

Protéger les biens et affaires personnelles du patient

2018, AP-HP

direction des affaires juridiques

direction de la communication

Ce document a été rédigé par Marc DUPONT, Marie-Hélène ROMAN-MARIS et Audrey VOLPE (Direction des affaires juridiques, AP-HP).

Il fait suite aux travaux d'un groupe de travail réuni en 2015 et 2016 au sein de l'AP-HP, à l'initiative de la Direction des affaires juridiques, et comprenant :

- Christine BOUTY (GH HUEP – hôpital Tenon)
- Pierre CHOUMOFF (Secrétariat général, DPL)
- Hylida DUBARRY (DAJ)
- Marc DUPONT (DAJ)
- Christian GILIOLI (GH Henri-Mondor)
- Catherine ISSALY (GH Henri-Mondor)
- Sylvie LACHIZE-CUVILLIER (DPUA)
- Virginie MASSIAS (GH HUPIFO / Sainte-Périne)
- Stéphane PAPAGEORGIOU (GH HUPNVS – hôpital Bichat-Claude Bernard)
- Roxane PINNA (DSAP)
- Marie-Hélène ROMAN-MARIS (DAJ)
- Léa SIDI (DAJ)
- Christian TOUCHAIS (Direction générale - Mission sécurité)
- Virginie TOUZERY-DEFFOUX (GH HUEP, SAU Saint-Antoine)
- Jean WILS (GH HUEP, CRUA Saint-Antoine)

Remerciements à Marie-Odile NAULT, Davina SUMBAL, Fabienne MORISSET, Fabrice LAIGLE, Cyril BERTIN, Michèle ZAJAC (Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph), Pr. Enrique CASALINO, Dr. Christophe CHOQUET, Christian DOYEN, Jeanne PIGEAU (médecins et cadres de santé, SAU de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard / GH HUPNVS), Corinne GARRIDO DEL OLMO (régisseuse du GH Paris Centre), Cédric RABERIN (régisseur du GH HUEP), Sambassivam TIROU (régisseur du GH HUPIFO), Arnaud POUILLOT (DEFIP, siège AP-HP), Jérôme CHASSAING, Karyne MOREAU (DSFP), Corinne LAMOUCHE (coordinatrice du service social hospitalier, DPUA), Marie-Claude LUPTER (DPUA), Véronique BELLANGER (cadre socio-éducatif, hôpitaux J. Dupuytren et G. Clémenceau), Arnaud POUPARD et Bernard FREY (Direction générale - Mission sécurité).

L'hôpital d'aujourd'hui doit s'organiser afin que les malades y soient autant que possible accueillis sans véritable rupture avec leur vie ordinaire. L'évolution des modalités de prise en charge médicale, la promotion d'un parcours de soins donnant une place croissante aux soins ambulatoires, mais aussi l'émergence des droits des malades ont mis à mal l'image traditionnelle des malades hospitalisés en vêtements de nuit et tenus de se plier à un environnement matériel austère et « déconnecté », circonscrit aux seules nécessités des soins techniques.

Que leur venue y soit selon le cas programmée ou effectuée en urgence, c'est le plus souvent avec des objets ordinaires de leur vie quotidienne que les patients se rendent à l'hôpital, pour quelques heures ou pour des séjours en hospitalisation complète.

En effet, ainsi que cela avait été souligné lors des débats à l'Assemblée nationale de la loi du 6 juillet 1992, « on n'arrive pas nu à l'hôpital »¹, tant bien même « un hôpital n'est pas un hôtel et une maison de retraite ne saurait être un garde-meuble »².

Certes, l'hôpital considéré comme un lieu de soins pourra légitimement appeler les patients à ne pas s'encombrer, ni à encombrer l'établissement d'affaires personnelles inutiles pour leur séjour ou dont la garde sera problématique³. Mais la réalité de patients conservant avec eux des documents et objets personnels, de plus ou moins grande valeur mais dont l'utilité sera peu contestable, s'imposera le plus souvent.

Ainsi, la protection des biens des patients ne doit pas être forcément regardée comme une fonction totalement secondaire et accessoire à l'activité de soins. Les affaires du patient accompagnent son séjour. Outre leur caractère immédiatement fonctionnel – depuis les vêtements, lunettes, cannes, nécessaires de toilette et moyens de paiement jusqu'aux livres, téléphones mobiles et tablettes, notamment – elles sont étroitement liées à la personne elle-même et à ses habitudes de vie ; elles facilitent son adaptation aux contraintes de la vie hospitalière ainsi qu'à un environnement médical qui lui est le plus souvent étranger ; elles sont un élément de l'accueil « hôtelier ».

¹ J.-J. Hyest, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2248.

² Rapport AN n°2696 de Léo Grézard au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (Document mis en distribution, 26 mai 1992, JO Débats AN, 11 juin 1992, p. 2246)

³ Id., « On ne devra pas apporter avec soi des objets précieux, ou le moins possible » (L. Grézard, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2247)

En organisant la protection des biens des patients, il ne s'agit donc pas de la seule mise en œuvre stricte et fastidieuse d'obligations légales et réglementaires. Le patient doit se sentir en sécurité à l'hôpital, y compris dans la bonne conservation de ses affaires personnelles. Sa quiétude, sa tranquillité sont importantes dans des moments souvent déjà marqués par l'inconfort de la vie collective et les soucis de l'hospitalisation. Une attention particulière s'impose dans ce domaine pour toutes les personnes qui en raison de leur âge, de leur maladie ou de leur état d'inconscience ne sont plus à même de s'occuper de leurs affaires.

Une législation spécifique existe en cette matière, inscrite dans les premières pages du code de la santé publique, consacrées aux droits des personnes malades (« Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies »). Elle structure les organisations qui doivent être mises en place. Initialement issue des politiques d'humanisation des hôpitaux, elle tente d'établir un équilibre entre les intérêts des patients et les responsabilités qui pèsent sur les établissements de santé.

L'hôpital gagne à définir des procédures précises qui sécuriseront en définitive aussi bien les patients et leurs familles que les professionnels. La Haute autorité de santé l'identifie comment un élément de sa procédure de certification des établissements. Un aménagement réfléchi des locaux et des équipements, permettant notamment une conservation fonctionnelle des objets, pourra y contribuer. La réduction du nombre de litiges, la transparence et la fiabilité des organisations qui en résulteront peuvent contribuer à renforcer, plus que l'on ne le croit souvent, le bien-être au sein de ces lieux de vie que sont les établissements de santé, et d'une manière générale la qualité de l'accueil des patients.

Dans le Manuel de certification des établissements de santé, HAS, janvier 2014

HAS - MANUEL DE CERTIFICATION

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

E1

I Prévoir

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

E2

I Mettre en œuvre

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

E3

I Évaluer et améliorer

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en œuvre ».

