



HAL
open science

Télétravail, dialogue social et santé des salariés : une approche au niveau établissement

Christine Erhel, Mathilde Guergoat-Larivière, Malo Mofakhami, Mathilde Nutarelli

► To cite this version:

Christine Erhel, Mathilde Guergoat-Larivière, Malo Mofakhami, Mathilde Nutarelli. Télétravail, dialogue social et santé des salariés : une approche au niveau établissement. 2023. halshs-03720870v2

HAL Id: halshs-03720870

<https://shs.hal.science/halshs-03720870v2>

Preprint submitted on 20 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Juillet 2022

**Télétravail, dialogue social
et santé des salariés :
une approche au niveau établissement**

Christine Erhel
Mathilde Guergoat-Larivière
Malo Mofakhami
Mathilde Nutarelli

210

Document de travail

« Le Descartes »
29, promenade Michel Simon
93166 Noisy-le-Grand CEDEX/
Téléphone : (33) 01 45 92 68 00

ceet.cnam.fr

Télétravail, dialogue social et santé des salariés : une approche au niveau établissement

CHRISTINE ERHEL

christine.erhel@lecnam.net

Centre d'Etudes de l'Emploi et du Travail (CEET – CNAM), LIRSA

MATHILDE GUERGOAT-LARIVIERE

mathilde.guergoatlariviere@univ-lille.fr

Université de Lille, Clersé, CEET

MALO MOFAKHAMI

malo.mofakhami@lecnam.net

Université Paris Nord, CEPN, CEET

MATHILDE NUTARELLI

mathilde.nutarelli@lecnam.net

CEET

DOCUMENT DE TRAVAIL

N° 210

Juillet 2022

Directrice de publication : **Christine Erhel**
Secrétaire de rédaction et d'édition : **Bilel Osmane**

ISSN 1629-7997
ISBN 978-2-11-167215-4

Ce numéro est en accès ouvert sous licence *Creative Commons*



TÉLÉTRAVAIL, DIALOGUE SOCIAL ET SANTÉ DES SALARIÉS : UNE APPROCHE AU NIVEAU ÉTABLISSEMENT

Christine Erhel, Mathilde Guergoat-Larivière, Malo Mofakhami et Mathilde Nutarelli

RÉSUMÉ

Les déterminants de la santé au travail sont largement étudiés dans la littérature de nombreuses disciplines (médecine, épidémiologie, économie, sociologie, ergonomie). Différents modèles théoriques et empiriques ont montré que certaines postures, des horaires irréguliers ou certains types de contrats peuvent nuire à la santé des salariés. D'autres analyses, centrées sur les risques psycho-sociaux, ont mis en avant l'incidence des relations sociales au travail sur la santé, et en particulier la santé mentale. Ces travaux s'appuient très largement sur des données individuelles portant sur les salariés. Or, une approche au niveau entreprise apparaît également pertinente pour saisir les politiques de prévention mises en œuvre à ce niveau, mais aussi pour mieux tenir compte des enjeux d'organisation du travail et du contexte social de l'entreprise. C'est la démarche de ce document de travail, qui a pour but d'analyser le lien entre certaines pratiques d'entreprises et la santé de leurs salariés, mesurée à l'échelle de l'établissement, à partir du volet « représentants de la direction » de l'enquête REPONSE – Relations professionnelles et négociations d'entreprise – (menée par la DARES en 2017). Il analyse l'effet de certaines pratiques d'entreprise, ici le télétravail et le dialogue social, sur la santé des salariés au niveau de l'entreprise, mesurée grâce à un indicateur d'accidents du travail et à un indice d'absentéisme. Dans l'ensemble, les résultats confirment l'existence d'un lien entre ces pratiques d'entreprise et la santé. L'existence de pratiques innovantes d'organisation du travail comme le télétravail est liée positivement à la santé des travailleurs captée au niveau de l'établissement. Le rôle du dialogue social est plus ambigu. La tenue de négociations au sein de l'établissement, tout comme la présence d'un délégué syndical ou d'un délégué du personnel sont positivement corrélées à l'absentéisme et à la survenue d'accidents du travail répétés, ce qui peut s'expliquer par un contexte globalement dégradé. Mais lorsqu'un accord est signé, les accidents du travail diminuent. Par ailleurs, un bon climat social réduit les risques d'accidents du travail et d'absentéisme.

Ces résultats, qui demeurent descriptifs, appellent à analyser plus finement les effets de l'organisation du travail et du contexte social de l'entreprise sur la santé des salariés. Au-delà de la mise en place d'outils de prévention des accidents et maladies professionnelles, les modalités d'organisation du travail et la qualité du dialogue social représentent également des leviers potentiels pour une bonne santé au travail.

Mots-clefs : santé au travail, établissement, dialogue social, télétravail, enquête REPONSE

Teleworking, social dialogue and employees' health: a workplace approach

Abstract

The determinants of occupational health are widely studied in many disciplines (medicine, epidemiology, economics, and sociology). Theoretical and empirical models have shown that some movements and working positions, as well as irregular working hours or short-term contracts can harm employees' health. Analyses focusing on psychosocial risk factors have also highlighted the impact of labour relations on health, in particular mental health. These models are generally based on employee data. However, a company level approach is also relevant to analyse prevention policies at the firm level and to better consider work organization and the social context of the company. This working paper adopts this approach and analyses the role of firms' practices on employees' health, measured at the establishment level, using data from REPONSE survey (DARES, 2017). It analyses the impact of teleworking and social dialogue on the health of employees at company level, measured through a workplace accident indicator and an absenteeism index.

Overall, the results confirm the existence of a link between firms' practices and health. The existence of innovative work organization practices such as teleworking has a positive influence on the health of workers captured at the workplace level. The role of labour relations is more mixed. Collective bargaining within the establishment, as well as the presence of a union or staff representative are positively correlated with absenteeism and repeated in-work accidents, which can be explained by an overall bad work environment in the firm. However, when an agreement is finally signed, accidents at work decrease. In addition, when labour relations in the firm are considered "calm", in-work accidents and absenteeism are less frequent.

These results, which remain descriptive, call for a more detailed analysis of the effects of work organization and company's labour relations on health. If the actual working conditions are decisive, work organization and the quality of labour relations are also drivers of (good) health at work.

Key words: occupational health, workplace, labor relations, teleworking, REPONSE survey

INTRODUCTION

La santé au travail constitue un enjeu social très important, compte-tenu de l'incidence des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le système de protection sociale (prestations de santé, mais aussi invalidité, retraites) et sur les trajectoires des salariés, en particulier dans un contexte où les politiques publiques récentes cherchent à allonger la durée de la vie active. Pour les entreprises, elle représente également un enjeu important de gestion des ressources humaines, une santé dégradée des salariés se traduisant par des coûts directs (cotisations accidents du travail, responsabilité juridique éventuelle de l'employeur¹) ou indirects (absentéisme, rotation de la main d'œuvre et risques de pertes de compétences spécifiques suite à des départs anticipés).

Dans la littérature académique, les déterminants de la santé au travail font l'objet de nombreux travaux, tant en médecine ou en épidémiologie, que dans le champ des sciences sociales (économie, sociologie, ergonomie, psychologie). Du point de vue théorique, l'analyse économique de la relation entre santé et travail souligne le rôle de facteurs individuels, mais également l'importance du contexte du travail et de l'environnement de l'entreprise, voire du secteur et plus largement du système de protection sociale. Dans une perspective empirique, l'influence des conditions de travail (posture, environnement, rythmes de travail, horaires, localisation, exposition aux polluants, etc.) sur la santé des salariés est bien documentée. Ainsi, plusieurs travaux, mêlant modèles théoriques et applications empiriques, ont montré que certaines postures, le travail manuel ou encore les horaires irréguliers détériorent la santé des travailleurs (Case et Deaton, 2005 ; Afssa et Givord, 2009 ; Gollac *et al.*, 2014). Plus récemment, les travaux sur les risques psycho-sociaux ont également montré l'incidence de facteurs d'interactions sociales au travail sur la santé (Coutrot et Wolff, 2008 ; Coutrot et Perez, 2021). Toutefois, ces analyses se situent le plus souvent au niveau individuel, alors qu'une approche au niveau entreprise apparaît également pertinente pour tenir compte des pratiques d'entreprises, en termes de prévention et de santé au travail, mais aussi plus largement d'organisation du travail et de dialogue social. Parmi les évolutions récentes, le développement du télétravail dans un contexte de digitalisation de l'économie et de réorganisation liée à la crise sanitaire semble également avoir des effets ambigus sur la santé des salariés (World Health Organization and International Labour Organization, 2022), qu'il convient d'analyser plus précisément. La pandémie a aussi conduit à mettre en avant l'importance du dialogue social (formel comme informel) comme outil de prévention des risques de santé pour les salariés (ILO, 2022). Toutefois, cette hypothèse d'un lien positif entre dialogue social et santé manque à ce jour de validation empirique.

Dans cette perspective d'analyse des liens entre pratiques d'entreprises (en particulier télétravail, dialogue social) et santé en France, l'enquête REPONSE 2017 (*Relations Professionnelles et Négociations d'Entreprises*) et notamment le volet « représentants de la direction » permet de saisir la situation des établissements en matière de santé des travailleurs : le questionnaire comprend en effet des questions sur l'absentéisme, les accidents du travail répétés et les arrêts maladies répétés. Cette enquête informe également de manière précise sur les modalités du dialogue social dans l'entreprise (présence de délégués syndicaux, de délégués du personnel, d'un CHSCT, fréquence des négociations, signature d'accords, etc.), mais aussi

¹ Selon le code du travail, l'employeur a la responsabilité de garantir la sécurité et la santé de ses travailleurs.

plus largement sur le climat social perçu par les employeurs. Par ailleurs, elle permet également d'observer le recours au télétravail dans l'établissement.

La première section de ce document de travail définit le cadre d'analyse des liens entre pratiques d'entreprises et santé au travail, à partir de la littérature existante sur les déterminants individuels et sur le rôle de l'entreprise en matière de santé au travail. La deuxième section décrit la base de données et la méthodologie retenue pour les analyses empiriques, et la troisième présente puis discute les résultats.

