, K.-S. (2013). Perceived Stress and Self-esteem Mediate the Effects of Work-related Stress on Depression. *Stress and Health, 29*(1), 75-81.
- Lepage, B., Sobaszek, A., Caroly, S., Lamy, S., De Gaudemaris, R., Kelly Irving, M., et al. (2013). The Organizational Work Factors’ Effect on Mental Health Among Hospital Workers Is Mediated by Perceived Effort–Reward Imbalance. *Journal of occupational and environmental medicine, 55*(7), 809-816.

- Leung, T.-w., Siu, O.-l., & Spector, P. (2000). Faculty Stressors, Job Satisfaction, and Psychological Distress Among University Teachers in Hong Kong: The Role of Locus of Control. *International Journal of Stress Management*, 7(2), 121-138.
- Li, J., Yang, W., & Cho, S.-i. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social science & medicine*, 62(5), 1066-1077.
- Li, L. M. W. (2019). Can job autonomy attenuate the effect of depression on employees' well-being? It may depend on culture. *Journal of Mental Health*, 28(2), 181-188.
- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Lindert, J., Ehrenstein, O., Priebe, S., Mielck, A., & Brahler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 69(2), 246-257.
- Lindwall, M., Gerber, M., Borjesson, M., Ahlborg, G., Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health psychology*, 33(11), 1309-1318.
- Liukkonen, V., Virtanen, P., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2004). Social capital in working life and the health of employees. *Social science & medicine*, 59(12), 2447-2458.
- Lou, Y., & Beaujot, R. (2005). What Happens to the 'Healthy Immigrant Effect': The Mental Health of Immigrants to Canada. *PSC Discussion Papers Series*, 19(15).
- Lu, C., & Ng, E. (2019). Healthy immigrant effect by immigrant category in Canada. *Health Reports*, 30(4), 3-11.
- Lu, L., Kao, S.-F., Cooper, C., & Spector, P. (2000). Managerial Stress, Locus of Control, and Job Strain in Taiwan and UK: A Comparative Study. *International Journal of Stress Management*, 7(3), 209-226.
- Lu, Q., Huang, X., & Bond, M. (2016). Culture and the Working Life: Predicting the Relative Centrality of Work Across Life Domains for Employed Persons. *Journal of cross-cultural psychology*, 47(2), 277-293.
- Lunau, T., Wahrendorf, M., Dragano, N., & Siegrist, J. (2013). Work stress and depressive symptoms in older employees: impact of national labour and social policies. *BMC Public Health*, 13(1), 1086-1086.
- Macy, M. (1997). Identity, interest and emergent rationality: an evolutionary synthesis. *Rationality and society*, 9(4), 427-448.
- Magnavita, N., Fileni, A., Magnavita, G., Mammi, F., Mirk, P., Roccia, K., et al. (2008). Work stress in radiologists. A pilot study. *La Radiologia medica*, 113(3), 329-346.
- Mak, A. S., & Mueller, J. (2001). Negative affectivity, perceived occupational stress, and health during organisational restructuring: A follow-up study. *Psychology & Health*, 16(1), 125-137.
- Maleki, A., & de Jong, M. (2014). A Proposal for Clustering the Dimensions of National Culture. *Cross-cultural research*, 48(2), 107-143.
- Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social science & medicine*, 71(9), 1610-1619.
- Malmusi, D., Villarroel, N., Vives Cases, C., Garcia Subirats, I., Gotsens, M., Hernando, C., et al. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy

- immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114.
- Mangalore, R., & Knapp, M. (2012). Income-related inequalities in common mental disorders among ethnic minorities in England. *Soc Psychiatry Psychiatr, Epidemiol*, 47(3), 351-359.
- Marchand, A. (2004). *Travail et Santé mentale: Une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*. (Thèse de doctorat en sociologie), Université de Montréal, Montréal
- Marchand, A. (2007). Mental Health in Canada : Are there any risky occupations and industries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 272-283.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2010). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health Psychology*, 52(3), 176-185.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social science & medicine*, 61(1), 1-14.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 25(2), 11-30.
- Marchand, A., Drapeau, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *The International journal of social psychiatry*, 58(6), 596-604.
- Marchand, A., & Durand, P. (2011). Psychological distress, depression, and burnout: similar contribution of the job demand-control and job demand-control-support models? *Journal of occupational and environmental medicine*, 53(2), 185-189.
- Marchand, A., Durand, P., & Haines III, V. (2015). The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 445-459.
- Marchand, A., Parent-Lamarche, A., & Blanc, M.-È. (2011). Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(7), 2692-2705.
- Mark, G., & Smith, A. (2012). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, stress & coping*, 25(1), 63-78.
- Markides, K., & Rote, S. (2019). The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *The Gerontologist*, 59(2), 205-214.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matić, J. L. (2008). Cultural differences in employee work values and their implications for management. *Management : journal of contemporary management issues*, 13(2), 93-104.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11), 1765-1770.

