

<https://archined.ined.fr>

Discrimination au travail et santé mentale des immigré·es et descendant·es d'immigrés : une analyse de médiation à partir de l'enquête Conditions de Travail

Anne Gosselin et Nesrine Ben Ahmed

Version

Libre accès

Licence / License

CC Attribution - Utilisation non commerciale - Pas d'Œuvre dérivée 4.0 International (CC BY-NC-ND)

POUR CITER CETTE VERSION / TO CITE THIS VERSION

Anne Gosselin et Nesrine Ben Ahmed, 2024, "Discrimination au travail et santé mentale des immigré·es et descendant·es d'immigrés : une analyse de médiation à partir de l'enquête Conditions de Travail". Documents de travail, n°294, Aubervilliers : Ined.

Disponible sur / Available at:

<http://hdl.handle.net/20.500.12204/tBssnZABaGiOfkXmqeU7>

DOCUMENTS DE TRAVAIL **294**

Discrimination au travail et santé mentale des immigré·es et descendant·es d'immigrés : une analyse de médiation à partir de l'enquête Conditions de Travail

Anne Gosselin et Nesrine Ben Ahmed

Juillet 2024

DOI : 10.48756/ined-dt-294.0724



Discrimination au travail et santé mentale des immigré-es et descendant-es d'immigrés : une analyse de médiation à partir de l'enquête Conditions de Travail

Anne Gosselin^{1,2,3} et Nesrine Ben Ahmed¹

1 : UR Mortalité, Santé, Épidémiologie, Ined, Aubervilliers, France

2: Ceped (Université Paris Cité, IRD, Inserm), Paris, France

3: Institut Convergences Migrations, Aubervilliers, France

Résumé

Bien qu'ils et elles constituent une population hétérogène en termes de pays d'origine et de niveau de diplôme, les immigré-es et descendant-es d'immigrés sont dans une situation particulière sur le marché du travail en France, avec des conditions de travail et d'emploi plus dégradées que la population majoritaire (ni immigrée, ni descendante d'immigrés). Ils et elles sont en particulier plus concerné-es par la discrimination au travail, avec des conséquences potentielles sur leur santé mentale. Cette étude a pour objectifs de décrire les niveaux de discrimination au travail dans la population en emploi en France ainsi que ses variations en fonction du sexe et de l'origine, et de quantifier la contribution de la discrimination au travail dans le lien entre l'origine et la santé mentale.

Nous avons utilisé l'enquête nationale Conditions de Travail-Risques Psychosociaux 2016. Un indicateur synthétique de la discrimination au travail dans les douze derniers mois a été construit, et l'anxiété a été mesurée par le score GAD-Mini, outil diagnostique pour repérer le trouble anxieux généralisé. Les prévalences de la discrimination au travail et du trouble anxieux généralisé ont été décrits selon l'origine et le sexe. Des analyses logistiques multivariées et une analyse de médiation ont été réalisées afin de quantifier la contribution de la discrimination au travail dans le lien entre l'origine et la santé mentale.

La prévalence de la discrimination au travail variait fortement selon l'origine, avec des immigré-es et descendant-es d'immigrés plus exposé-es que la population majoritaire. Les résultats de l'analyse multivariée montrent que les immigré-es d'Afrique et les descendant-es d'immigrés d'Afrique avaient plus de risque de déclarer des attitudes discriminatoires au travail que la population majoritaire (ORa =3.1 [2.1-4.6] et ORa =1.67 [1.24-2.24] respectivement). Les analyses ont également montré que les femmes sont plus exposées à la discrimination au travail par rapport aux hommes avec un ORa=1.25 [1.05-1.49]. La prévalence du trouble anxieux généralisé était particulièrement haute parmi les descendant-es d'immigrés d'Afrique (11.33% contre 6,6 % dans la population d'étude et un ORa= 1.85 [1.19-2.87] par rapport à la population majoritaire) et parmi les femmes par rapport aux hommes (ORa=1.76 [1.36 -2.27]). Enfin, l'analyse de médiation a permis de montrer que les discriminations au travail expliquent 50% du sur-risque de troubles anxieux généralisé chez les descendant-es d'immigrés d'Afrique.

Notre étude montre une surexposition des immigré-es et des descendant-es d'immigrés d'Afrique à la discrimination au travail. Elle met en évidence le rôle majeur que joue la discrimination au travail dans l'état de santé mentale dégradé des descendants et descendantes d'immigrés d'Afrique.

Mots clefs : discrimination, emploi, santé mentale, immigrés, descendants d'immigrés

Ce document de travail est issu du mémoire réalisé par Nesrine Ben Ahmed sous la direction d'Anne Gosselin à l'Ined. Le mémoire est intitulé « Santé mentale des personnes en emploi selon le statut migratoire et la discrimination au travail. Résultats de l'enquête Conditions de Travail-Risques psychosociaux sociaux 2016 » et a été réalisé dans le cadre du Mastère spécialisé Santé publique Cnam/Institut Pasteur.

Introduction

Vivre des discriminations peut détériorer la santé des personnes, qu'il s'agisse de la santé mentale ou de la santé physique : ce lien entre discrimination et santé est de mieux en mieux documenté dans la littérature scientifique. Une revue de littérature récente sur les liens entre expérience du racisme et santé revient sur la somme des connaissances dans le domaine, en distinguant les différents mécanismes par lesquels le racisme peut « passer sous la peau » (*get under the skin*), avec des processus différents pour le racisme institutionnel (qui s'exprime dans la ségrégation résidentielle par exemple), le racisme culturel ou la discrimination [1].

Ces études de plus en plus nombreuses qui mettent en lumière les associations entre racisme, discrimination et santé illustrent ce qu'on appelle le phénomène d'incorporation biologique du social [2]. En 2016, Nancy Krieger écrit un article sur l'importance d'un cadre théorique qui place l'incorporation en son centre car c'est « ce qui stimule la recherche sur l'association entre des mesures directes et indirectes de l'exposition à la discrimination raciale, la ségrégation économique raciale, et l'état de santé dégradé – et ce qui clarifie que la discrimination structurelle n'a rien d'un « facteur distant » car elle est rencontrée et incorporée au jour le jour »¹ [3]. En termes de méthodologie, les auteurs de la revue signalent que l'indicateur de discrimination perçue est l'un des outils les plus fréquemment utilisés pour quantifier l'exposition au racisme et estimer des associations avec des indicateurs de santé. Cependant, les auteurs soulignent également le fait que la plupart des études sur la discrimination négligent de quantifier la contribution de la discrimination dans la distribution des inégalités sociales de santé [1].

En France, plus encore que dans l'éducation, le logement ou le système de santé, c'est dans la sphère professionnelle que les personnes vivent le plus de discriminations (13% de la population métropolitaine selon l'enquête Trajectoires et Origines [4]). C'est la discrimination dans la recherche d'emploi qui atteint les niveaux les plus hauts [4], et de nombreuses études se concentrent sur cet enjeu (par exemple par le *testing*, en envoyant des CV équivalents avec différents noms de famille pour quantifier les discriminations, cf. [5,6]). Cependant, il est difficile de trouver des études qui s'intéressent à la discrimination « de tous les jours » sur le lieu de travail et à ses conséquences sur la santé. Bien que ce type de discrimination soit moins fréquente (7% des immigré-es arrivés adultes dans l'enquête TeO [4]) son caractère répété peut laisser penser que les conséquences sur la santé mentale pourraient être importantes [1,7].

Si les travaux de sociologie qualitative décrivent finement certains secteurs d'activité et les expériences de discrimination que peuvent vivre des travailleurs et travailleuses qui y sont employé-es (voir par exemple le travail de Nicolas Jounin [8] sur les chantiers dans le bâtiment, ou encore de Christelle Avril pour le secteur des aides à domicile [9]), il n'existe pas à notre connaissance d'étude en France qui décrive quantitativement le niveau de discrimination sur le lieu de travail, sa distribution dans la population et qui tente de quantifier l'impact de ces discriminations sur la santé.

