

# Contrôlemag

Le journal d'information des médecins contrôleurs / Octobre 2008 / n° 4

## Édito

Le choix des sujets à aborder dans le Contrôlemag est toujours complexe à faire, non par manque de source mais par la diversité qui s'offre à nous. Qui pourrait penser en effet que le contrôle médical est propice à tant de réflexion et qu'il ne consiste pas seulement au contrôle d'un individu en arrêt de travail.

> L'article 103 de la Loi de financement de sécurité sociale 2008 (LFSS 2008) pourrait provoquer une petite révolution dans le domaine.

Déjà, l'expérimentation qu'elle met en place dans 12 départements suscite des réactions au sein de la profession. Le contrôle a décidément de l'avenir devant lui et fera toujours, sans doute, l'objet de débats idéologiques.

> Le contrôle médical est aux régimes de sécurité sociale ce que le radar est au code de la Route : un "outil" en croissance continue d'utilisation, un instrument diabolisé dont on attend néanmoins qu'il résolve la problématique des absences. Cependant, le contrôle médical n'est pas répressif, c'est là où la comparaison avec le radar s'arrête. Il a un objectif a priori simple : apporter un avis d'expert sur une situation dont découlera une prise en charge par la société.

> L'exercice du contrôle médical, que ce soit en contre-visite patronale ou en expertise, nécessite beaucoup de rigueur. Même si la responsabilité civile est rarement engagée, la responsabilité morale est immense. Il semble important qu'un dialogue constructif s'installe entre les parties prenantes, dans l'intérêt général de la collectivité citoyenne, en mettant de côté les débats idéologiques. Aujourd'hui, la nécessité du contrôle médical n'est plus une question. Ce sont les bonnes pratiques qui doivent être clairement définies, et la LFSS 2008 est l'occasion de se mettre au travail sur ce sujet, une nouvelle fois.

> En termes de mise en œuvre, nous sommes en droit de nous interroger sur le bien fondé de certaines innovations en matière de formulaires d'arrêt de travail. Nous présenterons dans ce numéro les particularités du dernier Cerfa (S 3116f) en vigueur depuis l'Arrêté du 31 décembre 2007.

> Pour revenir sur un sujet abordé dans le Contrôlemag n° 3, "vaccinations contre l'hépatite B et imputabilité au service",

nous apporterons un éclairage complémentaire sur la prise en charge des accidents post-vaccinaux.

> Enfin, il sera question de la délivrance des certificats dans un contexte grandissant de harcèlement au travail. Force est de constater le nombre croissant de cas mettant l'employeur et les médecins dans l'embaras, sujet à des procédures juridiques aux conséquences difficiles à prévoir. Et nous sommes, là encore, dans le domaine de l'absentéisme. ■

■ Docteur Jean-Michel MAUREL - Médecin conseil et toute l'équipe de Dexia DS Services.



## ACTUALITÉS

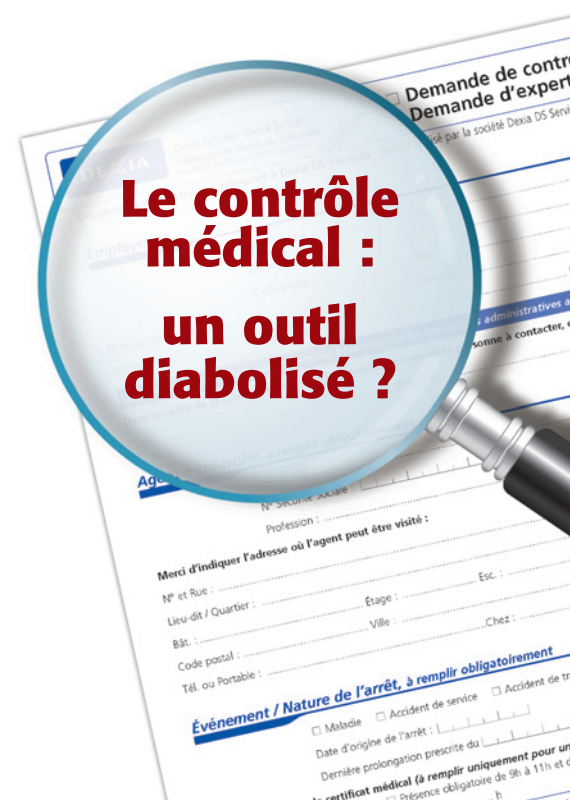
Indemnisation des accidents après vaccination obligatoire [page 2](#)