UN CADRE D'ANALYSE DES LIENS ENTRE PRATIQUES D'ENTREPRISES ET SANTÉ AU TRAVAIL

L'impact du travail sur la santé : des choix individuels aux pratiques d'entreprises

Le modèle fondateur utilisé en économie de la santé est le modèle du capital santé de Grossman (1972), inspiré du capital humain de Becker, centré sur les décisions de l'agent. Chez Grossman, la santé est vue comme un stock, dont chaque individu est doté à la naissance. Ce stock se déprécie dans le temps, par un phénomène biologique. L'individu et la société peuvent toutefois l'augmenter (ou le diminuer) par de l'investissement ou de la consommation de soins, en fonction des contraintes de temps, de revenu et des préférences de l'individu. Le fait de travailler, et les conditions de travail qui y sont associées, peuvent jouer à la hausse ou à la baisse sur ce capital. Dans ce modèle, l'individu prend les décisions concernant son capital santé afin de maximiser son utilité : il arbitre entre son temps de travail et son temps de loisir, ainsi que sur le type de travail qu'il exerce².

Toutefois, cette approche fondée exclusivement sur l'individu et ses décisions rationnelles peut être considérée comme limitée. Des approches alternatives, développées en psychologie du travail, se proposent d'analyser la santé au travail en prenant en considération les aspects contextuels du travail, à partir du concept d' « environnement de travail » (Althaus *et al.*, 2013). L'environnement de travail inclut des caractéristiques physiques (température, bruit, etc.), sociales (contacts avec le public...) mais aussi organisationnelles (rôles, responsabilités...), qui sont objectivables, en dehors de la perception des individus. De plus, dans ces modèles, la santé est définie de manière extensive, intégrant des considérations sur l'état psychologique, les liens sociaux et les aspects psychosomatiques, qui s'ajoutent à l'état de santé physique. L'impact de l'environnement de travail sur la santé globale dépend des réactions de court terme des individus aux caractéristiques de cet environnement, en interaction avec leurs caractéristiques individuelles.

Le modèle emblématique de ce cadre théorique est celui de Karasek (1979). Dans ce modèle, l'environnement de travail (contexte institutionnel) et les caractéristiques du travailleur

² Il peut donc décider de travailler peu dans un emploi où les conditions sont particulièrement défavorables afin de ne pas diminuer son stock de capital santé. À l'inverse, s'il a une préférence faible pour un bon état de santé, il pourra choisir un emploi pénible lui procurant un meilleur revenu.

conduisent à identifier un ensemble de contraintes (exigences du travail) d'une part, et de ressources (marges de manœuvre) d'autre part. La confrontation des contraintes et ressources conduit à des conditions de travail réelles plus ou moins bénéfiques pour la santé au travail et la satisfaction. La possibilité de compensation entre les caractéristiques prises en compte reprend en partie l'idée d'arbitrage issue des modèles de "capital santé", mais la diversité des situations en matière de contraintes et ressources selon les travailleurs et l'environnement de travail offre une analyse multidimensionnelle plus riche.

Les analyses empiriques existantes soutiennent ces hypothèses d'un lien entre l'environnement de travail et la santé. Elles confirment tout d'abord que le travail comporte un certain nombre de risques pour l'individu (Askenazy, 2009, Gollac, *et al.*, 2014). Ces risques prennent plusieurs formes : les risques physiques d'une part, liés à l'environnement physique de travail (exposition à des produits dangereux, températures extrêmes, risques de blessures, environnement sonore, posture...), mais aussi à l'organisation du travail (horaires de travail décalés, rythmes intenses...), et les risques psychosociaux d'autre part (pression au travail, manque d'autonomie, manque de reconnaissance, conflits...). Concernant les horaires de travail, la littérature économique et médicale montre que de longs horaires de travail dégradent la santé (Berniell et Bietenbeck, 2020, Gautier et Caëtano, 2020), tout comme le travail de nuit ou les horaires atypiques (Costa *et al.*, 2006, Afsa et Givord, 2009, Gollac *et al.*, 2014, Barthe, 2015). Par ailleurs, les conditions physiques de travail (pénibilité, type de métier), affectent également la santé des travailleurs (Defebvre, 2018) : les ouvriers déclarent un moins bon état de santé en général (Case et Deaton, 2005), et les lourdes charges de travail dégradent la santé, ce qui augmente l'absentéisme (Ose, 2005). De plus, ces travaux montrent également que d'autres dimensions des conditions d'emploi et de travail influent sur la santé. Par exemple, le type de contrat a une incidence : la santé physique des personnes à temps partiel est moins bonne que celle des personnes à temps plein (Gash *et al.*, 2007, Robone *et al.*, 2011 ; Carrieri *et al.*, 2012) et le fait d'exercer un emploi à durée limitée est corrélé à la dépression chez les femmes (Santin *et al.*, 2009).

Toutefois, dans ces approches, l'environnement de travail reste une donnée, alors que ses caractéristiques sont directement influencées par les pratiques des entreprises (modes de gestion des ressources humaines, politiques de prévention, dialogue social...), des branches professionnelles, ou plus largement par les institutions du marché du travail et de la protection sociale. De fait, il est possible de s'interroger plus directement sur les liens entre la santé des travailleurs et les pratiques des entreprises, même si les travaux de ce type demeurent peu nombreux.

Amossé et Célérier (2013) proposent une analyse de la diversité des pratiques de prévention des entreprises et de leurs liens avec les accidents du travail, sur la base de l'enquête REPONSE de 2004-2005 et d'une enquête qualitative dans le secteur de la découpe de volaille. Si les pratiques de prévention sont pour partie obligatoires en France³, elles apparaissent très diverses dans la pratique au niveau des établissements. L'enquête REPONSE permet de capter des

³ En lien avec l'obligation de l'employeur à garantir la sécurité et la santé de ses travailleurs, présente dans le code du travail. En pratique, l'employeur doit établir un document unique d'évaluation des risques, organiser une commission chargée exclusivement de la santé, la sécurité et des conditions de travail au sein du Comité Social et Economique (depuis 2017, pour les entreprises de plus de 300 salariés) et avant 2017 un CHSCT (pour les entreprises de plus de 50 salariés) et enfin négocier périodiquement sur la qualité de vie au travail.

dispositifs formels, comme l'existence d'un document d'évaluation des risques professionnels, mais également des éléments sur les protections offertes, sur la place occupée par les conditions de travail dans les objectifs de l'établissement, ou encore sur l'existence de négociations sur les conditions de travail. L'analyse montre des profils d'établissements cohérents, avec des pratiques de prévention plus intensives là où les accidents du travail répétés sont plus fréquents. Cet article montre la pertinence d'une analyse des pratiques de prévention à l'échelon des établissements, même s'il ne cherche pas à en évaluer l'impact sur les résultats en termes de santé des travailleurs.

Le développement des nouvelles méthodes d'organisation du travail et de management a conduit à l'émergence d'une littérature sur les effets de ces pratiques d'entreprises, qui souligne l'existence de risques pour la santé physique et psychique des salariés, et plus largement l'émergence d'une souffrance au travail (Bardelli et Allouche, 2012). Certaines pratiques d'entreprises peuvent toutefois jouer un rôle protecteur et diminuer le risque de survenue d'un accident du travail, comme la mise en œuvre d'une « responsabilité sociale des entreprises » fondée sur l'information et la prévention (information et formation sur la sécurité, existence d'un CHSCT, visite du médecin du travail, etc.) (Cardebat *et al.*, 2012).

Les hypothèses sur les liens entre télétravail, dialogue social et santé

Ce document de travail se situe donc dans la perspective décrite ci-dessus qui cherche à explorer les liens entre les pratiques d'entreprises (influençant directement l'environnement de travail) et la santé des salariés. Il se concentre sur deux dimensions, le dialogue social d'une part, et la mise en place de pratiques innovantes d'organisation du temps de travail telles que le télétravail d'autre part.

Télétravail et santé

Le télétravail est un sujet dont l'importance s'accroît avec le développement des outils numériques. Les ordonnances travail de 2017 cherchaient à faciliter sa mise en œuvre et à développer le dialogue social en entreprise sur cette question. La pandémie de covid-19 depuis mars 2020 a conduit à sa généralisation et rend particulièrement importante l'analyse de ses effets sur la santé des salariés.

En pratique, le télétravail est défini dans le Code du travail comme une « forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication » (Code du travail, article L1222-9). Alors que le télétravail existe depuis les années 1980, seuls 3% des salariés français le pratiquaient au moins un jour par semaine en 2017, et pour plus de la moitié des salariés il s'agissait alors de télétravail « informel », en-dehors de tout cadre contractuel (Hallépée et Mauroux, 2019a).

D'après les travaux de recherche existants, les conséquences du télétravail sur la santé sont ambivalentes (World Health Organization and International Labour Organization, 2022). Bloom *et al.* (2013) concluent par exemple, à partir d'une expérimentation de neuf mois sur

des salariés d'une agence de voyage chinoise, que le télétravail permet d'améliorer les performances et la satisfaction des travailleurs. En effet, selon cette expérimentation, le télétravail permet une meilleure conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle. Il économise notamment le temps de transport entre le domicile et le lieu de travail, laissant davantage de temps aux travailleurs. Il offre aussi un meilleur contrôle de son temps de travail, ce qui améliore la satisfaction au travail (Desbarats, 2013 ; Wanger, 2017 ; Tavares, 2017). Dans le domaine de la littérature médicale, Planchard et Velagic (2020) étudient l'impact du télétravail lors d'une expérimentation de six mois sur un petit groupe de travailleurs français et mettent en avant ses avantages : l'impact psychologique est positif et la qualité de vie des travailleurs est bonne. Mais les auteurs identifient aussi de sérieux inconvénients du télétravail, notamment l'augmentation du temps de travail effectif et la dégradation des relations interpersonnelles. Dans une autre étude médicale, Mann et Holdsworth (2003) identifient un impact négatif du télétravail, car il provoque un sentiment de solitude, favorise l'irritabilité, le stress et la culpabilité. Ils détectent ainsi que les salariés qui télétravaillent montrent davantage de symptômes physiques et de stress que les travailleurs en présentiel. Le télétravail comporte en effet plusieurs risques : l'effacement des frontières entre la vie privée et la vie professionnelle, l'allongement des horaires de travail, l'isolement social, un manque de soutien, un risque accru de dépression, de stress et de surcharge de travail, mais aussi des affections physiques comme des troubles musculo-squelettiques (TMS) (Dockery et Bawa, 2014 ; Tavares, 2017).