Les conséquences de la discrimination sur la santé sont multiples : elles peuvent concerner la santé mentale (dépression, anxiété, problèmes psychiatriques [1]), mais aussi la santé physique avec différents mécanismes en jeu dans la réponse au stress induit par l'exposition aux discriminations (comportements tabagiques et addictifs en général, maladies cardiovasculaires [10]). Si le lien entre

¹ Notre traduction. En anglais : Such theoretical framing “is what fosters research on associations between implicit and explicit measures of exposure to racial discrimination, racialized economic segregation, and adverse health status—and makes clear there is nothing “distal” about structural discrimination because it is intimately encountered and embodied, day in and day out” [3].

une exposition répétée à la discrimination au travail et une santé mentale dégradée peut assez facilement se concevoir, il n'est pas aisé de savoir si une santé mentale dégradée n'est pas aussi liée à d'autres expositions dans la vie des personnes : parcours migratoire traumatique pour les immigré·es, conditions de vie difficiles, stress lié à l'installation en France, tous ces éléments peuvent aussi dégrader la santé mentale et il peut être difficile de bien comprendre la part de la discrimination au travail dans la dégradation de la santé mentale. Ainsi l'enjeu est bien de comprendre si la discrimination au travail « a sa part » ou bien si ce sont les difficultés vécues dans d'autres sphères de la vie qui impactent la santé mentale des personnes. Bien entendu, dans la réalité les personnes ne sont pas « seulement au travail » ou bien « seulement en dehors du travail » : toutes les sphères de la vie interagissent entre elles. Ceci étant, au vu de l'absence relative d'attention portée aux conditions de travail dans la santé des personnes et dans l'étude des inégalités sociales de santé [11], il paraît important de se donner les moyens de quantifier la part de la discrimination au travail dans la dégradation de la santé mentale.

Nous nous attendons à ce que certains groupes d'immigré·es et de descendant·es d'immigrés soient particulièrement concernés. Toujours dans l'enquête Trajectoires et Origines, la discrimination est bien « une affaire de minorités visibles » [12] : près de la moitié des immigré·es originaires d'Afrique subsaharienne se déclarent discriminés (en général, pour l'ensemble des sphères), et ceux issus du Maghreb connaissent également des niveaux de discrimination de deux à trois fois supérieurs à ceux observés pour la population majoritaire ; les niveaux de discrimination rapportés par les personnes originaires de pays de l'Union européenne sont bien plus proches de ceux de la population majoritaire [4]. Les descendant·es rapportent pour leur part des discriminations plus fréquentes que les immigré·es. Notre hypothèse est donc que nous verrons des phénomènes différents pour les immigré·es et descendant·es d'immigrés originaires d'Europe ou d'Afrique, et également entre immigré·es et descendant·es d'immigrés.

La France est depuis longtemps considérée comme un pays dans lequel on ne peut donner et publier des statistiques de santé (et d'autres statistiques) selon l'origine. Malgré de véritables obstacles [13], certains progrès ont été faits dans les dernières décennies. Certaines différences d'état de santé selon l'origine ont pu être documentées dans différents domaines, en se basant sur des données de cohortes ou des enquêtes *ad hoc* [14,15]. Dans son enquête de 2016, le Défenseur des droits a pu étudier les discriminations selon la couleur de la peau dans différentes sphères [16]. Un fait simple témoigne de ce progrès dans le recueil de l'origine : depuis plusieurs années, les enquêtes de la statistique publique du ministère du travail documentent le pays de naissance de l'enquêté·e et celui de ses parents : ces informations sont donc disponibles, bien que pas toujours exploitées, dans les grandes enquêtes nationales sur les conditions de travail².

L'objectif de notre étude est donc, en se basant sur un échantillon représentatif de la population active en France, de mesurer la discrimination sur le lieu de travail selon l'origine, et de quantifier ses conséquences sur la santé mentale, en distinguant les grandes régions d'origine et le fait d'être immigré·e ou descendant·e d'immigrés.

Méthodologie

Source de données : l'enquête Conditions de Travail – Risques Psychosociaux 2016

Notre étude se base sur les données de l'enquête nationale sur les conditions de travail réalisée par le ministère du travail (DARES), l'enquête Conditions de Travail, qui comporte un volet spécifique sur les

² La situation des immigrés et descendants d'immigrés sur le marché du travail a par exemple été analysée à partir de l'enquête Emploi [17,18].

risques psychosociaux dans son édition de 2016 (N=24 640). Il s'agit d'un échantillon représentatif des actifs occupés en France âgés de 15 ans ou plus. Le tirage au sort des personnes interrogées dans l'enquête se fait à deux niveaux : d'abord le foyer est tiré au sort en se basant sur les données du recensement, et ensuite dans les foyers où plus d'une personne travaille, il y a un tirage au sort au niveau individuel. Les données ont été collectées entre octobre 2015 et juin 2016 avec des questionnaires passés en face-à-face à domicile. Une seconde partie du questionnaire (qui aborde notamment les difficultés dans l'emploi et la santé mentale) est proposée en auto questionnaire. En plus du français, le questionnaire (ainsi que l'auto-questionnaire) était également proposé en anglais, arabe, turc et portugais. Des informations détaillées sur les inclusions, l'analyse de la non-réponse et la mise au point des pondérations est disponible dans un document de travail de la DARES [19].

Dans cette enquête, le pays de naissance de l'enquêté·e et de ses parents a été collecté, ce qui permet de créer une variable d'origine en 7 catégories décrites dans l'encadré 1. Les immigré·es sont défini·es comme des personnes nées à l'étranger de nationalité étrangère à la naissance. Les descendant·es d'immigrés sont des personnes qui ont au moins un parent immigré.

Comme nous souhaitons étudier l'association entre la discrimination au travail et la santé mentale, nous avons exclu de cette étude les personnes qui n'étaient pas en activité au moment de l'enquête (chômage, retraite, arrêt maladie). Les personnes enquêtées dans les départements d'Outre-mer ont aussi été exclus de l'étude car nous avons supposé que le contexte était différent, à la fois en termes de structuration du marché du travail et d'expérience des discriminations, pour pouvoir les agréger avec les personnes résidant en France métropolitaine.

Encadré 1. La variable origine en sept modalités

Population majoritaire (ni immigrée, ni descendante d'immigrés)

Immigré·es de l'Union européenne des 27

Immigré·es d'Afrique

Immigré·es hors UE27 hors Afrique

Descendant·es d'immigrés d'Afrique

Descendant·es d'immigrés de l'Union européenne des 27

Descendant·es d'immigrés hors UE27 hors Afrique

Indicateurs

a) La discrimination au travail : construction d'un indicateur de discrimination situationnelle

Un indicateur de discrimination au travail a été créé en s'inspirant de la méthode utilisée dans la grande enquête qui mesure les discriminations en France, l'enquête Trajectoires et Origine [20]. Il s'agit dans TeO d'enregistrer des traitements différenciés auxquels ont été confrontés les enquêté·es, puis de rattacher ces traitements à une liste de motifs. Ainsi, ces questions ne nécessitent pas une pré-construction du fait discriminatoire de la part des enquêté·es, contrairement à l'expérience auto-rapportée. Dans l'enquête CT-RPS, on demandait aux personnes si elles avaient été confrontées dans les douze derniers mois à des comportements hostiles de manière systématique, avec une liste de comportements hostiles (blagues, moqueries, harcèlement...)(cf. encadré 2). Si la personne répondait oui, on lui demandait d'attribuer ces comportements à un ou plusieurs motifs. La déclaration d'un comportement hostile et son attribution à un ou plusieurs des motifs mentionnés était considérée comme de la discrimination au travail dans les douze derniers mois. Cet indicateur n'est ainsi pas un

indicateur « parfait » de discrimination car la notion de traitement « différencié » n'apparaît pas dans la question posée, en revanche, le fait que le comportement hostile soit « systématique » et attribué à un motif (sexe, âge, origine, etc.) nous laisse penser qu'il s'agit d'une mesure assez proche de la discrimination situationnelle.

Encadré 2. L'indicateur de discrimination au travail

L'indicateur est construit à partir de deux questions :

Question sur les comportements hostiles au travail rapportés dans l'enquête CT-RPS 2016, construite à partir du questionnaire de Leyhman [21].

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre au travail les situations difficiles suivantes ? Une ou plusieurs personnes se comportent systématiquement avec vous de la façon suivante :

On laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé

On vous dit des choses obscènes ou dégradantes

On vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante

On critique injustement votre travail

On vous charge de tâches inutiles ou dégradantes,

On sabote votre travail, on vous empêche de travailler correctement

On vous ignore, on fait comme si vous n'étiez pas là,

On vous empêche de vous exprimer,

On vous ridiculise en public

On vous fait des blagues blessantes ou de mauvais gout, on se moque de vous

A ces questions, l'enquêté pourrait répondre par oui, non, ne sait pas ou refuse de répondre.