Sommaire

1. Ces biens que l'hôpital doit protéger	8
2. Déposer quoi, auprès de qui et où ?	17
3. Les modalités du dépôt	47
4. Le dépôt d'office : patients hors d'état de manifester leur volonté et situations d'urgence	64
5. La restitution des affaires personnelles	77
6. L'information des usagers	85
7. La responsabilité de l'hôpital	102
8. Indemnisation	112
9. Plaintes et signalements	122
10. Patient détenteur d'objets ou de produits interdits à l'hôpital	132
11. Les biens des patients en unité de soins de longue durée (USLD)	147
12. La restitution des biens des patients décédés	155
13. Les objets abandonnés	175
14. Rôle du service social hospitalier	187
Annexe	191
Bibliographie	199
Index	202

**Ces biens que l'hôpital
doit protéger**

1. CES BIENS QUE L'HÔPITAL DOIT PROTÉGER

Points essentiels

- Tout patient hospitalisé doit pouvoir déposer ses biens et affaires personnelles à l'hôpital.
- L'hôpital doit faire en sorte qu'ils soient mis à l'abri, qu'il s'agisse ou non de « valeurs ».
- Pour autant, les patients doivent être dissuadés d'apporter à l'hôpital des affaires qui ne sont pas utiles lors de l'hospitalisation. L'hôpital ne peut tout accepter en dépôt.
- La nature et le nombre des objets pouvant être déposés sont modulables à raison des circonstances de l'admission (admission non programmée ou effectuée en urgence par exemple, auquel cas les biens doivent d'office être mis à l'abri) ou du type de prise en charge (séjour de courte ou de longue durée).
- En principe, l'hôpital ne reçoit pas en dépôt les biens et affaires personnelles des patients relevant de l'activité « externe » (consultations et examens externes).
- L'obligation de l'hôpital de protéger les biens et affaires personnelles des patients qui en font la demande, en les plaçant en dépôt, s'impose lorsqu'il y a une hospitalisation.
- Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.
- La protection des biens des patients s'inscrit dans la politique générale de sécurité anti-malveillance de l'établissement.

1. Un patient, qu'il soit venu ou non en urgence à l'hôpital, peut avoir apporté avec lui des sommes d'argent ainsi que des documents et affaires personnelles, plus ou moins encombrants, de plus ou moins grande valeur. Lorsque le séjour est programmé, il lui revient d'ailleurs d'apporter les effets personnels nécessaires à son séjour⁴. Des proches peuvent également lui en apporter.⁵

⁴ Art. 165 du règlement intérieur de l'AP-HP (« Effets personnels ») : « Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du groupe hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient (...). En cas de nécessité, le groupe hospitalier met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés ».

Le patient hospitalisé doit avoir la possibilité de déposer ses biens et valeurs. Par sécurité, il peut être incité à le faire, notamment s'il détient des objets de grande valeur ou des sommes d'argent importantes. Dans certains cas, l'hôpital devra s'en charger à sa place, lorsque le patient n'est pas en mesure d'y procéder lui-même.

Le patient est bien entendu libre de ne pas déposer ses affaires. S'il en décide ainsi et ne procède pas à l'inventaire qui lui est proposé, cette indication pourra être mentionnée dans son dossier administratif. Elle pourra également être implicite, résultant du constat que le patient dûment informé (hors urgences ou incapacité à exprimer sa volonté) n'a pas pris les dispositions nécessaires au dépôt, que lui seul pouvait prendre.

Le plus souvent, le patient vient à l'hôpital sans avoir idée que selon leur nature, les valeurs, affaires et effets relèvent de règles de conservation spécifiques. Or, des possibilités de dépôt et de mise à l'abri distinctes lui seront proposées pour ses *affaires*, à raison de leur utilité immédiate pour son séjour et de leur valeur.

Les textes prévoient une obligation de recevoir les dépôts quelque jour que ce soit et à toute heure⁵.

2. La loi du 6 juillet 1992⁷ précise les responsabilités des établissements de santé à l'égard des « biens des personnes accueillies ». Elle fait également référence aux « biens mobiliers », « objets », « objets de toute nature » (comprenant notamment les « sommes d'argent, titres et valeurs ») ainsi qu'aux « choses mobilières ».

Elle constitue le texte de référence en la matière. Il n'est possible de déroger à ses dispositions que dans un sens qui est plus favorable aux usagers.

3. On utilisera volontiers dans ce document la notion d' « affaires personnelles » ou encore celle d' « effets personnels »⁸, couramment employées par les patients et leurs familles. Elles recouvrent l'ensemble des biens et objets que le patient est susceptible d'apporter avec lui à l'hôpital, à commencer par ses vêtements et ses papiers.

⁵ Rapport AN n° 2696 de Léo Grézard au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (Document mis en distribution, 26 mai 1992, JO Débats AN, 11 juin 1992, p. 2246)

⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014 (NOR BUDE1404824J) relative à la gestion des dépôts, p. 41

⁷ Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements sociaux ou médico-sociaux, et à la vente des objets abandonnés dans ces établissements. Cette loi a été abrogée, mais ses dispositions sont à présent codifiées aux articles L. 1113-1 à L. 1113-10 du code de la santé publique (v. aussi les articles R. 1113-1 à R. 1113-9 de ce même code).

⁸ Vêtements, nécessaire de toilette, portefeuilles, téléphones, clés, ordinateurs portables, fauteuils roulants, déambulateurs, sacs et sacs à main, pour ne parler que des objets les plus fréquemment concernés

4. Les objets « déposables »

La loi dispose que seules « *les choses mobilières dont la nature justifie la détention pour la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement* » peuvent faire l'objet d'un dépôt (art. L. 1113-1, CSP)⁹.

Le patient hospitalisé pour une longue période se verra opposer cette limitation de principe : il lui reviendra de conserver ses autres biens « à sa convenance, mais hors de l'établissement »¹⁰.

Il revient à l'hôpital de déterminer les affaires personnelles dont la détention est justifiée. Et d'en tirer les conséquences en indiquant au patient ou à son entourage, avant ou pendant l'hospitalisation, que tels ou tels objets ne peuvent être apportés ou conservés : en raison de leur volume, de considérations d'hygiène, de bruit ou pour toute raison en lien avec le fonctionnement des services.

Dans certaines unités, des restrictions particulières pourront être imposées aux patients, pour des raisons thérapeutiques (elles devront être expliquées aux intéressés) : notamment au sein des services de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de traitement des addictions (v. n° 115).

5. Les objets qui ne peuvent être déposés

Sont exclus du dépôt :

- les immeubles¹¹ et les biens incorporels. Mais des écrits et documents constatant un droit peuvent faire l'objet d'un dépôt,
- les objets des personnes non admises dans l'établissement, en visite par exemple¹²,
- les objets du patient que des tiers souhaiteraient déposer pour lui.

⁹ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 14 : « (...) Cette disposition générale est en définitive apparue préférable à l'édition d'une liste de catégories d'objets. Sa souplesse est de nature à ménager une certaine marge d'appréciation pour les établissements ». « Au demeurant, cette formule ne fera pas obstacle à ce que des établissements soucieux de la personnalisation du cadre de vie acceptent le dépôt de meubles ou d'objets décoratifs s'ils s'estiment en mesure d'apporter à ces objets une protection suffisante ».