En France, ces effets ambivalents sur la santé ont été identifiés par Hallépée et Mauroux (2019b), sur des données de 2017. Ils constatent que le télétravail est associé avec un risque plus élevé d'être en mauvaise santé chez les cadres qui le pratiquent. Toutefois, il n'est pas possible d'identifier le sens de causalité, une mauvaise santé pouvant pousser à limiter les déplacements. Il apparaît par ailleurs que cette pratique intensifie le travail et entraîne un manque de soutien social. Les cadres en télétravail ne déclarent donc pas une meilleure satisfaction au travail que les autres, au contraire, ils sont moins satisfaits par l'ambiance de travail et se sentent plus souvent en insécurité dans leur emploi. Plus récemment, une enquête de la CGT⁴ dans le contexte de la crise sanitaire (mai à juin 2021, période au cours de laquelle le télétravail a été pratiqué en masse) confirme cette ambivalence. Si 98% des salariés interrogés souhaitent continuer à travailler occasionnellement en télétravail, les résultats montrent que cette pratique a entraîné un travail plus intense avec des horaires plus longs, un isolement et une dégradation de l'esprit d'équipe, un déficit de prise en charge de l'équipement par l'entreprise, ainsi que l'apparition de TMS, de fatigue, de maux de tête et même de dépression.

À la lumière de ces résultats, le télétravail apparaît comme une modalité d'organisation du travail aux effets ambigus, pouvant à la fois accroître les marges de manœuvre des travailleurs (autonomie organisationnelle), mais également les contraintes (hausse de l'intensité et brouillage des frontières entre vie personnelle et professionnelle). Il semble essentiel de déterminer si les effets positifs de cette nouvelle pratique, vouée à se développer dans certains métiers, permettent d'en compenser les effets négatifs sur la santé.

⁴ « Enquête télétravail », CGT, septembre 2021. En dépit d'un risque de biais du fait de la nature de l'enquête (enquête ouverte sur internet), elle permet d'appréhender des perceptions très récentes dans le cadre de la crise sanitaire, qui seront à confirmer.

Dialogue social et santé au travail

Selon les organisations internationales dans le champ du travail, la pandémie de COVID-19 a montré l'importance du dialogue social en entreprise (formel comme informel) pour protéger la santé des travailleurs. Ce résultat doit conduire à renforcer le dialogue social en entreprise sur les questions de prévention des risques, et plus largement de conditions de travail et d'organisation du travail (ILO, 2022). Ce point de vue est également développé par le conseil économique et social européen (CESE) et la Commission Européenne dans sa stratégie 2021-2027 sur la santé et la sécurité au travail (SST)⁵.

En France, les relations sociales au sein de l'entreprise jouent un rôle central dans la détermination des conditions de travail, puisque plusieurs aspects de l'organisation du travail sont décidés au niveau de l'entreprise, au travers de négociations collectives entre la direction et les délégués syndicaux ou leurs équivalents. Les sujets de conditions de travail et de santé au travail prennent d'ailleurs de plus en plus de place dans les discussions et les négociations (Béthoux *et al.*, 2015). Outre l'obligation pour l'employeur de garantir la santé et la sécurité des salariés, rappelée précédemment, cette tendance résulte en partie d'obligations mises en place de négocier sur certains sujets, comme la qualité de vie au travail ou le temps de travail⁶. De plus, le modèle français évolue en général vers une décentralisation des négociations collectives, avec un rôle de plus en plus important pour la négociation d'entreprise, au détriment des accords de branche et des dispositions législatives. Cette décentralisation a été accélérée par les réformes récentes (loi El-Khomri de 2016 et ordonnances Macron de 2017). Ces réformes ont également fait évoluer les institutions du dialogue social en entreprise, en créant une instance unique (le Comité Social et Économique, CSE) et en supprimant le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail).

Compte-tenu de la date de l'enquête REPONSE mobilisée ici, la situation en vigueur dans les établissements enquêtés est toutefois antérieure à ces réformes institutionnelles. Avant 2017, les négociations sont menées par différents acteurs, délégués du personnel (obligatoires dans les entreprises de plus de 11 salariés), et délégués syndicaux (présents de manière obligatoire dans les entreprises d'au moins 50 salariés et de manière optionnelle dans les entreprises de moins de 50 salariés). L'instance privilégiée pour traiter des questions de santé au travail, avant 2017, est le CHSCT, obligatoire dans toutes les entreprises de plus de 50 salariés. Il réunit l'employeur et des représentants des salariés élus par des membres du comité d'entreprise et des délégués du personnel, afin qu'ils discutent des conditions de travail et de la santé des salariés.

Au travers des négociations (obligatoires ou non), du travail des délégués syndicaux et des délégués du personnel et enfin des discussions au sein des CHSCT, les relations sociales de l'entreprise ont donc un impact potentiel sur les conditions de travail et sur la santé des salariés. Dans ce document de travail, nous cherchons à relier certaines caractéristiques du dialogue social en entreprise avec la situation de l'établissement en termes de santé des salariés.

⁵ Voir <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/social-dialogue-tool-promote-health-and-safety-work>

⁶ Les entreprises d'au moins 50 salariés, et celles de moins de 50 salariés dans lesquelles un délégué syndical a été désigné, doivent tenir au minimum tous les 3 ans des négociations sur les sujets concernant les rémunérations, le temps de travail et le partage de la valeur ajoutée, l'égalité professionnelle femmes/hommes et la qualité de vie au travail.

Quelques questions méthodologiques

Une difficulté se pose lorsqu'il s'agit d'examiner le lien empirique entre travail et santé : ces deux variables sont liées par une relation à double sens (Barnay, 2016, Henseke, 2018). On peut en effet observer un « *healthy worker effect* » (McMichael, 1976) : les travailleurs en meilleure santé occupent plus facilement les postes pénibles. Par exemple, chez les seniors, ce sont ceux dont la santé le permet qui occupent encore un emploi. Ainsi, l'état de santé influence le choix du travail et les conditions qu'on y trouve, de sorte que les salariés en meilleure santé seront plus concentrés sur les postes plus dangereux et les plus exigeants. Mais parallèlement, les conditions de travail ont elles-mêmes un impact sur la santé : par exemple, une mauvaise posture répétée favorise les douleurs articulaires, le travail de nuit ne permet pas d'avoir de bons cycles de sommeil, les horaires décalés empiètent sur le temps familial et abîment la vie sociale. Il faut donc prendre en compte cette double causalité lors de l'étude du lien entre conditions de travail et santé.

Cette difficulté se pose de manière moins directe au niveau de l'établissement qui est retenu dans les analyses conduites ici, puisque l'on mesure un lien entre des pratiques de l'établissement et la santé de l'ensemble des salariés, quel que soit le poste occupé. De plus l'approche au niveau établissement permet également de capter des effets que l'on ne peut pas saisir au niveau individuel : en particulier, on peut supposer que les absences au travail, voire les accidents du travail, ont des effets indirects sur la santé des autres travailleurs de l'établissement, en alourdissant la charge de travail des présents ou le niveau de stress, générant de nouveaux risques d'absences ou d'accidents. Une approche établissement permet de saisir les liens entre pratiques d'entreprises et santé au niveau global, en incluant ce type d'externalités.

La manière de mesurer la santé des individus pose une deuxième difficulté dans l'étude des liens entre travail et santé. Plusieurs types d'indicateurs sont habituellement utilisés dans la littérature.

En premier lieu, l'analyse peut se fonder sur des indicateurs objectifs, listant les différentes affections dont peuvent souffrir les individus, qu'elles soient physiques (troubles musculo-squelettiques, affections de la peau, difficultés respiratoires, douleurs localisées...) ou mentales (fatigue, stress, irritabilité, dépression...). Ces indicateurs peuvent être obtenus via des bases de données administratives : en effet la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) reçoit les déclarations d'accidents du travail, de maladies professionnelles, ou encore d'arrêts maladies. Toutefois, ces données ne sont disponibles qu'à des échelons agrégés (secteur, profession...) et peuvent apparaître relativement restrictives, dans la mesure où les maladies professionnelles doivent correspondre à des « tableaux » précis, correspondant à des formes bien identifiées et graves. La santé au travail peut également être évaluée au travers d'enquêtes, comme celle de l'observatoire Évolution et relations en santé au travail (EVREST), menée annuellement auprès des médecins du travail, ou encore l'enquête Conditions de Travail, menée par la DARES tous les trois ans. Toutefois, ces enquêtes, très précises sur les conditions de travail et la santé, contiennent peu d'informations sur d'autres dimensions que nous souhaitons justement analyser conjointement, telles que le dialogue social.

Parallèlement aux mesures directes de la santé au travail, il est également possible de mesurer la santé au travail de manière indirecte, par ses effets sur les absences des salariés ou encore sur le *turn-over*, qui seraient des conséquences de conditions de travail difficiles nuisant à la

santé. Selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc. » (Anact, 2015). L'absentéisme peut donc être influencé par d'autres variables que la seule santé au travail, par exemple la situation familiale. Néanmoins, les liens entre absentéisme et santé au travail sont multiples. L'absentéisme peut traduire la mauvaise santé *de départ* du salarié : les travailleurs ayant une mauvaise santé (maladies chroniques ou handicap) sont plus souvent absents que les autres (Chaupain-Guillot et Guillot, 2011). Mais l'absentéisme peut également survenir lorsque le travailleur n'est pas à son aise dans son environnement de travail : l'abandon de poste peut s'avérer l'ultime solution lorsque la situation est mauvaise, et l'absence pour maladie peut être reliée à de mauvaises conditions de travail (Afsa et Givord, 2009, Barnay *et al.*, 2010).

Enfin, il est également possible de mobiliser des indicateurs déclaratifs sur l'état de santé, comme l'état de santé auto-déclaré (« *self-assessed health* », SAH). Ces indicateurs posent le problème d'être subjectifs et donc de varier fortement selon les individus, mais aussi selon les pays (Barnay, 2016), ou encore le déroulé du questionnaire. Ainsi, les Français déclarent une moins bonne santé que les Américains, à état de santé objectif égal (Delpierre *et al.*, 2012). Par ailleurs, les enquêtés ont tendance à déclarer un meilleur état de santé lorsque la question est posée après avoir été interrogés sur l'état de santé réel (Clark et Vicard, 2007). Pour autant, la santé auto-déclarée demeure un bon prédicteur de l'état de santé et en particulier de la morbidité (Idler et Benyamini, 1997).

Dans ce document de travail, nous utilisons des indicateurs fondés sur la déclaration des employeurs, portant sur les accidents du travail répétés et l'absentéisme. Une variable sur les arrêts maladie répétés est également disponible et a fait l'objet d'analyses complémentaires. Des biais de perception sont évidemment possibles au niveau des employeurs, en lien avec le contexte social de l'entreprise ou sa santé économique, mais on peut faire l'hypothèse que ces indicateurs reflètent un niveau de santé global des salariés dans l'établissement.

