

# Rapport médical dans le domaine du retour / exécution du renvoi<sup>1</sup>

Ce formulaire est utilisé depuis le 2 octobre 2023 pour les personnes dont l'exécution du renvoi est du ressort du canton de Vaud, de Soleure ou de Thurgovie. Ces cantons se sont mis à disposition pour le tester.

Il est prévu d'introduire le nouveau document dans toute la Suisse dès l'automne 2025. Il remplacera alors toutes les versions précédentes.

Le formulaire en ligne est disponible en français, en allemand et en anglais et accessible sous f: [www.assm.ch/contre-indications](http://www.assm.ch/contre-indications), d: [www.samw.ch/kontraindikationen](http://www.samw.ch/kontraindikationen), e: [www.sams.ch/medical-contraindications](http://www.sams.ch/medical-contraindications).

Afin de garantir une bonne lisibilité, le formulaire doit être rempli de manière électronique.

Le ou la médecin traitant.e est tenu.e par la loi de fournir les informations médicales dont il ou elle dispose au moment où la demande lui parvient et qui se révèlent pertinentes aux fins d'évaluation de l'aptitude au voyage de la personne concernée.<sup>2</sup> Le ou la médecin traitant.e transmet ces données directement aux médecins chargé.e.s de statuer sur l'aptitude au voyage (voir adresse de contact ci-dessous). Il ne lui est pas demandé de procéder à des examens médicaux supplémentaires.

Si aucune donnée médicale pertinente pour évaluer de l'aptitude au voyage de la personne n'est disponible, seuls les chiffres 1 à 3 du formulaire doivent être dûment remplis et le formulaire est retourné signé au service qui vous l'a envoyé. Dans ce cas, aucun consentement de la part du ou de la patient.e n'est requis.

## 1. Données sur la personne concernée

Numéro de permis N

Prénom, nom

Sexe

Date de naissance

Nationalité

Intervention d'un.e interprète

oui

non

## 2. Nom et adresse du ou de la médecin traitant.e

Prénom, nom

Pour répondre à des questions, atteignable par

Téléphone au N°

ou par courriel à l'adresse :

<sup>1</sup> Concerne les personnes soumises à l'exécution d'une décision de renvoi et différent du rapport médical dans les procédures d'asile.

<sup>2</sup> Art. 71b, loi fédérale sur les étrangers et l'intégration (LEI; SR 142.20) en lien avec l'art. 15p, Ordonnance sur l'exécution du renvoi et de l'expulsion d'étrangers (OERE; SR 142.281); à ce sujet voir entre autres les explications sur l'art. 71b LEI dans le message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi sur l'asile FF 2014 7771 et Bull Med Suisses. 2022;103(2526):845-848.

3. Est-ce que des données de santé pertinentes sont disponibles à ce jour pour évaluer l'aptitude au voyage de cette personne, en lien avec l'exécution de son renvoi?

oui

non

Si aucune donnée de santé pertinente n'existe actuellement (case «non» cochée), vous devez signer le formulaire à cet endroit. Le reste du document ne doit pas être rempli.

Date

Signature<sup>3</sup>

→ Le formulaire signé doit être envoyé sous forme électronique au service qui vous l'a envoyé.

Si des données pertinentes sur la santé sont disponibles (case «oui» cochée), veuillez passer à la question 4.

<sup>3</sup> S'il n'est pas possible de signer le formulaire de manière électronique, il peut être scanné et retourné par courriel sécurisé.



## 5. Données médicales

a. Symptômes mentionnés

Aucun connu

b. Maladies/diagnostics (somatiques, psychiques, maladies infectieuses, etc.)

Aucune connue

c. Médication actuelle, dosage et date du début de la médication

Aucune connue

d. Addictions (substances, doses, substituts)

Aucune connue

e. Nombre de consultations au cours des 2 derniers mois

Aucune

1-2

>2

S'il y en a eu, motifs de la consultation (si ceux-ci sont pertinents pour évaluer l'aptitude au voyage en vue de l'exécution du renvoi):

Date de la dernière consultation

f. Séjours à l'hôpital au cours des 2 derniers mois		
oui	non	Aucun connu
Si oui, motifs de l'hospitalisation (si ceux-ci sont pertinents pour évaluer l'aptitude au voyage en vue de l'exécution du renvoi):		
de _____ à _____		
g. Handicaps/atteintes de certaines fonctions (marche, vue, audition, parole, moyens auxiliaires nécessaires: chaise roulante, déambulateur, etc.)		
Aucun connu		
h. Recommandations de mesures nécessaires <sup>9</sup> et appropriées à prendre pour le voyage (par exemple médication) et pour le suivi médical (par exemple poursuite du traitement dans le pays de destination, médicaments, etc. avec des données temporelles: tout de suite, dans/pendant les x prochains jours/mois); ces données ne sont pas contraignantes et il n'est pas nécessaire de procéder à une vérification des ressources médicales disponibles dans le pays de destination.		
Recommandations:		
Prochains rendez-vous:		

## 6. Autres remarques du ou de la médecin traitant.e

Date

Signature<sup>10</sup>

Il se peut que le ou la médecin responsable (OSEARA SA) vous contacte par téléphone ou par courriel (au moyen de vos coordonnées mentionnées plus haut) afin de clarifier certains points.

→ Le formulaire complet (points 1-5 remplis) doit être envoyé sous forme électronique à l'adresse suivante: [oseara@hin.ch](mailto:oseara@hin.ch)

Vous pouvez facturer le temps investi pour remplir le formulaire au service qui vous l'a envoyé.

<sup>9</sup> Le médecin informe le ou la patient.e que si une nouvelle maladie devait se déclarer et qu'un manque de suivi du traitement mettrait sa vie sérieusement en danger, alors il lui est vivement conseillé d'en informer l'autorité cantonale responsable des migrations.

<sup>10</sup> S'il n'est pas possible de signer le formulaire de manière électronique, il peut être scanné et retourné par courriel sécurisé à OSEARA SA.