

# Guide du visiteur scientifique de la coopération technique de l'IAEA



**IAEA**

Agence internationale de l'énergie atomique  
*L'atome pour la paix et le développement*

1. Les visites scientifiques sont destinées aux cadres supérieurs occupant un poste ou ayant un rôle de conseiller ou de gestionnaire, au moins cinq ans d'expérience dans le domaine concerné, et au moins cinq ans de service continu à leur poste actuel dans leur pays. Elles durent jusqu'à deux semaines et portent au maximum sur deux pays. Elles font partie intégrante de l'exécution d'un projet de coopération technique dans un domaine de développement hautement prioritaire au plan national ou sont accordées à titre individuel comme contribution directe à la mise en valeur des ressources humaines du programme d'énergie nucléaire du pays.

2. Le programme des visites scientifiques est établi par l'AIEA en coopération avec les pays hôtes. La durée et les dates exactes de chaque visite dépendent de la décision du gouvernement hôte. Les candidats doivent demander en temps voulu tous les visas nécessaires. Veuillez noter qu'**il appartient au visiteur scientifique et à lui seul d'obtenir les visas nécessaires, y compris les visas de transit le cas échéant**. L'AIEA doit être informée immédiatement de toute modification des coordonnées communiquées dans le formulaire de candidature (nom, adresses postale et électronique et numéro de téléphone).

3. **Toute communication doit être adressée à l'assistant de gestion de programmes concerné** et contenir le nom complet du visiteur scientifique et le numéro de l'événement. Les coordonnées générales sont les suivantes :

| Divisions de l'AIEA                           |
|-----------------------------------------------|
| Division de l'Afrique                         |
| Division de l'Asie et du Pacifique            |
| Division de l'Europe                          |
| Division de l'Amérique latine et des Caraïbes |

| Adresse postale                                                                                                            | Téléphone, télécopie et courriel                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Département de la coopération technique<br>Agence internationale de l'énergie atomique<br>B.P. 100, 1400 Vienne (Autriche) | Tél. : (+43 1) 2600<br>Fax : (+43 1) 26007<br>Mél. : <a href="mailto:Official.Mail@iaea.org">Official.Mail@iaea.org</a> |

4. Les dates des visites scientifiques doivent être programmées en fonction des possibilités des autorités du pays hôte et des établissements à visiter. Les dates acceptées par les pays hôtes pour la visite scientifique ne peuvent généralement pas être modifiées sans provoquer de longs retards, voire l'annulation de la visite. Toute demande de report d'une visite scientifique ou de modification du programme après son élaboration par le pays d'accueil faite par un candidat doit être accompagnée d'une explication valable appuyée par son établissement.

5. Le visiteur scientifique reçoit i) un billet prépayé au tarif le plus bas qui convient, en classe économique, ou une somme forfaitaire correspondant au billet pour le voyage en question, et ii) une indemnité journalière de subsistance destinée à couvrir le logement, les repas, les déplacements locaux (en train, en bus ou en taxi) et les faux frais (frais d'aéroport, coût des visas ou excédent de bagages). Le visiteur scientifique doit gérer ses dépenses dans les limites de la subvention de voyage accordée. Les dépenses supplémentaires ne seront pas remboursées. Si le visiteur scientifique doit écourter sa visite, les fonds restants doivent être restitués à l'AIEA.

6. Si le visiteur scientifique doit faire escale en route à cause d'une modification imprévue des horaires de vol, les frais d'hébergement et de nourriture découlant de l'escale sont à sa charge (ou à celle de son gouvernement). Il doit donc se munir de suffisamment d'argent pour parer à cette éventualité. Il est à noter que la plupart des compagnies aériennes internationales couvrent généralement les coûts associés aux escales forcées.