¹⁰ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 35

¹¹ Immeubles dont ne font pas partie les meubles par nature que sont les biens qui peuvent se transporter d'un lieu à un autre (art. 528, C. civil) : animaux et véhicules notamment

¹² TA Paris, 7 avril 2015, n° 1407594/6-2 : La mère d'un mineur a été victime d'un vol lors d'une consultation au sein d'un service de pédiatrie d'un hôpital. Le vol se serait produit après que la requérante ait été bousculée dans le couloir par un patient de l'hôpital qui lui a arraché son sac à main contenant son téléphone portable. Le voleur a été maîtrisé par le personnel hospitalier, le sac à main est tombé à terre et son contenu s'est répandu sur le sol. Le TA considère qu'en se bornant à affirmer que le téléphone a été dérobé par le voleur, alors que celui-ci était maîtrisé par trois éducateurs et alors qu'une fouille minutieuse de la chambre de ce patient n'a pas permis de retrouver le téléphone, la requérante ne démontre pas que le personnel de l'hôpital aurait commis une faute.

Voir aussi TA Paris, 27 janvier 2017, n°1519685/6-1 (effets personnels, consultation externe, responsabilité administrative de l'hôpital non retenue)

6. Extension du champ des objets déposables

La liste légale des objets déposables est donc limitative¹³. Ceci n'interdit pas à l'hôpital d'étendre la liste des biens qu'il entend protéger, afin de tenir compte de circonstances particulières.

La circulaire interministérielle du 27 mai 1994¹⁴ a précisé en ce sens que :

- La faculté de l'hôpital de refuser des biens en dépôt ne s'applique pas aux personnes incapables de procéder aux formalités de dépôt ou devant recevoir des soins d'urgence (v. n°56 et s.).

Bien que ces patients soient susceptibles d'être porteurs d'objets dont la présence n'est pas « justifiée » en milieu hospitalier, l'hôpital sera par la force des choses amené à les conserver et à les protéger en les mettant en dépôt.

On admettra, même sans texte, que l'hôpital, sans *stricto sensu* les déposer, devra mettre à l'abri des objets dépourvus de lien avec le séjour et que le patient avait auprès de lui lors de son admission imprévue en urgence : bicyclette, panier de courses, etc. Il peut s'agir également d'un véhicule, le cas échéant automobile, d'un animal domestique... Biens dont les modalités de conservation n'engageront a priori pas la responsabilité de l'hôpital, prenant ici des mesures conservatoires et indispensables dans l'intérêt immédiat du patient...jusqu'à ce qu'il soit en mesure de s'en occuper (v. n°61) et d'en décharger l'hôpital.

- Du fait de l'hétérogénéité des situations et des unités médicales concernées, la notion d' « objets rendus nécessaires par le séjour » et pouvant donc faire l'objet d'un dépôt doit être appréciée de façon distincte selon la patientèle des hôpitaux concernés¹⁵.

La circulaire indique que dans les services de soins de courte durée et dans ceux assurant des soins de suite ou de réadaptation, les objets déposables peuvent être par exemple des sommes d'argent ou objets de valeur qu'une personne détient ou porte habituellement, mais également des papiers d'identité¹⁶ ou,

¹³ Le préambule de la circulaire du 27 mai 1994 précise que « le législateur a, dans ce texte non seulement voulu introduire une protection des biens mobiliers détenus par les personnes admises ou hébergées dans ces établissements, mais également éviter qu'ils ne soient, sauf cas particuliers, tenus de prendre en dépôt tous les objets qu'une personne détiendrait par devers elle lors de son admission. [...] Il convient de noter que le législateur restreint le champ d'application de la loi aux personnes faisant l'objet d'une admission, ce qui exclut les consultants externes, et toute autre personne séjournant à quelque titre que ce soit dans l'établissement. ».

¹⁴ La circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, prise en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993, figure en annexe 10 de l'instruction précitée de la DGFIP du 7 février 2014.

¹⁵ Circulaire du 27 mai 1994

¹⁶ Carte nationale d'identité, carte de séjour, passeport

notamment pour les personnes vivant seules, des objets d'usage courant qui ne peuvent être remis à des tiers, comme des clefs¹⁷.

Dans les services dispensant des soins de longue durée, cette notion, compte tenu de la durée du séjour, peut être plus extensive (v. n°118 et s.).

Il est donc recommandé à l'hôpital de fixer, dans le cadre légal, le type d'objets qui peuvent être déposés en tenant compte de la spécificité de la structure et du lieu dans lequel la personne séjourne. Ceci peut concerner toute sorte d'objets, y compris insolites. Une liste pourra être établie à cet effet. L'hôpital pourra organiser le cas échéant ces dépôts dans le cadre du « dépôt feint » (v. n°31 et 32), c'est-à-dire en prenant à son compte la responsabilité de certaines affaires considérées comme étant « déposées », alors-même que matériellement, le patient les conserve auprès de lui ; ceci dans un cadre formalisé au préalable et comprenant un inventaire.

7. Les dépôts dans le cadre de l'activité « externe »

Les personnes accueillies en consultation externe (art. L. 1113-1, CSP) et les autres patients « externes » (examens de biologie ou d'imagerie médicale, explorations fonctionnelles, etc.) sont présumés être en mesure de se charger directement de leurs affaires personnelles ou de prendre eux-mêmes les précautions adéquates pour les préserver. Leurs biens ne font en principe pas l'objet d'un dépôt.

Le dépôt pourra en revanche être effectué en cas d'hospitalisation de jour ou d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, ces activités donnant lieu à une « admission » et ne relevant pas de l'activité « externe ».

L'impossibilité de principe pour les consultants externes de déposer leurs affaires s'applique aussi bien au dépôt des valeurs auprès du régisseur qu'au dépôt d'effets personnels (vêtements, sacs, etc.) auprès de l'hôpital.

Mais rien ne s'oppose à ce que l'hôpital organise, comme un service hôtelier rendu aux usagers, des possibilités de dépôt temporaire des biens pour les consultants externes et les patients venus à l'hôpital pour des actes de diagnostic. Et mette par exemple à disposition des équipements pour les patients « externes » : coffres, consignes, etc. Les initiatives en ce sens, s'inscrivant le cas échéant dans ces projets de conciergerie, doivent être encouragées.

¹⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 85

De la même façon, l'hôpital pourra organiser, en pédiatrie ou en maternité par exemple, la mise à disposition d'un local pour poussettes. Sa responsabilité (v. n°88) ne pourra cependant être engagée que si ce service repose sur un inventaire contradictoire, la remise d'un reçu, etc. (v. n°44 et s.). A défaut de mise en place d'une telle procédure, l'absence de responsabilité de l'hôpital pour perte, vol ou détérioration devra donner lieu à une information préalable des usagers¹⁸.

8. La notion d' « admission »

Les textes sur la responsabilité des biens des patients accueillis à l'hôpital s'appliquent aux seuls patients « admis » ou « hébergés » (art. L. 1113-1, CSP).

