

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

**Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile**

NOR : INTV1523959A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de l'intérieur,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment son article L. 744-6, dans sa rédaction résultant de l'article 23 de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile ;

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment son article R. 744-14,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile est effectuée à l'aide du questionnaire d'évaluation annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – Les données du questionnaire font l'objet d'un traitement informatique géré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration et sont transmises à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides.

**Art. 3.** – Le directeur général de la santé et le directeur général des étrangers en France sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 octobre 2015.

*Le ministre de l'intérieur,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général*  
*des étrangers en France,*  
P.-A. MOLINA

*La ministre des affaires sociales,*  
*de la santé*  
*et des droits des femmes,*  
Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

## A N N E X E

### QUESTIONNAIRE RELATIF À LA DÉTECTION DES VULNÉRABILITÉS DES DEMANDEURS D'ASILE

Les questions qui suivent visent à adapter les conditions d'accueil à la situation du demandeur d'asile et de sa famille.

L'échange ne peut pas porter sur les motifs de la demande d'asile qui relèveront ultérieurement de l'examen par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA).

Les documents à caractère médical communiqués par le demandeur d'asile sont transmis sous pli confidentiel au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration qui appréciera les spécificités de l'hébergement pouvant s'ensuivre.

Le demandeur a été informé des règles de protection du secret médical et de la confidentialité ainsi que de l'usage qui sera fait de ces documents, dans son strict intérêt (évaluation de la prise en charge médicale, adaptation de l'hébergement si nécessaire).

Le demandeur d'asile est informé que ses réponses font l'objet d'un recueil sur support informatique.

I. – BESOINS D'HÉBERGEMENT			
	OUI	NON	Non-réponse
Hébergé par la famille .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1 Stable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Précaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergé par tiers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Stable .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 précaire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'urgence. Si oui, indiquer pour quelle durée : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans hébergement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. – BESOINS D'ADAPTATION			
	OUI	NON	Non-réponse
Femme enceinte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date prévue du terme : .....			
Handicap sensoriel .....			
a.1 Visuel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Auditif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.3 Difficultés à verbaliser, mutisme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap moteur - Mobilité réduite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Appareillage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 Chaise roulante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépôt de documents à caractère médical effectué par le demandeur sous pli confidentiel : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cas échéant, l'original des documents a-t-il été restitué au demandeur ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'accepte que ces informations soient transmises à l'OFPRA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	