Question sur les motifs des comportements hostiles rapportés dans l'enquête CT-RPS 2016,

Si l'enquêté(e) répond par un oui à au moins une des questions sur les comportements hostiles, il sera alors invité à renseigner sur le/ les motifs qui selon lui peuvent être liés à ce /ces comportements de la manière suivante :

Pensez-vous que ces comportements sont liés à...

Votre sexe (le fait d'être homme ou femme)

Votre état de santé ou handicap

Votre grossesse

Votre couleur de peau

Votre origine ou votre nationalité

Votre façon de vous habiller

Votre âge

Votre orientation sexuelle

Votre profession

Votre poids, votre taille

Votre appartenance à un syndicat, une organisation professionnelle.

Votre opinion syndicale, politiques, religieuse

b) la santé mentale: le choix d'un un indicateur d'anxiété

L'enquête CT-RPS 2016 comportait un certain nombre de questions qui permettaient d'évaluer l'état de santé mentale de l'enquêté-e au moment de l'étude, toutes posées dans la partie auto questionnaire. Parmi les conditions renseignées dans le questionnaire, c'est l'indicateur de trouble anxieux généralisé qui a été choisi. Cet indicateur est construit en se basant sur l'échelle GAD-Mini score du Trouble Anxieux Généralisé (Mini International Neuropsychiatric Interview) [22] (cf. questions du score en annexe). Le questionnaire a été rempli par les enquêtés et le calcul du score a été fait de lors du codage de la base. La variable était codée en deux modalités (oui /non).

c) Covariables

En plus de la variable d'origine (cf. encadré 1), les autres variables utilisées sont les suivantes: catégorie socioprofessionnelle en 7 catégories (agriculteurs·trices et artisan·es, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employé·es qualifié·es, employé·es non-qualifié·es, ouvrier·es qualifié·es, ouvrier·es non-qualifié·es); le type de contrat de travail en 5 catégories (apprentissage ou stage rémunéré, CDD/ intérim/saisonnier, contrat de durée indéterminée ou fonction publique, indépendant, travail sans contrat), le secteur d'emploi (privé/public), l'ancienneté dans l'emploi en 4 catégories (quartiles).

En plus des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, deux autres variables sont utilisées qui sont de bons prédicteurs de l'état de santé mentale dans la littérature scientifique : se sentir soutenu-e par des collègues de travail et/ou des supérieurs hiérarchiques (codée en deux modalités oui/non) et antécédent de tentative de suicide (oui/non).

d) Analyses statistiques

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêté-es sont décrites selon l'origine. Puis, nous donnons les niveaux de discrimination au travail et de trouble anxieux généralisé, selon l'origine et le sexe.

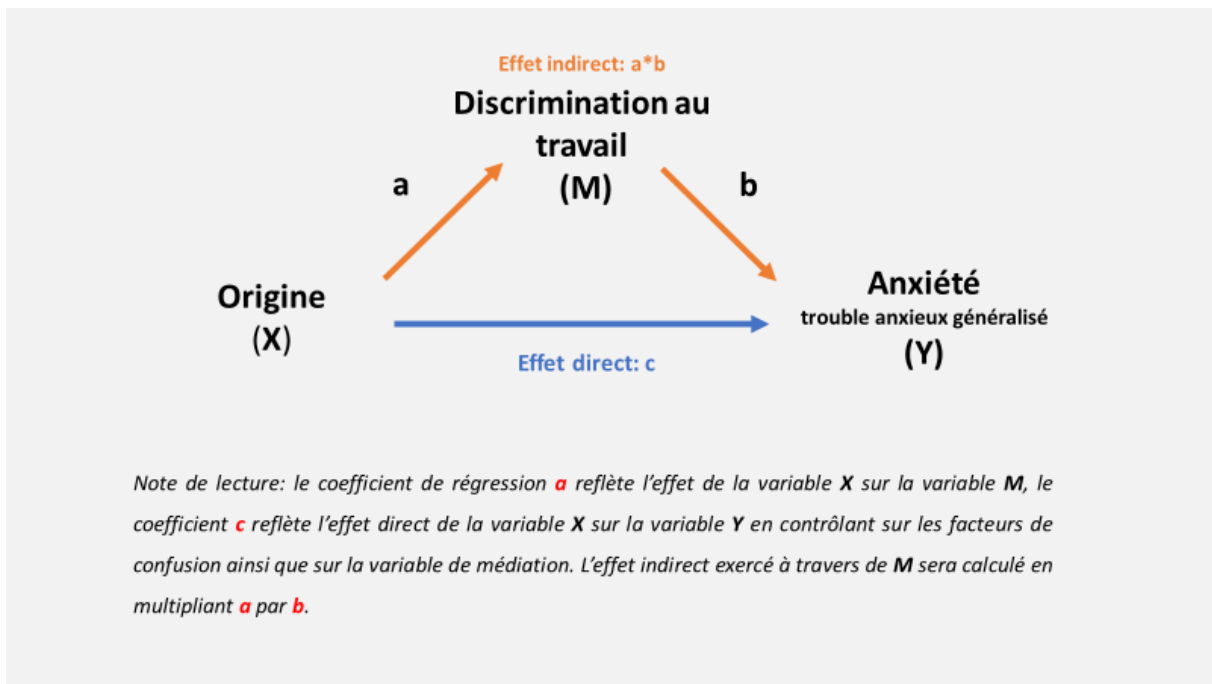
Afin de remplir les conditions d'une analyse de médiation, nous avons mesuré les associations suivantes au moyen de régressions logistiques, en ajustant sur l'ensemble des covariables :

- Entre discrimination au travail au travail et origine
- Entre trouble anxieux généralisé et origine
- Entre trouble anxieux généralisé et discrimination au travail

Les conditions étant réunies, une analyse de médiation a été réalisée afin de quantifier l'effet de la discrimination sur la santé mentale des travailleurs selon l'origine.

L'objectif d'une analyse de médiation est d'identifier et d'expliquer l'effet d'une variable indépendante (X) sur une variable dépendante (Y). Elle permet de de mieux comprendre le processus par lequel la variable indépendante affecte la variable dépendante à travers une séquence d'événements causaux dans laquelle X influence au moins une variable médiatrice (M) qui, à son tour, influence causalement Y. Afin d'étudier l'effet médiateur que joue la discrimination au travail dans l'association entre origine et trouble anxieux généralisé, une analyse de médiation a été réalisée (figure 1).

Figure 1. L'analyse de médiation



Dans notre étude, cette analyse a permis de décomposer l'effet total de la variable indépendante (origine) sur la variable dépendante « trouble anxieux généralisé » en effet direct (indépendant de l'effet de la variable de médiation) et indirect (qui passe à travers la variable de médiation : discrimination au travail). Notre variable indépendante étant multi-catégorielle, l'effet direct et indirect de chaque modalité a été étudié séparément avec pour modalité indicatrice de référence la population majoritaire.

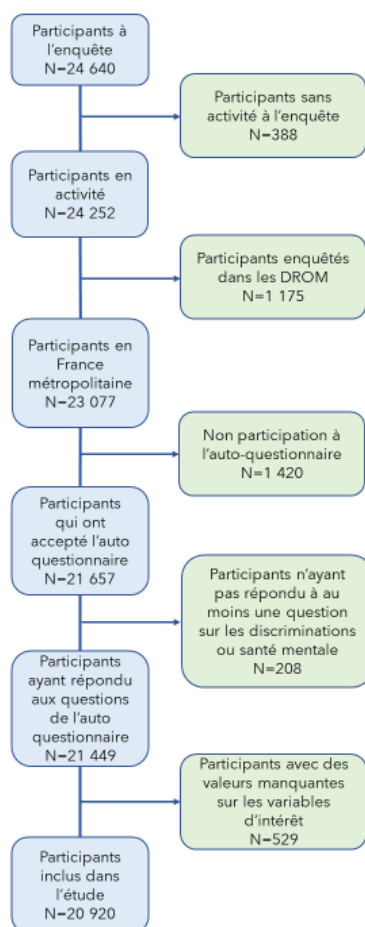
Le bootstrapping a été utilisé comme méthode d'inférence afin de construire l'intervalle de confiance pour l'effet indirect de la variable indépendante.