Si la détermination des patients « hébergés » ne pose pas de difficulté, il est parfois plus complexe de fixer ce qui est entendu par « admission », surtout si le patient est présent depuis plusieurs heures dans l'hôpital lorsque se pose la question de la préservation de ses biens. **On considérera que l'admission est caractérisée :**

- **lorsqu'elle a été administrativement prononcée et figure au dossier administratif,**
- **lorsqu'est médicalement prise et « tracée » la décision de conserver en hospitalisation le patient** initialement accueilli aux urgences,
- **à compter de la décision de transfert pour hospitalisation,** lorsque le patient a été pris en charge aux urgences, notamment en UHCD¹⁹, avant son transfert vers un autre établissement, cette décision de transfert devant être mentionnée au dossier du patient et dûment horodatée.

En amont de cette décision d'admission, le patient est directement responsable de ses biens, sauf s'il se trouve dans l'incapacité manifeste de procéder au dépôt de biens qui doivent manifestement être mis à l'abri : dans cette seconde hypothèse, il revient à l'équipe hospitalière de s'en charger (v. n°56 et s.).

Ultérieurement, lorsque les circonstances le permettront, on invitera le patient admis en urgence à remettre à un membre de son entourage les objets ne présentant a priori aucune utilité pendant son hospitalisation. Dans l'hypothèse où le patient est seul ou dépourvu d'entourage, l'hôpital pourra lui demander d'assurer le retour de ces objets, à son domicile ou ailleurs. Ce retour est en principe à la charge du patient (v. n°61).

¹⁸ Par ex. : « Les poussettes doivent être déposées dans tel local. Il est précisé que l'hôpital n'en n'assure pas la garde et que sa responsabilité ne pourra être engagée en cas de perte, vol ou détérioration »

¹⁹ UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée, art. R. 6123-21, CSP

9. Le dépôt en cours de séjour

Les patients peuvent s'ils le souhaitent déposer des objets ou des sommes d'argent en cours de séjour.

Ce peut être notamment le cas :

- de personnes qui décident de déposer des objets qu'elles avaient initialement décidé de garder par devers elles lors de leur arrivée à l'hôpital ;
- de personnes à qui il a été remis une somme d'argent ;
- ou de personnes auxquelles sont remis, en cours de séjour, des objets qui leur sont nécessaires et qu'elles ne détenaient pas à leur arrivée. Ainsi par exemple d'une personne admise en urgence à laquelle un tiers viendrait remettre ses papiers d'identité²⁰.

10. Problématique des véhicules

Si l' « on peut trouver légitime que l'hôpital ne soit pas responsable du vol de la voiture de la personne avec laquelle celui-ci est venu à l'hôpital et que cette personne ne puisse pas demander quelle fasse partie de la liste de dépôt »²¹, pour autant, l'hôpital s'honorera à proposer une solution pour mettre à l'abri le véhicule du patient, à défaut d'autre solution.

Ceci entre dans les prérogatives du directeur de l'hôpital, en charge de réglementer l'usage du domaine public hospitalier. Il lui revient à ce titre d'organiser la circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital.

11. Sécurité et affaires personnelles

L'hôpital n'est pas un lieu épargné par les vols et les pratiques délinquantes.

Les services d'urgences sont particulièrement concernés, étant des lieux de passage où déambulent des personnes inconnues de l'équipe hospitalière. Les patients (souvent déboussolés par les circonstances et inattentifs) entrent et sortent, dans une succession d'étapes de prise en charge comprenant des habillages-déshabillages, prélèvements, examens d'imagerie ou explorations fonctionnelles, au sein d'unités plus ou moins contiguës. Des personnes accèdent fréquemment, en pratique, aux locaux de soins pour accompagner les patients, sans être clairement identifiés.

²⁰ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 88

²¹ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 14 ; v. aussi TA Lille, 31 août 1989, *RHF* 1990, n° 3 : un établissement hospitalier n'est pas tenu en principe d'une obligation de surveillance et gardiennage des parkings qu'il met à disposition du public ou de son personnel.

Les roulements d'équipes induisent par ailleurs des risques de discontinuité dans les prises en charge et des situations de fragilité quant à la protection des affaires personnelles.

L'efficacité des mesures prises pour assurer la protection des biens dépendra souvent directement des mesures de sécurité intérieure et anti-malveillance mises en place par l'hôpital : contrôle et surveillance des allers et venues, procédures d'identification des personnes, organisation restrictive le cas échéant de la présence de membres de l'entourage dans l'unité, etc.

Elle ne pourra être effective que si elle s'appuie sur la vigilance des patients eux-mêmes, dûment informés des risques et des précautions à prendre. Dans tous les cas, lorsque le patient conserve un bien auprès de lui, il doit lui être recommandé de ne pas laisser de porte (de chambre, de placard, de coffre, d'armoire ou de vestiaire) inutilement ouverte. De même, il lui sera conseillé de ne pas laisser d'objets personnels visibles lorsqu'il quitte sa chambre, même pour peu de temps²².

12. Vigilance des personnels

Le vol, la perte et la détérioration de leurs affaires engendreront forcément le mécontentement des patients et de leurs familles. Dans ce contexte, des accusations peuvent viser les personnels, ou tel ou tel agent, soupçonnés de malversations ou mis en cause pour des négligences réelles ou supposées.

Le meilleur moyen de s'en prémunir est de mettre en œuvre avec rigueur les procédures de dépôt et que les personnels s'abstiennent de toute conservation par devers eux de valeurs et d'affaires personnelles de patients.

- *L'article 233 du règlement intérieur de l'AP-HP (« Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein du groupe hospitalier ») prévoit qu'« Aucun agent du groupe hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients ».*

²² L'hôpital peut, par voie d'affichage, prévenir les usagers des risques de vols notamment (par exemple, le message suivant : « Afin d'éviter tout risque de vol, veillez à ne laisser aucun objet personnel sans surveillance dans la salle d'attente »...). Un affichage dans les chambres peut également rappeler aux patients et à leurs proches d'éviter de laisser des objets sur les tables et lits, d'utiliser les coffres lorsqu'ils existent ou bien encore de penser à ne rien oublier lorsqu'ils quittent leur chambre. De même, dans le cadre du plan Vigipirate, l'attention des usagers doit être portée sur les objets abandonnés dans l'enceinte hospitalière.

Déposer : quoi,
auprès de qui et où ?

2. DEPOSER QUOI, AUPRES DE QUI ET OU ?

Points essentiels

- Les biens des patients sont en principe déposés auprès du régisseur.
- Le régisseur agit :
 - au nom du comptable public pour les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur (bijoux, objets précieux, etc.) ;
 - au nom du directeur de l'hôpital pour les autres biens. Le régisseur est également placé sous son autorité hiérarchique.
- Un agent de l'hôpital autre que le régisseur peut toutefois être également chargé de gérer le dépôt d'objets autres que des valeurs (nécessairement prises en charge par le régisseur). Il s'agit, en principe, des seuls objets dont la nature justifie la détention durant le séjour : clés, pièces d'identité, vêtements, fauteuils roulants,... Les objets les plus volumineux sont préférentiellement conservés dans un vestiaire.
- Cet agent de l'hôpital peut être un agent dédié à cette fonction, un agent du service des admissions, un agent du service des urgences, un cadre de santé du pôle, l'administrateur de garde ou tout autre agent selon les circonstances. Il doit être habilité par l'hôpital à cet effet.
- Les dépôts effectués auprès de l'hôpital peuvent également être effectués dans des coffres de service (« coffre des urgences »,...) ou dans un coffre général (« coffre des admissions »...). Les valeurs ne peuvent y être déposées qu'à titre provisoire, hors des heures de fermeture de la régie et avant d'y être transférées.