- McConahay, J. B. (1983). Modern Racism and Modern Discrimination: The Effects of Race, Racial Attitudes, and Context on Simulated Hiring Decisions. . *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(4), 551-558.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine*, 59(8), 1613-1627.
- McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services*, 30(3), 453-476.
- McIntyre, R. S., Liauw, S., & Taylor, V. H. (2011). Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. *Journal of affective disorders*, 128 Suppl 1, S29-36.
- McKay, J. (1982). An exploratory synthesis of Primordial and Mobilizationist approaches to ethnic phenomena. *Ethnic and Racial studies*, 5(4), 406-407.
- McKenzie, K. (2006). Racial discrimination and mental health. *Psychiatry*, 5(11), 383-387.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Retrieved from Calgary, AB:
- Meraya, A. M., Dwibedi, N., Innes, K., Mitra, S., Tan, X., & Sambamoorthi, U. (2017). Heterogeneous Relationships between Labor Income and Health by Race/Ethnicity. *Health Serv, Res*, 53(1), 2910-2931.
- Michaud, G. (1978). Mises au point. In Michaud (Ed.), *Identités collectives et relations inter-culturelles*. (pp. 109-125). Bruxelles: Editions Complexes.
- Miller, G. V., & Travers, C. J. (2005). Ethnicity and the experience of work: job stress and satisfaction of minority ethnic teachers in the UK. *International review of psychiatry*, 17(5), 317-327.
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI). (2019). *La planification de l'immigration au Québec pour la période 2020-2022*. Retrieved from http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_Consultation_PlanificationImmigration.pdf
- Minkov, M., Bond, M., & Blagoev, V. (2015). Do different national samples yield similar dimensions of national culture? *Cross Cultural Management*, 22(2), 259-277.
- Moisseff, M. (2014). Métissage et hiérarchisation des cultures: Les soubassements idéologiques de l'essentialisation des différences. *Alterstice – Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 4(2), 25-38.
- Moreau de Bellaing, L. (1979). Identité collective et champ social. In J. Beauchard (Ed.), *Identités collectives et travail social*. (pp. 195-211). Paris: Privat.
- Morning, A. (2015). Ethnic Classification in Global Perspective: A Cross-National Survey of the 2000 Census Round. In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 17-37): Springer.
- Moss, P., & Tilly, C. (2001). *Stories Employers Tell: Race, Skill, and Hiring in America*. New York: Russell Sage Foundation.
- Moxham, L., Fernandez, R., Kim, B., Lapkin, S., Ten Ham-Baloyi, W., & Al Mutair, A. (2018). Employment as a predictor of mental health, psychological distress, anxiety and depression in Australian pre-registration nursing students. *Journal of professional nursing*, 34(6), 502-506.
- Mucchielli, A. (1999). *L'identité*. Paris: Presses Universitaires France.

- Muhonen, T., & Torkelson, E. (2004). Work locus of control and its relationship to health and job satisfaction from a gender perspective. *Stress and Health, 20*(1), 21-28.
- Munch, R., & Smelser, N. J. (1987). Relating the Micro and Macro. In J. C. Alexander, B. Giesen, R. Munch, & N. J. Smelser (Eds.), *The Micro-macro Link* (pp. 356- 387). Berkeley: University of California Press.
- Muris, P. (2006). Unique and interactive effects of neuroticism and effortful control on psychopathological symptoms in non-clinical adolescents. *Personality and Individual Differences, 40*(7), 1409–1419.
- Muthén, L., & Muthén, B. O. (1998–2010). *Mplus users guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nakamura Taira, N., Izawa, S., & Yamada, K. (2018). Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry research, 262*, 221-228.
- Nanhou, V., & Bernèche, F. (2014). L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance ? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés: Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Institut de la statistique du Québec*(42).
- Näswall, K., Sverke, M., & Hellgren, J. (2005). The moderating role of personality characteristics on the relationship between job insecurity and strain. *Work & Stress, 19*(1), 37-49.
- Némery, J.-C., Rautenberg, M., & Thuriot, F. (2008). *Stratégies identitaires de conservation et de valorisation du patrimoine*. Paris: L'Harmattan.
- Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethnicity & health, 14*(3), 315-336.
- Newbold, B. K. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social science & medicine, 60*(6), 1359-1370.
- Niedhammer, I., Chastang, J.-F., David, S., Barouhiel, L., & Barrandon, G. (2006). Psychosocial Work Environment and Mental Health: Job-strain and Effort-Reward Imbalance Models in a Context of Major Organizational Changes. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 12*(2), 111-119.
- Nielsen, M. B., Gjerstad, J., & Frone, M. (2018). Alcohol use among Norwegian workers: associations with health and well-being. *Occupational Medicine, 68*(2), 96-98.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational medicine (Oxford, England), 60*(4), 277-286.
- Nieuwenhuijsen, K., Schene, A., Stronks, K., Snijder, M., Frings-Dresen, M., & Sluiter, J. (2015). Do unfavourable working conditions explain mental health inequalities between ethnic groups?: cross-sectional data of the HELIUS study. *BMC Public Health, 15*(1), 805.
- Noon, M. (2010). The shackled runner: time to rethink positive discrimination? *Work, employment and society, 24*(4), 728–739.
- O'Brien, K., Yoo, S.-K., Cinamon, R., Han, Y.-J., Ganginis Del Pino, H. V., & O'Brien, K. (2014). Work, family, support, and depression: Employed mothers in Israel, Korea, and the United States. *Journal of counseling psychology, 61*(3), 461-472.
- OCDE. (2007). De l'immigration à l'intégration : des solutions locales à un défi mondial, programme Local Economic and Employment Development. In OCDE (Ed.), *Perspectives des migrations internationales*. Paris: SOPEMI.