Toutes les analyses ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage. Toutes les analyses ont été menées à l'aide du logiciel STATA 17, l'analyse de médiation a été réalisée avec le Generalised Structural Equation Modelling (GSEM) Stata17 [23].

Résultats

Au total, 29 920 personnes ont été incluses dans l'étude (Figure 2).

Figure 2. Processus d'inclusion dans l'étude



Les personnes n'ayant pas participé à l'auto questionnaire (n=1420) ont été comparées aux autres : les hommes, les immigré-es (toutes régions confondues), les personnes les moins diplômées et les ouvriers et artisans ont significativement moins répondu que les autres ; la variable de pondération adaptée pour les étudier les réponses à l'auto questionnaire a été utilisée pour l'ensemble des analyses [19].

Analyses descriptives

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population d'étude sont décrites dans les tableaux 1 et 2 respectivement. On retrouve dans cette description les différences selon l'origine largement documentées par les enquêtes Trajectoire et Origine entre autres : les personnes originaires de l'Union européenne ont des profils sociodémographiques et professionnels plus proches de la population majoritaire, les immigré-es et descendant-es d'immigrés d'Afrique sont notamment plus représenté-es parmi les employé-es et ouvrier-es non qualifié-es et parmi les personnes en contrat précaires (Tableaux 1 et 2).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, selon l'origine

		Population majoritaire	Immigré-es UE27	Immigré-es d'Afrique	Immigré-es hors UE hors Afrique	Descendant-es d'immigrés d'Afrique	Descendant-es d'immigrés hors UE hors Afrique	Descendant-es d'immigrés UE 27	Total
		(n=17697)	(n=363)	(n=445)	(n=281)	(n=779)	(n=192)	(n=1152)	(N=20920)
Sexe									
Homme	%	51.6	45.7	59.4	51.4	50	48.4	51.9	51.6
	n	7704	144	227	142	337	85	464	9103
Femme	%	48.4	54.3	40.6	48.6	50	51.6	48.1	48.4
	n	9993	219	218	139	442	107	688	11806
Age (3 catégories)									
15-34	%	29.6	20.2	23.1	24.4	29	59.8	27.5	29.4
	n	3601	44	72	58	253	78	202	4308
35-49	%	39.9	41.9	48.4	44	43.6	29.2	44.2	40.7
	n	7783	127	227	122	325	70	515	9169
50 +	%	30.5	37.9	28.5	31.6	27.4	11	28.2	30
	n	6313	192	146	101	201	44	435	7432
Niveau de diplôme									
Aucun diplôme	%	12.2	27.9	28.5	18.8	16.5	20.3	14	13.9
	n	1879	94	100	78	101	28	138	2418
CAP BEP	%	26	15.4	20.9	13.5	19.4	17.5	27.7	24.9
	n	4422	65	81	40	168	28	317	5121
Bac	%	19.3	14	18.4	17.3	18.3	28.4	19.9	19.2
	n	3330	54	87	39	137	41	236	3924
Bac+2	%	15.5	12.5	8.8	12.1	18.2	9.83	12.6	15
	n	2864	30	42	29	119	23	155	3262
Supérieur à Bac + 2	%	27	30.3	23.4	38.3	27.7	24	25.8	27.1
	n	5202	120	135	95	254	72	306	6184
Type de ménage									
Personne seule	%	14.9	18.6	14.6	12.9	13.7	13.8	16.3	14.9
	n	2548	60	50	32	120	30	163	3003
Famille	%	7.13	6.47	12.2	8.77	13.2	11.8	7.27	7.77
	n	1340	22	60	29	106	28	111	1696
Couple sans enfants	%	22.5	27.5	11.6	22.1	16.8	14.9	21.7	21.7
	n	3961	103	48	46	128	31	259	4576
Couple avec enfant (s)	%	53	41.7	60.3	51.7	52.2	50.6	50.7	52.7
	n	9443	165	271	149	396	85	574	11083
Autre type de ménage	%	2.52	5.72	1.16	4.48	4.19	8.97	4.05	2.89
	n	405	13	16	25	29	18	45	551

BEP : brevet d'études professionnelles ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; UE : Union Européenne

% : Pourcentage pondérées.

Champ : Ensemble de la population en activité au moment de l'enquête, enquêtés en France métropolitaine (20 920).

Tableau 2. Caractéristiques de la situation professionnelle de la population d'étude, selon l'origine

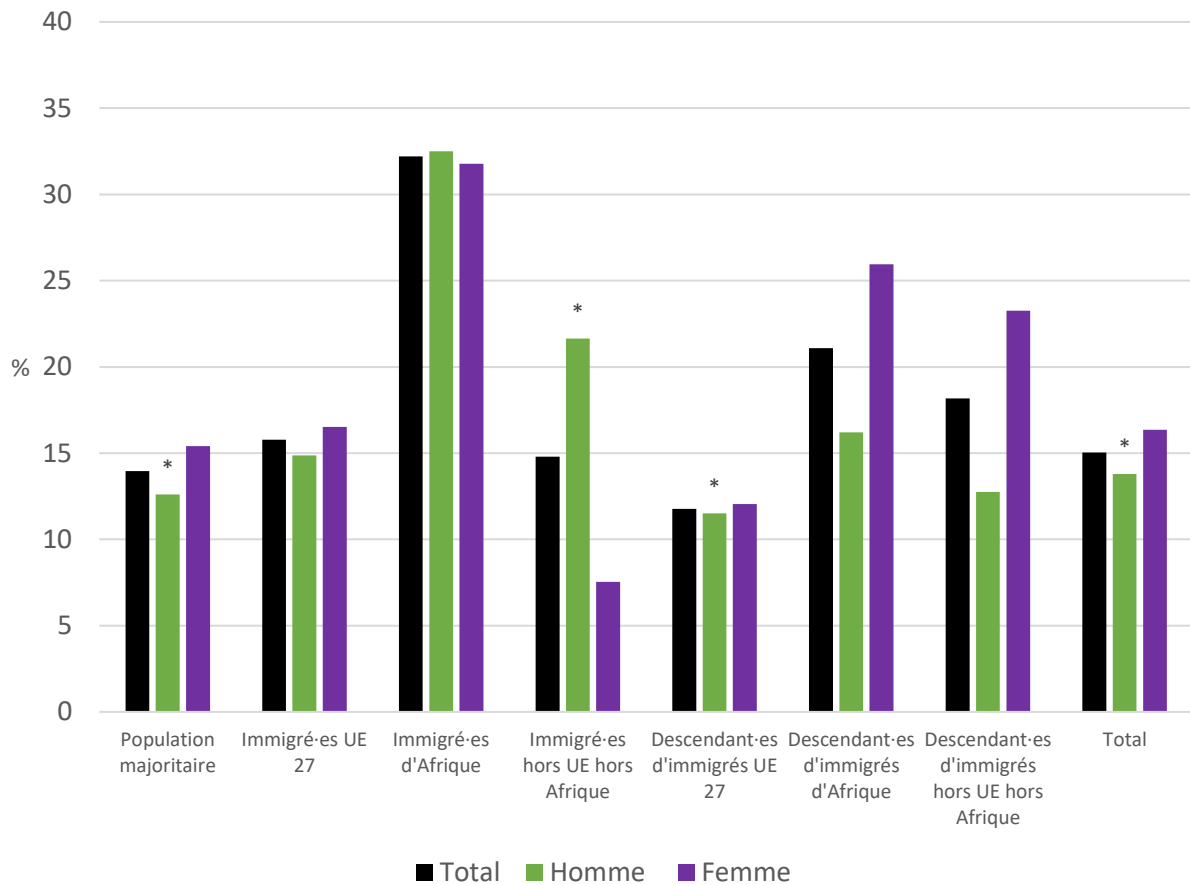
		Population majoritaire	Immigré-es UE27	Immigré-es d'Afrique	Immigré-es hors UE hors Afrique	Descendant-es d'immigrés d'Afrique	Descendant-es d'immigrés hors UE hors Afrique	Descendant-es d'immigrés UE 27	Total
		(n=17697)	(n=363)	(n=445)	(n=281)	(n=779)	(n=192)	(n=1152)	(N=20920)
Catégorie socioprofessionnelle en 7 modalités									
Agriculteurs-trices, artisan-es, commerçant-es	%	6.67	9.06	6.93	6.99	4.74	2.41	9.58	6.74
	n	901	26	18	22	24	11	60	1062
Cadres et profession intellectuelles	%	18.8	21.4	13.7	22.4	20.9	12	17.2	18.7
	n	3284	79	76	56	135	37	212	3879
Professions intermédiaires	%	26.4	20.4	13.5	13.4	26.2	21.1	28.9	25.6
	n	5597	77	70	49	242	48	334	6417
Employé-se qualifié-e-s	%	15.4	7.32	13.9	6.33	15.1	16.6	13.7	14.8
	n	3171	39	82	27	161	41	232	3753
Employé-es non qualifié-es	%	11.9	23.1	20.5	24.3	16.7	23.8	13.5	13.3
	n	2028	66	96	57	114	31	154	2546
Ouvrier-es qualifié-es	%	15	12.2	19.5	19.8	11.8	8.48	12.3	14.7
	n	2035	58	69	40	73	16	114	2405
Ouvrier-es non qualifié-es	%	5.82	6.49	11.9	6.73	4.53	15.7	4.86	6.11
	n	681	18	34	30	30	8	46	847
Type de contrat de travail									
En apprentissage, stage	%	1.91	.369	.858	.134	1.18	.892	1.64	1.72
	n	74	2	4	1	9	1	9	100
CDD, intérim, saisonnier-e	%	10.8	11	17.6	11.6	15	37	8.94	11.7
	n	950	34	45	34	82	20	63	1228
CDI ou fonction publique	%	77.6	77.1	72.4	78.5	75	57.7	78.4	76.9
	n	15236	288	367	214	642	154	995	17896
Travail sans contrat	%	.581	2.41	1.5	1.19	.432	0	.109	.626
	n	65	7	6	6	1	0	3	88
Indépendant-es	%	9.13	9.17	7.64	8.62	8.4	4.47	10.9	9.05
	n	1372	32	23	26	45	17	82	1597
Secteur d'activité									
Public	%	22.9	8.89	13.2	9.53	23.2	11.6	20.8	21.6
	n	7148	76	129	56	325	49	456	8239
Privé	%	77.1	91.1	86.8	90.5	76.8	88.4	79.2	78.4
	n	10549	287	316	225	454	143	696	12670
Ancienneté dans l'emploi									
Quartile 1 (moins	%	37.2	43.8	51.1	61.8	46.3	61.2	39.9	39.4