- Il doit notamment être entendu par « valeurs » tous les moyens de paiements tels que les sommes d'argent, sous forme de billets et de pièces ; les titres et valeurs commerciales ; les livrets d'épargne, les titres de pension, les timbres fiscaux et les timbres amendes, les devises étrangères, les chèques, les effets de commerce, les testaments olographes, les titres de convention obsèques, les timbres-poste et tickets de transport, les actes sous seing privé valant titre de créance pour la personne qui les dépose ; les moyens de règlement : chéquiers, cartes de crédit, cartes bancaires, cartes magnétiques,... ; les objets de valeur : bijoux à l'exclusion des bijoux fantaisie, les objets précieux.
- Un patient ne peut être tenu de déposer ses affaires. Mais les objets personnels qu'il conserve directement demeurent sous sa seule responsabilité. Il peut les placer dans un placard ou un coffre de sa chambre.
- La mise à disposition des patients, dans les chambres et autres lieux utiles de l'hôpital de coffres et de consignes pourvus de codes personnels est un élément essentiel de confort hôtelier.
- Certains objets conservés par le patient peuvent, avec l'accord de l'hôpital et s'ils ont fait l'objet d'un inventaire préalable, relever de la responsabilité de l'hôpital : prothèses auditives et dentaires, lunettes... C'est l'hypothèse du « dépôt feint ». Il est recommandé dans cette situation de fournir au patient des étuis (boitier, cristalliseur, étui à lunettes, etc.).

Qui peut déposer ?

13. Le dépôt : recommandé, mais non obligatoire

Un patient ne peut *a priori* être tenu de déposer ses affaires personnelles, quelle qu'en soit la nature.

S'il peut lui être recommandé de placer ses objets personnels à l'abri, ce dépôt ne peut lui être imposé. Sauf bien entendu si ces objets sont encombrants ou susceptibles de créer une gêne pour le fonctionnement du service, de poser des problèmes de sécurité, etc.

En cas d'urgence ou d'impossibilité pour certains patients d'y procéder eux-mêmes, le dépôt sera en revanche effectué « d'office » par les agents de l'hôpital (v. n°56 et s.).

Tous les patients hospitalisés ont droit au dépôt de leurs biens, sans restriction spécifique pour les personnes protégées par la loi ou bénéficiaires de l'aide sociale²³.

Le dépôt doit être effectué par les personnes admises en hospitalisation ou par les personnes qui la représentent juridiquement : titulaires de l'autorité parentale ou tuteur.

Si la personne consciente est accompagnée par un membre de sa famille, elle pourra être invitée à remettre à ce dernier les objets ne présentant aucune utilité pendant son hospitalisation²⁴.

14. Lorsque le patient est mineur ou majeur protégé

Autant que possible, les parents ou le tuteur seront en charge directe des formalités de dépôt des affaires personnelles du mineur ou du majeur protégé. Il leur sera demandé de conserver avec eux, autant que possible, les effets du patient. Il leur sera remis les affaires dont la conservation à l'hôpital n'est manifestement pas justifiée.

Le personnel hospitalier prendra néanmoins en compte, avec le discernement nécessaire, les demandes de dépôt et de récupération de biens, autres que les valeurs, exprimées par les patients eux-mêmes, mineurs ou majeurs protégés, pendant leur séjour.

²³ Instruction DGFIP du 7 février 2016

²⁴ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 87

Protection des ressources et du patrimoine des patients

Le présent ouvrage ne traite pas de la protection des biens des patients autres que ceux qu'il a apportés avec lui à l'hôpital.

Or, l'hôpital peut être amené à intervenir dans la protection et la gestion des ressources et du patrimoine des patients lorsqu'est nécessaire leur protection juridique. Celles-ci peut prendre trois formes :

- la sauvegarde de justice, mesure de protection limitée dans le temps et dictée par l'urgence, laissant à la personne protégée l'exercice de ses droits. Un mandataire spécial peut alors être désigné à l'effet d'accomplir un ou plusieurs actes déterminés, même de disposition, rendus nécessaires par la gestion du patrimoine de la personne. Le mandataire spécial est tenu de rendre compte de l'exécution de son mandat à la personne protégée et au juge²⁵ ;
- la curatelle, mesure de protection destinée au majeur qui, en raison d'une altération de ses facultés, a besoin d'être « assisté, conseillé ou contrôlé » par un curateur, désigné par le juge des tutelles, pour les actes les plus graves ;
- la tutelle, mesure de protection permettant au majeur qui, en raison d'une altération de ses facultés, a besoin d'être « représenté » de façon continue dans tous les actes de la vie civile.

L'article 436 du code civil prévoit une responsabilité de l'établissement de santé en cette matière, notamment pour prendre des actes conservatoires :

« (...) Ceux qui ont qualité pour demander l'ouverture d'une curatelle ou d'une tutelle sont tenus d'accomplir les actes conservatoires indispensables à la préservation du patrimoine de la personne protégée dès lors qu'ils ont connaissance tant de leur urgence que de l'ouverture de la mesure de sauvegarde. Les mêmes dispositions sont applicables à la personne ou à l'établissement qui héberge la personne placée sous sauvegarde ».

²⁵ Art. 437, C. civil

Le décret n° 2008-1484 du 22 décembre 2008 précise les actes de gestion du patrimoine que peuvent être amenés à effectuer les tuteurs et curateurs dans le cadre de leur mission. Ils comprennent des actes d'administration (« actes d'exploitation ou de mise en valeur du patrimoine de la personne protégée dénués de risque anormal ») et des actes de disposition (« actes qui engagent le patrimoine de la personne protégée, pour le présent ou l'avenir, par une modification importante de son contenu, une dépréciation significative de sa valeur en capital ou une altération durable des prérogatives de son titulaire »).

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (art. L. 472-5, CASF) a prévu que les établissements publics de santé qui hébergent des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées et dont la capacité d'accueil est supérieure à un seuil réglementaire (fixé à 80 places autorisées au titre de l'hébergement permanent ; art. D. 472-13, CASF) **sont tenus de désigner un ou plusieurs agents** comme **mandataires judiciaires à la protection des majeurs** (« MJPM », ex-« gérants de tutelle hospitaliers ») pour exercer les mesures ordonnées par le juge dans le cadre de la mise en œuvre d'une sauvegarde de justice, d'une curatelle, d'une tutelle ou d'une mesure d'accompagnement judiciaire.