7. L'indemnité journalière de subsistance est versée intégralement avant le départ par virement bancaire électronique sur un compte bancaire personnel. Exceptionnellement, les fonds peuvent être transférés via le bureau du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) dans le pays d'origine ou le pays de résidence du visiteur scientifique.
8. Le **visiteur scientifique est tenu d'envoyer un rapport sur la visite** (selon le modèle figurant à l'annexe 1) à l'assistant de gestion de programmes de l'AIEA par courrier électronique un mois au plus tard après la fin de la visite, en y joignant une copie PDF des cartes d'embarquement utilisées.
9. **Responsabilité** : l'AIEA a une police d'assurance de responsabilité civile. Celle-ci couvre la responsabilité légale pour toute somme que l'AIEA peut devoir verser comme suite à une demande d'indemnisation de perte ou d'endommagement de biens, de blessure ou de maladie (mortelle ou non) résultant d'une négligence, erreur ou omission de sa part ou de toute personne dont elle est responsable des actes, erreurs ou omissions. Elle dispose qu'une indemnité peut être accordée au titre de la responsabilité de l'AIEA concernant la formation de scientifiques dans les laboratoires des États Membres, y compris les stagiaires.
10. Les visiteurs scientifiques sont vivement invités à ne pas se faire accompagner de membres de leur famille pendant leur programme de formation.
11. **Assurance médicale** : les visiteurs scientifiques se formant hors de leur pays d'origine bénéficient d'une assurance médicale fournie par l'AIEA à ses frais, dans le cadre d'une police souscrite auprès de Cigna International Health Services (« CIGNA »). Cette assurance devrait couvrir la plupart des dépenses médicales personnelles en cas d'accident ou de maladie, mais **pas** les dépenses médicales des membres de la famille. **Aux termes de cette police d'assurance, le visiteur scientifique doit régler lui-même ses frais d'hospitalisation et de soins médicaux puis soumettre les factures originales avec preuve du paiement à CIGNA en Belgique.** Il sera remboursé rapidement. En cas d'hospitalisation, c'est-à-dire de séjour d'une nuit au moins à l'hôpital, CIGNA peut régler directement la facture aux fournisseurs de soins. Les factures médicales doivent être envoyées directement à CIGNA. Les instructions se trouvent dans le [guide du régime d'assurance médicale collective Cigna](#). Un exemple de [formulaire de demande de remboursement de frais médicaux](#) est joint en annexe 2.
12. **COVID-19** : les visiteurs scientifiques sont tenus d'adhérer aux mesures et directives prises par les autorités nationales et locales et par l'établissement hôte pour enrayer la propagation des infections à coronavirus.
13. **Formulaire de certificat médical.** Un certificat médical de bonne santé signé par un médecin agréé et datant de quatre mois au plus avant la date de début de la visite scientifique doit être présenté pour tous les candidats de plus de 65 ans quelle que soit la durée de l'épreuve. Le visiteur scientifique doit passer un examen médical un à trois mois avant le début de la visite et envoyer le certificat médical à l'assistant de gestion de programmes de l'AIEA avant son départ (annexe 3).
14. **Formulaire sur les antécédents d'exposition professionnelle (formulaire OEH).** Si la visite scientifique implique une exposition professionnelle aux rayonnements, vous devez remplir et envoyer le formulaire OEH à l'assistant de gestion de programmes de l'AIEA en suivant scrupuleusement les directives fournies (voir annexe 4). Ce formulaire ne doit pas être antérieur de plus de six mois à la date du début de l'événement. L'AIEA vous fournira en temps voulu un dosimètre pour surveiller votre exposition professionnelle pendant la visite.
15. **Formulaire de désignation de bénéficiaire et de contact en cas d'urgence.** Tous les visiteurs scientifiques sont priés de remplir le formulaire de désignation de bénéficiaire et de contact en cas d'urgence et de le renvoyer signé à l'assistant de gestion de programmes de l'AIEA avant leur voyage (annexe 5).