de 70 mois)	n	4214	116	146	122	286	76	270	5230
Quartile 2 (entre	%	25.1	26	29.8	17.4	27.3	27.2	22.5	25.2
71 et 156 mois)	n	4692	107	174	78	222	63	290	5626
Quartile 3 (entre	%	20.9	18.7	13	13.6	16.5	9.11	21.8	20
157 et 276 mois)	n	4455	70	80	48	174	36	309	5172
Quartile 4 (plus de	%	16.8	11.5	6.16	7.22	9.85	2.52	15.8	15.4
277 mois)	n	4336	70	45	33	97	17	283	4881
Soutien au travail									
	%	80.9	78	74.1	74.7	82	88.4	78.7	80.5
Oui	n	14678	273	358	212	658	161	957	17297

% : Pourcentage pondérées.

Champ : Ensemble de la population en activité au moment de l'enquête, enquêtés en France métropolitaine (20 920).

Figure 3. Proportion de personnes qui subissent de la discrimination au travail, selon le sexe et l'origine



La discrimination au travail est mesurée par la déclaration de comportements hostiles associés à un motif (cf. encadré 2).

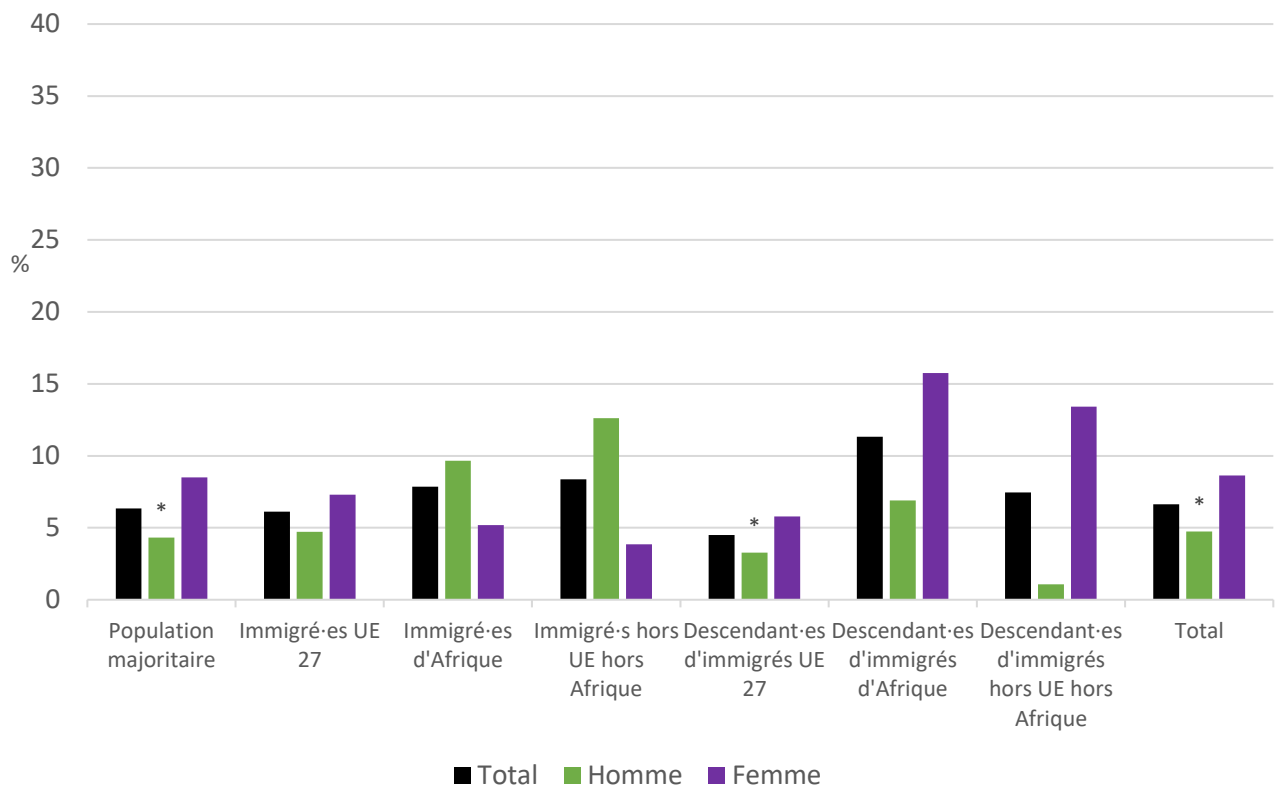
*différence significative entre les hommes et les femmes

Source : Enquête CT-RPS 2016

La prévalence de la discrimination au travail était de 15 %, elle était plus élevée chez les femmes (16%) que chez les hommes (14%) avec un $p = 0.01$. La prévalence de la discrimination au travail était la plus élevée parmi les immigré-es et les descendant-es d'immigrés d'Afrique (32% et 21% respectivement) que dans la population majoritaire (14%) (figure 3).

La prévalence de l'anxiété (trouble anxieux généralisé) était plus élevée parmi les descendant-es d'immigrés d'Afrique (11%) que dans la population majoritaire (6%) et plus élevée chez les femmes que chez les hommes (5% chez les hommes et 9% chez les femmes). Chez les immigré-es d'Afrique ainsi que les immigré-es hors Afrique hors UE, la prévalence de l'anxiété était plus élevée chez les hommes que chez les femmes mais cette différence n'était pas significative (Figure 4).