DONNÉES ET MÉTHODE

Choix des variables et méthode empirique

Ce document de travail propose une analyse de la santé au travail au niveau établissement, sur la base du volet « représentants de la direction » de l'enquête REPONSE de 2017. Cette enquête comprend à la fois des variables permettant d'appréhender la santé au travail et d'identifier l'existence de télétravail et un ensemble de caractéristiques du dialogue social (encadré 1).

Encadré 1 : L'enquête REPONSE (*Relations professionnelles et négociations d'entreprise*)

Menée par la DARES tous les six ans, cette enquête effectuée au niveau des établissements comporte trois parties : l'interrogation de représentants de la direction, de représentants du personnel, et enfin de salariés des établissements qui composent l'échantillon. Les questions

de l'enquête sont conçues de manière à renseigner les stratégies économiques, l'organisation du travail, les politiques de ressources humaines des établissements, en prêtant une attention particulière à leur dialogue social. L'édition 2017 est la première à contenir des questions concernant le télétravail. L'enquête interroge les entreprises de plus de 11 salariés, hors agriculture et administration en France métropolitaine. Pour l'édition de 2017, l'interrogation a eu lieu du 9 janvier au 9 juin 2017.

La santé au travail est mesurée au niveau établissement⁷, à travers deux dimensions, renseignées dans le volet « représentant de la direction » de l'enquête REPONSE : l'absentéisme et les accidents du travail⁸.

L'absentéisme est capté par la variable ABSENTEISME de l'enquête dont les modalités de réponse ont été normalisées afin de faciliter l'interprétation des résultats. La question initiale demande au répondant à quel point l'absentéisme pose problème au sein de l'établissement, avec cinq modalités de réponses possibles (voir annexe). Notre variable normalisée varie de 0 à 1, 0 indiquant qu'il n'y a pas d'absentéisme et 1 que l'absentéisme pose des problèmes très importants. Si cette variable a l'avantage d'être synthétique, elle ne propose pas de définition fixe et objective de l'absentéisme. Ainsi, les réponses pourront varier d'un répondant (représentant de la direction) à un autre, en fonction de sa perception du phénomène. Pour autant, cet indicateur demeure l'un des meilleurs proxys fournis par l'enquête REPONSE pour approcher l'état de santé au travail au niveau des établissements.

Pour les accidents du travail, on utilise une variable binaire indiquant si l'établissement a connu des accidents du travail répétés au cours de l'année 2016, issue de la variable ACCREP de l'enquête. Comme pour la variable d'absentéisme, le caractère répété des accidents du travail n'est pas défini précisément, laissant le répondant apprécier celui-ci.

Ces deux variables sont analysées séparément, puisqu'elles traduisent chacune une situation différente sur le lieu de travail et qu'elles renseignent différents aspects de la santé au travail au niveau de l'établissement. Par ailleurs, la valeur de l'alpha de Cronbach (0,46) et celle du coefficient de corrélation (0,47) entre ces variables étaient trop faibles pour justifier la création d'un indicateur composite.

Deux modèles de santé au travail en entreprise sont ainsi estimés successivement, respectivement par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) pour l'indice d'absentéisme, et par une régression logistique pour la variable binaire d'accidents du travail (pour laquelle les résultats sont présentés sous forme d'effets marginaux). Les variables d'intérêt et de contrôle sont les mêmes pour les deux modèles.

Deux variables binaires de télétravail sont introduites dans les modèles. La première indique si le télétravail est pratiqué par des cadres au sein de l'établissement, la seconde, s'il est pratiqué par des non-cadres⁹.

⁷ Les principales variables de REPONSE mobilisées et leurs différentes modalités sont présentées en annexe.

⁸ Le questionnaire inclut également une question sur les arrêts maladie, qui a fait l'objet de traitements complémentaires, présentés en annexe, mais non commentés ici car les résultats rejoignent ceux portant sur l'absentéisme.

⁹ Ces deux variables ne mesurent pas l'intensité du télétravail pour ces catégories de travailleurs, mais uniquement le fait qu'au moins un des travailleurs est en télétravail (voir annexe).

En ce qui concerne les variables de négociation, d'accords et de climat social, particulièrement détaillées dans l'enquête REPONSE, les variables suivantes ont été retenues dans les modèles :

- Une variable binaire notant la conduite de négociations dans l'établissement entre 2014 et 2016 ;
- Une variable binaire notant la signature d'accords entre 2014 et 2016 ;
- Une variable binaire notant l'existence d'accords sur le télétravail ;
- Une variable binaire notant la présence d'un CHSCT dans l'établissement ;
- Une variable binaire notant la présence d'un représentant, d'un délégué syndical ou d'un délégué du personnel dans l'établissement ou l'entreprise ;
- Une variable binaire indiquant la survenue d'un conflit (grève, manifestation, pétition, débrayage, refus d'heures supplémentaires) dans l'établissement entre 2014 et 2016 ;
- Une variable de climat social comprenant trois modalités : « calme », « plutôt calme » et « tendu ou plutôt tendu » (voir annexe pour les modalités initiales de la variable).

Les modèles incluent un ensemble de variables de contrôle, portant sur les caractéristiques des établissements (taille, âge, secteur, catégorie d'établissement, volume d'activité, etc.) ainsi que la composition de l'emploi (part de femmes, de moins de 20 ans, de plus de 50 ans, de CDD, de temps partiel, de cadres et professions intermédiaires, d'ouvriers et employés).

Plusieurs modèles complémentaires ont été testés afin d'examiner la sensibilité des résultats aux différentes variables de négociation et de dialogue social. Compte tenu du grand niveau de détail de l'enquête REPONSE dans ce domaine, il est ainsi possible de tester les liens entre les négociations ou les accords sur certains sujets particuliers (conditions de travail, temps de travail, etc.) et la santé. Les résultats étant peu sensibles à ce niveau de détail, il a été décidé de conserver le modèle plus général exposé ci-dessus.

Compte tenu des modèles économétriques utilisés, et de l'existence de liens de causalité à double sens entre travail et santé, ces analyses en coupe demeurent descriptives et ne peuvent établir d'effet causal sur la santé¹⁰.

Statistiques descriptives

L'échantillon se compose de 3521 établissements de 11 salariés ou plus, dans le secteur semi-public ou privé, hors administration et agriculture, en France métropolitaine (tableau 1). Ces établissements sont très nombreux à faire partie du secteur des services (45,3% des établissements de l'échantillon), alors que le secteur le moins représenté est celui du transport (5,6%)¹¹.

¹⁰ Un panel existe pour l'enquête REPONSE entre 2005 et 2011, mais outre l'ancienneté des données, il ne permet pas de conduire les analyses sur le télétravail, la variable n'étant pas disponible.

¹¹ La comparaison avec la structure sectorielle de l'économie française selon les tableaux de l'économie française de l'INSEE (2018) montre une légère sous-représentation des services dans l'échantillon REPONSE. Celle-ci peut être due au fait que les Tableaux de l'économie française (TEF) ne prennent en compte dans leurs effectifs que les établissements appartenant secteur privé non agricole, alors que notre échantillon comprend également des établissements semi-publics.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Secteurs dans REPONSE [comparaison entre crochets : population totale, données Insee 2018]	
Industrie	17,7% [13,6%]
Construction	10,6% [6,4%]
Commerce	20,8% [12,6%]
Transport	5,6% [3%]
Services	45,3% [48,3%]
Taille	
De 11 à 49 salariés	74,6%
De 50 à 499 salariés	24,5%
500 salariés et plus	0,8%
Âge de l'établissement	
Moins de 10 ans	37,5%
De 10 à 19 ans	32,5%
20 ans et plus	30,0%
Variables de télétravail	
Télétravail pour les cadres	14,2%
Télétravail pour les non-cadres	7,2%
Variables de dialogue social	
Accords sur le télétravail	2,8%
Présence d'un CHSCT dans l'établissement	33,0%
Tenue de négociations entre 2014 et 2016 dans l'établissement	41,7%
Signature d'accords entre 2014 et 2016 au sein de l'établissement	35,9%
Présence d'un représentant/délégué syndical/du personnel dans l'entreprise/établissement	62,3%
Variables d'ambiance de travail	
Survenue d'au moins un conflit au sein de l'établissement entre 2014 et 2016	14,7%
Variable de climat social (estimé par l'employeur)	
Calme	49,8%
Plutôt calme	39,4%
Plutôt tendu ou tendu	10,8%
Variables de santé au travail	
Moyenne de l'indice d'absentéisme (indice variant de 0 – pas d'absentéisme – à 1 – problème très important)	0,43
Survenue d'accidents du travail répétés	8,6%
Nombre d'observations	3521

Sources : Enquête REPONSE 2017 et Tableaux de l'économie française, Insee, 2018 pour les secteurs.

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Lecture : 17,7% des établissements de l'échantillon sont dans le secteur de l'industrie.

Concernant le télétravail, il ressort que cette pratique est encore peu répandue en 2017, puisque 14,2% des établissements le déclarent chez les cadres et 7,2% chez les non-cadres. Cette concentration du télétravail chez les cadres se retrouve à l'échelon individuel : en 2017, 61% des télétravailleurs sont des cadres (Hallépée et Mauroux, 2019a).

Des négociations ont eu lieu au sein de 41,7% des établissements de l'échantillon, mais elles ne se concluent pas toutes par des accords : seuls 35,9% des établissements de l'échantillon en ont signé au moins un sur la période étudiée. Parmi eux, très rares sont ceux qui concernent le télétravail (2,8% des établissements de l'échantillon ont signé ce type d'accords).

Les délégués syndicaux ou du personnel sont présents dans 62,3% des établissements.

Les employeurs déclarent plutôt un bon climat social : près de 90% d'entre eux qualifient le climat social de « calme » ou « plutôt calme » et la survenue d'un conflit entre 2014 et 2016 n'a concerné que 14,7% des établissements.

Enfin, l'absentéisme semble relativement limité, avec un indice d'absentéisme de 0,43 pour l'ensemble de l'échantillon. Les accidents du travail répétés concernent 8,6% des établissements étudiés.