- OCDE. (2008). Le prix des préjugés: la discrimination au travail fondée sur le sexe et l'appartenance ethnique *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2008*: OCDE.
- Ogawa, R., Seo, E., Ito, M., Sanuki, M., & Maeno, T. (2018). The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Medical Education, 18*(1), 50-50.
- Olsen, J. (2015). Societal values and individual values in reward allocation preferences. *Cross Cultural Management, 22*(2), 187-200.
- Oreopoulos, P., & Dechief, D. (2011). *Why Do Some Employers Prefer to Interview Matthew, but Not Samir? New Evidence from Toronto, Montreal, and Vancouver* Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2018047>
- Orpana, H., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009). Income and psychological distress: the role of the social environment. *Health Reports, 20*(1), 21-28.
- Özbilgin, M., & Tatli, A. (2011). Mapping out the field of equality and diversity: Rise of individualism and voluntarism. *Human relations, 64*(0), 1229–1253.
- Pampati, S., Alattar, Z., Cordoba, E., Tariq, M., Mendes de Leon, C., & de Leon, C. (2018). Mental health outcomes among Arab refugees, immigrants, and U.S. born Arab Americans in Southeast Michigan: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 18*(1), 379-379.
- Panichella, N. (2018). Economic crisis and occupational integration of recent immigrants in Western Europe. *International Sociology, 33*(1), 64-85.
- Park, H., Hwangbo, Y., & Nam, Y. (2018). The Effect of Employment and Occupational Factors on Late-Life Depression in Korea. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 60*(9), e492-e497.
- Parrott, A. (2003). Cigarette-derived nicotine is not a medicine. *The World Journal of Biological Psychiatry, 4*(2), 49-55.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T., & Consoli, S. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *The British journal of psychiatry, 181*, 111-117.
- Paterson, J., Dorrian, J., Pincombe, J., Grech, C., & Dawson, D. (2010). Mood change and perception of workload in Australian midwives. *Industrial Health, 48*(4), 381-389.
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. *J Health Soc Behav, 30*(3), 241-256.
- Pearlin, L. (1999). Stress and mental health: A conceptual overview. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health-social contexts and systems* (pp. 161-175). New York: CambridgeUniversity Press.
- Pearlin, L., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav, 22*(4), 337-356.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour, 19*(1), 2-21.
- Perrin, N., Dal, L., & Poulain, M. (2015). The Objective Approaches of Ethnic Origins in Belgium: Methodological Alternatives and Statistical Implications. In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 191-208): Springer.
- Petit, H. (2007). Is the Concept of Labour Market Segmentation Still Accurate? *Socio-économie du travail, Économie et sociétés série AB, XLI*(28), 891-896.
- Phelps, E. S. (1972). The Statistical Theory of Racism and Sexism. *American Economic Review,, 62*(4), 659-661.

- Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: review of research. *Psychological bulletin*, 108(3), 499–514.
- Phinney, J. S. (2008). *Cultural identity formation in multicultural contexts* Paper presented at the Generations in flux: ethnicity, integration and family ties, Helsinki.
- Piché, V. (2015). Ethnic and Linguistic Categories in Quebec: Counting to Survive. In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 89-100): Springer.
- Picot, G., & Hou, F. (2018). Immigrant STEM Workers in the Canadian Economy: Skill Utilization and Earnings. *Canadian public policy*, 44(S1), 1-12.
- Picot, G., & Sweetman, A. (2005). *The Deteriorating Economic Welfare of Immigrants and Possible Causes: Update 2005*. Ottawa: Statistics Canada.
- Picot, G., & Sweetman, A. (2012). *Making It in Canada: Immigration Outcomes and Policies*. Montreal: Institut de recherche en politiques publiques, Study 29.
- Pillai, P. (1998). The Impact of the Economic Crisis on Migrant Labor in Malaysia: Policy Implications. *Asian and Pacific Migration Journal*, 7(2-3), 255-280.
- Piore, M. J. (1980). Economic Fluctuation, Job Security, and Labor-Market Duality in Italy, France, and the United States. *Politics and Society*, 9(4), 379-407.
- Plant, E. A., & Sachs-Ericsson, N. (2004). Racial and ethnic differences in depression: the roles of social support and meeting basic needs. *J. Consult Clin Psychol*, 72(1), 41-52.
- Poelmans, S., O'Driscoll, M., & Beham, B. (2005). A review of international research in the field of work and family. In S. A. Y. Poelmans (Ed.), *Work and family: An international research perspective* (pp. 3-46). NJ. Erlbaum: Mahwah.
- Policar, A. (2003). Ethnicité. In G. Ferréol & G. Jucquois (Eds.), *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles*. (pp. 354). Paris, : Armand Colin, coll.
- Porter, L. W., & Steers, R. M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological bulletin*, 80(2), 151-176.
- Premji, S. (2018). "It's Totally Destroyed Our Life". *International Journal of Health Services*, 48(1), 106-127.
- Puetz, T. W., O'Connor, P. J., & Dishman, R. K. (2006). Effects of chronic exercise on feelings of energy and fatigue: a quantitative synthesis. *Psychological bulletin*, 132(6), 866-876.
- Puyat, J. (2013). Is the Influence of Social Support on Mental Health the Same for Immigrants and Non-Immigrants? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(3), 598-605.
- Rask, S., Suvisaari, J., Koskinen, S., Koponen, P., Molsa, M., Lehtisalo, R., et al. (2016). The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scand, J. Public Health*, 44(3), 281-290.
- Rector, J., Tay, L., Wiese, C., Friedman, E., Tay, L., Wiese, C. W., et al. (2019). Relative sensitivity of cortisol indices to psychosocial and physical health factors. *Plos One*, 14(4), e0213513-e0213513.
- Reid, A. (2012). Under-use of migrants' employment skills linked to poorer mental health. *Australian and New Zealand journal of public health*, 36(2), 120-125.
- Reissman, D., Orris, P., Lacey, R., & Hartman, D. (1999). Downsizing, role demands, and job stress. *Journal of occupational and environmental medicine*, 41(4), 289-293.
- Renaud, J., & Martin, L. (2006). *Origines nationales et marché du travail : étude de la présence en emploi chez les travailleurs sélectionnés*. Paper presented at the Communication présentée au 74ème congrès de l'ACFAS, Montréal.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 536–545.

- Riolo, S., Nguyen, T., Greden, J., & King, C. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American journal of public health, 95*(6), 998-1000.
- Ritzer, G. (1996). *Modern Sociological Theory*. Toronto: McGraw Hill.
- Rivera, B., Casal, B., & Currais, L. (2015). Length of stay and mental health of the immigrant population in Spain: evidence of the healthy immigrant effect. *Applied economics, 47*(19), 1972-1982.
- Rivière, c. (2003). Ethnie. In G. Ferréol & G. Jucquois (Eds.), *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles*. Paris: Armand Colin, coll.
- Rocher, G. (1969). *Introduction à la sociologie générale*. Montréal: Éditions Hurtubise HMH.
- Rohde, N., Tang, K. K., Osberg, L., & Rao, P. (2016). The effect of economic insecurity on mental health: Recent evidence from Australian panel data. *Social science & medicine, 151*(C), 250-258.
- Ronen, S., & Shenkar, O. (2013). Mapping world cultures: Cluster formation, sources and implications. *Journal of International Business Studies, 44*(9), 867-897.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.
- Rosenthal, B. S., & Wilson, W. C. (2012). Race/Ethnicity and Mental Health in the First Decade of the 21st Century. *Psychological Reports, 110*(2), 645-662.
- Rosset, C. (1999). *Loin de moi*. Paris: Éditions de Minuit.
- Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N., & Thombs, B. D. (2011). Perceived discrimination and its association with psychological distress among newly arrived immigrants before and after September 11, 2001. *American journal of public health, 101*(5), 909-915.
- Ruano-Borbalan, J.-C. (1998). *L'identité : l'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Editions Sciences Humaines.
- Sahlins, M. (1989). *Les Îles dans l'histoire*. Paris: Gallimard.
- Salas Wright, C., Vaughn, M., Goings, T., Miller, D., & Schwartz, S. (2018). Immigrants and mental disorders in the united states: New evidence on the healthy migrant hypothesis. *Psychiatry research, 267*, 438-445.
- San Sebastián, M., Mosquera, P., & Gustafsson, P. (2018). Whose income is more important: mine, yours or ours? Income inequality and mental health in northern Sweden. *European Journal of Public Health, 28*(6), 1056-1061.
- Sanguanklin, N., McFarlin, B., Finnegan, L., Park, C., Giurgescu, C., White Traut, R., et al. (2014). Job strain and psychological distress among employed pregnant Thai women: role of social support and coping strategies. *Archives of Women's Mental Health, 17*(4), 317-326.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2005). Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. *Occupational medicine (Oxford, England), 55*(6), 463-473.
- Sapeha, H. (2015). Explaining Variations in Immigrants' Satisfaction with Their Settlement Experience. *Journal of International Migration and Integration, 16*(4), 891-910.
- Schaubroeck, J., Lam, S. S. K., & Xie, J. L. (2000). Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: A cross-cultural study. *Journal of Applied Psychology, 85*(4), 512-525.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior, 30*(7), 893-917.