Figure 4. Prévalence de l'anxiété (trouble anxieux généralisé) par origine et par sexe



**différence significative entre les hommes et les femmes*

Source : Enquête CT-RPS 2016

Analyses multivariées préalables à l'analyse de médiation

- Association entre discrimination au travail et origine

Les résultats de la régression logistique multivariée sont présentés dans le tableau 3. Après ajustement sur les covariables, par rapport à la population majoritaire les immigré-es d'Afrique et les descendant-es d'immigrés d'Afrique avaient plus de risque de déclarer des attitudes discriminatoires au travail que la population majoritaire (Odds ratio ajusté ORa=3.12 - intervalle de confiance à 95%, IC [2.1-4.6] et ORa 1.67, IC [1.24-2.24] respectivement). Les employé-es du secteur public avaient un risque plus élevé de subir de la discrimination au travail avec un ORa de 1.28 et un IC 95%, IC[1.09 - 1.49].

Quant aux catégories socioprofessionnelles, et en prenant pour référence les professions intermédiaires, ce sont les ouvrier-es qualifié-es qui avaient le plus grand risque de subir des attitudes discriminatoires avec un ORa de 1.44 et un IC à 95%, IC[1.1 - 1.88] (Tableau 3).

Les résultats montrent également que les femmes ont un risque plus élevé que les hommes de déclarer de la discrimination au travail toutes choses égales par ailleurs avec un OR de 1.25 et un IC à 95%, IC [1.05-1.49].

Tableau 3. Facteurs associés à la discrimination au travail dans les douze derniers mois, odds ratio ajustés (régression logistique)

	ORa [IC à 95%]	p
Age		
Moins de 35 ans	<i>Ref</i>	0.11
35-49 ans	0.93 [0.77-1.13]	
50 ans et plus	0.81 [0.66-0.99]	
Sexe		
Homme	<i>Ref</i>	<0.05
Femme	1.25 [1.05-1.49]	
Origine		
Population majoritaire	<i>Ref</i>	<0.001
Immigré-es UE 27	1.22 [0.75-1.98]	
Immigré-es d'Afrique	3.12 [2.10-4.65]	
Immigré-es autres que UE 27 et Afrique	1.13 [0.55-2.33]	
Descendant-es d'immigrés d'Afrique	1.67 [1.24-2.24]	
Descendant-es d'immigrés autres que UE 27 et Afrique	1.31 [0.69-2.48]	
Descendant-es d'immigrés UE 27	0.85 [0.63-1.14]	
Type de ménage		
Couple avec au moins un enfant	<i>Ref</i>	<0.01
Personne seule	1.45 [1.18-1.79]	
Famille monoparentale	1.25 [0.95-1.65]	
Couple sans enfants	1.38 [1.12-1.70]	
Autre type de ménage	1.38 [0.77-2.46]	
Catégorie socioprofessionnelle		
Professions intermédiaires	<i>Ref</i>	<0.001
Agriculteur-trices, artisan-es, commerçant-es	0.46 [0.30-0.70]	
Cadres et professions intellectuelles	0.84 [0.67-1.05]	
Employé-es qualifié-es	1.13 [0.90-1.42]	
Employé-es non qualifié-es	0.90 [0.69-1.17]	
Ouvrier-es qualifié-es	1.46 [1.11-1.92]	
Ouvrier-es non qualifié-es	1.27 [0.87-1.87]	
Secteur d'activité		
Privé	<i>Ref</i>	<0.01
Public	1.27 [1.09-1.49]	

Champ : ensemble de la population en emploi au moment de l'enquête (20 920)

Source : Enquête CT RPS 2016

- Association entre l'origine et le trouble anxieux généralisé

Les résultats de la régression logistique multivariée sont présentés dans le tableau 4. Après ajustement sur les covariables, les descendant-es d'immigrés d'Afrique avaient le plus de risque de déclarer un trouble anxieux généralisé par rapport à la population majoritaire avec un ORa à 1.85 et un IC à 95%, IC [1.19-2.87] (tableau 4).

Tableau 4 : Facteurs associés au trouble anxieux généralisé, odds ratio ajustés (régression logistique)

	ORa [IC à 95%]	p
Sexe		
Homme	<i>Ref</i>	<0.001
Femme	1.76 [1.36-2.27]	
Age		
Moins de 35 ans	<i>Ref</i>	<0.01
35-49 ans	1.58 [1.20-2.07]	
50 ans et plus	1.48 [1.09-2.01]	
Origine		
Population majoritaire	<i>Ref</i>	0.0585
Immigré-es UE 27	0.91 [0.51-1.64]	
Immigré-es d'Afrique	1.27 [0.60 - 2.68]	
Immigré-es autres que UE 27 et Afrique	1.42 [0.66 - 3.05]	
Descendant-es d'immigrés d'Afrique	1.85 [1.19-2.87]	
Descendant-es d'immigrés autres que UE 27 et Afrique	1.25 [0.54- 2.92]	
Descendant-es d'immigrés UE 27	0.69 [0.44-1.10]	
Catégorie socioprofessionnelle		
Professions intermédiaires	<i>Ref</i>	<0.01
Agriculteur-trices, artisan-es, commerçant-es	1.08 [0.67-1.73]	
Cadres et professions intellectuelles	0.67 [0.49-0.92]	
Employé-es qualifié-es	1.38 [1.00-1.92]	
Employé-es non qualifié-es	1.04 [0.74-1.47]	
Ouvrier-es qualifié-es	1.23 [0.83-1.81]	
Ouvrier-es non qualifié-es	1.46 [0.82-2.62]	

Antécédents de tentative de suicide		
Non	Ref	
Oui	2.76 [1.89-4.04]	0.000

Champ : Ensemble de la population en emploi au moment de l'enquête (20 920)

Source : Enquête CT-RPS 2016

- Association entre trouble anxieux généralisé et discrimination au travail dans les douze derniers mois
Après ajustement sur les variables sociodémographiques et de la profession, l'association entre discrimination au travail et trouble anxieux généralisé était significative avec un ORa de 3.24 et un IC95%, IC[2.54-4.13]. Cette analyse a également révélé une moindre exposition des personnes avec un niveau d'éducation supérieur à Bac+2 ainsi qu'une surexposition des femmes et des personnes âgées de plus de 35 ans au trouble anxieux généralisé.

Bilan des analyses multivariées

Les analyses multivariées réalisées ont permis de montrer l'existence d'une association entre :

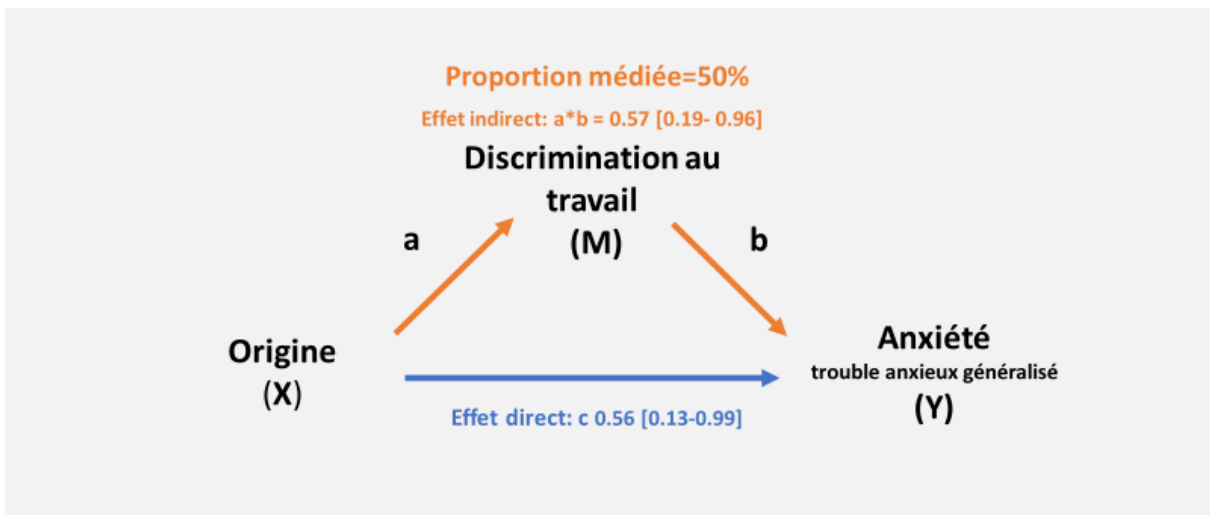
- 1- Le trouble anxieux généralisé et l'origine avec une plus grande exposition des descendant-es d'immigrés d'Afrique.
- 2- La discrimination au travail dans les douze derniers mois et l'origine avec une plus grande exposition des immigré-es d'Afrique et des descendant-es d'immigrés d'Afrique.
- 3- Le trouble anxieux généralisé et la discrimination au travail dans les douze derniers mois. Ces analyses ont également permis de montrer une surexposition des femmes à la discrimination au travail et au trouble anxieux généralisé.

