



*Faculté de Médecine et de  
Pharmacie de Poitiers*

 UNIVERSITÉ  
DE POITIERS

**Dr Eric BEN-BRIK**

12 octobre 2011



**Apports d'une  
Consultation de Santé  
Mentale et Travail  
dans la prise en charge des  
Risques Psycho Sociaux**



# Des définitions non harmonisées pour les RPS\* ?

- Définition européenne\* :  
Stress, harcèlement,  
violence au travail

\*Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ([osha.eropea.eu](http://osha.eropea.eu))



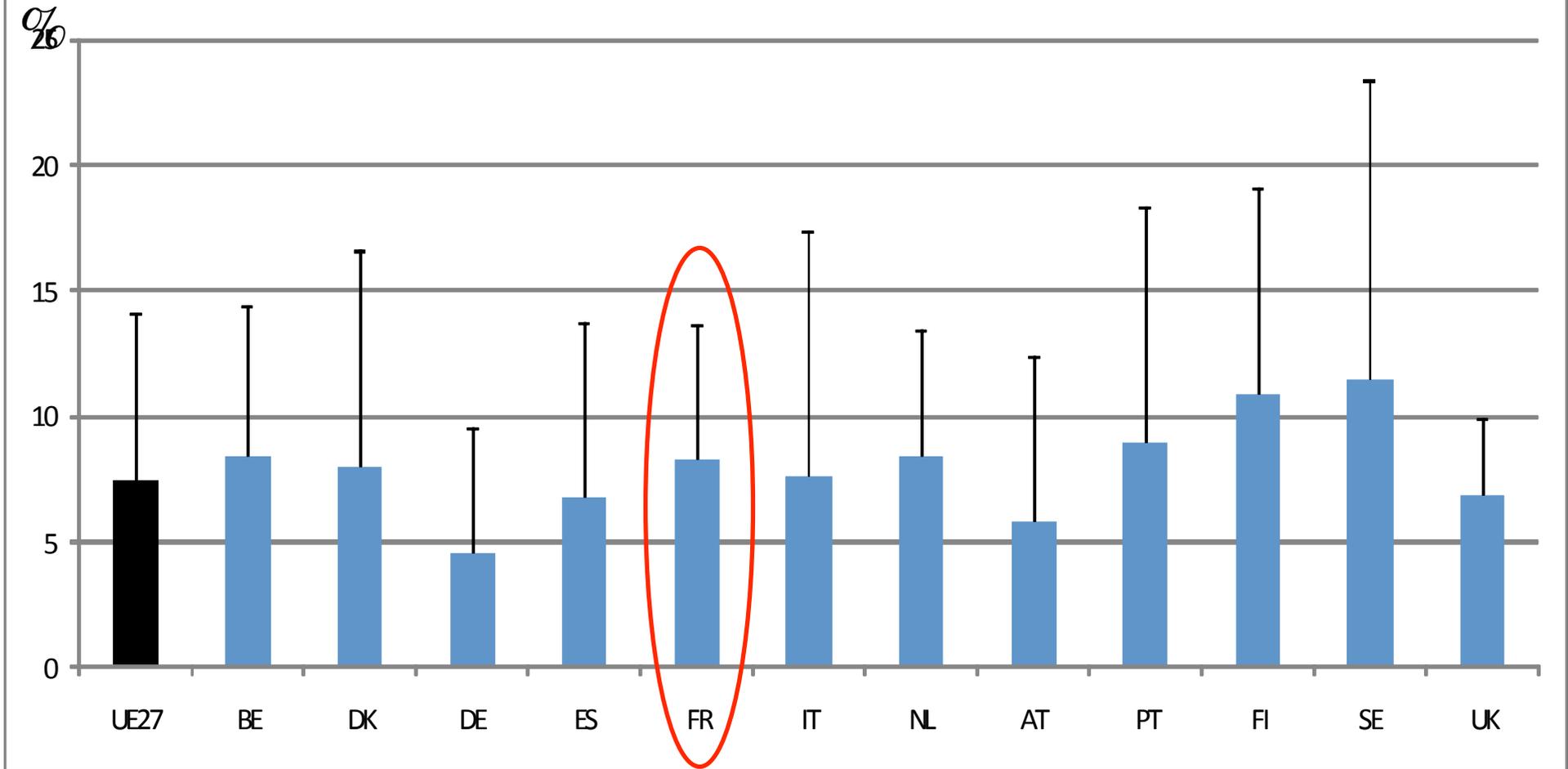
# Les référentiels

- **Le code du travail** (L1152-1, L4121, L4123-3, L4612-1 et 3) :
  - Prohibe les comportements de harcèlement moral (L1152-1)
  - Pose le principe que l'employeur a une obligation de prendre les mesures pour protéger la santé physique et mentale de tous les travailleurs (L4121)
- **Accords sur le stress au travail**  
(EU du 08 octobre 2004, FR du 02 juillet 2008)
- **Accords sur le harcèlement et violence**  
(FR du 26 mars 2010)
- **Accords santé sécurité au travail**  
(Fonction Publique, 20 novembre 2009)



# Indicateurs globaux européens\*

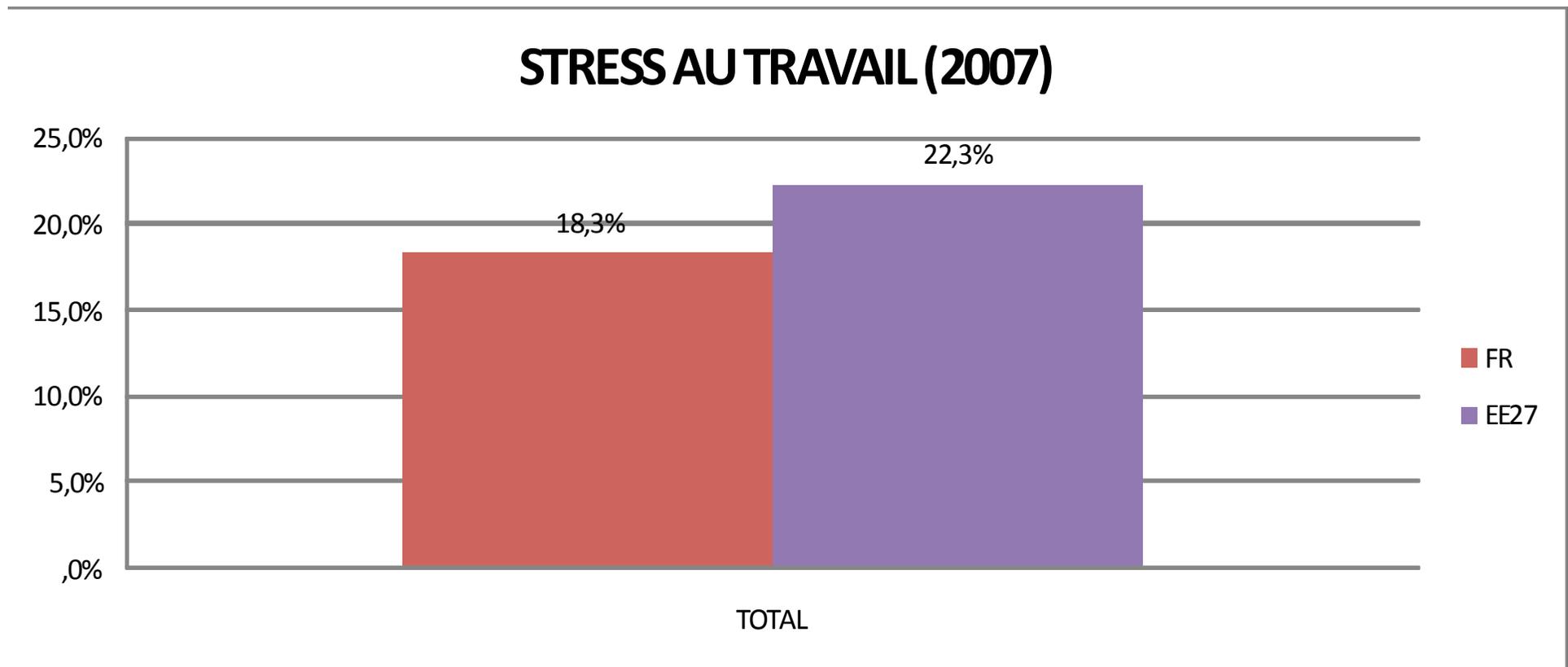
## Risques Psycho Sociaux (2007)



\* Moy±SD des 8 indicateurs de RPS (Source Eurofound, Fourth European Working Conditions Survey, 2007) : Menaces de violence physique, Violence physique de la part de collègues, Violence physique de la part d'autres personnes, Intimidation/harcèlement, Intentions sexuelles non souhaitées, Stress, Anxiété, Irritabilité