- Schellenberg, G., & Maheux, H. (2007). *"Immigrants' perspectives on their first four years in Canada: Highlights from three waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada."* Statistics Canada Catalogue: Canadian Social Trends. Special Edition.
- Schneider, D., & Harknett, K. (2019). Consequences of Routine Work-Schedule Instability for Worker Health and Well-Being. *American sociological review*, 84(1), 82-114.
- Schrier, A., de Wit, M., Rijmen, F., Tuinebreijer, W., Verhoeff, A., Kupka, R., et al. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 941-951.
- Schrover, M., Quispel, C., Lucassen, L., & Leun, J. v. d. (2008). *Illegal Migration and Gender in a Global and Historical Perspective*. Amsterdam Amsterdam University Press - IMISCOE Reports.
- Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied psychology*, 48(1), 23-47.
- Sconfienza, C., Lindfors, P., Lantz Friedrich, A., Sverke, M., & Friedrich, A. (2019). Social support at work and mental distress: A three-wave study of normal, reversed, and reciprocal relationships. *Journal of occupational health*, 61(1), 91-100.
- Sélim, A. (1986). *L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris: Anthropos.
- Sélim, A. (2002). *L'identité culturelle suivi de Cultures et droits de l'homme*. Beyrouth: Perrin et Presses de l'Université Saint-Joseph.
- Sennett, R. (1979). *Les tyrannies du l'intimité*. Paris: Le Seuil.
- Serres, M. (2003). *L'incandescent*. Paris: Le Pommier
- Shafeek Amin, N., & Driver, N. (2019). Sex Differences, Duration of Stay in the United States, and Serious Psychological Distress. *Family & community health*, 42(2), 90-103.
- Shain, M. (2010). *Tracking the Perfect Legal Storm: Converging Systems Create Mounting Pressure to Create the Psychologically Safe Workplace*. Retrieved from
- Shain, M., & Nassar, C. (2009). *Le stress au travail et les dommages psychologiques dans le contexte juridique canadien : un document de travail à l'intention de la Commission de la santé mentale du Canada: La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)*.
- Shils, E. (1957). Primordial, personal, sacred and civil ties. *British journal of sociology*(8), 130-147.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J. (2001). A theory of occupational stress. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the Workplace: Past, Present and Future*. London: Whurr Publishers.
- Siegrist, J. (2005). Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1033-1038.
- Silva, L., & Barreto, S. (2012). Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Revista de saúde pública*, 46(3), 407-416.
- Simon, P. (2015). The Choice of Ignorance: The Debate on Ethnic and Racial Statistics in France. In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 65-87): Springer.
- Simon, P., Piché, V., & Gagnon, A. (2015). The Making of Racial and Ethnic Categories: Official Statistics Reconsidered In P. Simon, V. Piché, & A. A. Gagnon (Eds.), *Social Statistics and Ethnic Diversity: Cross-National Perspectives in Classifications and Identity Politics* (pp. 1-14): Springer.

- Simpson, B., & Macy, M. (2004). Power, identity and collective action in social exchange. *Social forces*, 82(4), 1376-1409.
- Singh, S., McBride, K., & Kak, V. (2015). Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Subgroups: Results from NLAAS. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1597-1606.
- Smelser, N. J. (1997). *Problematics of Sociology. The George Simmel Lecture 1995*. Berkeley: University of California Press.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Retrieved from Toronto: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/media/3182>
- Smith, P., & Bielecky, A. (2012). The Impact of Changes in Job Strain and Its Components on the Risk of Depression. *American journal of public health*, 102(2), 352-358.
- Smith, P., & Mustard, C. (2010). The unequal distribution of occupational health and safety risks among immigrants to Canada compared to Canadian-born labour market participants: 1993-2005. *Safety Science*, 48(10), 1296-1303.
- Smith, P. B., Dugan, S., & Trompenaars, F. (1996). National Culture and the Values of Organizational Employees: A Dimensional Analysis Across 43 Nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 27(2), 231-264.
- Smith, P. M., Chen, C., & Mustard, C. (2009). Differential risk of employment in more physically demanding jobs among a recent cohort of immigrants to Canada. *Injury prevention*, 15(4), 252-258.
- Snijders, T. A., & Bosker, J. R. (1999). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London: Sage.
- Sonnentag, S., & Jelden, S. (2009). Job stressors and the pursuit of sport activities: a day-level perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(2), 165-181.
- Spector, P., Zapf, D., Chen, P., & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21(1), 79-95.
- Spector, P. E., Allen, T. D., Poelmans, S. A. Y., Lapierre, L. M., Cooper, C. L., O'Driscoll, M. P., et al. (2007). Cross-national differences in relationships of work demands, job satisfaction, and turnover intentions with work-family conflict. *Personnel Psychology*, 60, 805-835.
- Spurgeon, A., Harrington, M., & Cooper, C. (1997). Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Journal of occupational and environmental medicine*, 54(6), 367-375.
- Stafford, M., Newbold, B. K., & Ross, N. A. (2010). Psychological Distress Among Immigrants and Visible Minorities in Canada: a Contextual Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428-441.
- Stallones, L., & Beseler, C. (2002). Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann Epidemiol*, 12(6), 389-394.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- Stansfeld, S., Fuhrer, R., & Shipley, M. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological medicine*, 28(4), 881-892.

