

EXIGENCES RELATIVES À L'EXAMEN MÉDICAL PRÉALABLE AU DÉPART

Cher médecin examinateur,

Le personnel de MSF qui se présente sera déployé dans des contextes humanitaires, où les infrastructures de santé sont souvent limitées et restreintes. Compte tenu de ce contexte, nous vous sommes reconnaissants de bien vouloir évaluer les points suivants :

- **Antécédents médicaux** : signalez et évaluez tout problème de santé potentiellement difficile à prendre en charge dans un contexte de ressources limitées ou pas prise en charge jusqu'à ce jour.
- **Antécédents de santé mentale** : problèmes psychologiques/psychiatriques actuels ou passés et traitements, expériences traumatisantes ou perturbantes majeures (par exemple, violence, incidents). Cette exigence ne constitue pas une évaluation complète de la santé mentale, sauf demande spécifique.
- **Examen physique** : général, cardiovasculaire, abdominal, musculosquelettique, neurologique et examen de l'état mental (par observation uniquement).
- **Analyses de laboratoire**:

OBLIGATOIRES (pour tout le monde)

- Hémogramme complet (CBC)
- Enzymes hépatiques (AST, ALT)
- Créatinine et urée
- Groupe sanguin : ABO et rhésus (ne pas à répéter si déjà fait)
- Glycémie à jeun

TESTS SELON CONDITIONS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HbA1c (si) : | <input type="checkbox"/> Profil lipidique (taux de cholestérol En cas d'infection connue |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Taux de glycémie à jeun élevé, total, LDL, HDL, TG si : ○ > 40 ans et IMC > 25, ○ Facteurs de risque indépendants de l'IMC ou de l'âge, par exemple antécédents familiaux, diabète gestationnel ou syndrome des ovaires polykystiques, etc. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Hommes > 35 ans ○ Femmes > 45 ans ○ Hommes et femmes > 20 ans présentant des facteurs de risque cardiovasculaire : diabète, antécédents coronariens, antécédents familiaux, tabagisme, hypertension, obésité, etc. |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Charge virale ○ Nombre de CD4 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ ECG de référence |
| | <p>En cas de facteurs de risque cardiovasculaire :</p> <p>(à des fins de comparaison avec l'ECG réalisé sur le terrain, en cas de douleur rétrosternale ou d'autres symptômes cardiaques)</p> |

TESTS SUPPLÉMENTAIRES POUR TOUT LE PERSONNEL MÉDICAL/PREMIÈRE LIGNE

Le personnel médical doit connaître son statut afin d'assurer la meilleure protection possible à ses patients.

Dépistage de la tuberculose

- Quantiferon, si le statut est inconnu ou si le résultat était négatif par le passé, ou
- Test de Mantoux (test cutané) si le patient n'a pas été vacciné par le passé et que le test Quantiferon n'est pas possible
- Radiographie thoracique : en cas de séroconversion ou de symptômes.

Dépistage des virus transmissibles par le sang

- VIH
- Dépistage de l'hépatite B (anticorps anti-HBs et antigène HBs ; SAUF si le test précédent avec anticorps anti-HBs > 100, auquel cas il n'est pas nécessaire de le refaire)
- Hépatite C

TESTS SUPPLÉMENTAIRES POUR TOUT LE PERSONNEL SE RENDANT EN IRAN, EN IRAK, AU KIRGHIZISTAN, EN

JORDANIE, AU SOUDAN, EN IRAQ, EN SYRIE OU AU YÉMEN : Ces pays exigent généralement des résultats négatifs aux tests de dépistage du VIH, du VHB et du VHC pour l'obtention d'un visa et d'un permis de séjour.

- Dépistage du VIH
- Dépistage de l'hépatite B (anticorps anti-HBs et antigène HBs ; SAUF si le test précédent avec un taux d'anticorps anti-HBs > 100, auquel cas il n'est pas nécessaire de le refaire)
- Dépistage de l'Hépatite C

*Des tests supplémentaires peuvent être effectués par le médecin examinateur en fonction des antécédents médicaux et de l'état de santé. *Aucun état physique ou mental ni aucun handicap ne constituera un obstacle automatique à l'engagement d'une personne au sein de MSF, à moins que cela ne la rende incapable d'exercer les fonctions essentielles du poste, avec ou sans aménagement raisonnable, ou à moins que les limites ne présentent pas une menace directe pour la santé et/ou la sécurité de la personne concernée.*

EXIGENCES EN MATIÈRE DE VACCINATION

MSF travaille dans des zones reculées où l'accès à des soins de santé de qualité est limité ; il est donc essentiel que **TOUTES les vaccinations obligatoires pour le pays d'affectation soient effectuées SANS exception**. Les preuves de vaccination acceptées comprennent les carnets de vaccination, les antécédents médicaux documentés ou les preuves sérologiques.