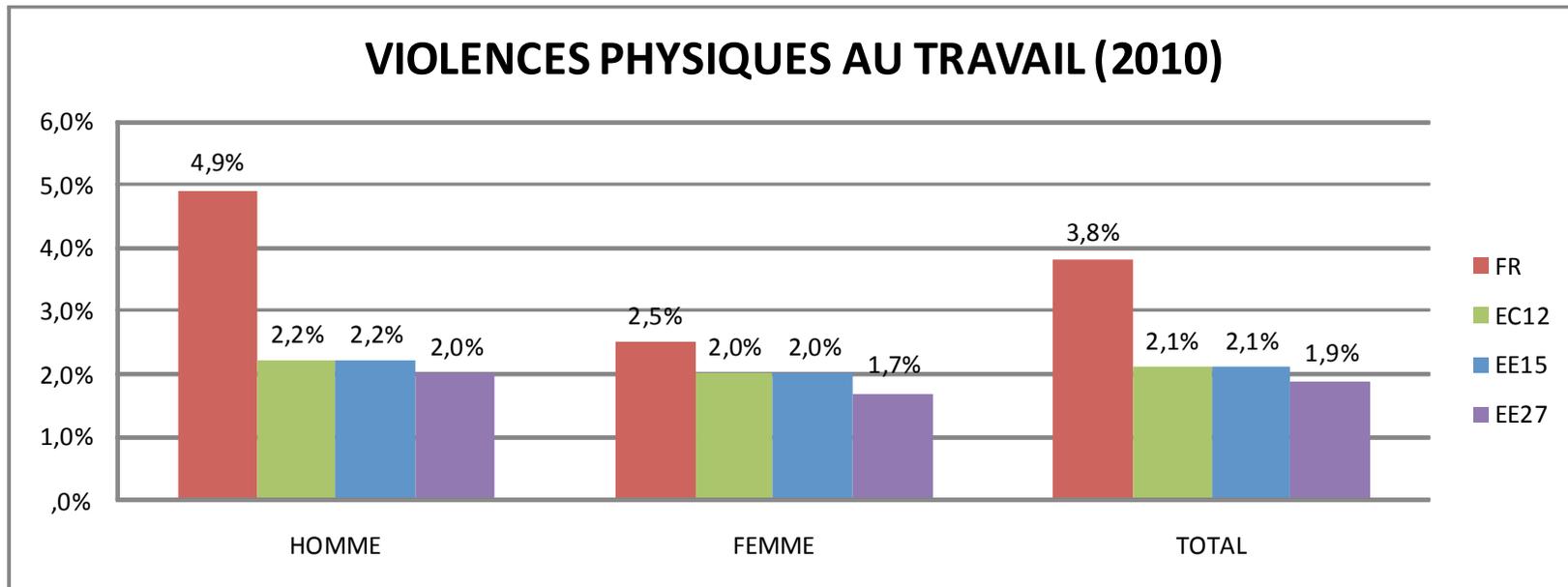
# Certains indicateurs ont amené à des accords sur le « stress » au travail\*



\* Source Eurofound, Fourth European Working Conditions Survey, 2007



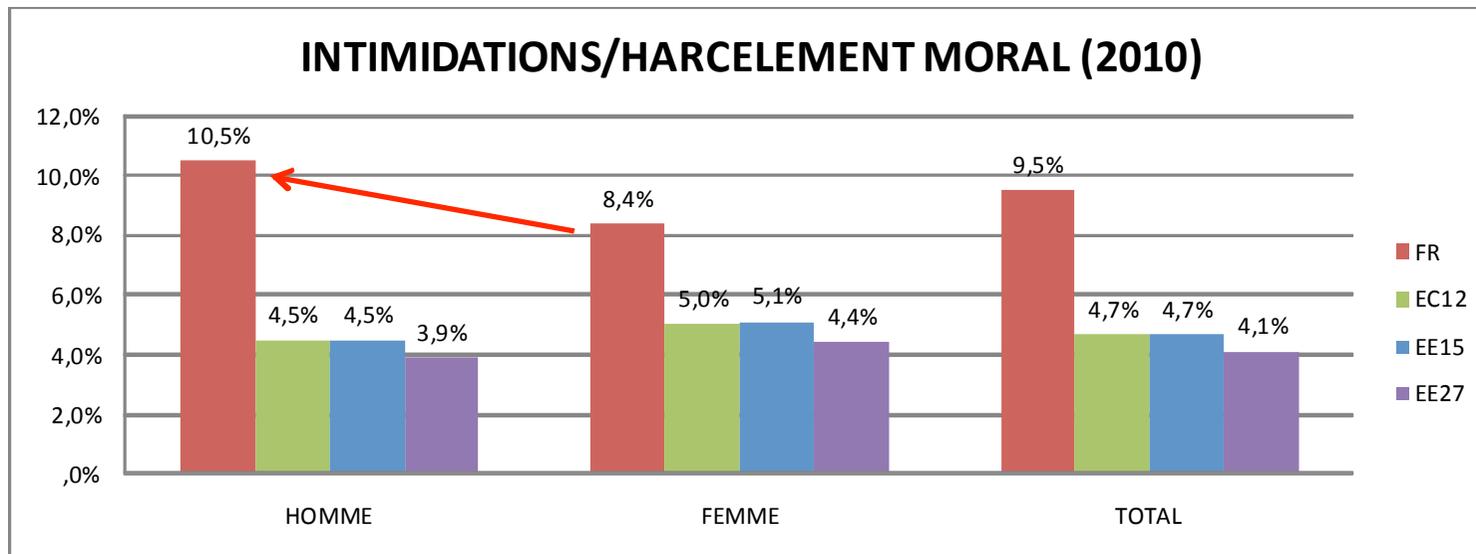
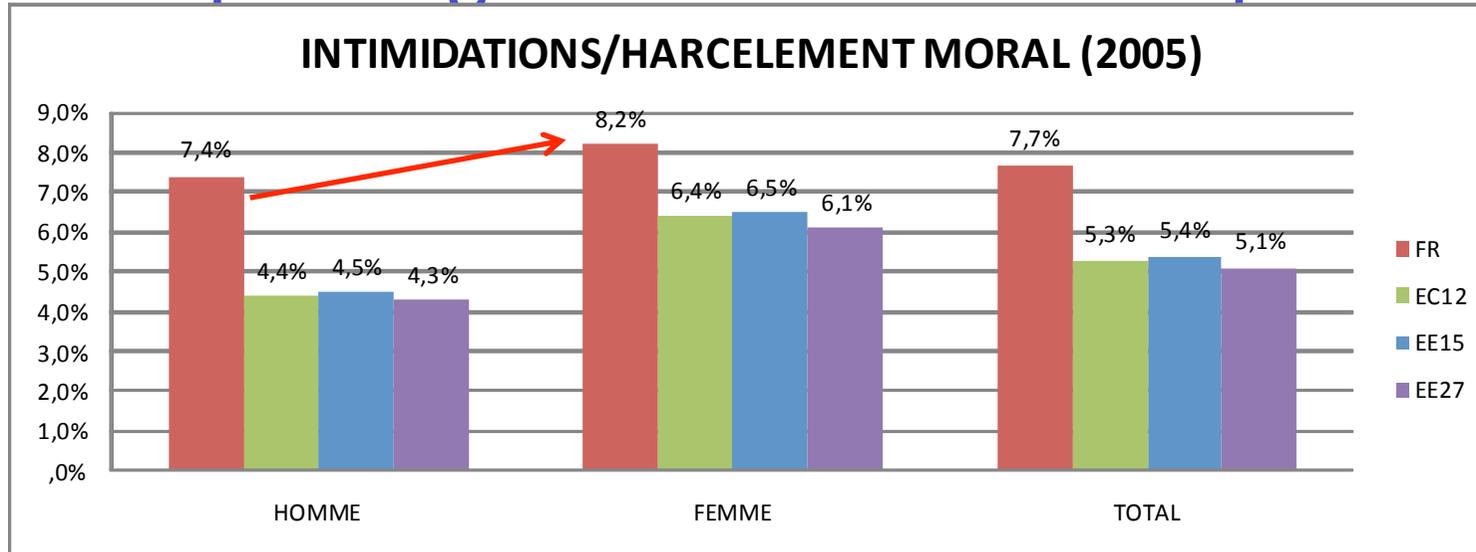
# D'autres indicateurs « explosent »