Contrôle des arrêts de travail [page 2](#)

## INFOS PRATIQUES

Harcèlement au travail [page 3](#)

**Le contrôle médical : un outil diabolisé ?**



## JURISPRUDENCES FONCTION PUBLIQUE

### L'indemnisation des accidents après vaccination obligatoire

**Dans notre précédent numéro nous citons deux jurisprudences reconnaissant l'imputabilité au service d'une polyarthrite rhumatoïde - PR (CE n° 278665 du 09.03.2007 - Mme Carole A. c/commune de Grenoble) et d'une sclérose en plaques - SEP (CE n° 267635 du 09.03.2007 - Mme Nadine S. c/CHG de Sarreguemines). Deux cas déclenchés suite à une vaccination obligatoire contre l'hépatite B.**

Il ressort que les critères de reconnaissance d'imputabilité pris en compte sont l'absence de la pathologie dans les antécédents personnels et familiaux de l'agent, et le délai d'apparition des symptômes (moins de trois mois).

Le Conseil d'État, dans un arrêt du 21 mars 2008, confirme le refus de l'imputabilité d'une **myofasciite à macrophages (MFM)**. La commission des accidents de vaccination de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) avait été saisie par un agent de service d'une clinique pour indemnisation d'une myofasciite à macrophages, qui serait apparue au décours de sa vaccination contre l'hépatite B. Les premiers symptômes sont apparus 1 mois après la 3<sup>e</sup> injection. En raison de l'aggravation de son état de santé, l'agent de service a perdu son emploi en 2001 et met en cause la responsabilité de l'État au titre de l'article L. 3111-9 du code de la Santé publique. Un jugement du 7 octobre 2004 du tribunal administratif d'Orléans, puis un arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes du 13 octobre 2005, rejettent la demande.

Finalement, un pourvoi en cassation auprès du Conseil d'État en mars 2008 confirme l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes et donc la décision initiale de l'ONIAM. Le motif retenu par cette dernière étant qu' "il ne résultait pas

de l'instruction, compte tenu notamment de l'état actuel des connaissances scientifiques selon lesquelles la probabilité d'un lien entre la vaccination et les troubles constatés était très faible, que l'existence d'un lien de causalité direct entre la vaccination subie par madame R. et les troubles dont elle souffre soit établie".

Rappelons que, pour engager la responsabilité de l'État au travers de l'ONIAM, trois conditions doivent être réunies :

- > preuve de l'injection vaccinale,
- > preuve de la pathologie,
- > lien de causalité entre les deux points précédents.

Jusqu'à maintenant, l'avis du conseil scientifique de l'Afssaps émis en juin 2004 est toujours pris en compte. Ainsi, bien que le lien entre l'administration d'un vaccin contenant un adjuvant aluminium et une MFM soit hautement probable, l'association entre cette MFM et un syndrome clinique n'est pas établie. En 2004, l'OMS avait déjà démontré que la persistance de macrophages contenant de l'aluminium au point de vaccination n'était pas associée à une maladie ou à des symptômes cliniques particuliers.

En conclusion, en matière d'imputabilité, nous pouvons retenir les principes suivants, constitutifs d'un faisceau d'arguments en faveur d'une indemnisation :

1. preuve de la vaccination ;
2. preuve de la pathologie ;
3. absence d'antécédents personnels et familiaux ;
4. délai d'apparition des symptômes dans les trois mois suivant la vaccination ;
5. preuve scientifique du lien de causalité entre la pathologie et la vaccination.

Les trois premiers critères sont obligatoires mais pas suffisants : les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> critères doivent leur être associés. A contrario, un avis scientifique, faisant consensus, écartant un lien de causalité entraînera potentiellement le rejet d'une demande d'indemnisation. La présomption d'imputabilité n'est donc qu'un principe qui n'empêche pas au final de refuser une prise en charge, du moment qu'il peut être établi l'absence de causalité directe et certaine entre le dommage et le fait générateur. C'est la théorie.

Dans l'affaire citée, il aurait sans doute été normal que le Conseil d'État casse l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes, et donc la décision de l'ONIAM.

C'était suivre l'esprit des deux arrêts de mars 2007, eux-mêmes basés sur les 4 premiers critères cités plus haut. L'explication tient probablement dans le fait que le rejet de l'appel se base cette fois sur deux avis (OMS et Afssaps) récusant un lien de causalité faute de faisceau d'arguments, en l'état actuel des connaissances scientifiques. Dans les cas de PR et de SEP pris en référence, le critère 4 a pris le pas sur le 5 en favorisant la très forte présomption de causalité.

