

[1] La santé au travail, mise en perspective

La santé au travail a déjà une longue histoire, aussi longue que le travail lui-même¹. La situation actuelle est marquée par un paradoxe : la santé au travail est devenue un sujet public de débat, elle fait l'objet d'interventions, de recherches médicales, mais il n'y a pas de réel progrès.

La santé au travail est devenue une question sociale. Le chemin a d'abord été parcouru par des précurseurs, tel ce collectif, constitué au début des années 1980, qui débouche sur la production d'un ouvrage² : *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Cet ouvrage, qui a fait date, a mobilisé une centaine d'auteurs, notamment des syndicalistes et des chercheurs. Ce livre a été une étape dans la constitution d'un réseau intégrant des réseaux préexistants tels que l'Alert³, le Criast, réseaux interdisciplinaires associant syndicalistes et chercheurs. Plusieurs syndicats ont aussi été fortement actifs sur ce terrain. Ainsi, la CFDT a publié un ouvrage, *Les dégâts du progrès*⁴, dans les

1. S. Buzzi, J.-C. Devinck, P.-A. Rosental, *La santé au travail, 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006.

2. B. Cassou, D. Huez, M.-L. Mousel, C. Spitzer, *et al.*, «Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner», *L'état du monde*, Paris, La Découverte 1985.

3. Voir à la fin de l'ouvrage une liste des associations intervenant sur cette question.

4. CFDT, *Les dégâts du progrès*, Paris, Le Seuil, 1977.

années 1970. La CGT a impulsé plusieurs collectifs, à Grenoble, Marseille, etc. Le travail de spécialistes de diverses disciplines, psychopathologie du travail, psychologie, ergonomie, sociologie, a enrichi la compréhension des enjeux. Le progrès des connaissances en toxicologie s'est heurté à de nombreux obstacles, mais a été marqué par les travaux d'Henri Pézerat et André Picot, chercheurs du CNRS impliqués dans la collaboration avec des collectifs ouvriers, des organisations syndicales et des CHS-CT.

Ce mouvement s'est heurté à la remise en cause du plein-emploi, au développement de la sous-traitance, à la précarisation⁵. Ces évolutions ont déterminé une dégradation importante de la prise en charge des questions de sécurité et de santé sur les sites même du travail. C'est donc un paradoxe qui caractérise cette évolution : une meilleure socialisation des connaissances, une prise en charge collective, comme ce qui s'est passé sur l'amiante à Jussieu avec l'articulation entre le mouvement de Jussieu⁶ et des collectifs ouvriers comme Amisol⁷. Mais simultanément, le rouleau compresseur de la sous-traitance et de l'intérim remet en cause cette dynamique.

Le mouvement sur l'amiante débouche à la fin des années 1970 sur de premières avancées. Mais la contre-

5. B. Appay & A. Thébaud-Mony, *Précarisation sociale, travail, santé*, Iresco Paris, 1997.

6. Mouvement de scientifiques et de personnels de l'université de Jussieu en lutte pour la reconnaissance de l'exposition à l'amiante. Voir l'entretien avec Henri Pézerat, un toxicologue de la marge à la centralité, *Mouvements*, n° 58, avril 2009, p. 146-157.

7. Les ouvrières de l'usine Amisol, spécialisée dans la garniture de matelas avec des produits amiantés, ont occupé leur usine en 1974 et ont participé à tous les combats contre l'amiante.

offensive ne se fait pas attendre de la part du patronat : il crée le Collectif permanent amiante, avance des mots d'ordre d'« usage contrôlé de l'amiante », de « contrôle des risques », qui sont autant de slogans creux non suivis d'actions concrètes. Parallèlement la capacité de résistance des collectifs de travail est minée par la politique d'éclatement du salariat : à partir des années 1980, les noyaux durs de salariés ont encore des syndicats, mais dès le premier niveau de sous-traitance, les capacités de résistance s'affaiblissent et au deuxième niveau, domine l'absence de présence syndicale. La balance entre les deux mouvements, prise de conscience et organisation d'un rapport de force d'un côté, éclatement des collectifs de travail de l'autre, pèse très lourd du côté de la destruction d'un travail au quotidien sur les lieux de travail.