On relève une hétérogénéité par secteur et par taille d'établissement dans ces caractéristiques (tableau 2). Le secteur le plus touché par les problèmes liés à l'absentéisme et aux accidents du travail répétés est celui du transport. En effet, 18% des établissements de ce dernier connaissent des accidents du travail répétés, alors qu'ils surviennent en moyenne dans 8,6% des structures. L'indice d'absentéisme est également plus élevé que la moyenne (0,51 contre 0,43). Les autres secteurs présentent des valeurs proches de la moyenne pour la fréquence des accidents du travail répétés, tandis que pour l'absentéisme l'industrie se situe au-dessus de la moyenne et la construction en-dessous¹².

Tableau 2 : variables de santé et de dialogue social selon le secteur et la taille d'établissement

	Moyenne de l'indice d'absentéisme	Accidents du travail répétés (en %)	Négociations entre 2014 et 2016 (en %)	Accords entre 2014 et 2016 (en %)	Présence syndicale/délégué du personnel (en %)
Secteur					
Industrie	0,46	8	44	41	58
Construction	0,38	7	25	23	42
Commerce	0,43	9	38	34	64
Transport	0,51	18	58	54	73
Services	0,42	8	44	35	67
Taille de l'établissement					
De 11 à 49 salariés	0,39	6	31	26	55
De 50 à 499 salariés	0,55	17	73	65	82
500 salariés et plus	0,58	23	96	92	99
TOTAL	0,43	8,6	41,7	35,9	62,3

Source : Enquête REPONSE 2017. N = 3521

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Lecture : l'indice d'absentéisme est de 0,46 en moyenne dans les établissements de l'échantillon du secteur de l'industrie ; 8% des établissements du secteur de l'industrie ont connu des accidents du travail répétés en 2017.

¹² Il est difficile de comparer ces données déclaratives avec les données administratives de l'Assurance-maladie : la Cnam comptabilise en effet les accidents du travail par comité technique national (CTN) et non par nomenclature de l'activité française (NAF). Toutefois, la part des établissements concernés par des accidents répétés semble légèrement excéder celle des établissements exposés à des accidents selon la Cnam (2017) pour les secteurs de l'industrie, du commerce ou des transports, tandis qu'elle est inférieure pour les services. Concernant l'absentéisme, il n'existe pas de données au niveau national, à l'exception de baromètres privés comme celui du cabinet de conseil Ayming (2017).

De plus, on observe dans notre échantillon que les accidents du travail répétés et les problèmes liés à l'absentéisme sont plus fréquents dans les établissements de plus de 50 salariés, et en particulier dans les très grands établissements (500 salariés et plus). En ce qui concerne les variables de dialogue social, il apparaît que les négociations, les accords et la représentation des salariés sont plus fréquents dans le secteur du transport que dans les autres, et moins dans celui de la construction. De manière assez logique compte tenu des obligations des entreprises en matière de représentation et de dialogue social, la négociation, les accords et la représentation ont une occurrence plus importante dans les établissements de plus de 50 salariés.

Le télétravail est pratiqué en premier lieu dans le secteur des services, que ce soit par des cadres ou des non-cadres (tableau 3). C'est dans le secteur du transport qu'il est le moins répandu. Par ailleurs, le télétravail est surreprésenté dans les très grands établissements (de 500 salariés et plus) : entre 29 et 38% de ces établissements pratiquent le télétravail (respectivement pour les non-cadres et les cadres), alors que cette pratique n'est répandue en moyenne que dans 7 et 14% des établissements (pour les non-cadres et pour les cadres). À l'inverse, le télétravail est sous-représenté dans les petits et moyens établissements (de 11 à 49 salariés).

Selon le tableau 4, les établissements dans lesquels le télétravail est pratiqué par les cadres et les non-cadres connaissent moins d'absentéisme et d'accidents du travail répétés. En revanche, l'absentéisme et les accidents du travail sont plus fréquents dans les établissements où des négociations sont menées, où des accords sont signés et où les salariés sont représentés. Ce résultat a priori paradoxal peut se comprendre de plusieurs manières. Cela peut d'une part être dû à un effet taille d'établissement : les problèmes liés aux accidents du travail et à l'absentéisme sont plus fréquents dans les grandes structures, qui sont également celles où le dialogue social est le plus organisé et le plus fréquent. Mais cela peut d'autre part s'expliquer par un autre effet, lié aux comportements des salariés : les salariés peuvent avoir un besoin plus fort de représentation et de négociation dans les établissements où le travail cause déjà plus d'accidents du travail et d'absences.

Tableau 3 : variables de télétravail selon le secteur et la taille d'établissement

	Télétravail chez les cadres (en %)	Télétravail chez les non-cadres (%)
Secteur		
Industrie	12	7
Construction	12	4
Commerce	8	6
Transport	7	5
Services	19	9
Taille d'établissement		
11 à 49 salariés	13	7
50 à 499 salariés	18	8
500 salariés et plus	38	29
TOTAL	14,2	7,2

Source : Enquête REPONSE 2017. N = 3521

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Lecture : en 2017, 12% des établissements du secteur de l'industrie pratiquent le télétravail chez leurs cadres.

Tableau 4 : variables de santé croisées avec les variables de télétravail

	Moyenne de l'indice d'absentéisme	Accidents du travail répétés (en %)
Télétravail chez les cadres		
Non	0,43	9
Oui	0,39	5
Télétravail chez les non-cadres		
Non	0,43	9
Oui	0,33	5
Négociations entre 2014 et 2016		
Non	0,38	5
Oui	0,49	13
Accords entre 2014 et 2016		
Non	0,39	7
Oui	0,49	12
Présence syndicale/délégué du personnel		
Non	0,35	4
Oui	0,48	11
TOTAL	0,43	8,6

Source : Enquête REPONSE 2017. N = 3521

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Lecture : en 2017, l'indice d'absentéisme est de 0,43 en moyenne dans les établissements où les cadres ne pratiquent pas le télétravail ; en 2017, 9% des établissements dont les cadres ne pratiquent pas le télétravail ont connu des accidents du travail répétés.

DES LIENS ENTRE SANTÉ AU TRAVAIL, TÉLÉTRAVAIL ET DIALOGUE SOCIAL

Les résultats des deux modèles de santé au travail au niveau établissement sont présentés dans le tableau 5. L'ensemble des variables de contrôle montre l'influence d'un certain nombre de caractéristiques structurelles des établissements sur la santé. Le rôle des relations sociales est également confirmé, même si les liens apparaissent complexes. Enfin, les modèles montrent un lien positif entre télétravail et santé, variable toutefois entre cadres et non-cadres.

Tableau 5 : Liens entre télétravail, dialogue social et santé au travail dans les établissements

	Indice d'absentéisme (estimation par MCO)	Accidents du travail répétés (logit binomial, effets marginaux)
Existence de télétravail chez les cadres	0.009 (0.022)	-0.031* (0.013)
Existence de télétravail chez les non-cadres	-0.069* (0.031)	-0.007 (0.027)
Présence d'un CHSCT dans l'établissement	0.019 (0.018)	0.005 (0.016)

Tenue de négociations entre 2014 et 2016	0.042 (0.032)	0.062** (0.022)
Signature d'accords entre 2014 et 2016	-0.032 (0.031)	-0.046* (0.020)
Existence d'accords sur les modalités du télétravail	-0.014 (0.036)	0.007 (0.047)
Survenue d'un conflit dans l'établissement entre 2014 et 2016	0.099*** (0.023)	0.049** (0.018)
Climat social qualifié par l'employeur de (<i>réf. : calme</i>)		
Plutôt calme	0.079*** (0.016)	0.025+ (0.013)
Plutôt tendu ou tendu	0.172*** (0.033)	0.067** (0.024)
Présence d'un représentant/délégué syndical/du personnel dans l'établissement/entreprise	0.077*** (0.019)	0.034* (0.016)
Secteur d'activité de l'établissement (<i>réf. : services</i>)		
Industrie	0.047+ (0.025)	0.000 (0.020)
Construction	0.005 (0.030)	0.016 (0.029)
Commerce	0.021 (0.022)	0.009 (0.020)
Transport	0.054+ (0.030)	0.032 (0.029)
Activités non marchandes	0.067* (0.027)	0.013 (0.023)
Entreprise cotée en bourse	-0.012 (0.033)	-0.002 (0.031)
Actionnaire principal : famille ou particuliers	0.001 (0.018)	-0.010 (0.016)
Volume d'activité de l'établissement sur les trois dernières années (<i>réf. : stable</i>)		
En croissance	-0.044** (0.017)	-0.025+ (0.014)
En déclin	0.007 (0.021)	0.002 (0.018)
Catégorie d'établissement (<i>réf. : établissement indépendant</i>)		
Siège	0.003 (0.021)	0.010 (0.018)
Établissement dépendant	-0.010 (0.019)	-0.004 (0.016)
Taille d'établissement (<i>réf. : de 11 à 49 salariés</i>)		
De 50 à 499 salariés	0.089*** (0.015)	0.062*** (0.017)
500 salariés et plus	0.104*** (0.022)	0.104*** (0.029)

Âge de l'établissement (réf. : moins de 10 ans)		
De 10 à 19 ans	0.019 (0.018)	-0.008 (0.016)
20 ans et plus	-0.017 (0.018)	-0.014 (0.016)
Part des cadres et des professions intermédiaires dans l'établissement	-0.299 (0.380)	-0.306 (0.441)
Part des et ouvriers des employés dans l'établissement	-0.092 (0.380)	-0.180 (0.440)
Part des femmes dans l'établissement	0.089* (0.036)	-0.015 (0.034)
Part des salariés à temps partiel dans l'établissement	0.006 (0.042)	0.035 (0.032)
Part des salariés en CDD dans l'établissement	0.025 (0.068)	0.167** (0.055)
Part des moins de 20 ans dans l'établissement	0.276 (0.208)	-0.503* (0.207)
Part des 50 ans et plus dans l'établissement	0.010 (0.057)	-0.035 (0.051)
Constante	0.410 (0.377)	-0.252 (6.247)
Nombre d'observations		3521 3521
Adjusted R2	0.20	
Pseudo R2		0.154
Log pseudo-likelihood	-347.9	-37391.6

Source : Enquête REPONSE 2017.

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Note : pour la première régression par les MCO, les coefficients estimés sont présentés tandis que pour la deuxième régression (logit binomial), ce sont les effets marginaux qui sont présentés afin de permettre une comparaison des ordres de grandeur des effets. Ecarts-types entre parenthèses, + $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Note de lecture : un climat social qualifié de « plutôt tendu ou tendu » (plutôt que calme) va de pair avec un indice d'absentéisme plus élevé de 17% et avec une probabilité d'observer des accidents du travail répétés plus élevée de 6,7%.