\* Source Eurofound, Fourth European Working Conditions Survey, 2010



# Et seraient révélateurs d'un changement de paradigme récent et très rapide\*

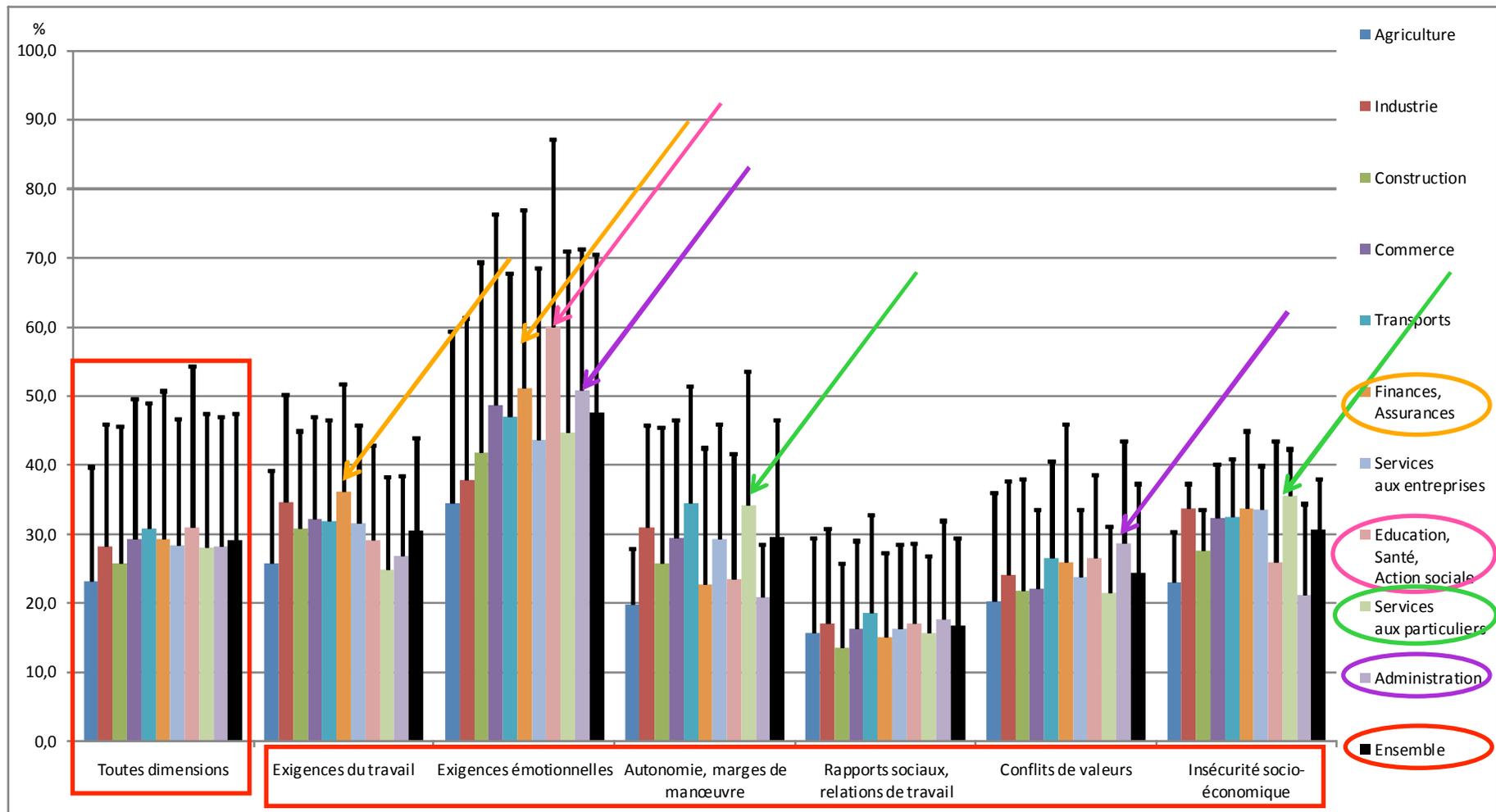


\*Source Eurofound, Fourth European Working Conditions Survey, 2010



# Des indicateurs nationaux qui resteront provisoires

(Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, DARES DREES, 2009)



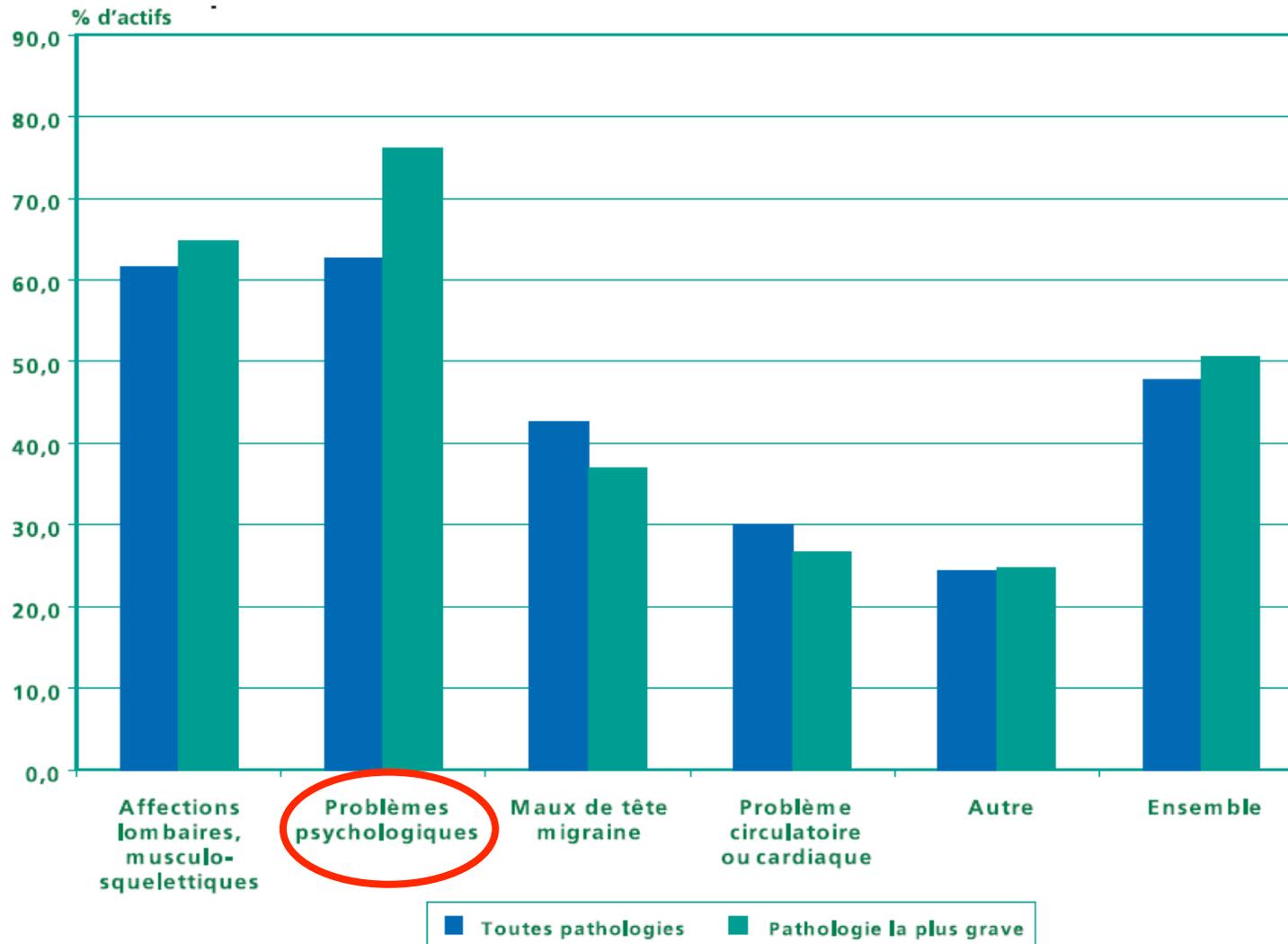


# L'engagement des salariés vacilles : un sur trois pense à quitter son entreprise (Etude Mercer\*, 26 septembre 2011 versus 2007, 30 000 salariés de 16 pays)

- **30% des salariés songent à quitter leur entreprise**, soit 57% de plus qu'en 2007!
- **Explosion de la crainte pour l'emploi** : le nombre de ceux qui pensent que le « *niveau de sécurité de l'emploi dans leur entreprise est aussi bon que celui des entreprises de leur secteur* » chute de 12% (53% en 2011).
- **Chute de la satisfaction au travail** : la perte du sentiment d'accomplissement et d'autonomie : Ce point passe 72% à 57% de salariés «satisfaits »
- **Le sentiment de fierté vis-à-vis de leur employeur chute** de 9 points : ils ne sont plus que 58% à « *être fiers de leur entreprise* ».