L'étape suivante a consisté à quantifier la contribution de la discrimination au travail dans le lien entre origine et le trouble anxieux généralisé par une analyse de médiation.

Analyse de médiation

Après prise en compte de la discrimination au travail et des covariables, l'effet direct de l'origine sur la santé mentale des travailleurs apparaît significatif pour les descendant-es d'immigrés d'Afrique avec un path coefficient c positif égal à 0.56 et un IC à 95%, IC [0.13- 0.99]. L'effet indirect du fait d'être descendant-e d'immigrés d'Afrique, par rapport à la population majoritaire, à travers la variable médiatrice «discrimination au travail » est également significatif avec un coefficient $a*b = 0.57$ et intervalle de confiance à 95% de IC [0.19- 0.96], indiquant que par rapport à la population majoritaire, 50% du sur-risque du trouble anxieux généralisé s'explique par le fait d'avoir subi de la discrimination au travail au cours des 12 derniers mois. Les deux coefficients (c et $a*b$) étant significatifs et de même signe on parle alors de « médiation complémentaire » [24] (Figure 5).

Figure 5. Résultats de l'analyse de médiation pour les descendants d'immigrés d'Afrique



L'analyse de médiation ne peut pas être réalisée pour la sous-population des immigré·es d'Afrique et ceci à cause de l'absence d'une association le fait d'être immigré·e d'Afrique et la variable dépendante « trouble anxieux généralisé ».

Discussion

Ce travail est l'un des premiers en France à étudier le lien entre discrimination et santé mentale dans un échantillon représentatif de la population occupée. Cette étude met en évidence plusieurs choses : des niveaux importants de discrimination au travail déclarés notamment parmi les immigré·es et descendant·es d'immigrés d'Afrique. Elle montre également qu'il y a bien un mécanisme de causalité entre cette discrimination vécue au travail et l'anxiété parmi les descendant·es d'immigrés d'Afrique, avec une part médiée de 50%. Elle suggère ainsi la part importante que joue la discrimination au travail dans la santé mentale des descendant·es d'immigrés d'Afrique. Cette étude vient donc compléter le tableau des risques psychosociaux selon l'origine que nous avons pu faire avec des indicateurs classiques (*job strain*, *iso strain*³) [26] : en effet, le vécu de la discrimination n'est pas intégré dans ces indicateurs classiques de mesure des risques professionnels. Nous montrons qu'en plus d'être très exposés au *job strain* et à l'*iso strain*, les immigrés et descendants d'immigrés d'Afrique sont nombreux à être confrontés à de la discrimination sur leur lieu de travail. Pour les descendants, nous avons pu mettre en évidence que cette discrimination « de tous les jours » a un retentissement important sur la santé mentale.

Les femmes descendantes d'immigrés apparaissent comme un groupe particulièrement concerné par la discrimination au travail. Ce résultat est assez différent de celui de l'enquête TeO 2008-2009 où la proportion des femmes ayant subi des discriminations dans la sphère professionnelle était à peu près égale à celle des hommes [4]. On ne peut pas complètement exclure une évolution dans le temps de la déclaration : l'enquête TeO a été conduite en 2008-2009 ; l'enquête CT-RPS en 2015-2016 ; dans

³ Le *job strain*, traduit en français par tension au travail, se définit comme une situation où une personne rencontre à la fois de grandes exigences dans son travail et a peu de latitude décisionnelle. L'*iso-strain* se définit par une situation dans laquelle la personne est en situation de tension au travail et d'isolement. Ces deux indicateurs sont mesurés par le questionnaire de Karasek [25].

TeO2 conduite en 2019-2020, on voit que le sentiment de discrimination a augmenté, porté notamment par les femmes et le motif sexiste [27]. Une autre hypothèse qui peut expliquer la discordance entre les deux enquêtes est précisément l'indicateur de discrimination situationnelle choisi : pour rappel dans TeO les questions portent sur des comportements différenciés attribués à un motif, dans notre étude, les questions concernent des comportements hostiles systématiques attribués à un motif (cf. encadré 2). Cela peut expliquer une certaine différence de déclaration. Au niveau agrégé, 15% de la population totale déclare une discrimination situationnelle dans le travail, un chiffre bien supérieur que le 5% documenté dans TeO [4].

Le haut niveau d'anxiété déclaré par les descendants d'immigrés, et notamment les femmes, rejoint des travaux plus anciens conduits sur le cumul de désavantages pour ces femmes dans le marché du travail [28] mais nous manquons de données pour comparer nos résultats et savoir si d'autres études retrouvent ces niveaux de santé mentale dégradée chez les descendant-es d'immigrés. Cependant une comparaison est possible avec les résultats de l'enquête TeO2. Dans l'enquête TeO2, l'anxiété n'est pas collectée, en revanche on retrouve sur les niveaux de dépression⁴ ce profil particulier des descendants d'immigrés et surtout des femmes : 28 % des femmes descendantes d'immigrés G2.5 d'Afrique subsaharienne ont eu un épisode dépressif dans les 12 derniers mois, et 25% des descendantes G2.5 des autres pays d'UE27 contre 22 % parmi les femmes de la population majoritaire [29]. Ce sont donc les femmes descendantes d'immigrés issues de couple mixte qui sont le plus concernées par une santé mentale dégradée. Ces résultats sont à mettre en regard d'une littérature abondante sur les trajectoires des enfants de couples mixtes en Europe : si ceux-ci sont en général « à mi-chemin » entre les enfants de la population majoritaire et les enfants de deux parents immigrés sur la plupart des indicateurs de trajectoires scolaires et sociale, ces enfants de couples mixtes sont souvent autant stigmatisés et discriminés que les enfants de deux parents immigrés s'ils sont racisés [30]. Ainsi, deux enquêtes (CTRPS 2016 et TeO2) qui portent sur des thématiques différentes et conduites à 3 ans d'intervalle documentent le même phénomène d'une santé mentale dégradée (avec deux indicateurs différents) chez les descendants d'immigrés, et en particulier chez les femmes. Quoiqu'il en soit, dans notre étude les discriminations subies au travail apparaissent bien liées à la santé mentale dégradée de cette population de descendants et descendantes d'immigrés.

Malgré des effectifs importants dans l'enquête, nous avons tout de même rencontré des problèmes de puissance statistique importants dans l'étude de l'association entre origine et santé mentale : par exemple, si la modalité « descendant-e d'immigré d'Afrique » est bien associée à une plus mauvaise santé mentale, la p valeur sur l'ensemble de la variable est à la limite de la significativité ($p=0,058$, cf. Tableau 4). Ce problème de puissance statistique renvoie à la difficulté de mobiliser des enquêtes de la statistique publique : ces enquêtes ne sont pas construites pour traiter spécifiquement des populations immigrées ou descendantes d'immigrés et les effectifs sont parfois insuffisants. Il aurait ainsi été intéressant de pouvoir distinguer les situations des personnes originaires du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne mais cela n'a pas été possible en raison d'effectifs trop petits. En effet, il a été montré à partir des données de TeO que les personnes plus exposées aux attitudes discriminatoires sont les immigré-es d'Afrique subsaharienne alors que les personnes natives des DROM et leurs enfants nés en métropole ont déclaré une fréquence de la discrimination comparable à celles des minorités originaires du Maghreb [4]. Enfin le fait-même d'utiliser une enquête qui ne porte pas spécifiquement sur la migration pour traiter de la situation des immigré-es a ses limites : ainsi, certaines questions ou indicateurs auraient été extrêmement pertinents, mais n'ont pas été collectés

⁴ L'indicateur recueilli dans TeO est un score permettant de mesurer l'épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois.

dans l'enquête (par exemple : le titre de séjour des participant·es, ou les circonstances de leur migration, des facteurs qui influent à la fois sur l'insertion professionnelle et la santé mentale).