Preuve en est que les juges du fond s'appuient sur l'avis des experts scientifiques, et que l'indemnisation de principe, sans discernement, n'est pas une règle. Quoi qu'il en soit, le refus d'une prise en charge par l'ONIAM ne lie pas la collectivité en matière de prise en charge. Un agent pourrait donc ne pas être indemnisé par l'ONIAM, sans que l'imputabilité de sa pathologie au service puisse être remise en cause par son administration. ■

## CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

### Renforcement de la coordination entre les services de contrôle médical et les employeurs

L'article 103 de la section 7 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit un renforcement de la coordination entre le service du contrôle médical des caisses et les prérogatives de l'employeur qui découlent de la Loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation. Ainsi, à titre expérimental et jusqu'en décembre 2008, certaines caisses vont pouvoir suspendre le versement des indemnités journalières sur la seule base de la transmission par le médecin contrôleur de son avis au médecin-conseil de l'assurance maladie. Jusqu'ici, l'article 42 de la LFSS 2004 prévoyait que le **médecin contrôleur devait informer le service médical en cas d'arrêt injustifié**, le médecin conseil devant examiner l'assuré et transmettre son avis à la caisse avant cessation éventuelle du versement des indemnités (Circ. CNAM 111-2004).

Le décret d'application étant paru (Décret n° 2008-552 du 11 juin 2008), les 12 sites expérimentaux retenus vont pouvoir évaluer cette procédure. Il s'agit de caisses (CPAM et MSA) ayant servi un montant moyen d'indemnités journalières individuel supérieur à la moyenne nationale : l'Aude, les Côtes d'Armor, l'Eure, le Finistère, le Gard, la Gironde, la Marne, le Morbihan, la Somme, le Vaucluse, la ville de Paris et le Val-de-Marne. L'annonce de cette décision a déçu à différents intervenants. Pour ne parler que du corps médical, certains médecins conseils y voient une atteinte à leurs prérogatives, certains syndicats crient à la "paranoïa du gouvernement" sur les arrêts de travail. Le conseil national de l'ordre des médecins émet deux "fortes" réserves dont le texte est consultable sur le site national. ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)).

- La première concerne le fait que le médecin conseil procèdera "à la suspension de l'indemnisation sans nécessairement avoir examiné l'assuré ou son dossier".
- La seconde est que la prolongation de l'arrêt de travail, jugé auparavant injustifié, fait l'objet d'une suspension de versement des indemnités jusqu'à la nouvelle décision du contrôle médical.

Sur le premier point, le 1<sup>o</sup> de l'article 103 prévoit bien de procéder à "un nouvel examen de la situation" ou de demander

la suspension "sans qu'il y soit besoin d'un contrôle complémentaire". Dans ces conditions, il semble difficile d'imaginer qu'il n'y a pas eu de dossier de l'assuré. D'autre part, l'assuré a bien été examiné auparavant par un médecin contrôleur. Mettre en doute le respect de ce préalable imposé par la déontologie peut laisser perplexe et risque de jeter le discrédit sur les médecins contrôleurs.

Sur le second point, la jurisprudence actuelle rétablit l'assuré dans ses droits à indemnisation en cas de nouvel arrêt de travail, et seul un nouveau contrôle peut décider de sa justification et donc de l'arrêt de son indemnisation. La subtilité du texte réside dans le fait qu'il est envisagé non pas un arrêt de la prise en charge, mais une suspension en cas de prolongation de l'arrêt prescrite après un contrôle "positif".

Quoi qu'il en soit, les procédures de recours sont prévues et portées à la connaissance de l'assuré, ce que le CNOM souligne par ailleurs.

Il est présenté comme une avancée le fait que le médecin contrôleur ne peut transmettre d'avis s'il n'a pas procédé à l'examen de l'assuré.

Reste à déterminer ce que l'on entend par examen et ce que ce dernier doit comporter. Il est souvent argumenté par une personne contrôlée qu'elle n'a pas été examinée, au prétexte que la tension n'a pas été prise par exemple. Pour autant, s'agissant d'une personne présentée dépressive, le médecin contrôleur est bien resté 45 minutes et avait mené un interrogatoire complet. Peut-on considérer que l'absence d'examen physique et de prise de tension soit une faute, alors que le psychiatre prescripteur de l'arrêt n'avait jamais examiné son patient ?