16. L'itinéraire complet de la visite scientifique, notamment les adresses des établissements hôtes et des points de contact, sera envoyé au visiteur scientifique dès que tous les gouvernements hôtes concernés auront donné leur accord.

17. L'AIEA n'organise pas l'hébergement en hôtel sauf **sur demande** si la visite scientifique se déroule à Vienne (Autriche).

## ANNEXE 1 : RAPPORTS DES VISITEURS SCIENTIFIQUES À L'AIEA

### RAPPORT SUR UNE VISITE SCIENTIFIQUE

**NOTE :** Veuillez soumettre le rapport **un mois au plus tard après la fin de l'événement** à l'assistant de gestion de programmes de l'AIEA.

|                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. Nom du visiteur scientifique :</b>                                                                                                                                                                |  |
| <b>2. Numéro d'événement de la visite scientifique :</b>                                                                                                                                                |  |
| <b>3. Adresse du visiteur scientifique dans le pays hôte :</b>                                                                                                                                          |  |
| <b>4. Date de début du programme dans le pays hôte :</b>                                                                                                                                                |  |
| <b>5. Date de la fin du programme dans le pays hôte (y compris les déplacements internes, le cas échéant) :</b>                                                                                         |  |
| <b>6. Nom et adresse complète de l'établissement d'accueil de la visite scientifique :</b>                                                                                                              |  |
| <b>7. Indicatif du projet de CT :</b>                                                                                                                                                                   |  |
| <b>8. Contrepartie du projet de CT :</b>                                                                                                                                                                |  |
| <b>9. Décrivez les principaux éléments de la visite (formation reçue, réunions avec des responsables locaux, travaux de recherche effectués, etc.) :</b>                                                |  |
| <b>10. Évaluez l'intérêt de la visite scientifique pour vos futurs travaux dans votre pays d'origine :</b>                                                                                              |  |
| <b>11. Quel est votre poste actuel ? Décrivez brièvement vos fonctions et vos responsabilités actuelles.</b>                                                                                            |  |
| <b>12. Pour améliorer la gestion du programme de visites scientifiques du Département de la coopération technique, veuillez faire part de vos observations et suggestions sur les points suivants :</b> |  |
| <b>i) Adéquation de l'établissement hôte choisi pour la visite :</b>                                                                                                                                    |  |
| <b>ii) Adéquation du programme de visite et qualité des orientations reçues :</b>                                                                                                                       |  |
| <b>iii) Qualité et adéquation des installations mises à disposition durant la visite :</b>                                                                                                              |  |
| <b>iv) Hébergement :</b>                                                                                                                                                                                |  |
| <b>v) Assistance fournie par l'AIEA :</b>                                                                                                                                                               |  |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>vi) Assistance fournie par les autorités de votre pays d'origine ou d'accueil :</b> |
|                                                                                        |
| <b>13. Autres observations :</b>                                                       |
|                                                                                        |

**À signer et dater par le visiteur scientifique.**

|               |  |                                                 |  |
|---------------|--|-------------------------------------------------|--|
| <b>Date :</b> |  | <b>Signature du<br/>visiteur scientifique :</b> |  |
|---------------|--|-------------------------------------------------|--|



FELLOWS / TRAINEES

### MEDICAL CLAIM FORM

1. Please write clearly in black ink and **BLOCK CAPITALS**.
2. This claim form contains personal data. Please don't share this with members outside your family.
3. Please complete a separate claim form for each patient and for each currency.
4. Return this form with original invoices (no staples) to:  
Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Name plan member

Personal reference n°  /

Organisation

**PATIENT**

Name

Date of birth D  M  Y  Gender  M  F

Address

Telephone

Email

Project no.

Period of contract D  M  Y

**CLAIM INFORMATION**

Is the claim (partially) related to an accident?  No  Yes  Yes, work related  
 If yes, also complete the [Notification of accident form](#).

Is the claim covered by another insurance?  No  Yes  
 If yes, specify the amount and the insurance company and include the insurance statements (settlement notes, invoices, etc.)