- Stansfeld, S., Fuhrer, R., Shipley, M., & Marmot, M. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and environmental medicine*, 56(5), 302-307.
- Stansfeld, S., Shipley, M., Head, J., & Fuhrer, R. (2012). Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. *American journal of public health*, 102(12), 2360-2366.
- Stansfeld, S., Shipley, M., Head, J., Fuhrer, R., & Kivimaki, M. (2013). Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. *Plos One*, 8(11).
- Statistique Canada. (2012) Documentation des variables dérivées et des variables longitudinales constantes de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population- volet ménage. In Statistique Canada (Series Ed.), (pp. 328). Ottawa: Statistique Canada et Gouvernement du Canada.
- Statistique Canada, & Immigration et diversité ethnoculturelle. (2016). *Les origines ethniques et culturelles des Canadiens, le portrait d'un riche héritage*. Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016016/98-200-x2016016-fra.cfm>
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull*, 134(1), 138-161. doi:10.1037/0033-2909.134.1.138
- Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). *Motivation and work behavior*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Stone, A., & Carlisle, S. K. (2019). Correction to: Examining Race/Ethnicity Differences in the Association between the Experience of Workplace Racial Discrimination and Depression or Negative Emotions. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 6(3), 646-646.
- Stonebridge, C., & Sutherland, G. (2016). *Estimating the Impact of Workplace Mental Health Benefits and Programs*. Retrieved from
- Storari, C., & Gilles, I. (2008). Relations entre identité sociale et identité individuelle dans une situation de catégorisations croisées. *Sciences-Croisées*(2-3).
- Story, C., Koch, J., Daniel, S., Reboussin, B., & Grzywacz, J. (2018). Impact of Work Schedule, Race, and Psychological Distress among Impoverished Mothers. *American Journal of Health Behavior*, 42(5), 43-53.
- Straiton, M., Donnelly, T., & Ledesma, H. M. L. (2018). "It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling": a qualitative study of Filipina immigrants' perceptions of help seeking for mental health problems. *BMC Women's Health*, 18(1), 73-73.
- Straiton, M., Grant, J. F., Winefield, H. R., & Taylor, A. (2014). Mental health in immigrant men and women in Australia: the North West Adelaide health study. *BMC Public Health*, 14(1), 1111.
- Strong, L., Nguyen, N., Cho, D., John, J., McNeill, L., & Wu, I. H. C. (2019). Psychosocial Stressors, Depression, and Physical Activity among African Americans. *American Journal of Health Behavior*, 43(4), 717-728.
- Subedi, R. P., & Rosenberg, M. W. (2014). Determinants of the variations in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada. *Social science & medicine*, 115, 103-110.