Ils peuvent toutefois confier cette gestion à un service social ou médico-social spécialisé autre que celui de l'hôpital (art. L. 312-1-I-14°, CASF), à un autre établissement disposant d'un tel service ou encore à une structure de coopération sanitaire (par ex. un groupement de coopération sanitaire ou « GCS »).

Les établissements de santé concernés ne peuvent désigner l'un de leurs agents en qualité de mandataire judiciaire que si un exercice indépendant des mesures de protection qui lui sont confiées par le juge peut être assuré de manière effective. La désignation de l'agent, qui doit satisfaire aux conditions de diplôme ou de formation appropriées, est soumise à déclaration préalable auprès du préfet de département qui en informe le procureur de la République (art. L. 472-6, CASF).

Les mandats judiciaires assurés par les agents de l'hôpital bénéficient d'un financement prévu par voie réglementaire (art. 361-1 et 472-9, CASF ; voir aussi l'instruction précitée de la DGFIP du 7 février 2014, p. 9).

Enfin l'article L. 3211-6 du code de la santé publique prévoit que « Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement social ou médico-social, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice ».

Une protection du patrimoine des patients est organisée également afin d'éviter des malversations ainsi que des appropriations ou usages abusifs des biens des patients. Le code de la santé publique interdit ainsi, sauf sur autorisation de la justice et à peine de nullité, à quiconque exerce une fonction ou occupe un emploi dans un établissement dispensant des soins psychiatriques de se rendre acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à une personne admise dans l'établissement ou de prendre à bail le logement occupé par cette personne avant son admission dans l'établissement. Pour l'application de ces dispositions, sont réputées personnes interposées : le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité, le concubin, les ascendants et les descendants des personnes auxquelles s'applique cette interdiction (art. L. 3211-5-1, CSP).

15. Déposer auprès de qui ?

Sauf cas particulier ou urgence, les dépôts ne peuvent être effectués qu'auprès de membres du personnel habilités à le faire.

Selon leur nature, « certains dépôts (sont) effectués entre les mains du comptable ou d'un régisseur, d'autres entre les mains soit du directeur soit du ou des préposés ou agents de l'établissement qu'il aura désignés »²⁶.

²⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p.87

Les modalités du dépôt sont précisées notamment par :

- la circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993,
- l'instruction DGFIP (section gestion comptable publique n° 14-005) du 7 février 2014 relative aux « modalités de gestion par les comptables publics des fonds et dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire » (cette instruction mentionne en annexe la circulaire interministérielle précitée).

Le dépôt des valeurs

16. Une fonction dévolue au comptable...

La législation hospitalière charge expressément le comptable de l'hôpital²⁷, fonctionnaire de l'Etat, de l'organisation des dépôts des « valeurs » effectués par les patients hospitalisés (art. L. 1113-3, CSP).

Ce rôle du comptable découle de l'organisation financière des hôpitaux publics, fondée sur le principe de la séparation de l'ordonnateur et du comptable²⁸. En vertu de ce principe, le comptable, receveur chargé de fonctions de recouvrement et de paiement, est un agent relevant du ministère des finances, statutairement indépendant de l'établissement et de son ordonnateur, le directeur, et non soumis à son pouvoir hiérarchique.

Le comptable dispose de la compétence de principe pour le dépôt des valeurs.

17... mais en pratique exercée le plus souvent par un régisseur...

Les objets sont rarement déposés ou retirés par les patients ou les personnels directement chez le comptable. Il en est ainsi en raison de l'éloignement du poste comptable et surtout parce que les comptables et les directeurs organisent conjointement des régies au sein des hôpitaux.

²⁷ Le comptable est nommé par le ministre chargé du budget et a la qualité de comptable direct relevant des services déconcentrés de l'Administration du Trésor

²⁸ Article 60 de la loi n°63-156 du 23 février 1963 et décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012

L'article R. 1113-2 du code de la santé publique prévoit ainsi que :

« (...), les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public **« ou d'un régisseur désigné à cet effet »** lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur ».

18... ou un autre agent formellement habilité par l'acte constitutif de la régie pour recevoir un dépôt provisoire

Aux termes de l'article R. 1113-2 du code de la santé publique, en dehors du comptable, le régisseur de l'hôpital est en principe seul habilité à recevoir en dépôt les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur des patients.

Néanmoins, en raison de « l'obligation de recevoir les dépôts quelque jour que ce soit et à tout heure »²⁹, les opérations de dépôt de ces valeurs peuvent être également effectuées par³⁰ :

- un agent « de permanence », qui n'est ni régisseur ni suppléant du régisseur ou du comptable, et qui, dans ses fonctions principales, dépend donc entièrement de l'hôpital, hiérarchiquement et fonctionnellement.

Il peut notamment s'agir du directeur chargé des services économiques³¹.

- ou à défaut, dans les périodes d'absence de cet agent de permanence, par un agent ou « préposé » de l'hôpital habilité en raison de ses fonctions par le directeur de l'hôpital : administrateur de garde³², cadre des urgences ou d'une autre unité de soins habilité à déposer et retirer des objets dans un coffre de service, etc.

²⁹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 41 et 89

³⁰ V. titre 7 de l'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 relative aux régies de recettes, d'avances et de recettes et d'avances des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (« Gestion des dépôts des personnes hospitalisées »).

³¹ « Dans les établissements où le receveur ne réside pas et où il n'a pas de bureau, ainsi que dans ceux où le receveur, bien qu'ayant un bureau, n'y vient pas quotidiennement, l'économe peut être autorisé par le préfet (désormais par l'ordonnateur) à recevoir des dépôts de titres, valeurs, bijoux, sommes d'argent appartenant aux hospitalisés... Dans cette partie du service, l'économe agit sous le contrôle et la responsabilité du receveur » (Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 89) Agissant en qualité de régisseur de dépôt, le directeur des services économiques peut ainsi être habilité à recevoir en dépôt les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur (Instruction interministérielle finances - affaires sociales relative à la gestion des biens des personnes majeures placées dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics du 16 avril 1969).

Dans cette hypothèse, il doit transférer les dépôts sans aucun retard dans la caisse du comptable ou du régisseur, le cas échéant (Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 88)

Ces dispositions concernent également, le cas échéant, en dehors des heures d'ouverture de la régie ou du poste comptable, l'agent de permanence chargé de recueillir les dépôts (Instruction, idem, p. 88)

³² « Certains dépôts doivent être effectués directement entre les mains du comptable ou d'un régisseur, d'autres entre les mains du ou des préposés ou agents de l'établissement désignés par le directeur de l'organisme **voire entre les mains de ce dernier** » (§ 132.2 de la circulaire du 27 mai 1994. Instruction du 7 février 2014, p. 41).

Faisant référence aux « *admissions effectuées le dimanche, la nuit ou les jours fériés (qui sont) sont à l'origine de difficultés dans la garde des objets en possession du malade en raison de la fermeture de la régie ou du poste comptable et de l'absence d'agent désigné spécifiquement pour recevoir les dépôts dans l'établissement* », les textes conseillent en effet aux établissements de « *mettre en œuvre une procédure qui permette de mettre en sûreté les dépôts de valeurs, de bijoux, de sommes d'argent ou d'objets pendant la période de fermeture de la régie ou du poste comptable et les objets à déposer dans l'établissement* »³³.