Conclusion

En conclusion, notre étude montre une surexposition des immigré·es d'Afrique et des descendant·es d'immigrés d'Afrique en particulier les femmes à la discrimination au travail : jusqu'à 25% des descendantes d'immigrés d'Afrique rapportent une telle discrimination. Notre étude met de plus pour la première fois en évidence le rôle majeur que joue la discrimination au travail dans l'état de santé mentale dégradé des descendant·es d'immigrés d'Afrique, grâce à une analyse de médiation qui permet de conclure à un mécanisme de causalité entre discrimination et santé et non une simple association : la moitié du sur-risque d'anxiété parmi les descendants d'immigrés d'Afrique est expliquée par l'expérience de la discrimination au travail.

Deux enseignements peuvent être tirés de ces résultats : premièrement, le vécu répété de discriminations sur le lieu de travail peut bien être un facteur de risque pour la santé mentale chez les descendant·es d'immigrés. Nos résultats montrent ainsi la nécessité d'intégrer cette question des discriminations au travail à la fois dans la mesure en routine des risques professionnels mais aussi dans les actions de prévention sur le lieu de travail car cette question touche un nombre important de personnes et a des conséquences sur la santé.

Deuxièmement, il reste encore beaucoup de questions et de pistes de recherche à explorer pour mieux comprendre comment le vécu de la discrimination peut impacter la santé. Des enquêtes qui en plus des conditions de travail interrogeraient le statut administratif, le vécu pré-migratoire ou encore les discriminations subies dans d'autres sphères pourraient être clef pour mieux comprendre la part de la discrimination au travail dans la dégradation de la santé mentale.

Références bibliographiques

1. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annual Review of Public Health*. 1 avr 2019;40(Volume 40, 2019):105-25.
2. Kelly-Irving M, Delpierre C. A framework for understanding health inequalities over the life course: the embodiment dynamic and biological mechanisms of exogenous and endogenous origin. *J Epidemiol Community Health*. déc 2021;75(12):1181-6.
3. Krieger N. Living and Dying at the Crossroads: Racism, Embodiment, and Why Theory Is Essential for a Public Health of Consequence. *Am J Public Health*. mai 2016;106(5):832-3.
4. Brinbaum Y, Safi M, Simon P. Les discriminations en France: entre perception et expérience. In: *Trajectoires et Origines Enquête sur la diversité des populations en France* (Beauchemin, Hamel & Simon Eds). Ined. Paris; 2015.
5. Valfort MA. Anti-Muslim discrimination in France: Evidence from a field experiment. *World Development*. 1 nov 2020;135:105022.
6. Arnoult E, Ruault M, Valat E, Villedieu P, IPP, ISM Corum. Discrimination à l'embauche des personnes d'origine supposée maghrébine : quels enseignements d'une grande étude par testing ? *DARES Analyses*. 2021;(67). Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/fc5a96e5fc19ccdcf46fd9d55339591b/Dares%20Analyses_testing_discrimination_embauche.pdf
7. Wallace S, Nazroo J, Bècares L. Cumulative Effect of Racial Discrimination on the Mental Health of Ethnic Minorities in the United Kingdom. *Am J Public Health*. juill 2016;106(7):1294-300.
8. Jounin N. *Chantier interdit au public: enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. La Découverte; 2014
9. Avril C. *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris: La Dispute; 2014.
10. Chilunga FP, Boateng D, Henneman P, Beune E, Requena-Méndez A, Meeks K, et al. Perceived discrimination and stressful life events are associated with cardiovascular risk score in migrant and non-migrant populations: The RODAM study. *Int J Cardiol*. 21 déc 2018;
11. Coutrot T. Le travail, point aveugle des inégalités sociales de santé (communication). *Colloque international. La quantification des inégalités sociales de santé. Enjeux théoriques et méthodologiques*; 2024 juill 5; Campus Condorcet.
12. Beauchemin C, Hamel C, Lesné M, Simon P. Les discriminations: une question de minorités visibles. *Population et sociétés*. 2010;(466). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2010-4-page-1.htm>
13. Melchior M, Loû AD du, Gosselin A, Datta GD, Carabali M, Merckx J, et al. Migrant status, ethnicity and COVID-19: More accurate European data are greatly needed. *Clinical Microbiology and Infection* . 22 oct 2020 [cité 2 nov 2020];0(0).

14. Crampe-Casnabet C, Franck J eve, Ringa V, Coeuret-Pellicer M, Chauvin P, Menvielle G. Role of obesity in differences in cervical cancer screening rates by migration history. The CONSTANCES survey. *Cancer Epidemiology*. 1 févr 2019;58:98-103.
15. Spire A, Sireyjol A, Bajos N. From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey. *BMJ Open*. 1 déc 2023;13(12):e073465.
16. Le Défenseur des droits. *La perception des discriminations dans l'emploi*. France; 2020 p. 35. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_13e-barometre-discriminations-emploi_2020.pdf
17. Desjonquères A, Lhommeau B, Niang M, Okba M. Quels sont les métiers des immigrés? *DARES Analyses* (36). Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quels-sont-les-metiers-des-immigres>
18. Minni C, Okba M. *Quelles situations sur le marché du travail des immigrés et des descendants d'immigrés en 2021 ?* 2023. Report No: 15. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/2e5142ee31195b453cd179e772e6f0ac/Dares-Analyses_Situations%20des%20immigres%20sur%20le%20marche%20du%20travail.pdf
19. Mauroux A, Amira S, Mette C, Beswick C, Dennevault C. *L'enquête Conditions de travail-risques psychosociaux 2016 : apurement et redressement*. 2020. Report No.: 242. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/l-enquete-conditions-de-travail-et-risques-psychosociaux-2016-apurement-et>
20. Beauchemin C, Hamel C, Simon P, éditeurs. *Trajectories and Origins: Survey on the Diversity of the French Population* [Internet]. Springer International Publishing; 2018 [cité 21 mai 2021]. (INED Population Studies). Disponible sur: <https://www.springer.com/gp/book/9783319766379>
21. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*. 1990;5(2):119-26.
22. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22 mai 2006;166(10):1092-7.
23. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 17*. College Station: TX: StataCorp LLC; 2021.
24. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(6):1173-82.
25. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*. 1979;285-308.
26. Gosselin A, Malroux I, Desprat D, Devetter FX, Memmi S, Pannetier J, et al. Prevalence of psychosocial risks among immigrants in France and associations with mental health: findings from the national French Working Conditions Survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 30 sept 2021 Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01763-2>

27. INSEE. En dix ans, le sentiment de discrimination augmente, porté par les femmes et le motif sexiste - *Insee Première* - 1911. INSEE. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6473349>
28. Meurs D, Pailhé A. Descendantes d'immigrés en France : une double vulnérabilité sur le marché du travail ? *Travail, genre et sociétés*. 3 déc 2008;N° 20(2):87-107.
29. Gosselin A, Ichou M. La santé au fil du temps et des générations : dynamique des inégalités sociales de santé parmi les immigrés et leurs descendants". Documents de travail, n°293, Aubervilliers : Ined. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/20.500.12204/Kn3evo8BvnvsSstXX0Ob>
30. Kalmijn M. The Children of Intermarriage in Four European Countries: Implications for School Achievement, Social Contacts, and Cultural Values. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1 nov 2015;662(1):246-65.

Financement

Cette étude a été financée par l'Institut Convergences MIGRATIONS/CNRS, ANR-17-CONV-0001.

Accessibilité des données

Les données sont accessibles sur PROGEDO/Adisp (<http://www.progedo-adisp.fr/>)

Autorisations éthiques

L'enquête a reçu les autorisations réglementaires nécessaires (CNIL no. 2015-079 and CNIS no. 2015X073TV).

Annexe. Questions du GAD Mini pour mesurer le trouble anxieux généralisé

A- Au cours des six derniers mois, avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, vous êtes vous senti(e) excessivement préoccupé(e), c pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

Oui

Non

Si la Réponse à la question (A) est OUI

B- Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

Oui

Non

Si la Réponse à la question (B) est OUI

C- Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

Oui

Non

Si la Réponse à la question (C) est OUI

D- Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent :

- De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ? oui/non
- D'avoir les muscles tendus ? oui/non
- De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ? oui/non
- D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? oui/non
- D'être particulièrement irritable ? oui/non
- D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils aumilieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ? oui/non

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI DANS LA QUESTION D ? SI OUI => TROUBLE ANXIEUX GENERALISE