Cette prise de conscience de la société rejoint la bataille en défense de la Sécurité sociale. Dans les années 1990, un mouvement très fort de défense de la sécurité sociale permet de peser sur les pratiques patronales en matière de santé au travail. Ces luttes autour de la protection sociale articulent la lutte pour les droits sociaux et leur remise en cause par le chômage. Le lien entre santé liée au travail et droits sociaux devient très important, dès lors que les gens ne peuvent plus arriver à retrouver du travail. Dans ce domaine, une thèse porte sur l'analyse de femmes en chômage de longue durée, qui ne parviennent plus à retrouver du travail après des accidents du travail ou des maladies professionnelles reconnus ou non, survenus dans le cadre d'un travail non déclaré⁸. Elle montre comment le passage des

8. V. Daubas-Letourneux, *Connaissance et reconnaissance des accidents du travail. De la survenue de l'accident à ses implications*

indemnités Assedic à l'assistance de type RMI marque la remise en cause du droit fondamental à la sécurité sociale. Des personnes sont orientées vers l'invalidité de droit commun, exonérant les employeurs de la charge financière des conséquences des accidents du travail et maladies professionnelles occasionnées⁹.

Après les grandes luttes des années 1960-1970, la croissance de la précarité détruit ce qui était en train de se négocier au niveau de la santé au travail. La progression de l'intérim permet le « contournement des forteresses ouvrières¹⁰ », et les luttes sur les conditions de travail se trouvent, dans la période actuelle, toujours confrontées à la fragilisation de l'emploi. L'exemple de la Solmer à Fos-sur-Mer¹¹, montre comment dans un service d'entretien les salariés, après un blocage de plusieurs semaines du centre en 1977, obtiennent un gain sur le plan salarial, mais sont mis en échec sur les revendications concernant les conditions de travail, d'autant que leur activité est sous-traitée peu de temps après ce conflit.

Durant toute la période qui court de 1900 aux années 1970, l'enjeu était de construire une certaine sécurité ouvrière à travers des combats répétés et la mise en place de mécanismes sociaux tels que la Sécurité

sur le devenir professionnel de la victime : enquête sociologique longitudinale auprès de trente-cinq victimes, thèse, université de Nantes, 2005.

9. L'indemnisation des AT et MP relève d'une caisse de la Sécurité sociale financée exclusivement par des cotisations sociales versées par les employeurs

10. T. Baudoin & M. Collin, *Contournement des forteresses ouvrières*, Paris, Librairie les Méridiens, 1983.

11. J. Broda, *Problématique de la sous-traitance et du travail temporaire : analyse d'un cas. La zone de Fos et le système Solmer*, thèse, Aix-Marseille, 1977.

sociale. La relecture d'un auteur comme Marcel Mauss autour de la notion de don/contre-don, qui se situe au cœur de cette période, et ses prolongements dans l'extension des conventions collectives en 1936, montre l'échange nécessaire entre ce que donne l'ouvrier à la société par son travail, et ce que lui donne la société en termes de sécurité sanitaire. Cette dimension était relativement présente à certaines périodes du capitalisme, à travers des luttes ouvrières qui étaient d'une importance capitale pour faire avancer les questions de la sécurité au travail, les salaires, la protection sociale.

Au début des années 1970, ces avancées ont été complètement remises en question avec la montée en puissance du néolibéralisme et une irresponsabilité croissante des industriels, en particulier les multinationales. Les très graves accidents industriels des 30 dernières années (Bohpal, 1984 ; Tchernobyl ; 1986 ; AZF-Toulouse, 2001) et la dissémination catastrophique de déchets nucléaires et chimiques, hautement toxiques, montrent combien le fonctionnement général du capitalisme conduit régulièrement à des catastrophes sociales et écologiques.