Attention : Les directeurs et autres membres du personnel administratif des établissements publics de santé n'ont pas qualité pour recevoir les dépôts de valeurs. Sauf à titre provisoire : « l'obligation de recevoir les dépôts quelque jour que ce soit et à toute heure » peut rendre nécessaire le dépôt préalable, et strictement « conservatoire », des valeurs auprès de l'administration hospitalière, et même, par la force des choses, auprès d'agents non expressément habilités de manière générale à cette fonction.

19. Dépôts provisoires

Si les textes prévoient la possibilité d'effectuer à titre provisoire le dépôt des valeurs auprès du responsable des services économiques de l'hôpital (« l'économiste ») et d'un autre agent de l'hôpital chargé de recueillir les dépôts en dehors des heures d'ouverture de la régie (ainsi, un service, par exemple la nuit aux urgences, n'aura d'autre alternative que de placer à l'abri des valeurs dans son coffre de service, v. n°33 et s.), l'agent concerné doit transférer les dépôts de valeurs sans aucun retard dans la caisse du régisseur.

En tout état de cause, les valeurs doivent être mises immédiatement en lieu sûr, avant leur transfert ultérieur, à très bref délai, à la régie.

La non-observation de ces prescriptions a donné lieu à des jugements de gestion de fait³⁴ par le juge des comptes pour les dépôts ayant été anormalement conservés dans l'établissement.

³³ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 89

³⁴ La gestion de fait est ainsi définie par l'article 60-XI de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963. Elle vise notamment " toute personne qui sans avoir la qualité de comptable public, procède à des opérations portant sur des fonds ou des valeurs n'appartenant pas aux organismes publics, mais que les comptables publics sont exclusivement chargés d'exécuter en vertu de la réglementation en vigueur ».

Le dépôt provisoire peut s'effectuer dans ces périodes de fermeture de la régie par dépôt unilatéral d'une enveloppe identifiée (blanche ou en plastique transparent) dans un coffre de la régie de type « boîte aux lettres » accessible de l'extérieur par une trappe « anti-retour » ou « trapon »³⁵, et récupérée par le régisseur à la réouverture de ses locaux.

L'enveloppe ainsi déposée doit mentionner le nom du patient, celui du déposant, la date et l'heure ainsi que la description du contenu. Il est recommandé de faire signer le patient sur l'enveloppe, avec mention sur celle-ci de l'inventaire des valeurs et objets.

Au sein de l'AP-HP, des enveloppes spécifiques sont référencées à cet effet (D 94 et D 95).

20. Les valeurs déposables

La notion de « valeurs » doit être entendue de façon restrictive.

L'Instruction DGFIP du 7 février 2014 (p. 85) donne les indications principales permettant de les caractériser.

A défaut d'une liste exhaustive en précisant la nature et l'étendue, elle sera le cas échéant appréciée par le régisseur lui-même. Hors le champ qu'il aura fixé, ce dernier pourra accepter ponctuellement de conserver tel ou tel objet dont le statut est incertain. Il ne pourra pas y être tenu.

Il est admis que sont recueillis et suivis à ce titre dans la comptabilité du régisseur :

- **les sommes d'argent**³⁶ ;
- **les titres et valeurs** : il peut s'agir de valeurs non dématérialisées émises par des organismes ou encore d'obligations, actions, rentes, bons du Trésor, bons de caisse, etc.³⁷

³⁵ La trappe « anti-retour » permettra des dépôts à toute heure et tous les jours, sans que cela n'implique que les équipes soignantes soient responsables de l'ouverture du coffre. Il est important que la trappe « anti-retour » permette l'insertion de contenants un peu volumineux. Le coffre peut comprendre un dispositif faisant en sorte qu'en cas de code erroné utilisé pour l'ouvrir, une alarme se déclenche auprès du service de sécurité.

³⁶ Lorsque le service de téléphone des patients n'est pas concédé à un prestataire extérieur et est géré directement par l'hôpital, le régisseur peut être amené à conserver les cautions de frais de téléphone.

³⁷ Dans la mesure où une grande partie des valeurs mobilières est aujourd'hui dématérialisée, le nombre de dépôts effectués directement auprès du régisseur à ce titre est a priori réduit.

Mais les titres et valeurs comprennent également les livrets d'épargne (sous leur forme habituelle ou sous forme de cartes magnétiques), les titres de pension, les timbres fiscaux, les timbres amendes, les pièces en or, les pièces démonétisées, les billets n'ayant plus cours, les devises étrangères, les chèques, les effets de commerce, les testaments olographes, les titres de convention obsèques, les timbres-poste³⁸ et tickets de chemin de fer et de métro³⁹ et, de manière générale, les actes sous seing privé valant titre de créance pour la personne qui les dépose ;

- **les moyens de règlement** : sont concernés tous les moyens de règlement en possession des malades, c'est-à-dire les chèques enregistrés par le régisseur à leur valeur faciale, cartes de crédit, cartes bancaires, cartes magnétiques⁴⁰.

La circulaire du 27 mai 1994 a distingué deux types de cartes. Elle a précisé que le dépôt auprès du régisseur concerne a priori les seules cartes magnétiques qui représentent un moyen de règlement (cartes de crédit, cartes de téléphone, cartes « NAVIGO », cartes de paiement de droit de stationnement, cartes de règlement de repas, etc.). A contrario, ne sont donc pas recueillies par le régisseur les autres cartes magnétiques qui remplacent des documents « papier » (cartes d'identité, cartes de sécurité sociale, carte « Vitale »,...) ou à usage de clé (cartes d'accès à un parking,...).

- les objets de valeur : il s'agit des bijoux (bagues et alliances, colliers et bracelets, médaillons, boucles d'oreilles, etc., à l'exclusion des bijoux fantaisie), des objets précieux de petite dimension dont la nature justifie la détention par la personne (montres, briquets et stylos de luxe, boutons de manchettes, etc.) et dont le régisseur peut assurer la conservation et la surveillance dans des conditions appropriées.

En principe, les portefeuilles (vidés de leur contenu monétaire), sacs à main, rasoirs électriques, téléphones et ordinateurs portables, consoles, lecteurs MP3, appareils photos, caméras, réveils, lunettes, stylos et autres objets, même représentant une réelle valeur marchande ou sentimentale, mais ne relevant pas du champ d'attribution du Trésor public, sont considérées comme des « non valeurs » et ne sont pas conservés par le régisseur au titre des valeurs. Il en est de même des clés.

³⁸ Enregistrés selon le cas à leur valeur faciale ou à celle d'un euro/pièce

³⁹ Les titres de transport doivent donc être remis au régisseur. Si, pour des raisons d'organisation et notamment afin d'éviter d'avoir à remettre un bon de secours ou héberger un patient une nuit de plus, la direction de l'hôpital fait le choix de ne pas remettre les titres de transport au régisseur, il convient que cette procédure soit formalisée par le directeur qui, de ce fait, endosse la responsabilité.