L'importance des caractéristiques des entreprises et du contexte institutionnel

La santé des salariés dans l'établissement varie selon les caractéristiques structurelles de celui-ci (secteur, taille, niveau d'activité, type d'activité), et la composition de sa main-d'œuvre.

En effet, les établissements des secteurs de l'industrie et du transport ont plus de chances de rencontrer des problèmes liés à l'absentéisme que ceux des services. La taille de l'établissement joue également un rôle important. Les indicateurs de santé se dégradent dans les établissements de plus grande taille : l'absentéisme pose le plus de problèmes et les accidents du travail répétés sont les plus fréquents dans les établissements de 50 salariés et plus. Ce résultat est souvent rencontré dans la littérature en ce qui concerne l'absentéisme (Chaupain-Guillot et Guillot, 2011 par exemple), bien qu'il soit discuté dans le cas des

accidents du travail. Sørensen *et al.* (2007) concluent en effet, dans le cas du Danemark, que ce n'est pas la taille de l'établissement qui importe, mais son statut. Ainsi, pour eux, les accidents ont plus de chances de survenir dans de petites entreprises, lorsque celles-ci sont indépendantes, mais ils sont plus fréquents dans les grandes entreprises lorsqu'elles appartiennent à un grand groupe. Dans notre étude, ce n'est pas cette distinction qui prévaut, et c'est bien la taille de l'établissement qui joue sur les accidents du travail. Santos *et al.* (2018) parviennent à la même conclusion que notre modèle dans le cas du Portugal : le risque d'accidents du travail augmente avec la taille de l'établissement. La grande taille des entreprises implique un plus grand nombre de travailleurs exposés aux risques professionnels, ce qui peut rendre plus ardues les actions de prévention dans ces structures. Santos *et al.* (2018) expliquent également ce résultat par une tendance des PME et des microentreprises à sous-déclarer les accidents du travail, car ils remettent en cause leur image.

Il apparaît que la nature des activités de l'établissement (marchande ou non) est également reliée à la santé de ses salariés. On constate que l'appartenance au secteur non-marchand augmente l'absentéisme. Ce résultat, qui peut sembler contre-intuitif si l'on imagine que les conditions de travail sont meilleures dans les structures où l'activité n'est pas motivée par une logique de profit, est confirmé par la littérature qui s'intéresse au domaine associatif et à l'économie sociale et solidaire. Dans ces secteurs, les « petits boulots » prennent une part très importante de l'emploi, le recours aux horaires atypiques, aux contrats à temps partiel et aux CDD est très fréquent (Hély, 2009 ; Bailly *et al.*, 2012 ; Prouteau, 2015). Or, ce type d'horaires de travail est un de ceux qui sont les moins bons pour la santé. Cottin-Marx (2020) ajoute par ailleurs que dans ce secteur, les relations de travail sont ambivalentes, puisqu'elles se basent sur l'engagement, ce qui brouille les relations hiérarchiques. Cette situation peut mener à des abus et à un mal-être au travail. Cependant, il est aussi possible d'envisager une causalité inverse dans le cas des entreprises du secteur non-marchand. En effet, ces établissements peuvent attirer davantage de travailleurs en moins bonne santé, car leur rythme et leur culture semblent plus compatibles avec leur état de santé, concentrant ainsi dans ces établissements des salariés à la mauvaise santé.

La santé des salariés au niveau établissement dépend aussi de la structure de l'emploi, que ce soit en termes de contrats de travail ou en termes de caractéristiques des salariés. Le modèle montre que la part des salariés en CDD est positivement corrélée à des risques d'accidents du travail répétés. Leur temps de présence dans l'entreprise est plus court que leurs collègues en CDI, leur pouvoir de négociation pour améliorer leurs conditions de travail est donc moins important. De plus, la littérature montre que l'ancienneté protège davantage les travailleurs, car ils ont la possibilité d'appivoiser leur environnement (Santos *et al.*, 2018 ; Askenazy et Caroli, 2003 ; Gauchard *et al.*, 2006 ; David, Cloutier et Ledoux, 2011). On relève également un lien entre les indicateurs de santé au niveau des établissements et la composition de leur main-d'œuvre.

Ainsi, la part des femmes dans l'effectif des salariés augmente les problèmes d'absentéisme dans l'établissement. Ce résultat est fréquent dans la littérature (Chaupain-Guillot et Guillot, 2011 ; Coutrot et Perez, 2021). L'absentéisme chez les femmes est notamment important lorsqu'elles ont un enfant de moins de trois ans (Chaupain-Guillot et Guillot, 2010). Cet écart peut être imputé au partage toujours inégalitaire au sein du couple des tâches parentales et domestiques, car ce sont les femmes qui dédient le plus de temps aux tâches ménagères (Pailhé, Solaz et Champagne, 2015 ; Pailhé, Solaz et Tô, 2018). L'absentéisme serait pour elles un moyen de conjuguer vie familiale et vie professionnelle, dans un contexte de fortes contraintes

familiales. Bridges et Mumford (2001) étayent ce raisonnement et montrent que l'absentéisme est plus important chez les femmes britanniques, mais qu'il est fortement associé à la présence d'enfants en bas âge. Dans leur étude, les résultats varient par ailleurs selon la définition de l'absentéisme qui est utilisée : quand on ne considère que l'absentéisme pour raisons de santé ou d'accidents, la différence entre les genres disparaît.

Il apparaît en effet que l'augmentation de la part des moins de 20 ans dans l'établissement réduit les accidents du travail répétés. Dans la littérature, cet effet de l'âge fait débat. Pour certains (Askenazy et Caroli, 2003 ; Rommel *et al.*, 2016), les risques d'accidents du travail sont plus élevés chez les plus jeunes que chez les plus âgés. D'autres recherches aboutissent au résultat inverse (Chau *et al.*, 2009 ; Santos *et al.*, 2018).

Au-delà des caractéristiques structurelles des établissements, leur niveau d'activité influence également la santé des salariés au travail. Ainsi, lorsque l'activité de l'établissement est en croissance, les problèmes liés à l'absentéisme et les accidents du travail répétés diminuent. Plusieurs types d'explications peuvent être avancées pour cette relation. Tout d'abord, lorsque l'activité de l'établissement est intense, il est plus difficile pour les salariés de quitter leur poste de travail. De plus, lorsque l'activité augmente, l'ambiance de travail a davantage de chances d'être bonne, ce qui pousse l'absentéisme à la baisse (Chaupain-Guillot et Guillot, 2011). Par ailleurs, de bonnes conditions économiques peuvent favoriser le développement de mesures de prévention en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Un effet limité du télétravail sur la santé

Les résultats de l'analyse montrent que le télétravail influe positivement sur la santé des travailleurs captée au niveau de l'établissement, à caractéristiques données. Toutefois, l'effet n'est pas le même selon qu'il est pratiqué par des cadres ou des non-cadres. Lorsqu'il concerne les non-cadres, il réduit les problèmes liés à l'absentéisme. En effet, on peut considérer que le télétravail permet davantage de flexibilité et peut ainsi améliorer l'articulation entre la vie personnelle et professionnelle des salariés, réduisant ainsi les périodes d'absentéisme (Wanger, 2017, Erhel *et al.*, 2021). La différence avec les cadres, pour qui cet effet ne s'observe pas, suggère que cet effet flexibilité est plus important pour les non-cadres, dont le travail est davantage encadré par des règles de présence et des horaires fixes. Par ailleurs, l'absentéisme est beaucoup moins fréquent chez les cadres que chez les autres catégories socioprofessionnelles (Hallépée et Mauroux, 2019a ; Coutrot et Perez, 2021).

En revanche, lorsqu'il a lieu chez les cadres, le télétravail réduit la survenue d'accidents du travail répétés dans l'établissement. Cet effet peut s'expliquer par la réduction des accidents du trajet, les accidents du travail étant globalement beaucoup plus limités pour les cadres que pour les autres catégories socioprofessionnelles (Piha *et al.*, 2013 par exemple). Toutefois, il est également possible que la mise en place du télétravail pour les cadres se répercute sur les conditions de travail des autres salariés, via par exemple des méthodes de management différentes.

Au total, il ne ressort pas d'effet négatif du télétravail sur la santé, comme il a pu être démontré dans d'autres recherches (Mann et Holdsworth, 2003 ; Tavares, 2017 ; Hallépée et Mauroux, 2019b). Toutefois, outre le fait que les variables utilisées sont différentes, il s'agit ici d'une analyse au niveau des établissements, alors que les analyses conduites jusqu'à présent ont porté sur un niveau salarié. On peut dès lors supposer que la variable de télétravail capte également

des pratiques d'aménagement du temps de travail et un management plus conciliant, au-delà des seules modalités effectives du télétravail. De plus, au moment de l'enquête, le volume du télétravail demeurait très limité dans les structures concernées.

Relations sociales en entreprise et santé des travailleurs

Les résultats montrent que les négociations d'entreprise, le climat social et l'ambiance de travail dans l'établissement influencent la santé de ses salariés.

Tout d'abord, il ressort de notre analyse que le dialogue social est lié au risque d'accidents du travail répétés. La tenue de négociations au sein de l'établissement entre 2014 et 2016, tout comme la présence d'un délégué syndical ou du personnel sont positivement corrélées à la survenue d'accidents du travail répétés. À l'inverse, la signature d'au moins un accord entre 2014 et 2016 améliore la santé des salariés, puisqu'elle joue à la baisse sur les accidents du travail répétés. Ces résultats peuvent être dus à un phénomène de sélection adverse : les entreprises dans lesquelles les accidents sont fréquents ont plus tendance à mener des négociations afin de régler les problèmes auxquels elles font face. Toutefois, à l'inverse, lorsqu'un accord est signé, témoignant d'un consensus entre la direction et les représentants du personnel, les accidents du travail diminuent. Ce n'est donc pas le seul fait de négocier qui dégrade directement les indicateurs de santé. Si la négociation seule (sans accord) est reliée négativement à la santé, c'est parce qu'elle a lieu dans un contexte déjà dégradé. Par ailleurs, la présence de représentants du personnel peut également augmenter la déclaration des accidents du travail dans la mesure où elle réduit les possibilités pour l'employeur de sous-déclaration et parce que les salariés syndiqués craignent moins les représailles en cas de déclaration (Donado, 2015). Contrairement aux accidents du travail, on ne relève pas de lien significatif entre dialogue social formel et absentéisme.