Une organisation du travail qui met le salarié sous pression

La soif de dividendes, à l'origine de la phase actuelle de la crise économique, s'exprime par une pression constante sur les salariés. Non contente de soumettre les salaires à une cure permanente d'amaigrissement, elle s'est aussi traduite par une dégradation des conditions de travail des salariés. Toujours plus de profits, voilà le mot d'ordre. Cette recherche continue de productivité accentue la domination sur les salariés. L'autonomie, tant encensée comme nouvelle source de productivité,

se referme alors comme un piège sur des salariés qui n'ont pas les moyens de répondre aux attentes managériales. Ils deviennent comptables de chaque erreur, de chaque contournement de normes de travail toujours plus contraignantes... La voie est alors ouverte à des manquements à la sécurité, dont ils deviendraient seuls responsables.

Au Japon, un mouvement social a réussi à faire reconnaître comme accidents du travail les accidents cardiovasculaires, ces «morts par surtravail» ou *karoshi*¹². Un réseau de syndicalistes et d'avocats apporte leur aide aux familles pour faire reconnaître de tels décès. L'organisation du travail chez Toyota a ainsi été mise en accusation, notamment la réalisation d'heures supplémentaires innombrables et pas toujours reconnues. Un des indicateurs pour faire reconnaître un *karoshi* est justement le nombre d'heures réelles travaillées dans les semaines précédentes. Les suicides consécutifs à ces «missions impossibles» ont même pu être ensuite intégrés dans une telle démarche de reconnaissance.

L'enquête Sumer

Elle fournit de vastes données sur la santé au travail. *«Entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître. Cette tendance recouvre toutefois des évolutions divergentes, certaines expositions augmentant, d'autres diminuant parfois de manière sensible. Ainsi, les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif est moins*

12. P. Jobin, «La mort par surtravail et le toyotisme», *Le Monde du travail*, septembre 2008, p. 103-116.

répandu. Mais les contraintes organisationnelles se sont globalement accrues, les pénibilités physiques également. L'exposition à des agents biologiques est restée stable, mais l'exposition aux produits chimiques a progressé. Dans l'ensemble, les risques et pénibilités ont davantage augmenté pour les ouvriers et les employés, ainsi que dans l'agriculture et la construction¹³. »

Du côté des femmes, le déni

En ce qui concerne les femmes, dont il est peu question dans les études sur la santé au travail, apparaît toute une série de problèmes : la différenciation des tâches, suivant la division sexuelle du travail, mais aussi suivant les formes d'activités, d'emploi, crée un déficit de connaissances. Par exemple, aucune étude n'a été faite sur les situations spécifiques d'emploi féminin. Lorsque les femmes sont prises en compte dans des études épidémiologiques, c'est uniquement dans le cadre d'études générales, asexuées, où les femmes ne sont pas différenciées des hommes. Dans le nettoyage, le textile, il n'existe pas une seule étude épidémiologique. Seul le cas du trichloréthylène est soulevé pour les pressings. Une thèse de médecine montre que sur le chariot d'une employée du nettoyage, il y a quatorze produits cancérigènes recensés, sans pousser la recherche plus loin.

L'activité intermittente des femmes est une difficulté supplémentaire qui rend plus difficile la production de connaissance et la prise en compte des effets sur

13. Dares, « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003, Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003 », *Premières synthèses*, 2004.

la santé. De plus, le tableau des maladies professionnelles, (tableau recensant les maladies professionnelles reconnues et les affections liées et qui permet leur reconnaissance), est un modèle fondé sur une activité de travail masculine type. Il prend en compte une exposition à la fois, tout le long d'une vie. Toute chose qui correspond plus au mode d'exposition des hommes que des femmes, souvent obligées d'interrompre leur activité professionnelle.

Dans le triptyque CMR, c'est uniquement la dimension de l'atteinte à la reproduction qui est envisagée comme les concernant. Il se constitue un modèle assez stigmatisant où les femmes ne seraient concernées que par les risques psychosociaux et par rapport aux risques agissant sur la reproduction (grossesses, malformations du fœtus). Les faits démontrent pourtant le contraire, les femmes sont massivement présentes dans l'industrie pharmaceutique, dans l'industrie chimique, dans le conditionnement, dans l'industrie de l'habillement, du cuir et de la chaussure, dans les filières de tri des déchets, du nettoyage : des secteurs où l'emploi de cancérigènes est permanent. S'y ajoute la difficulté d'aborder dans le milieu syndical cette question de l'exposition spécifique des femmes, ainsi que l'élaboration de revendications pour les femmes. Là aussi, le référent masculin est encore largement majoritaire.