Les problèmes psychologiques sont les **pathologies chroniques** ressenties par les travailleurs comme les plus fréquentes et les plus graves (DARES 2010)





# Les CSP intermédiaires ou faibles auraient 4,5 fois plus de risques de développer une dépression au long court que les hautes CSP (GAZEL 2011\*)



**Table 3** Socioeconomic position and depression trajectory (1996–2008); multinomial logistic regression analyses among men of the GAZEL cohort ( $n = 9424$ )

	Increasing vs no depression $OR_1$ (95% CI)	Decreasing vs no depression $OR_2$ (95% CI)	Persistent vs no depression $OR_3$ (95% CI)	P-value 1 $OR_1$ , $OR_2$ , $OR_3 \neq 1$
<i>Adjusted for year of birth</i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.20 (0.97–1.49)	1.22 (1.09–1.36)	1.40 (1.16–1.70)	< 0.0001
Low	0.90 (0.59–1.37)	1.45 (1.21–1.75)	2.65 (2.04–3.45)	
<i>Adjusted for year of birth and marital status</i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.20 (0.97–1.49)	1.21 (1.08–1.35)	1.38 (1.13–1.67)	< 0.0001
Low	0.90 (0.59–1.37)	1.44 (1.19–1.74)	2.59 (1.99–3.37)	
<i>Adjusted for year of birth and negative life events<sup>a</sup></i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.20 (0.96–1.49)	1.21 (1.08–1.35)	1.39 (1.14–1.68)	< 0.0001
Low	0.89 (0.59–1.36)	1.44 (1.19–1.74)	2.63 (2.02–3.42)	
<i>Adjusted for year of birth and health behaviors<sup>b</sup></i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.21 (0.98–1.50)	1.20 (1.07–1.35)	1.37 (1.13–1.67)	< 0.0001
Low	0.91 (0.60–1.39)	1.42 (1.18–1.72)	2.54 (1.95–3.30)	
<i>Adjusted for year of birth and preexisting health problems<sup>c</sup></i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.18 (0.95–1.46)	1.18 (1.05–1.33)	1.35 (1.10–1.65)	< 0.0001
Low	0.85 (0.56–1.30)	1.37 (1.13–1.66)	2.42 (1.83–3.20)	
<i>Full model<sup>d</sup></i>				
Occupational grade:				
High	1	1	1	
Intermediate	1.18 (0.95–1.47)	1.17 (1.04–1.32)	1.30 (1.06–1.59)	< 0.0001
Low	0.86 (0.56–1.31)	1.34 (1.10–1.63)	2.28 (1.72–3.02)	

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.

<sup>a</sup>Adjusted for divorce/marital breakup, spouse's job loss, hospitalization and spouse's hospitalization.

<sup>b</sup>Adjusted for tobacco smoking, alcohol use and body mass index.

<sup>c</sup>Adjusted for past psychological problems, chronic physical illness (respiratory disorders, cardiovascular disorder, arthrosis and diabetes) and cancer.

<sup>d</sup>Adjusted for year of birth, marital status, divorce/marital breakup, spouse's job loss, hospitalization, spouse's hospitalization, tobacco smoking, alcohol use, body mass index, past psychological problems, chronic physical illness (respiratory disorders, cardiovascular disorder, arthrosis and diabetes) and cancer.

\* M. Melchior et coll, Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study, *Molecular Psychiatry*, 2011, 116, 1-10.



# Les effets des RPS sur la santé sont mal réparés

## Les tableaux de maladies professionnelles ne mentionnent aucune maladie due à des facteurs psychiques

- Actuellement, les **maladies « hors tableau »\***, peuvent être reconnues en **maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions – MCEF** par l'autorité administrative
- Souvent comme dans le régime général, elles devront être :
  - en lien **direct** et **essentiel** avec le travail **habituel**
  - Et **consolidées** avec une incapacité permanente partielle (**IPP**) **≥ 25%**, ou le **décès** du patient
- **SINON**, déclaration en **maladie à caractère professionnel (MCP)\*\*** auprès de l'Inspection du Travail (mais sans droit à réparation)

\* Alinéa 4 de L 461-1 CSS

\*\* L461-6 CSS



Or, aucun barème indicatif n'indique  
un taux d'IPP  $\geq 25\%$ \*  
D'où quasi absence de MP  
due à des RPS...

BARÈME INDICATIF D'INVALIDITÉ

**4.4. TROUBLES PSYCHIQUES - TROUBLES MENTAUX  
ORGANIQUES**

4.4.1. **AIGUS**

Ces troubles peuvent comporter une confusion mentale de niveau variable ou un état délirant aigu.

Il s'agit, là encore, comme pour les troubles neurologiques aigus, d'états évolutifs pendant lesquels **la consolidation n'est pas envisageable.**

4.4.2. **CHRONIQUES**

Etats dépressifs d'intensité variable :

- soit avec une asthénie persistante.....	10 à 20 %	←
- soit à l'opposé, grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique.....	50 à 100 %	
Troubles du comportement d'intensité variable.....	10 à 20 %	←



# Ce sont donc surtout les données des MCP qui retrouvent une prévalence élevée\* (en région Poitou Charentes, 2009)

**60% des déclarations MCP = TMS, env. 25% = souffrances psychiques\*\***

Tableau 23. Répartition des symptômes ou pathologies de la souffrance psychique (%)

Symptômes ou pathologies	Nombre de signalements en souffrance psychique	Répartition	Prévalence
Dépression	35	58,3 %	0,9 %
Anxiété	10	16,7 %	0,3 %
Burn out	5	8,3 %	0,1 %
Total	60*	100,0 %	1,5 %

\* Les signalements inférieurs à 5 ne sont pas renseignés : il s'agit notamment de somatisation, de syndrome post traumatique et de trouble de sommeil.

\* ORS/DIRECCTE. Les maladies à caractère professionnel en Poitou Charentes. Résultats des quinze MCP 2009. Octobre 2010, pp40.

\*\*ORS. Panorama de la santé Poitou Charentes 2010. Tableaux de bords, 2010, pp152.



# Avec une prévalence de MCP dans le secteur public non négligeable\* (en région PC, 2009)

Tableau 25. Répartition et prévalence de la souffrance psychique selon le secteur d'activité (%)

Secteur d'activité	Nombre de salariés concernés	Répartition	Prévalence de souffrance psychique
Activités financières et assurance	6	10,0%	7,9%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	7	11,7%	1,4%
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	15	25,0%	1,9%
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	15	25,0%	2,0%
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	12	20,0%	1,3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,7%</b>

Note : les signalements inférieurs à 5 ne sont pas renseignés

\*ORS/DIRECCTE. Les maladies à caractère professionnel en Poitou Charentes. Résultats des quinze MCP 2009. Octobre 2010, pp40.



# Les RPS ne sont pas suffisamment enseignés dans les établissements de formation de management et de commerce alors qu'ils sont considérés comme les principaux risques pour les étudiants (INRS 2011)

65% des établissements abordent le thème « santé et sécurité au travail » dans leur formation

Q15. Au total, combien d'heures sont dévolues au thème de la santé et de la sécurité au travail au cours de la formation de vos étudiants ?

Base : établissements abordant le thème « santé et sécurité au travail » (40)

10 heures ou moins	27%
Entre 11 et 20 heures	27%
De 21 à 30 heures	23%
De 31 à 40 heures	10%
Plus de 40 heures	10%
NSP	3%

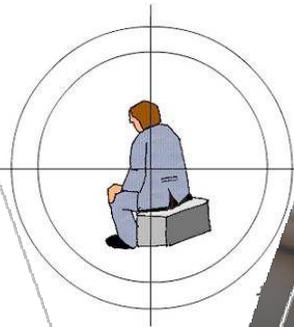
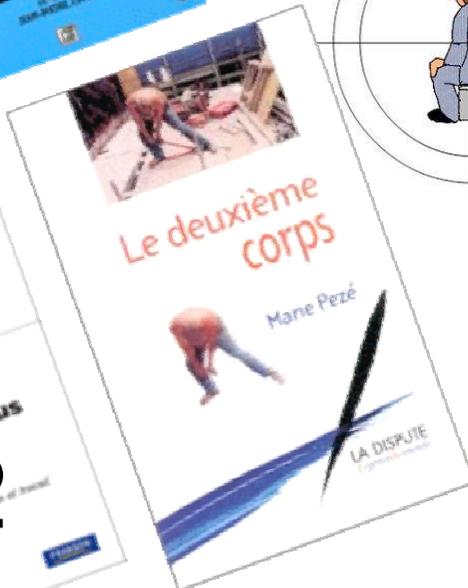
54% des établissements abordant le thème « santé et sécurité au travail » consacrent 20 heures ou moins à cette formation

Q7. Selon vous, quels sont les 3 principaux risques professionnels auxquels seront exposés vos étudiants durant leur carrière ?\*

Base : à ceux qui pensent que leurs étudiants seront exposés à des risques professionnels (51)

<b>Risques psychosociaux, dont :</b> Le stress Harcèlement	84%
<b>Risques dus aux déplacements, dont :</b> Accident de la route, risque routier	39%
<b>TMS, dont :</b> Mauvaise ergonomie du poste de travail, geste et posture	14%
<b>Risque industriel, dont :</b> Risques chimiques Risques liés aux substances nocives, toxiques	10%
<b>Autres risques, dont :</b> Accidents du travail (sans précision) Risques physiques (sans précisions)	20%
NSP	10%

(\* Total supérieur à 100 en raison de la multiplicité des réponses possibles)



## Partie 2

**QUE PEUT APPORTER LA CONSULTATION DE SANTE MENTALE ET TRAVAIL DU CHU DE POITIERS POUR LA REGION POITOU CHARENTES ?**



# La Consultation de Santé Mentale et Travail (CSMT)

- S'inscrit dans une des priorités nationales, « réduire la souffrance mentale au travail » (PRSP et PRST)
- Créée en 2008 à l'initiative du Conseil Régional
- Opérationnelle depuis octobre 2009, rattachée à l'Unité de Consultations de Pathologies Professionnelles et Environnementales (UCPPE, 2006)
- Permet de valoriser l'important travail de réseau et d'innovation mené par les acteurs de santé au travail de terrain regroupés au sein de la Société Régionale de Santé au Travail et de l'association Psyc et poc (Association Régionale de Psychodynamique du travail) et surtout des Services de santé au travail +++



# Animée par qui ?

- Dr C. BERSON (MIRT, DIRECCTE)
- Dr H. MARTINEZ (MdT, ASSTV86, Société Régionale de Santé au Travail)
- Dr P. BOUET (MdT, association PSYC ET POC, SST du CHU de POITIERS)
- et, jusqu'en 2009,  
Dr F. THEBAUD (MdT, SIST 79).