Enfin, il est évident que le rôle du médecin n'est pas de vérifier une présence au domicile, mais de **donner un avis médical sur une situation d'arrêt**. D'ailleurs la loi ne prévoit pas, à ce jour, d'utiliser les signalements de contrôles qui n'ont pas pu aboutir en raison de l'absence de l'assuré(e). Plus prosaïquement, le code de Déontologie fixe des règles

en matière de contrôle médical et de prescription. C'est peut-être aussi une chance donnée aux médecins libéraux de terrain de participer au contrôle médical plutôt que de le subir. La réalité du terrain n'est pas forcément la même que celle perçue au bureau, que ce soit celui du cabinet ou de la Caisse.

C'est à juste titre que le conseil de l'ordre a complété ses dix recommandations émises en 2000 par un point 7 qui se rapproche de l'article 6 du chapitre "recommandations" proposé par Dexia DS Services dans sa convention dès 2004 : **"Lorsque le médecin contrôleur conclut, après examen du patient, à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail et uniquement dans cette hypothèse, il doit transmettre cet avis au service médical de la Caisse. Le médecin contrôleur en informe le patient. (Maj de juin 2008)"** D'un point de vue pratique, le CNOM a adressé un courrier à l'ensemble des prestataires de service de contrôle afin de modifier les conventions existantes. Mais qu'en est-il des médecins "indépendants" auxquels les entreprises font appel directement ? Ne serait-il pas opportun de créer un annuaire des médecins contrôleurs au même titre qu'il existe une liste DDASS des médecins agréés ? Les conseils départementaux vont-ils se rapprocher des médecins contrôleurs identifiés pour les informer des nouvelles dispositions et faire les rappels qui conviennent ?

En effet, cette procédure existe depuis la LFSS de 2004 dans son article 42, avec application de la procédure prévue dans la Circulaire interne 111-2004 de la sécurité sociale. Le problème soulevé à l'époque était d'ordre pratique, le médecin contrôleur n'ayant pas toujours la possibilité d'informer le service médical faute de temps (facteur primordial en contre-visite) et de connaissance de l'interlocuteur à prévenir. Dexia DS Services a donc été le premier prestataire, et probablement encore le seul, à transmettre les avis d'arrêt plus médicalement justifiés au service médical de caisse.

Quatre ans plus tard, il s'agit de l'intégrer dans une expérimentation qu'il faudra suivre de près... ■

## ZOOM SUR...

### Harcèlement au travail et certificats

- > Les arrêts maladie sont de plus en plus souvent en rapport avec un contexte professionnel difficile ou conflictuel. Que ce soit en maladie ordinaire ou en accident du travail, le médecin est souvent tenté de notifier clairement cette situation, et l'explicite parfois sans nuance sur ses certificats.
- > Nous pouvons lire ainsi, par exemple : "état dépressif en rapport avec un harcèlement au travail", "peut reprendre son activité mais sur un autre site, du fait du harcèlement subi". Autant d'affirmations qui peuvent sembler justifiées selon les doléances exprimées par le patient, mais qui ne doivent en aucun cas figurer sur un certificat médical.
- > En effet, la notion de harcèlement est pénale. Le médecin peut tout au plus stipuler que le patient "dit" être victime de harcèlement ou faire état de souffrance au travail. Il doit en revanche bien décrire les éléments diagnostics qui pourront éventuellement être imputés à un harcèlement, le juge décidera. En aucun cas, il faut assimiler le diagnostic à un délit ou un crime, un individu devant alors être sanctionné et une victime "réparée". Constaté des lésions objectives n'autorise pas à désigner l'auteur ou décrire des circonstances dont l'examineur n'a pas été témoin. C'est s'exposer à une plainte pour diffamation ou délivrance d'un certificat de complaisance.
- > En matière de risque professionnel cette situation est de plus en plus fréquente. Les patients - salariés ou fonctionnaires - ont tendance à prendre pour témoin leur médecin. Les certificats attestant leur mal être, diagnostic de certitude parfois difficile à établir, ont alors pour objectif légitime de faire reconnaître leur situation de détresse et de victime. Parfois, si le rédacteur n'y prend pas garde, ces certificats sont des actes accusatoires pouvant être présentés en justice comme éléments à charge.