Dans l'enquête menée par le Giscop, 20% des 900 dossiers de cancers professionnels concernent des femmes ayant des pathologies identiques à celles des hommes : par exemple un mésothélium provoqué par l'exposition à l'amiante. Mais la description des expositions est beaucoup plus complexe. Les médecins du travail ne connaissent pas ces situations de travail des

femmes, ni les parcours professionnels. Les ingénieurs de la Caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM) ignorent aussi tout de ces situations, personne ne connaît le conditionnement, le nettoyage, sauf pour des produits comme le trichloréthylène et le formol. Les nouveaux produits, comme les décapants, ne sont pas étudiés.

L'approche féministe serait là extrêmement importante. Elle permettrait la mise en évidence des atteintes à la santé des femmes dues au travail à partir de la situation réelle de celles-ci : depuis la division sexuelle du travail, la place différente des femmes dans le travail¹⁴, jusqu'à la prise en considération des spécificités d'emploi, de poste de travail, d'exposition, de subordination et d'autonomie. Dans le secteur de la santé par exemple, la situation est catastrophique. On s'est rendu compte que les femmes occupant des emplois de service dans les crèches, avaient des cancers du poumon à 53 ou 54 ans, sans avoir fumé. Et si elles tentent de déposer un dossier pour faire reconnaître leur maladie comme cancer professionnel, elles vont à l'échec. Il n'y a pas d'étude de secteur, pas d'étude épidémiologique.

Sans-papiers : des accidents clandestins

La dissimulation des accidents du travail dans le cas des sans-papiers est significative : la crainte organisée de l'expulsion se traduit par une fréquente absence de déclaration des accidents¹⁵. Les arrêts de travail relèvent

14. Voir les travaux de D. Kergoat, par exemple, «Des rapports sociaux de sexe et la division sexuelle du travail», *Cahiers du Gedisst*, n° 3, 1992.

15. Voir le livre de N. Jounin, *Chantier interdit au public, enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, 2008.

alors, au mieux, de la couverture maladie (bien que ces salariés ne bénéficient souvent que de la seule CME comme couverture médicale).

Il faut aussi prendre en compte les milliers de salariés immigrés, partis ou rentrés dans un autre pays après avoir subi les atteintes à la santé dans le cadre d'entreprises françaises qui leur réservaient, justement, les travaux les plus durs. Quel suivi médical pour ces salariés malgré les années passées à la chaîne dans l'automobile, les entreprises de désamiantage, le ramassage des ordures, ou le lavage des salles d'hôpitaux ?...

L'amiante, une lutte emblématique

La lutte contre l'amiante est précurseur à bien des titres. C'est d'abord l'explosion d'un scandale public, l'utilisation de minerai toxique dont la toxicité avait de longue date été établie. Quand le Collectif intersyndical sécurité de l'université de Jussieu (années 1970), puis Ban Asbestos et les réseaux européens (dans les années 1980-1990)¹⁶, débute la lutte contre l'amiante, ils cherchent à travers cette lutte exemplaire, à mettre en évidence les dégâts des choix des employeurs, et à obtenir prévention et réparation, afin que cela serve l'ensemble de la sécurité au travail. Cette amélioration du système de réparation, notamment des cancers professionnels, doit aboutir à l'adoption d'une réglementation non seulement sur l'amiante, mais sur les autres produits dangereux.

Mais le lobby des producteurs d'amiante agit pour ménager ses profits. Dans la riposte patronale à ces luttes sur l'amiante, figurent déjà les éléments présents dans le débat actuel : substituer une valeur d'exposition

16. Voir sur le site www.ban-asbestos-france.com/.

à l'interdiction de produits toxiques; concentrer les réponses sociales sur l'indemnisation des victimes en oubliant les responsabilités patronales; privilégier les cadres paritaires aptes à faire prendre en compte les «contraintes de production».