# Méthodologie de la CSMT (1)

Ne nous sommes nous pas trompé de cible en voulant agir sur le stress au travail ?

- Le stress n'est pas une pathologie, c'est un processus adaptatif de l'organisme.
- En revanche, il existe de véritables psychopathologies du travail, des **pathologies de surcharge psychique ou physique**
- Elles ont été bien décrites par les **cliniciens du travail** ou par des enquêtes (SUMER, SAMOTRACE, NEXT-PRESST, DARES)
- L'urgence n'est donc pas de mettre au point un outil statistique sur le « stress » comme le propose le rapport NASSE-LEGERON\*, mais **d'agir sur les causes des psychopathologies, notamment les nouvelles organisations du travail**



# Méthodologie de la CSMT (2)

Les patients venant consulter à la CSMT ont-ils une symptomatologie particulière ?



- Non pas forcément
- Ce ne sont pas les personnes les plus fragiles qui sont atteintes, bien au contraire
- Sans antécédent psychiatrique ni de profil psychique particulier le plus souvent



# Méthodologie de la CSMT (3)

## Pourquoi sont ils malades ?

- Par l'impossibilité de recourir à une des 2 réactions possibles en cas de **traumatisme psychique**

Soit **psychologique** (élaboration psychique)  
appelé « coping » (**ajustement**)

Soit **physique** (fuite sensori motrice)  
**affrontement** (centré sur la cause) ou  
**évitement** (centré sur l'émotion)





# Méthodologie de la CSMT (4)

## Pourquoi n'agissent-ils pas ou plus?

- Ces réactions sont impossibles à envisager au travail sous peine de **sanctions**
- Cette fuite peut alors aller jusqu'au suicide non pas pour se tuer physiquement mais pour « tuer ses souffrances »...\*



# Méthodologie de la CSMT (5)

## Un constat : la programmation organisationnelle des pressions morales et de l'isolement

- Le travail réel ne s'approchera jamais du travail prescrit par la hiérarchie tant que celle-ci utilisera des **méthodes suivant une logique gestionnaire** qui ne tiendra pas compte des adaptations que tout travailleur doit effectuer pour ruser avec le réel.
- Elles tiennent essentiellement par la **peur** et notamment de la **sanction** pour la fonction publique et du **chômage** pour le secteur privé.
- **Cet isolement entraîne la perte du pouvoir d'agir sur son travail.**  
Il est à l'origine de souffrance, car il rompt le lien affectif qui lie les individus à leur travail (**le jugement de beauté et d'utilité**) et casse toute construction identitaire apportée par la **reconnaissance collective du travail accompli**.
- Pour tenter de comprendre ce lien subjectif de chaque individu à son travail, il existe un fil conducteur,

**l'approche clinique du travail.**



# Objectif n°1 de la CSMT

## Une approche systématique par la clinique médicale du travail

- **Définition** : amener le travailleur à faire le lien entre son état de santé et son travail
- **Comment ?** Passer par l'écoute compréhensive de l'histoire vécue par le travailleur (le ressenti) afin de décrypter avec lui ce qui s'est joué dans cette histoire (l'objectivation) pour l'amener à changer son regard sur ce vécu et donner un autre sens à son histoire (resubjectivation) :

**« Ce que je vis est particulier mais compréhensible et partageable avec autrui » (P Davezies).**

- **La synthèse** conduit à produire ensemble **une compréhension du travailler « bien et ensemble »** pour redonner du pouvoir agir (l'action).



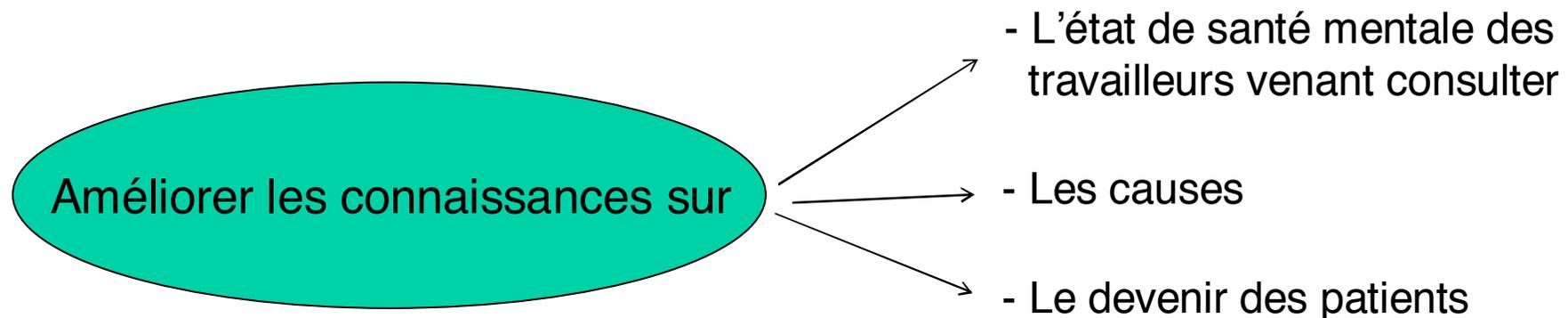
# Objectif n°2 de la CSMT

## Apporter une aide à la décision

- En apportant un éclairage aux médecins sur le lien Santé-Travail
- En proposant :
  - Des repères réglementaires
  - Des pistes pour une prise en charge
  - Des outils pour rendre visible le lien santé-travail



# Objectif n°3 de la CSMT Développer la recherche



- Développer des pistes de prévention collective en milieu de travail
- En participant au groupe de travail du réseau national RNV3P\*

\*Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles, ANSES (ex AFSSET)



# Statistiques du RNV3P (1)

(Rapport scientifique, septembre 2011)

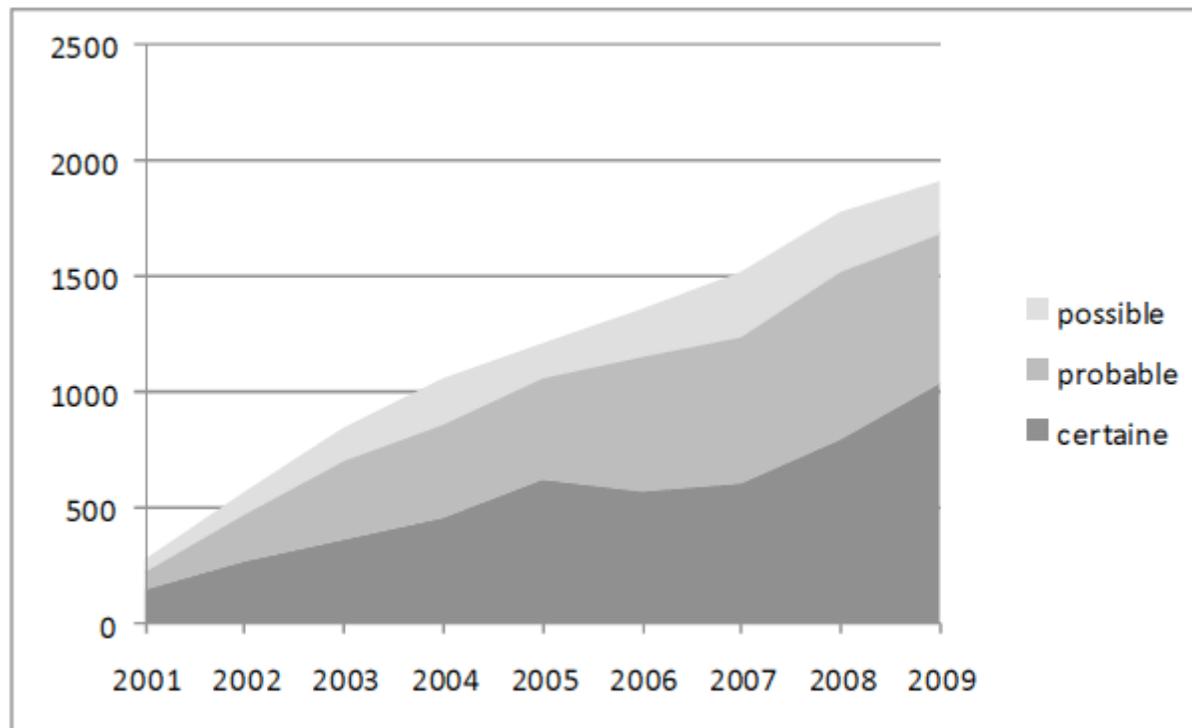
- Les pathologies en relation avec le travail les plus fréquemment signalées sont les pathologies respiratoires (24 %) et les **troubles mentaux et du comportement dits encore psychopathologies du travail (22 %)**.
- Viennent ensuite les maladies de la peau (17 %) et **les maladies ostéo-articulaires (16 %)**.