- > Il est utile de rappeler que le juge administratif a déjà reconnu le harcèlement moral, même si la victime n'avait pas apporté la preuve d'un lien de cause à effet entre ses problèmes de santé et ses difficultés professionnelles (TA Besançon, 11 décembre 2003, n° 02539). En effet, la loi prévoit qu'il n'est pas nécessaire d'une atteinte sur l'état de santé pour que le harcèlement soit reconnu, la simple "possibilité" étant suffisante. Dans ces conditions, l'obtention d'un certificat médical a souvent pour but de compléter un dossier dans le cadre d'une procédure judiciaire en cours ou envisagée.
- > Il convient donc de bien rester dans le champ d'action et les prérogatives que nous avons en tant que médecin. Ceci n'est pas antinomique avec le fait d'être aussi un citoyen pouvant être témoin d'une situation de harcèlement.
- > Dans ces conditions, il conviendrait de bien distinguer deux états : celui du professionnel médecin délivrant un certificat médical et celui du citoyen, médecin de profession, délivrant un témoignage sur l'honneur. ■



#### L'article L. 1152-1 (ancien article L. 122-49) du code du Travail définit le harcèlement moral et sert de base aux poursuites civiles ou pénales :

"Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel."

#### L'article 222-33-2 du code Pénal, inséré par l'article 170 de la Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 :

"Le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende".

#### L'article 6 quinquies de la Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires :

"Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel."

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- 1° Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés au premier alinéa ;
- 2° Le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ;
- 3° Ou bien le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou qu'il les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public."

#### L'article 28 (article R. 4127-28 du code de la santé publique) du code de Déontologie :

"La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite."

## FORMULAIRE CERFA D'AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL VERSION 2007 : casse-tête ?

Depuis décembre 2007 un nouveau modèle d'arrêt de travail est en vigueur, véritable casse-tête pour le médecin.

#### Petit rappel historique :

- > En 2005, choix simple entre sorties non autorisées et sorties autorisées de 10h à 12h et 16h à 18h. Une seule case, obligatoire à cocher.
- > En 2006, avec la nouvelle LFSS, durcissement dans la réglementation des arrêts de travail :
  - Sorties autorisées sur un créneau de 3 heures consécutives à préciser.
 Le cas du fonctionnaire est prévu, les volets 1 et 2 doivent être conservés par l'agent. Cela en contradiction avec les règles statutaires en vigueur depuis 2003.
  - Le tampon du prescripteur disparaît du volet 3, sans doute pour une question de secret médical ?
- > Depuis 2007 à ce jour :
  - Case obligatoire à cocher sorties autorisées oui ou non.
  - Si oui, l'assuré doit être présent à son domicile de 9 à 11h et de 14 à 16h.
  - Possibilité de sorties autorisées sans restriction d'horaire, mais avec une raison médicale dûment justifiée.
  - Le cas du fonctionnaire est révisé et seul le volet 1 est conservé par l'agent.
  - Le tampon prescripteur réapparaît sur le volet employeur.

Constat : quel est l'intérêt de procéder par la négative alors qu'il était si simple comme en 2005 d'indiquer les créneaux horaires de sorties autorisées.

Petite gymnastique de l'esprit, il faut donc comprendre que l'assuré(e) est en sorties autorisées entre 11h et 14h et de 17h à 9h le lendemain matin.

En pratique, un(e) assuré(e) malade est autorisé(e) à aller voir son médecin en dehors des heures habituelles de consultation, et le médecin contrôleur doit aller au domicile durant ses heures de présence au cabinet. Le contrôle employeur faisant appel à des libéraux, il devait sembler naturel que ces mêmes libéraux aient toute liberté d'adapter leurs horaires pour compléter un dispositif des CPAM en manque de ressources.

L'une des premières conséquences de l'innovation du cerfa S3116f a été de désorganiser le contrôle employeur du fait du manque de disponibilité des médecins contrôleurs pour les raisons expliquées plus haut. Initiative d'autant plus étonnante qu'il s'agissait de renforcer le contrôle employeur et son utilisation par les caisses.