La notion de «valeur limite d'exposition» (VLE) est la première de ces innovations. Le patronat de la chimie intervient de façon importante pour que ce qui s'est passé dans un premier temps sur l'amiante à la fin des années 1970 fasse école sur d'autres problèmes, que l'interdiction de produits cancérigènes soit remplacée par l'édiction de valeurs limites d'exposition. Or dans bien des cas, il n'y a pas de seuil au-delà duquel un produit deviendrait dangereux. Les directives européennes sur les risques chimiques s'écrivent durant les années 1990-1993. La construction du décret relatif aux produits cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, en 1990-1993, s'est appuyée sur la conception du risque chimique élaborée au niveau européen, en application de la directive 15-89. Le premier décret transposant cette directive en France date de 1993. Quant au décret sur les cancérigènes mutagènes et toxique pour la reproduction, il n'a été adopté qu'en 2001. Cette prise en compte des produits CMR, tardive en France par rapport à d'autres pays européens, n'est qu'une transposition partielle des exigences contenues dans les lois européennes. Mais cela ne suffisait pas au patronat. Face au système Reach¹⁷, visant à limiter

17. Acronyme anglais pour *Registration, evaluation, authorisation and restriction of chemicals*. Il s'agit d'une réforme adoptée en 2006 par l'union Européenne prévoyant les modalités d'évaluation et d'autorisation des substances chimiques en vue de leur mise sur le marché. Rappelons que 99% des substances mises sur le marché

l'exposition aux produits toxiques par l'imposition de normes européennes, le secteur de la chimie s'est mobilisé en France comme ailleurs en Europe. Le gouvernement est ainsi intervenu à de nombreuses reprises pour freiner l'adoption de ce règlement européen, en limiter les effets, voire augmenter les seuils des valeurs limites d'exposition au mépris d'études scientifiques prouvant la nocivité des produits.

Dans la continuité de cette bataille, les directions d'entreprise refusent aussi la délivrance des certificats d'exposition à l'amiante, même quand les élus présentent toutes les preuves des relevés de présence d'amiante effectués dans les années 1990. L'impression subsiste souvent que les directions s'arc-boutent sur l'amiante pour ne pas aborder la question de la généralisation de l'exposition aux autres produits toxiques.

La logique de la primauté donnée à l'indemnisation au détriment de la recherche de responsabilité a été aussi réaffirmée à l'occasion de l'amiante. Comme dans la loi de 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail, apparaît ici la logique forfaitaire. L'indemnisation automatique a pour contrepartie l'absence de réparation intégrale du préjudice découlant de la détermination de la responsabilité de l'employeur. Les salariées d'Amisol disaient : « *C'est échanger un procès contre un chèque* ». La procédure d'indemnisation se substitue au procès. Les indemnités des victimes versées par le FIVA sont calculées sur la base d'un barème, barème qui en outre ne cesse de baisser. Et même ce droit à l'indemnisation du préjudice tend à se dissoudre par un traitement différencié et aléatoire

avant 1990 n'ont jamais été évaluées en ce qui concerne leurs effets sur la santé et l'environnement.

d'affections identiques. De plus des milliers de dossiers sont aujourd'hui en attente de traitement depuis plusieurs années, retardant ainsi l'indemnisation des victimes.

Le patronat a tout essayé pour que le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) soit considéré comme la seule réponse aux intoxications par l'amiante. De plus, le FIVA n'a pas – sauf exception – fait ce qui était prévu dans le texte de création concernant la responsabilité des industriels, à savoir des actions en faute inexcusable de l'employeur, lui permettant, au nom des victimes, de faire supporter la charge de l'indemnisation par les responsables directs de leur exposition (et non l'ensemble des employeurs). Il faut repousser cette logique opposant recherche de responsabilité et indemnisation.

Enfin, à l'occasion du dossier amiante, le patronat réaffirme la place donnée au système paritaire dans sa stratégie concernant la santé au travail. Or ce système paritaire donne priorité à l'indemnisation. Le Medef est à l'initiative d'un processus de négociation sur la santé au travail, déterminant *a priori* ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas. Ces négociations sur la pénibilité au travail présentent un autre exemple de cette volonté patronale de contrôler le champ de la santé au travail.