- Subedi, R. P., & Rosenberg, M. W. (2016). High-skilled immigrants—low-skilled jobs: Challenging everyday health. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 60(1), 56-68.
- Swanen, G., Bultmann, U., Kant, I., & van Amelsvoort, L. (2004). Effects of job insecurity from a workplace closure threat on fatigue and psychological distress. *Journal of occupational and environmental medicine*, 46(5), 443-449.
- Sztompka, P. (1993). *The Sociology of Social Change*. Oxford: Blackwell.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using Multivariate Statistics (6th Edition)*. New Jersey-USA: Pearson.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale*. (pp. 272-302). Paris Larousse.
- Tangri, R. (2003). *What stress costs*. Retrieved from Halifax:
- Tap, P. (2005). Exclusion et identité personnelle et collective. *Connexions*(83), 53-78.
- Taras, V., Steel, P., & Kirkman, B. (2012). Improving national cultural indices using a longitudinal meta-analysis of Hofstede's dimensions. *Journal of world business*, 47(3), 329-341.
- Taylor, A., & Krahn, H. (2013). Living through our children: exploring the education and career 'choices' of racialized immigrant youth in Canada. *Journal of youth studies*, 16(8), 1000-1021.
- Teixeira, A., & Dias, S. (2018). Labor market integration, immigration experience, and psychological distress in a multi-ethnic sample of immigrants residing in Portugal. *Ethnicity and Health*, 23(1), 81-96.
- Termote, M. (2013). Immigration et politique d'immigration au Québec depuis 1945: les grandes tendances. In C. Hauser, P. Milani, M. Pâquet, & D. Skenderovic (Eds.), *Sociétés de migrations en débat. québec-Canada-Suisse : approches comparées* (pp. 65-82). Québec: Presses de l'université Laval.
- The Conference Board of Canada. (2012). *Mental Health Issues in the Labour Force: Reducing the Economic Impact on Canada*. Retrieved from
- Theorell, T., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., Hanson, L. M., Janlert, U., & Westerlund, H. (2014). Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden *Journal of epidemiology and community health*, 68(1), 78-82.
- Tinghog, P., Hemmingsson T Fau - Lundberg, I., & Lundberg, I. (2007). To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Soc Psychiatry Psychiatr, Epidemiol*, 42(12), 990-996.
- Toker, S., & Biron, M. (2012). Job Burnout and Depression: Unraveling Their Temporal Relationship and Considering the Role of Physical Activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699-710.
- Tomaskovic-Devey , D., & Stainback, K. (2007). Discrimination and Desegregation: Equal Opportunity Progress in U.S. Private Sector Workplaces since the Civil Rights Act. *The American Academy of Political and Social Science*, 609, 49-84.
- Torelli, C., & Shavitt, S. (2010). Culture and concepts of power. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(4), 703-723.
- Triandis, H. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96(3), 506-520.
- Turgeon, L. (1997). Introduction. In L. Turgeon, J. Létourneau, & K. Fall (Eds.), *Les espaces de l'identité*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.

- Turner, R. (1996). The moral issue in collective behavior and collective action. *Mobilization*(1), 1-16.
- Tverdostup, M., & Paas, T. (2019). Immigrant–native wage gap in Europe: the role of cognitive skills and their use at work. *International Journal of Manpower*, 40(1), 154-175.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture* (Vol. 1). New York: G. P. Putnam's Sons.
- Tynes, T., Sterud, T., & Johannessen, H. (2013). Effects of Occupational Role Conflict and Emotional Demands on Subsequent Psychological Distress. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(6), 605-613.
- Vallièrès, É. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction de l'échelle: "Rosenberg's Self-Esteem scale", 1965. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & I Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, 71(10), 730-736.
- van Dijk, T. A. (2002). Denying Racism: Elite Discourse and Racism. Dans *Race Critical Theories*. In P. Essed & D. T. Goldberg (Eds.), *Race Critical Theories: Text and Context*. Oxford Blackwell Publishers.
- van Vegchel, N., de Jonge, J. d., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social science & medicine*, 60(5), 1117-1131.
- Vander Elst, T., Bosman, J., De Cuyper, N., Stouten, J., & De Witte, H. (2013). Does Positive Affect Buffer the Associations between Job Insecurity and Work Engagement and Psychological Distress? A Test among South African Workers. *Applied psychology*, 62(4), 558-570.
- Vanroelen, C., Levecque, K., & Louckx, F. (2009). Psychosocial working conditions and self-reported health in a representative sample of wage-earners: a test of the different hypotheses of the Demand-Control-Support-Model. *International archives of occupational and environmental health*, 82(3), 329-342.
- Vearing, A., & Mak, A. (2007). Big five personality and effort–reward imbalance factors in employees depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1744-1755.
- Veenstra, G. (2009). Racialized identity and health in Canada: results from a nationally representative survey. *Social science & medicine*, 69(4), 538-542.
- Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). South Asian-White health inequalities in Canada: intersections with gender and immigrant status. *Ethn Health*, 21(6), 639-648.
- Verdugo, R. R., & Verdugo, N. T. (1989). The Impact of Surplus Schooling on Earnings: Some Additional Findings. *The Journal of Human Resources*, 24(4), 629-643. doi:10.2307/145998
- Verhaest, D., & Omey, E. (2010). The determinants of overeducation: different measures, different outcomes? *International Journal of Manpower*, 31(6), 608-625.
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4), 428-440.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville: Gaëtan Morin.