# Statistiques du RNV3P (2)

(Rapport scientifique, septembre 2011)

## Troubles mentaux et du comportement d'origine professionnelle

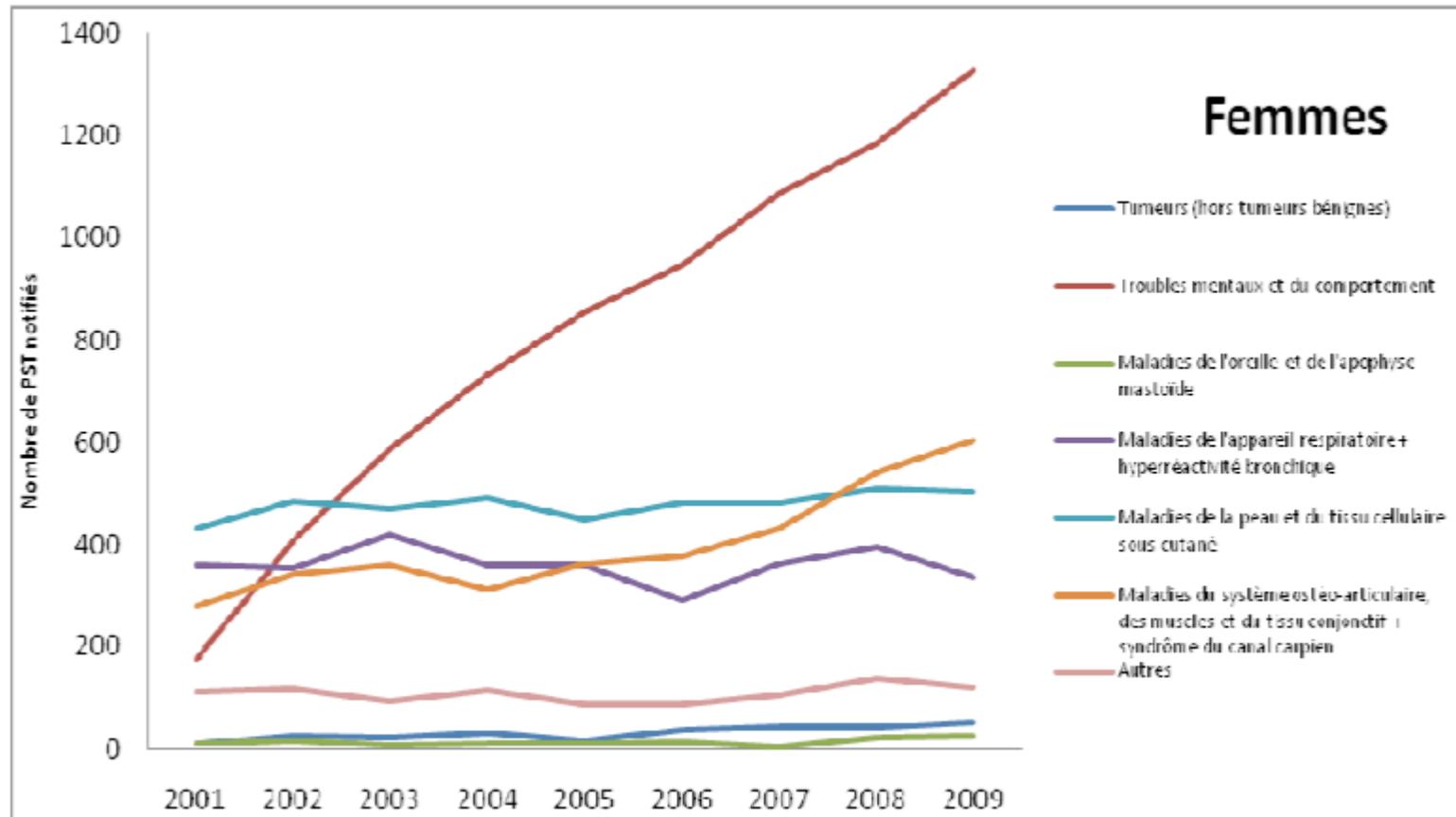




# Statistiques du RNV3P (3)

(Rapport scientifique, septembre 2011)

Troubles mentaux et du comportement =  
**29% de l'ensemble des pathologies des femmes**

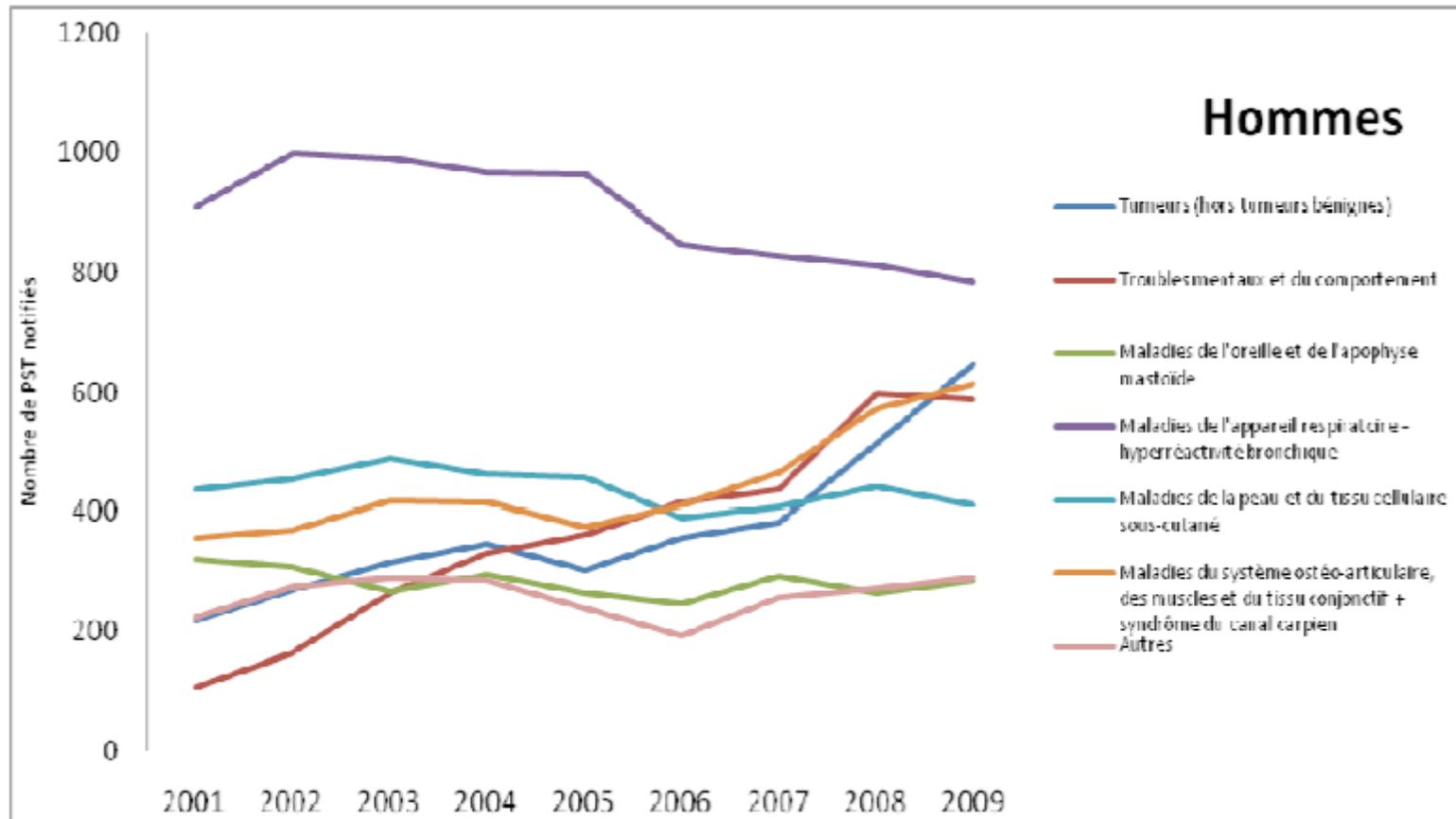




# Statistiques du RNV3P (4)

(Rapport scientifique, septembre 2011)

Troubles mentaux et du comportement =  
**15% de l'ensemble des pathologies des hommes**