Amount and currency  Insurance company

| Currency                   | Amount               | Invoice date                                                         | Nature of expenses   | Diagnosis            |
|----------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>       | <input type="text"/> | D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/> | D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/> | D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Total <input type="text"/> |                      | Main country of treatment <input type="text"/>                       |                      |                      |

**PAYMENT INFORMATION - COMPLETE ONLY IN CASE OF CHANGE**

Mail cheque to Name

Address

Bank transfer Preferred currency of reimbursement

The currencies are limited by the contract. If this currency is different from that of your bank account, your bank could charge you fees at your expense.

Name account holder

Account n° or IBAN

BIC/Swift code  Bank ID

Full bank name and address

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my specific and informed consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family (article 7 of the Belgian Law of December 8, 1992 concerning the private life, I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. The issuance of false claims, the provision of misleading information or the withholding of information related thereto is an offence punishable by Law. The information provided on or attached to this form may be disclosed to other persons or entities for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D  M  Y

Signature of the plan member

### **ANNEXE 3 : NOTE AUX VISITEUSES SCIENTIFIQUES DE L'AIEA**

Toute boursière constatant qu'elle est enceinte doit en aviser l'AIEA.

Le Conseil des gouverneurs de l'AIEA a approuvé les nouvelles Normes fondamentales internationales de protection contre les rayonnements ionisants et de sûreté des sources de rayonnements. Ces normes traitent spécifiquement des conditions d'exposition professionnelle des travailleuses et exigent notamment qu'une travailleuse constatant qu'elle est enceinte le fasse savoir à son employeur afin que ses conditions de travail puissent être modifiées si nécessaire. Cette notification ne doit pas être considérée comme une raison de priver une travailleuse d'un emploi ; toutefois, les conditions de travail, en ce qui concerne l'exposition professionnelle, doivent être adaptées afin que l'embryon ou le fœtus bénéficie du même niveau général de protection que le niveau requis pour les membres du public.



## ANNEXE 4 : CERTIFICAT MÉDICAL



### CERTIFICAT MÉDICAL

Nom du candidat ou de la candidate (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

En ma qualité de médecin qualifié, je certifie avoir examiné le candidat/la candidate et déclare qu'il/elle est en bonne santé, ne souffre d'aucune maladie infectieuse et est apte, physiquement et mentalement, à s'acquitter de toute tâche qui pourrait lui être confiée à l'étranger.

Nom complet et adresse du médecin examinateur (en caractères d'imprimerie) :

---

---

---

Signature et cachet du médecin examinateur : \_\_\_\_\_

Date de l'examen : \_\_\_\_\_

**Instructions** : Un certificat médical de bonne santé délivré quatre mois au plus avant la date du début de l'événement, doit être produit dans les cas suivants :

- pour les événements d'une durée supérieure à un mois ;
- pour tous les candidats âgés de plus de 65 ans, quelle que soit la durée de l'événement.

Le certificat doit être :

- rempli par un médecin agréé après un examen clinique complet assorti d'analyses médicales (et d'une radiographie du thorax seulement si l'examen clinique le justifie) ;
- envoyé au responsable administratif au département de la coopération technique **avant le** début de l'événement.

### **Questions à poser lors de l'examen médical**

1. Veuillez décrire tout traitement suivi par le candidat au cours des trois dernières années et l'état actuel de la ou des maladies.
2. Quels sont les médicaments pris régulièrement par le candidat, pour quelles raisons ?
3. Quelle est la tension artérielle normale du candidat ?
4. Le candidat est-il en bonne santé et capable de travailler à plein rendement ?
5. Le candidat est-il physiquement et mentalement apte à suivre une formation intensive à l'étranger ?
6. Le candidat est-il indemne de maladies infectieuses (par exemple tuberculose ou trachome) susceptibles de présenter des risques pour lui-même ou pour les personnes avec lesquelles il sera en contact pendant sa période de formation ?
7. Le candidat souffre-t-il d'un problème de santé qui pourrait nécessiter un traitement pendant la période de formation ?
8. La radiographie du thorax révèle-t-elle des anomalies ?

## FORMULAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Nom du candidat</b> |  |
| <b>Employeur</b>       |  |

|                                |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Intitulé de l'événement</b> |                                     |
| <b>Numéro de l'événement</b>   |                                     |
| <b>Lieu</b>                    |                                     |
| <b>Dates</b>                   | <b>Du :</b> _____ <b>Au :</b> _____ |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                 |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Êtes-vous couvert par un programme de contrôle radiologique individuel dans votre pays ?</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Dans l'affirmative, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ date de début du suivi individuel (mm/aaaa) : .....</li> <li>▪ Veuillez remplir les cases pertinentes ci-dessous :</li> </ul> |                                                                           |                                                 |                                          |
| <b>Quantité</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Unité</b>                                                              | <b>Valeur des cinq dernières années civiles</b> | <b>Valeur de l'année civile en cours</b> |
| <b>Dose effective<sup>(1)</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                 |                                          |
| <b>Dose équivalente au cristallin</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                 |                                          |
| <b>Dose équivalente aux extrémités ou à la peau</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                 |                                          |
| <b>Données fournies ou confirmées par<sup>(2)</sup>:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Nom :</b> .....<br><b>Fonction :</b> .....<br><b>Signature :</b> ..... |                                                 |                                          |

Signature du candidat : .....

Date<sup>(3)</sup> : .....

<sup>(1)</sup> Dose effective d'exposition externe ET interne. Pour toute autre quantité déclarée, veuillez indiquer le nom et l'unité.

<sup>(2)</sup> Les données du formulaire doivent être fournies ou confirmées par le responsable de la radioprotection, le superviseur du candidat ou le fournisseur du service de contrôle radiologique individuel.

<sup>(3)</sup> Ce formulaire ne doit pas être antérieur de plus de six mois à la date de l'événement.

**ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE CONTACT EN CAS D'URGENCE**

**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE CONTACT EN CAS D'URGENCE**

**Numéro de l'événement :**

**Désignation du bénéficiaire**

Je soussigné(e), ..... né(e) le .....  
(Nom de famille, prénom) (Date, mois, année)

révoque toute désignation de bénéficiaire que j'ai faite auparavant concernant les fonds que l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) me doit ou pourrait me devoir, et désigne maintenant le ou les bénéficiaires nommés ci-dessous, autorisant l'AIEA à verser à mon décès toute somme d'argent restant à mon crédit et lui ordonnant de le faire.

**Informations requises pour chaque bénéficiaire**

| <b>Nom</b> | <b>Âge</b> | <b>Relation</b> | <b>Part à recevoir</b> |
|------------|------------|-----------------|------------------------|
| 1.         |            |                 | %                      |
| 2.         |            |                 | %                      |
| 3.         |            |                 | %                      |

Je décide par la présente que sauf indication contraire, si plus d'un bénéficiaire est désigné, la part du ou des bénéficiaires décédés avant moi sera distribuée à parts égales aux bénéficiaires survivants, ou entièrement au survivant. Si personne ne me survit, le montant total ira à ma succession.

Je me réserve expressément le droit de révoquer ou de changer tout bénéficiaire à tout moment, de la manière et dans la forme prescrites par l'AIEA, à l'insu du bénéficiaire et sans son consentement.

**Désignation de contact en cas d'urgence**

Par la présente, j'autorise l'AIEA à contacter en cas d'urgence la personne mentionnée ci-dessous.

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| <b>Nom :</b>                                               |  |
| <b>Numéro de téléphone :</b><br>(préciser le code du pays) |  |
| <b>Adresse électronique :</b>                              |  |

.....  
(Date)

.....  
(Signature)