En revanche, il apparaît clairement que l'ambiance de travail et le climat social jouent sur les deux indicateurs de santé au niveau des établissements. Ainsi, le fait qu'un conflit ait eu lieu au cours des trois dernières années et plus encore le fait que le climat social soit considéré comme « tendu » augmente les problèmes liés à l'absentéisme et les accidents du travail répétés. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec ceux de Chaupain-Guillot et Guillot (2011). Ils trouvent en effet une relation négative entre la satisfaction au travail et l'absentéisme. Ici, un climat social tendu ou un conflit dans l'établissement peuvent conduire à une insatisfaction face à son travail et encourager l'absentéisme. De plus, un climat social tendu dans l'établissement peut augmenter la tension générale et nuit au bon déroulement du travail, accroissant les risques d'accident. Il faut toutefois noter qu'une relation inverse est également possible : des accidents du travail fréquents peuvent également mener à un conflit entre les salariés et la direction, pour négocier davantage de protection, par exemple.

CONCLUSION

Ce document de travail confirme tout d'abord la pertinence d'une analyse de la santé des travailleurs au niveau de l'entreprise. En effet, il montre l'existence de liens entre certaines pratiques des entreprises et la santé des salariés au niveau établissement.

Deux types de pratiques d'entreprise sont analysées, le dialogue social d'une part, l'usage du télétravail d'autre part. Pour le dialogue social, les relations sont complexes, les négociations étant reliées positivement aux accidents du travail répétés, tandis que la signature d'un accord réduit leur occurrence. Ceci suggère toutefois qu'un dialogue social de qualité est susceptible d'améliorer la santé au travail. Un bon climat social et une faible conflictualité sont également clairement associés à une moindre fréquence de problèmes liés à l'absentéisme ou aux accidents du travail. Concernant l'usage du télétravail, l'effet est plutôt positif sur les indicateurs de santé au niveau des établissements, avec néanmoins des différences selon la catégorie de salariés concernés (cadres ou non-cadres).

Dans l'ensemble, ces résultats confirment l'existence d'un lien entre pratiques d'entreprises et santé, au-delà des politiques explicitement centrées sur la santé au travail. Si les conditions réelles de travail sont déterminantes, les modalités d'organisation du travail et la qualité du dialogue social représentent également des leviers potentiels d'une bonne santé au travail.

Des analyses complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats, en particulier pour éclaircir le sens de causalité entre dialogue social, télétravail et santé. En l'absence de données dynamiques, nos analyses demeurent principalement descriptives.

De plus, il serait intéressant d'élargir l'analyse à d'autres caractéristiques de l'organisation du travail (au-delà du télétravail), pour inclure un ensemble plus large de pratiques d'entreprises. Enfin, concernant le télétravail, des analyses sur des données plus récentes sont nécessaires pour mesurer les effets de cette pratique dans un contexte de forte diffusion liée à la crise sanitaire, et dans une moindre mesure, à son institutionnalisation depuis les ordonnances travail de 2017.

BIBLIOGRAPHIE

- AFSA C., GIVORD P. (2009), "Impact of Working Conditions on Sick Leave: the Case of Non-Standard Working Hours", *Économie et Prévision* 187, n° 1 : 83-103.
- ALTHAUS V., KOP J.-L., GROSJEAN V. (2013), "Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: towards a meta-model", *Le travail humain*, Vol. 76, n°2, pp. 81-103.
- AMOSSE T., CELERIE S. (2013), « Pratiques d'entreprises en santé et sécurité - Un panorama de la situation française depuis une double perspective, quantitative et qualitative », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15-3.
- ANACT (2016), « 10 questions sur... l'absentéisme », *Guides de l'Anact*, 16p.
- ASKENAZY P. (2009), « Un regard économique sur la santé au travail », *Regards croisés sur l'économie* 5, n° 1: 54-60.
- ASKENAZY P., CAROLI E. (2003), « Pratiques « innovantes », accidents du travail et charge mentale : résultats de l'enquête française « Conditions de travail 1998 » », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 5-1 (mai).
- AYMING, AG2R LA MONDIALE (2017), « Le Baromètre de l'absentéisme », n°9 .
- BAILLY F., CHAPPELLE K., PROUTEAU L. (2012), « La qualité de l'emploi dans L'ESS: Etude exploratoire sur la région des Pays de la Loire », *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, n° 323: 44.
- BARDELLI P., ALLOUCHE J. (2012, dir), *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?*, Paris : Armand Colin.
- BARNAY, T., SAUZE, D. & SULTAN-TAÏEB, H. (2010), « La santé au travail : une préoccupation multiforme pour les économistes », *Revue française des affaires sociales*, p.7-25
- BARNAY T. (2016), « Relations causales entre santé et travail - Le regard des économistes », *médecine/sciences* 32, n° 10: 889-94.
- BARTHE B. (2015), « La déstabilisation des horaires de travail », In A. Thébaud-Mony, P. Davezies, L. Vogel & S. Volkoff (Eds.) *Les risques du travail*, pp. 223- 232. Paris: Editions la Découverte.
- BERNIELL I., BIETENBECK J. (2020), "The effect of working hours on health", *Economics & Human Biology*, Elsevier, vol. 39(C).
- BETHOUX, É., MIAS A., BLACHE G., DUPUY C., JOBERT A., RENOUX J.-L., SPIESER C., TALLARD M., VINCENT C. (2015), « Dialoguer plus, mais sur quoi ? Les régulations d'entreprise en matière d'emploi, de formation et de conditions de travail en temps de crise », *La Revue de l'Ires* 84, n° 1: 91-123.
- BLOOM N., LIANG J., ROBERTS J., YING S. (2013), "Does Working from Home work? Evidence from a Chinese Experiment", *CEP Discussion Paper* No. 1194.

- BRIDGE S., MUMFORD K. (2001), "Absenteeism in the UK: A Comparison Across Genders", *The Manchester School*, Volume 69, Issue3, June, Pages 276-284
- CARDEBAT J.-M., DEBRAND T., SIRVEN N. (2012), « Les « bonnes pratiques RSE », réponse aux effets dommageables de la mondialisation sur la santé et les conditions de travail », in Bardelli P., Allouche J. (dir), p.275-292.
- CARRIERI V., JACOBS R., ROBONE S. (2012), "Well-Being and Psychological Consequences of Temporary Contracts: The Case of Younger Italian Employees", *Working Papers from Centre for Health Economics, University of York*, No. 079.
- CASE A., DEATON A.S. (2005), "Broken Down by Work and Sex: How Our Health Declines", In *Analyses in the Economics of Aging*, p. 185-212. University of Chicago Press.
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (2017), « Risque accident du travail : Statistiques sur la sinistralité de l'année 2016, résultats par CTN et code NAF ».
- CGT, 2021. « Enquête nationale sur le télétravail », <https://ugictcgt.fr/dossier-presse-enquete-teletravail/>.
- CHAMPAGNE C., PAILHE A., SOLAZ A. (2015), « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? », *Économie et Statistique* 478, n° 1: 209-42.
- CHAU, N., BHATTACHERJEE A., KUNAR B. M., Lorhandicap Group, (2009), "Relationship between job, lifestyle, age and occupational injuries", *Occupational Medicine* 59 (2): 114-19.
- CHAUPAIN-GUILLOT S., GUILLOT O. (2011), "The individual determinants of work absenteeism: a european comparison", *Revue économique* 62, n° 3: 419-27.
- CLARK, A. E., VICARD A. (2007), « Conditions de collecte et santé subjective : une analyse sur données européennes », *Économie et Statistique* 403, n° 1 : 143-63.
- COSTA, G., SARTORI S., ÅKERSTEDT T. (2006), "Influence of Flexibility and Variability of Working Hours on Health and Well- Being", *Chronobiology International* 23, n° 6: 1125-37.
- COTTIN-MARX S. (2020), « Les relations de travail dans les entreprises associatives. Salariés et employeurs bénévoles face à l'ambivalence de leurs rôles », *La Revue de l'Ires* 2020/2-3 (n° 101-102), p.29-48.
- COUTROT T., PEREZ C. (2021), « Quand le travail perd son sens. L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie : une analyse longitudinale avec l'enquête Conditions travail 2013-2016 », *Document d'études de la DARES*, No.249, août
- COUTROT T., WOLFF L. (2008), « Mesurer l'impact du travail sur la santé : du longitudinal, oui, mais lequel ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 10-2.
- DEFEBVRE E. (2018), "Harder, Better, Faster ... Yet Stronger? Working Conditions and Self-Declaration of Chronic Diseases", *Health Economics*, Volume27, Issue 3, p.59-76.

- DELPIERRE C., DATTA G.D., KELLY-IRVING M., LAUWERS-CANCES V., BERKMAN L., LANG T. (2012), “What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA?”, *European Journal of Public Health* 22, n° 3 : 317-21.
- DESBARATS I. (2013), « Entre la protection des salariés et la performance de l'entreprise : la gestation d'un droit français du télétravail », *Les Cahiers de droit* 54, n° 2-3: 337-58.
- DOCKERY A. M., BAWA S. (2014), “Is working from home good work or bad work? Evidence from Australian employees”, *Australian Journal of Labour Economics*, Volume 17, Number 2, p.163-190
- DONADO A. (2015), “Why Do Unionized Workers Have More Nonfatal Occupational Injuries?” *ILR Review* 68 (1): 153–83.
- ERHEL C., GUERGOAT-LARIVIÈRE M., MOFAKHAMI M. (2021), “Working Time Arrangements, Innovation and Job Satisfaction: A Workplace Level Analysis for France”, *Document de travail du Centre d'Etudes de l'Emploi et du Travail*, No. 204.
- GASH V. , MERTENS A., ROMEU GORDO L. (2007), “Are Fixed-Term Jobs Bad for Your Health?: A Comparison of West-Germany and Spain” , *European Societies* 9, n° 3: 429-58.
- GAUCHARD, G. C., J. M. MUR, C. TOURON, L. BENAMGHAR, D. DEHAENE, P. PERRIN, ET N. CHAU (2006), “Determinants of accident proneness: a case–control study in railway workers”, *Occupational Medicine* 56, n° 3 : 187-90.
- GAUTIER, M.A., CAËTANO G. (2020), « Effets sur la santé des horaires longs de travail : revue de la littérature », *Références en santé au travail*, n° 161 .
- GOLLAC M., VOLKOFF S., WOLFF L. (2014), *Les conditions de travail*, Collection Repères, La Découverte, 128p.
- GROSSMAN M. (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy* 80, n° 2 : 223-55.
- HALLEPEE S., MAUROUX A. (2019a), « Quels sont les salariés concernés par le télétravail ? », *Dares Analyses*, N°051.
- HALLEPEE S., MAUROUX A. (2019b), « Le télétravail permet-il d'améliorer les conditions de travail des cadres ? », *Insee Références*, édition 2019.
- HELY M. (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*, Presses Universitaires de France.
- HENSEKE G. (2018), “Good jobs, good pay, better health? The effects of job quality on health among older European workers”, *European Journal of Health Economics*, 19(1):59-73.
- IDLER E. L., BENYAMINI Y. (1997), “Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies”, *Journal of Health and Social Behavior* 38, no 1: 21-37.
- ILO (2022), « Renforcer le dialogue social au profit d'une culture de la sécurité et de la santé: Les leçons tirées de la crise du COVID-19 », *Actualités*, Organisation internationale du

Travail, Genève: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_843751/lang--fr/index.htm

INSEE (2018), « Tableaux de l'économie française ».