# Statistiques du RNV3P (5)

## (Rapport scientifique, septembre 2011)

Secteur d'activité	Troubles mentaux		Analyse brute		Analyse ajustée(*)		
	Non	Oui	ROR <sub>brut</sub>	IC95% <sub>brut</sub>	ROR <sub>ajusté</sub>	IC95% <sub>ajusté</sub>	
Production et distribution de gaz, d'eau et d'électricité	Non	36 813	10 476	1	-	1	-
	Oui	381	98	0,90	[0,68 ; 1,13]	1,53	[1,30 ; 1,77]
Commerces, réparation automobile et d'articles domestiques	Non	34 106	8 719	1	-	1	-
	Oui	3 088	1 855	2,35	[2,29 ; 2,41]	2,35	[2,28 ; 2,41]
Activités financières	Non	37 039	10 099	1	-	1	-
	Oui	155	475	11,24	[11,06 ; 11,42]	9,13	[8,93 ; 9,32]
Administrations publiques	Non	34 624	9 765	1	-	1	-
	Oui	2 570	809	1,11	[1,03 ; 1,20]	0,94	[0,85 ; 1,02]
Agriculture, pêche, sylviculture, aquaculture	Non	36 679	10 511	1	-	1	-
	Oui	515	63	0,42	[0,16 ; 0,69]	0,48	[0,21 ; 0,75]
Autres services collectifs et sociaux personnels	Non	34 764	9 865	1	-	1	-
	Oui	2 430	709	1,03	[0,94 ; 1,11]	0,69	[0,60 ; 0,78]
Construction	Non	32 622	10 261	1	-	1	-
	Oui	4 572	313	0,22	[0,10 ; 0,33]	0,42	[0,30 ; 0,54]
Hôtellerie et restauration	Non	36 372	10 197	1	-	1	-
	Oui	822	377	1,63	[1,51 ; 1,76]	1,44	[1,30 ; 1,57]
Immobilier, location et services aux entreprises	Non	35 363	9 299	1	-	1	-
	Oui	1 831	1 275	2,65	[2,57 ; 2,72]	2,16	[2,08 ; 2,24]
Industries extractives	Non	36 882	10 560	1	-	1	-
	Oui	312	14	0,16	[0,00 ; 0,69]	0,29	[0,00 ; 0,83]
Industries manufacturières	Non	26 126	9 116	1	-	1	-
	Oui	11 068	1 458	0,38	[0,32 ; 0,43]	0,53	[0,47 ; 0,59]
Santé et action sociale	Non	33 020	8 879	1	-	1	-
	Oui	4 174	1 695	1,51	[1,45 ; 1,57]	0,79	[0,73 ; 0,86]
Services domestiques	Non	37 021	10 542	1	-	1	-
	Oui	173	32	0,65	[0,27 ; 1,03]	0,38	[0,00 ; 0,76]
Transport et communication	Non	35 976	9 991	1	-	1	-
	Oui	1 718	583	1,72	[1,62 ; 1,82]	2,25	[2,14 ; 2,36]
Éducation	Non	36 380	10 151	1	-	1	-
	Oui	814	423	1,86	[1,74 ; 1,98]	1,34	[1,21 ; 1,47]
Absence de données	Non	34 123	10 179	1	-	1	-
	Oui	3 071	395	0,43	[0,32 ; 0,54]	0,48	[0,37 ; 0,59]

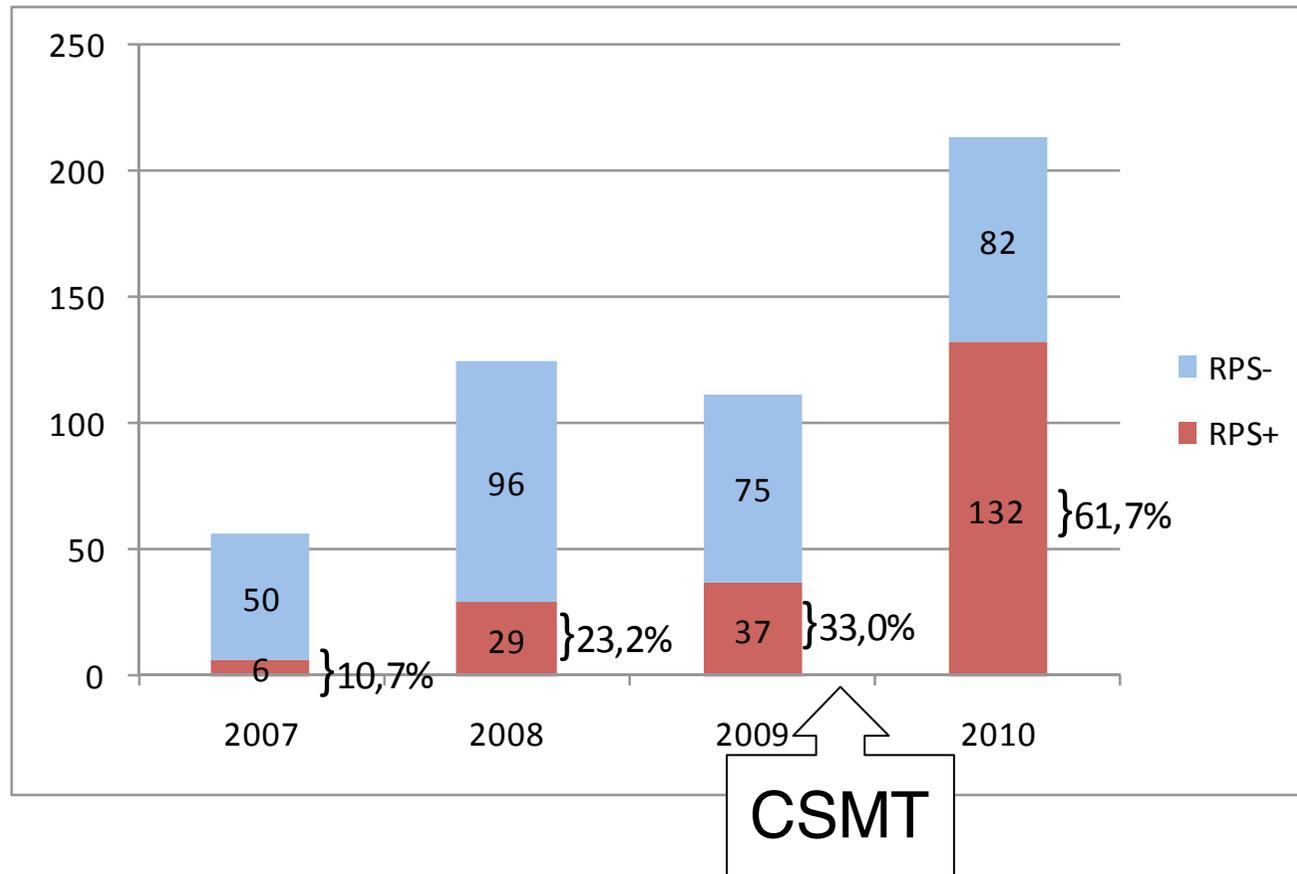
## Troubles mentaux et du comportement

Les reporting odds-ratio (ROR) sont des indicateurs d'association utilisés en pharmacovigilance. Leur application expérimentale aux données du rnv3p doit être comprise de la façon suivante : si l'on observe, par exemple, pour les pathologies ostéo-articulaires un ROR de 2 dans un secteur donné, cela signifie que, pour ce secteur, les problèmes de santé rencontrés ont deux fois plus de « chance » d'être des pathologies ostéo-articulaires qu'autre chose



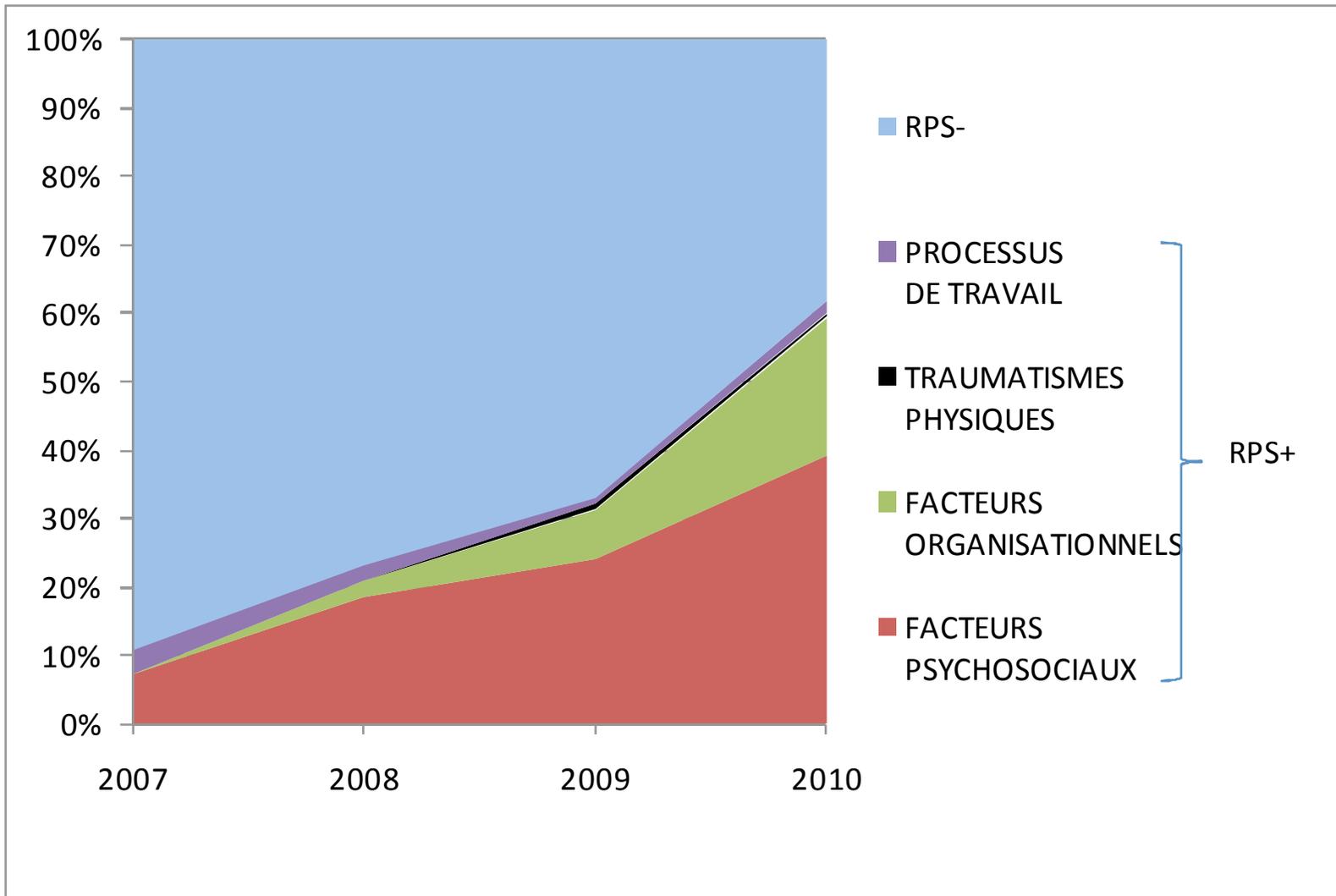
# 1<sup>er</sup> constat de la CSMT: Augmentation des consultations pour Risques Psycho-Sociaux