La crise réduit les capacités individuelles de résistance des salariés face au risque dans le travail. Comment refuser une tâche dangereuse, quand on risque le licenciement, ou qu'on espère passer à travers les gouttes de la restructuration qui s'annonce? Car la résistance immédiate, de chaque salarié, est le point d'appui fondamental de la défense de la santé au travail. Et les résistances ne manquent pas...

Plusieurs rapports officiels reconnaissent la déficience de la réglementation

Rapport sur la traçabilité des expositions professionnelles¹⁸ (Daniel Lejeune, IGAS 2008)

Ce rapport s'efforce de prendre la mesure de l'exposition des salariés aux produits toxiques: il débute sur le rappel de l'évaluation du taux d'exposition des salariés, 203 millions de salariés européens sont exposés à des produits cancérogènes, et 370 000 à des produits mutagènes. Il propose d'augmenter le contrôle de la valeur limite d'exposition. Il préconise l'application du principe de «substitution, technologie, organisation, protection individuelle» (Stop). Devant l'insuffisance de l'application de la législation actuelle, il préconise d'avoir «pour finalité une incitation forte à la prévention».

Ce rapport note qu'un certificat d'exposition, théoriquement remis au salarié lors de son départ de l'entreprise, relève plus d'une aide à l'indemnisation que de la prévention. Il propose de faire de la déclaration d'exposition un outil de suivi individuel des expositions, de la traçabilité des expositions, en obligeant les employeurs à transmettre la liste nominative des personnes exposées à la CRAM tous les ans. Une expérimentation pourrait être faite à partir d'une loi. Ce relevé des expositions consultable par les médecins serait évidemment un instrument précieux pour tous les médecins qui pourraient vérifier l'historique des expositions de leurs patients. Néanmoins le mouvement syndical a tiré la sonnette d'alarme, en raison du risque que cette liste soit consultée lors d'embauche par les employeurs et leur permette

18. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000684/index.shtml.

ainsi d'utiliser «l'aptitude médicale» comme un instrument de tri des salariés. Nous soutenons donc, tel que la Loi le prévoit aujourd'hui, l'attestation d'exposition qui appartient au salarié, lequel est libre de son usage. Dans le même sens, des mutuelles ont élaboré un carnet de suivi individualisé des expositions appartenant au salarié.

Le rapport insiste fortement sur l'exposition des salariés et exploitants agricoles, soumis aux mêmes atteintes. Il ne remet pas en cause la sous-traitance, même si cette organisation du travail est ciblée comme cause de risque supplémentaire. Même s'il rappelle que les travailleurs de la fonction publique sont exclus du régime général des AT/MP, il ne propose aucune mesure alternative. Enfin, et surtout, il limite l'exposition à une exposition simple, un seul produit à la fois, alors que les rares enquêtes sur ce thème prouvent les expositions simultanées à de multiples produits et l'incapacité des chercheurs à mesurer leur impact sur la santé.

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du Code de la Sécurité sociale¹⁹ (Noël Diricq, juillet 2008)

Ce rapport émane d'une commission instituée pour évaluer le coût des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) laissé à la charge de la branche maladie de la Sécurité sociale. Cette évaluation conduit à un versement annuel de la branche AT/MP vers la branche générale de la sécurité sociale.

Ce rapport fait le point, de façon utile, sur toutes les jurisprudences et rapports dans le domaine de la prévention des maladies professionnelles depuis quatre

19. www.securite-sociale.fr/communications/rapports/diricq/08_diricq.pdf.

ans. Le rapport confirme qu'un nombre important de MP ne sont pas déclarées, notamment par crainte de perdre son emploi pour le salarié, ou pour éviter le coût des pénalités pour l'employeur. Des estimations statistiques de sous-déclaration montrent l'importance, officiellement reconnue, d'un grand nombre de maladies professionnelles, notamment pour les troubles musculo-squelettiques et les cancers. Par exemple le taux de sous-déclaration du syndrome du canal carpien peut être évalué à environ 46%. Il estime qu'entre 3 et 6% des cancers sont attribuables à des causes professionnelles, chiffres qui semblent sous-évalués. Le rapport estime que pour 1 137 000 AT reconnus en 2005, il y aurait en fait 1 515 000 AT réel.

Le rapport propose enfin de revoir et d'élargir les classifications des tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles.