Nul doute qu'il faut s'attendre fin 2009 à un cerfa S3116g après l'expérimentation de l'article 103... ■

## LE MÉDECIN EN MISSION

### Ordres de mission et la question des soins (nature, durée ou fréquence)

Les ordres de mission que Dexia DS Services vous adresse comportent des questions très précises notamment sur les soins à prendre en charge. Ce point est souvent éludé par les collectivités, et les commissions de réforme ne l'abordent pas spontanément. Même s'il est parfois délicat de se prononcer, nous rappelons que c'est sur **vo**tre seule expertise médicale que la collectivité sera en mesure d'accepter une prise en charge ou de la refuser. Faute de précision, la totalité des soins est prise en charge alors que la commission se prononce globalement sur l'imputabilité d'un arrêt de travail. Or, nous savons bien que la prise en charge des indemnités journalières n'implique pas celle des soins concomitants.

De ce point de vue, le médecin agréé a une mission très forte en matière de maîtrise des soins qui s'apparente à celle du médecin conseil près la CPAM. L'impact sur le budget d'une collectivité ou d'un établissement de soins n'est pas neutre. Au-delà des considérations financières, de plus en plus omniprésentes, il s'agit de **garantir une prise en charge équitable**, ce qui passe par une application des règles statutaires en vigueur qui soit la même pour chaque fonctionnaire.

Ce point, parmi d'autres, rappelle l'importance du rôle joué par le médecin agréé pour la collectivité.

### Contre-visite : sur la rapidité de transmission des avis

D'une façon générale et surtout en cas d'avis négatif sur la justification médicale d'un arrêt, il est impératif que le service soit informé des **résultats le jour même**. Un répondeur est à votre disposition en dehors des heures de bureau après 18h00 (02 48 48 10 50).

Il est tout aussi important que l'avis écrit, signé par la personne examinée, soit **adressé dans les 24 heures suivant l'acte**. En effet, quel que soit le résultat, seule une pièce écrite fait foi de la bonne exécution de l'examen. Cette pièce est particulièrement utile en cas de contestation ou de réclamation sur les conditions de réalisation, et de toute façon nécessaire à l'employeur pour faire valoir sa position face à son salarié.

Enfin, il arrive qu'un examen ne se déroule pas dans des conditions idéales. Il est fortement conseillé de garder des traces des événements pour pouvoir les consulter si besoin. Il n'est pas rare qu'une personne contrôlée relate, quelques semaines après, son sentiment sur le déroulement d'un examen a priori normal, et la mémoire des faits n'est pas toujours au rendez-vous. ■

## > FORMATIONS

- Les **7<sup>e</sup>** journées nationales de médecine agréée, dont le fil conducteur était la lombalgie, se sont tenues à Lyon les 6 et 7 juin derniers.

Le compte-rendu de cette manifestation et les supports des interventions sont consultables sur le site de la FNAMA. [www.amara.asso.fr/7JNMA/7jnma.htm](http://www.amara.asso.fr/7JNMA/7jnma.htm).

- Herrmann JL. .... *Tuberculose : intérêts des tests sanguins.*
- Jenoudet LP. .... *Lombalgies chroniques et douleurs psychogènes.*
- Baylot D. .... *Physiopathologie de la douleur.*
- Pierluca P. .... *Lombosciatique.*
- Maurel JM. .... *Histoire peu commune d'une lombalgie.*
- Soutanian M. .... *L'examen "d'aptitude" aux fonctions postulées.*
- Le Blay G. .... *Réentrainement à l'effort chez le lombalgique chronique et analyse de la reprise du travail.*

A cette occasion, deux ateliers se sont réunis pour travailler sur l'aménagement de l'AF3. Un groupe de travail s'est formé au sein de la FNAMA afin de finaliser avec les responsables de la Caisse des Dépôts un document plus facile à utiliser.

- En 2009, les journées se tiendront à Lille les 9 et 10 octobre.

## > ACTUALITÉS

**La version 3 mise à jour du guide du contrôle médical est disponible.**

**N'hésitez pas à nous le demander !**



### > LE SITE DE RÉFÉRENCE DES MÉDECINS AGRÉÉS

Pour être informé(e)s régulièrement des nouveautés en matière de statut, de la vie des associations locales ou de leur fédération nationale (FNAMA), échanger vos expériences et idées via un blog actif, rendez-vous sur le site : [www.fnama.org](http://www.fnama.org)

Ce site riche en informations a été créé sur l'initiative de l'AMARA, association des médecins agréés Rhône Alpes, et est supervisé par le Docteur Pierre Wolf.

## VOUS AVEZ DES QUESTIONS PRATIQUES ? N'HÉSITEZ PAS À CONTACTER DEXIA DS SERVICES

> Valérie RIFFET : 02 48 48 14 23

> Dr Jean-Michel MAUREL : 02 48 48 15 08