- Vézina, M., & Gingras, S. (1996). Travail et santé mentale: les groupes à risque. *Canadian journal of public health*, 87(2), 135-140.
- Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé. Le défi de la productivité dans le respect des personnes*. Canada: Les Presses de l'Université Laval.
- Vinet, A., Brisson, C., & Vézina, M. (1986). Rémunération à la pièce, travail parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement. *Sociologie et Société*, 28(25-36).
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Elovainio, M., Honkonen, T., Pentti, J., et al. (2008). Temporary employment and antidepressant medication: a register linkage study. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 221-229.
- Virtanen, P., Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., & Ferrie, J. (2002). Employment security and health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(8), 569-574.
- Voydanoff, P., & Donnelly, B. (1999). The Intersection of Time in Activities and Perceived Unfairness in Relation to Psychological Distress and Marital Quality. *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 739-751.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley,.
- Vu Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Angerer, P., Loerbroks, A., & Mueller, A. (2018). Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *International archives of occupational and environmental health*, 91(5), 643-654.
- Wang, L. (2014). Immigrant health, socioeconomic factors and residential neighbourhood characteristics: A comparison of multiple ethnic. *Applied Geography*, 51, 90-98.
- Wang, L., & Hu, W. (2013). Immigrant health, place effect and regional disparities in Canada. *Social science & medicine*, 98, 8-17.
- Warman, C., Sweetman, A., & Goldmann, G. (2015). The Portability of New Immigrants' Human Capital: Language, Education, and Occupational Skills. *Canadian public policy*, 41 Supplement 1, S64-S79.
- Wassermann, M., & Hoppe, A. (2019). Perceived Overqualification and Psychological Well-Being Among Immigrants. *Journal of personnel psychology*, 18(1), 34-45.
- Watson, B., & Osberg, L. (2018). Job insecurity and mental health in Canada. *Applied economics*, 50(38), 4137-4152.
- Weich, S., Nazroo, J., Sproston, K., McManus, S., Blanchard, M., Erens, B., et al. (2004). Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychological medicine*, 34(8), 1543-1551.
- Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and Mental Health Contemporary Issues and Prospects for the Future* (pp. 77-114). New York: Plenum Press.
- Wheaton, B. (1999). The nature of stressors. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health-social contexts and systems* (pp. 177-197). New York: Cambridge University Press.
- Whitaker, T. (2019). Banging on a Locked Door: The Persistent Role of Racial Discrimination in the Workplace. *Social work in public health*, 34(1), 22-27.
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos One*, 10(2).

- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal: An Epidemiological Comparison. *Can J Psychiatry*, *62*(8), 570-579.
- Wieclaw, J., Burr, H., Agerbo, E., Mortensen, P., & Bonde, J. (2005). Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *31*, 343-351.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la sante. *Rapports sur la santé*, *10*(49-66).
- Williams, D. R. (1997). Race and health: basic questions, emerging directions. *Ann Epidemiol*, *7*(5), 322-333.
- Wittorski, R. (2008). La notion d'identité collective. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis, & M. Vasconcellos (Eds.), *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*. (pp. 195-213). Paris: L'Harmattan.
- Wolgast, S., Björklund, F., Bäckström, M., Bjorklund, F., & Backstrom, M. (2018). Applicant Ethnicity Affects Which Questions Are Asked in a Job Interview. *Journal of personnel psychology*, *17*(2), 66-74.
- Woodard, M., Miller, J., Miller, D., Silvernail, K., Guo, C., Nair, S., et al. (2016). A cross-cultural examination of preferences for work attributes. *Journal of Managerial Psychology*, *31*(3), 702-719.
- Wu, Z., Noh S Fau - Kaspar, V., Kaspar V Fau - Schimmele, C. M., & Schimmele, C. M. (2003). Race, ethnicity, and depression in Canadian society. *Canadian society. Journal of health and social behavior*, *44*(3), 426-441.
- Wu, Z., & Schimmele, C. M. (2005). The Healthy Migrant Effect on Depression: Variation over Time. *Canadian Studies in Population*, *32*(2), 271-295.
- Yanar, B., Kosny, A., & Smith, P. (2018). Occupational Health and Safety Vulnerability of Recent Immigrants and Refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(9), 2004.
- Yang, L.-Q., Spector, P., Sanchez, J., Allen, T., Poelmans, S., Cooper, C., et al. (2012). Individualism-collectivism as a moderator of the work demands-strains relationship: A cross-level and cross-national examination. *Journal of International Business Studies*, *43*(4), 424-443.
- Ylipaavalniemi, J., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Jarvinen, L., & Vahtera, J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social science & medicine*, *61*(1), 111-122.
- Yu, J., & Teschke, K. (2018). The healthy immigrant effect and active commuting. *Journal of Transport & Health*, *10*, 253-261.
- Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T. (2010). *État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*. Retrieved from
- Zhou, B., Marchand, A., & Guay, S. (2018). Gender Differences on Mental Health, Work-Family Conflicts and Alcohol Use in Response to Abusive Supervision. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *34*(3), 157-167.
- Zunzunegui, M.-V., Forster, M., Gauvin, L., Raynault, M.-F., & Willms, D. (2006). Community unemployment and immigrants' health in Montreal. *Social science & medicine*, *63*(2), 485-500.

Zylberberg, J., & Shiose, Y. (1997). L'identité culturelle et l'état d'anthropologue. In L. Turgeon, J. létourneau, & K. Fall (Eds.), *Les espaces de l'identité*. (pp. 105-106). Sainte-Foy, Québec: Presses de L'Université Laval.