□ 62 % des patients adressés par des médecins du travail en 2010





# 2<sup>eme</sup> constat de la CSMT : Augmentation des facteurs organisationnels





### 3<sup>eme</sup> constat de la CSMT:

Le lien très important entre les RPS et le mauvais état de santé général et surtout mental (Score résumé, MOS SF36)\*

<b>POPULATION GENERALE</b> (n=3617)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Physique : 50,11</li><li>• Psychique : 48,14</li></ul>

<b>CONSULTANTS UCPPE</b> (n=438)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Physique : 43,45</li><li>• Psychique : 31,98</li></ul>
<b>CONSULTANTS RPS-</b> (n=258)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Physique : 41,36</li><li>• Psychique : 37,56</li></ul>
<b>CONSULTANTS RPS+</b> (n=178)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Physique : 46,31</li><li>• Psychique : <b>23,70</b></li></ul>

\* A. Leplège. Questionnaire Medical Outcome Study SF 36 de qualité de vie. Editions Estem , 2001, pp160

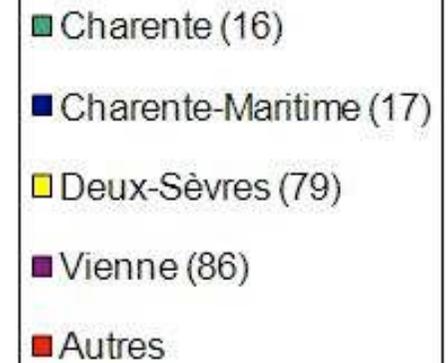
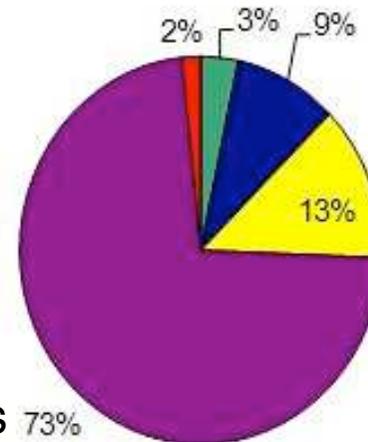


# Les limites de la consultation

- Du **fait des objectifs** :
  - Les avis émis ne s'imposent pas aux médecins qui adressent leurs patients
  - Le consultant ne se substitue pas aux missions du médecin du travail, du médecin traitant et du psychiatre
  - Aucune intervention directe dans les établissements n'est effectuée
  - N'a pas la vocation à prodiguer des soins ni de suivi médico-psychologique, mais à orienter vers les soins les patients qui en nécessitent.

- Du **fait des moyens** :

- La répartition inégale des patients :
- La difficulté à répondre aux besoins 73%
- La prise en charge inégale des patients selon le régime d'assurance (RG, RA, RSI..)





# Commission de réflexion sur la souffrance au travail (2009)



4 axes et 30 propositions pour travailler mieux

- Proposition n°30 :

« **Évaluer les consultations de souffrance au travail** »

Cette évaluation permettra en particulier d'étudier leurs éventuels besoins, notamment en matière de financement. »

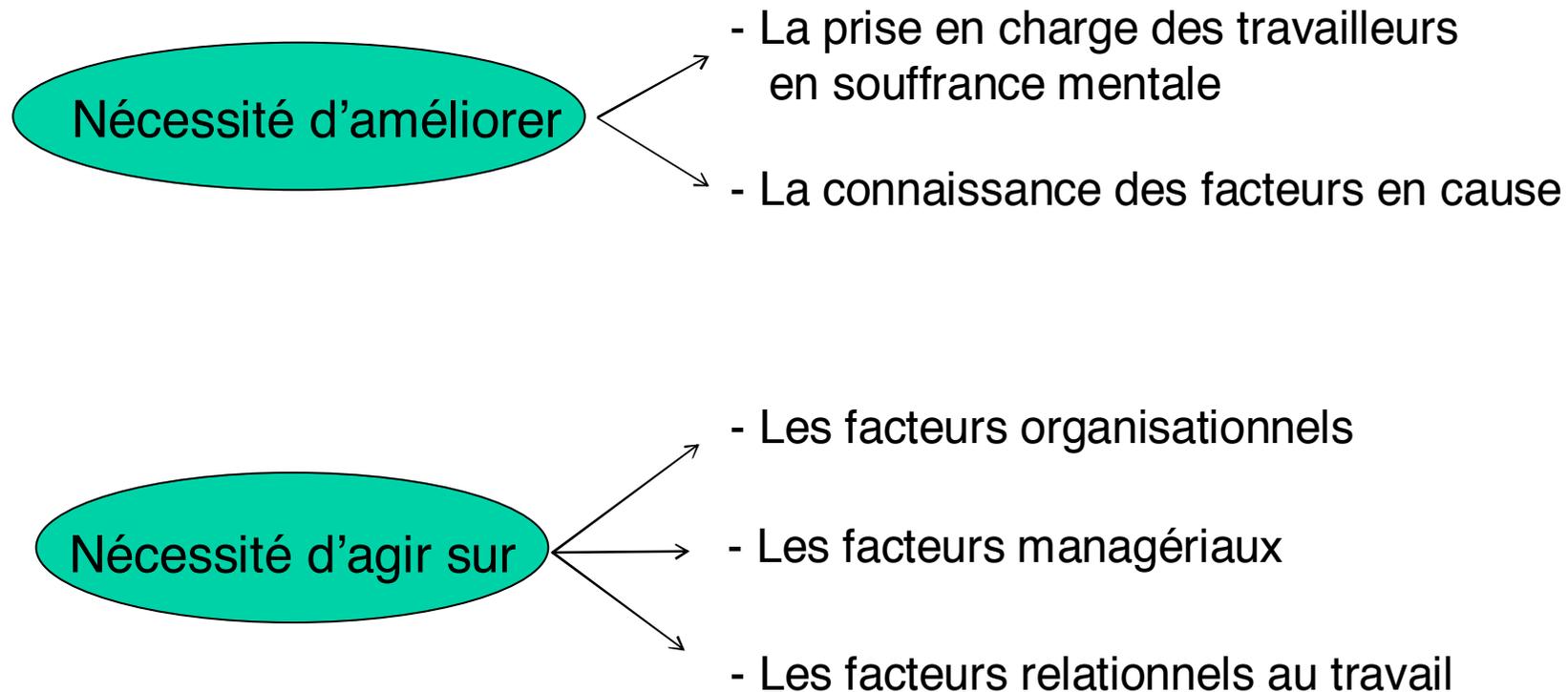
\*Jean-François COPÉ et Pierre MÉHAIGNERIE. Commission de réflexion sur la souffrance au travail. Composée de députés UMP et Nouveau Centre, et de personnalités qualifiées. 2009, pp60.



# Conclusion (1)

❑ Les risques Psycho-Sociaux :

Une des priorités du Plan Régional Santé Travail 2010-2014





## Conclusion (2)

- Cette question est entre les mains du pouvoir politique avant qu'elle ne devienne sociale :  
*« Sans une amélioration significative du pacte social dans l'entreprise, dans le sens d'une meilleure reconnaissance des salariés et d'une revalorisation du travail, l'économie et la société pourraient s'exposer à de sérieux revers »\**.