	Vaccin	Instructions	Nombre de doses administrées	Date de la dernière dose / rappel
OBLIGATOIRE	Diphtérie Coqueluche Tétanos	Si jamais vacciné : 3 doses à 0, 2 et au moins 6 mois. Un rappel tous les 10 ans (selon les recommandations du pays de résidence ; un intervalle de 20 ans est acceptable).		
	Poliomyélite	Rappel contre la diphtérie en cas d'épidémie active dans le pays d'affectation ET si la dernière dose remonte à plus d'un an.		
	Hépatite B	3 doses à 0, 1 et 6 mois. Preuve sérologique de l'immunité acceptée.		
	Rougeole Oreillons Rubéole	2 doses, à 4 semaines d'intervalle, pour les personnes nées après 1964 ou sans preuve d'immunité. Preuve sérologique d'immunité acceptée. Rappel contre la rougeole recommandé en cas d'épidémie active dans le pays d'affectation.		
	Rage**	2 doses aux jours 0 et 7-28. Par la suite, 1 rappel à partir de 1 an plus tard.		
	Fièvre jaune	1 dose pour une protection à vie.		
	Méningite à méningocoques ACWY	1 dose. Rappel tous les 5 ans.		
CONDITIONNEL	Dengue	En cas d' épisode de dengue dans le passé (avec preuve sérologique documentée) ET départ en mission dans un pays à risque élevé ou connaissant actuellement une épidémie sporadique (CDC - Zones à risque de dengue) 2 doses à 0 et 90 jours		
	Encéphalite japonaise	Pour une mission d'un mois ou plus dans les pays d'Asie ou du Pacifique occidental présentant un risque élevé d'encéphalite japonaise 2 doses à 0 et 7 à 28 jours. ^{3e} dose à 12 mois si l'exposition persiste. Rappel tous les 10 ans.		
RECOMMANDATION	Fièvre typhoïde	1 comprimé à 0, 3 et 5 jours ou une injection unique. Rappel tous les 3 ans.		
	Hépatite A	2 doses à 0 et au moins 6 mois Preuve sérologique d'immunité acceptée.		
	COVID-19	1 dose si âge > 65 ans, comorbidités préexistantes (par ex. diabète, immunodéficience) ou grossesse.		
	Grippe	En fonction de l'épidémie saisonnière.		

Conformément aux recommandations de vaccination de l'OMS : <https://www.who.int/travel-advice/vaccines>

**Conformément à l'OFSP Suisse : <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/D7EigkutJgqR/bag-bulletin-15-2021-tollwut-prep-und-pep.pdf>

Nom complet (professionnel de santé) :

Signature et cachet :

Coordonnées (téléphone/email).....

*Ce document signé par le Médecin devra être scanné. Le patient devra le télécharger à la fin du Questionnaire de santé pré-départ en ligne qu'il devra remplir aussi via le code QR.
Pour toute question, veuillez contacter : medical-certificates.gva@geneva.msf.org / +41 (0)22 849 89 67*



CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE

Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Fonction : Médicale / Non médicale

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Je soussigné,, médecin, certifie par la présente que j'ai examiné et passé en revue l'ensemble des dossiers médicaux et des informations dans le cadre de leur préparation à une mission à l'étranger pour Médecins Sans Frontières (MSF).

Je déclare que :

<i>Veillez cocher « oui » ou « non » pour chaque affirmation</i>	OUI	NON
J'ai vérifié l'état de santé général du patient par moyen d' une anamnèse adéquate, à un examen physique complet et à des analyses de laboratoire, conformément aux instructions concernant l'examen médical préalable au départ (page 1), et en fonction de l'âge et de l'état de santé du patient.		
J'ai vérifié les antécédents de santé mentale du patient, y compris son niveau de repos, sa gestion du stress, la qualité de son sommeil et la gérance de son possible anxiété.		
J'ai vérifié toutes les vaccinations spécifiques au pays de déploiement, conformément aux instructions concernant les vaccins (page 2)		
J'ai vérifié que toute maladie mentale ou physique chronique est stabilisée et sous contrôle.		
J'ai spécifié les conditions de vie ou les mesures de suivi médical à mettre en place pour maintenir la ou les maladies chroniques sous contrôle.		
J'ai prescrit les médicaments nécessaires pour contrôler la ou les maladies chroniques pendant toute la durée de la mission (plus pour une marge de sécurité de 2 mois supplémentaires).		
J'ai prescrit une prophylaxie antipaludique (une boîte) appropriée si cela est indiqué.		

Je certifie le collaborateur/la collaboratrice examiné.e est :

<input type="checkbox"/> APTES		<input type="checkbox"/> INAPTE
<input type="checkbox"/> Sans condition Aucune restriction quant au contexte, au lieu ou aux conditions de vie (Valable 2 ans si < 50 ans)	<input type="checkbox"/> Conditionnel Prise en charge de certaines pathologies ou nécessité d'un suivi médical régulier. (Valable 1 an)	<input type="checkbox"/> Temporairement inapte jusqu'au _____ <input type="checkbox"/> Inaptitude permanente À discuter avec le service de santé du personnel

Date :

Médecin examinateur (Signature et cachet)