INSEE (2017), « Marché du travail », *Insee Références, édition 2017*.

KARASEK R.A. (1979), "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign", *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, n°2, pp. 285-308.

MANN S., HOLDSWORTH L. (2003), "The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health", *New Technology, Work and Employment*, Volume 18, Issue 3, p.196-211.

MCMICHAEL, A. J. (1976), "Standardized Mortality Ratios and the "Healthy Worker Effect": Scratching Beneath the Surface", *Journal of Occupational Medicine* 18, n° 3: 165-68.

OSE, O.S. (2005), "Working Conditions, Compensation and Absenteeism", *Journal of Health Economics* 24, n° 1 : 161-88.

PAILHÉ A., SOLAZ A., TÔ M. (2018), "Can daddies learn how to change nappies? Evidence from a short paternity leave policy", *Documents de travail de l'INED*, n° 240, 92 p.

PIHA K., LAAKSONEN M., MARTIKAINEN P., RAHKONEN O., LAHELMA E. (2013), "Socio-economic and occupational determinants of work injury absence", *European Journal of Public Health* 23 (4): 693-98.

PLANCHARD, J.H., VELAGIC Z. (2020), « Évaluation de l'impact psychologique du télétravail », *Références en santé au travail de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)*, n°161

PROUTEAU, L. (2015), « Les emplois occasionnels dans les associations d'économie sociale ». *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, n° 338: 23-39.

ROBONE S., JONES A., RICE N. (2011), "Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being", *European Journal of Health Economics*, Oct, 12(5):429-44.

ROMMEL A., VARNACCIA G., LAHMANN N., KOTTNER J., KROLL L.E. (2016), "Occupational Injuries in Germany: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors", *PLOS ONE* 11, n°2.

SANTIN G., COHIDON C., GOLDBERG M., IMBERNON E. (2009), "Depressive Symptoms and Atypical Jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey", *American Journal of Industrial Medicine* 52, n° 10: 799-810.

SANTOS A. J. R., REBELO E.L., MENDES J.C. (2018), « Pour une meilleure prévention des accidents du travail mortels au Portugal », *Revue Internationale Du Travail* 157 (3): 459-84.

SØRENSEN O.H., HASLE P., BACH E. (2007), "Working in Small Enterprises – Is There a Special Risk?", *Safety Science* 45, n° 10 : 1044-59.

TAVARES A.I. (2017), "Telework and health effects review", *International Journal of Healthcare* 3 (1 juillet): 30.

WANGER S. (2017), "What Makes Employees Satisfied with Their Working Time? The Role of Working Hours, Time-Sovereignty and Working Conditions for Working Time and Job Satisfaction", *IAB-Discussion Paper*, No. 20/2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (2022), *Healthy and safe telework*, Technical brief, February

ANNEXES

Principales variables de l'enquête REPONSE mobilisées et construction des variables utilisées dans l'analyse

Variable sur l'absentéisme (ABSENTEISME)

En 2016, dans votre « entreprise » / « établissement », l'absentéisme a-t-il représenté pour vous un problème ... ?

- 1.Très important
- 2.Assez important
- 3.Assez peu important
- 4.Pas très important
- 5.Non concerné (pas eu d'absentéisme)
- 6.(NSP)

Variables sur les accidents du travail (ACCREP) et les arrêts maladie répétés (AMALREP)

L'un des incidents suivants s'est-il produit au cours des trois dernières années (2014-2016) dans votre « entreprise » / « établissement » ?

Des accidents du travail répétés : 1.OUI ; 2.NON ; 3.NSP

Des arrêts maladies répétés pour plusieurs salariés : 1.OUI ; 2.NON ; 3.NSP

Variable sur le climat social (CLIMAT)

Comment qualifieriez-vous à ce jour le climat social dans votre « entreprise » / « établissement » ?

- 1.Calme
- 2.Plutôt calme
- 3.Plutôt tendu
- 4.Tendu
- 5.(NSP)

Variables sur le télétravail des cadres (TELECAD) et des non-cadres (TELENC)

Dans votre « entreprise » / « établissement », certains cadres exercent-ils en situation de télétravail ? : 1.OUI ; 2.NON

Dans votre « entreprise » / « établissement », certains salariés non-cadres exercent-ils en situation de télétravail ? : 1.OUI ; 2.NON

Tableau A1: Liens entre télétravail, dialogue social et arrêts maladie répétés

	Arrêts maladie répétés (logit binomial, effets marginaux)
Existence de télétravail chez les cadres	0.042 (0.041)
Existence de télétravail chez les non-cadres	-0.034 (0.048)
Présence d'un CHSCT dans l'établissement	0.049 (0.030)
Tenue de négociations entre 2014 et 2016	0.115* (0.051)
Signature d'accords entre 2014 et 2016	-0.054 (0.043)
Existence d'accords sur les modalités du télétravail	-0.062 (0.057)
Survenue d'un conflit dans l'établissement entre 2014 et 2016	0.105** (0.033)
Climat social qualifié par l'employeur de (<i>réf. : calme</i>)	
Plutôt calme	0.077** (0.024)
Plutôt tendu ou tendu	0.148** (0.046)
Présence d'un représentant/délégué syndical/du personnel dans l'établissement/entreprise	0.090** (0.030)
Secteur d'activité de l'établissement (<i>réf. : services</i>)	
Industrie	0.001 (0.040)
Construction	-0.110* (0.044)
Commerce	-0.050 (0.033)
Transport	-0.003 (0.049)
Activités non marchandes	0.062 (0.042)
Entreprise cotée en bourse	-0.013 (0.049)
Actionnaire principal : famille ou particuliers	-0.015 (0.030)
Volume d'activité de l'établissement sur les trois dernières années (<i>réf. : stable</i>)	
En croissance	-0.049+ (0.026)
En déclin	-0.013 (0.032)

Catégorie d'établissement (<i>réf. : établissement indépendant</i>)	
Siège	-0.021 (0.033)
Établissement dépendant	-0.022 (0.030)
Taille d'établissement (<i>réf. : de 11 à 49 salariés</i>)	
De 50 à 499 salariés	0.088*** (0.026)
500 salariés et plus	0.141*** (0.040)
Âge de l'établissement (<i>réf. : moins de 10 ans</i>)	
De 10 à 19 ans	-0.012 (0.028)
20 ans et plus	0.001 (0.029)
Part des cadres et des professions intermédiaires dans l'établissement	-0.333 (0.618)
Part des et ouvriers des employés dans l'établissement	-0.100 (0.612)
Part des femmes dans l'établissement	0.040 (0.056)
Part des salariés à temps partiel dans l'établissement	0.127* (0.064)
Part des salariés en CDD dans l'établissement	0.023 (0.098)
Part des moins de 20 ans dans l'établissement	-0.036 (0.321)
Part des 50 ans et plus dans l'établissement	-0.191* (0.095)
Constante	-0.338 (3.104)
Nombre d'observations	3521
Adjusted R2	
Pseudo R2	0.10
Log pseudo-likelihood	-87044.4

Source : Enquête REPONSE 2017.

Champ : établissements en France métropolitaine de 11 salariés et plus hors agriculture et administration.

Note : écarts-types entre parenthèses, + $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

DERNIERS NUMÉROS PARUS :

téléchargeables à partir du site <http://ceet.cnam.fr/>

- N° 209** *Accès à l'emploi et conditions d'emploi des jeunes descendants d'immigrés en France : Genre, origines et mixité des parents*
YAËL BRINBAUM
mars 2022
- N° 208** *The effects of expanding the generosity of statutory sick leave insurance: the case of a French reform*
MOHAMED ALI BEN HALIMA, MALIK KOUBI
septembre 2021
- N° 207** *Trajectoires professionnelles et formation continue pendant la crise sanitaire : un éclairage à partir des situations des auditeurs du Cnam*
CHRISTINE ERHEL, MATHILDE GUERGOAT-LARIVIERE, MATHILDE NUTARELLI, JULIAN PELLOUX, THERESE REBIERE
septembre 2021
- N° 206** *Why Do Employees Participate in Innovation? Skills and Organisational Design Issues and The Ongoing Technological Transformation*
NATHALIE GREENAN, SILVIA NAPOLITANO
juin 2021
- N° 205** *Les métiers "de deuxième ligne" de la crise du Covid-19 : quelles conditions de travail et d'emploi dans le secteur privé ?*
THOMAS AMOSSE, MIKAEL BEATRIZ, CHRISTINE ERHEL, MALIK KOUBI, AMELIE MAUROUX
mai 2021
- N° 204** *Working time arrangements, innovation and job satisfaction: a workplace level analysis for France*
CHRISTINE ERHEL, MATHILDE GUERGOAT-LARIVIERE, MALO MOFAKHAMI
mars 2021
- N° 203** *Les canaux de (non) recrutement des chômeurs. Une exploration à partir de l'enquête Ofer 2016*
YANNICK FONDEUR, CLAUDE MINNI
novembre 2020
- N° 202** *Les repères de la sélection à l'embauche et leur évaluation*
GUILLEMETTE DE LARQUIER, EMMANUELLE MARCHAL
septembre 2020
- N° 201** *Les pratiques de recrutement des entreprises : un pouvoir de segmentation et de valorisation*
GUILLEMETTE DE LARQUIER, GÉRALDINE RIEUCAU
février 2020
- N° 200** *L'espace de l'articulation emploi/hors-emploi chez les indépendant.e.s*
JULIE LANDOUR
novembre 2019