⁴⁰ Le téléphone portable n'est pas à ce jour considéré comme un moyen de règlement, mais il est susceptible de le devenir.

21. Au plan comptable

Les dépôts sont enregistrés en comptabilité dans les registres et documents du comptable, le cas échéant sur des systèmes d'information partagés avec l'établissement (au sein de l'AP-HP : SAP ; une procédure dégradée « papier » est prévue en cas de nécessité, utilisant notamment un quittancier de caisse).

La comptabilité et la gestion du régisseur sont contrôlées régulièrement par le comptable et en pratique par un inspecteur principal des finances publiques (auditeur).

Le dépôt des autres biens : auprès de l'hôpital

22. Les affaires personnelles

Si la nature des biens le justifie au regard du séjour, l'administration hospitalière peut se charger du dépôt d'objets que n'acceptent ni le comptable ni le régisseur agissant en son nom.

Sont concernés les biens autres que les valeurs.

L'article R. 1113-2 du code de la santé publique prévoit ainsi que :

« Les autres objets (que ceux qui doivent être déposés auprès du comptable public ou du régisseur) sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement ».

Le dépôt de ces autres objets reste donc à la charge exclusive de l'hôpital⁴¹.

Il pourra être effectué auprès du régisseur agissant cette fois au nom de l'hôpital.

⁴¹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p . 41

23. Les objets déposables

Sont concernés, en principe, tous les biens du patient qui ne constituent pas des « valeurs », dès lors qu'il s'agit de « choses mobilières » dont la nature justifie la détention durant le séjour dans l'établissement et qui ne sont pas susceptibles d'être acceptées par le régisseur agissant au nom du comptable : clés, béquilles et cannes, fauteuils roulants, poussettes, chaussures orthopédiques, dispositifs individuel de téléalarme, sacs à mains, etc.

La possibilité pour les patients d'effectuer ce dépôt n'est pas illimitée. Comme cela a été indiqué, l'hôpital est en droit de refuser les objets dont la détention n'est pas justifiée par les besoins du séjour.

Enveloppe à bijoux et autres valeurs

The image shows two views of a white envelope used for depositing valuables. The left view is the front of the envelope, featuring the logo of Assistance Publique Hôpitaux de Paris at the top. Below the logo, there are fields for 'HOPITAL :', 'SERVICE :', and a box for 'Nom :', 'Prénoms :', and '(Etiquette GILDA)'. There is also a 'Date de dépôt : ___/___/___' field and a 'Désignation : ' section with several horizontal lines for writing. The right view is the back of the envelope, showing three designated areas for signatures: 'Nom et visa du cadre infirmier', 'Nom et visa de la personne chargée du dépôt', and 'Nom et visa du régisseur'. The text 'ENVELOPPE PAPIERS' is printed vertically on the left side of the envelope, and 'S 5 S A M H P 0 9 5' is printed at the bottom.

Régies et régisseurs

24. Organisation des régies

La mise en place d'une régie en sus du poste comptable permet à ses heures d'ouverture d'organiser une fonction de proximité et le cas échéant un stockage provisoire dans des locaux communs, pour les biens relevant du comptable comme pour ceux relevant de l'hôpital.

La création de ces régies est autorisée par le directeur départemental ou régional des finances publiques du lieu de résidence du comptable de l'hôpital⁴² (directeur spécialisé des finances publiques pour l'AP-HP).

Le directeur de l'hôpital fixe les heures d'ouverture de la régie. Il nomme dans ses fonctions (sur avis conforme du comptable) le régisseur⁴³ prévu à l'article R. 1113-2 du code de la santé publique⁴⁴.

Seuls peuvent être habilités parmi les personnels hospitaliers à exercer les fonctions de régisseurs⁴⁵ les membres du personnel administratif de l'hôpital formellement désignés à cet effet. Le directeur, du fait de sa qualité d'ordonnateur, ne peut exercer cette fonction⁴⁶.

L'acte constitutif de la régie vient préciser les opérations confiées au régisseur⁴⁷. Le régisseur agit sous le contrôle et la responsabilité du comptable. Ce dernier, à tout moment, peut se faire rendre compte des opérations exécutées par le régisseur⁴⁸.

Les dépôts s'effectuent à la « régie », c'est-à-dire dans les locaux de l'hôpital affectés au régisseur⁴⁹.

⁴² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 39 ;

⁴³ Art. R. 1617-3, CGCT : « Le régisseur (...) est nommé par une décision de l'ordonnateur de l'organisme auprès duquel la régie est instituée, sur avis conforme du comptable public assignataire » (on entend par comptable public assignataire le comptable public pour le compte duquel le régisseur effectue les opérations, art. 1617-1, CGCT).

⁴⁴ « Par ailleurs, le régisseur de dépôt peut être la même personne que le régisseur d'avances et de recettes d'autres opérations de l'établissement décrites aux parties 1 et 2 de la présente instruction. L'acte constitutif précisera les opérations confiées au régisseur » (Instruction du 7 février 2014, p. 40).

⁴⁵ Conformément aux dispositions de l'article R. 1113-2, CSP

⁴⁶ R. 1617-3, CGCT : « Les fonctions de régisseur ne peuvent pas être assurées par un agent ayant la qualité d'ordonnateur ou disposant d'une délégation à cet effet ».

⁴⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 39

⁴⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97

⁴⁹ Pour certains établissements de taille modeste (hors AP-HP), le dépôt des biens est effectué directement auprès du comptable, le cas échéant hors de l'enceinte de l'hôpital.

25. Régies de recettes et d'avances et régies de dépôt (hors AP-HP)

Le régisseur peut être nommé selon la procédure suivante :

- en qualité de « régisseur des recettes » (art. R. 1617-7 du Code général des collectivités territoriales). Ceci en accord avec le comptable⁵⁰. L'arrêté de création de la régie peut prévoir parmi les missions du régisseur celle d'assurer le dépôt des biens des patients.
- en qualité de « régisseur des dépôts », sur le fondement du règlement du 9 septembre 1899 sur la comptabilité des économes (art. 6). Ce texte prévoit que : « Dans les établissements où le receveur ne réside pas et où il n'a pas de bureau, ainsi que dans ceux où le receveur, bien qu'ayant un bureau, n'y vient pas quotidiennement, l'économe (désormais le directeur-adjoint chargé des services économiques) peut être autorisé par le préfet (désormais par l'ordonnateur, autrement dit le directeur) à recevoir des dépôts de titres, valeurs, bijoux, sommes d'argent appartenant aux hospitalisés... Dans cette partie du service, l'économe agit sous le contrôle et la responsabilité du receveur » (situation non applicable à l'AP-HP).

Le régisseur recueille au nom du comptable les dépôts effectués directement par les patients, mais également ceux effectués par les personnels hospitaliers, aux urgences ou dans d'autres services médicaux.

26. Le régisseur agit « à double titre »⁵¹

Il peut intervenir dans la procédure de dépôt :

- comme représentant du comptable pour les dépôts de valeurs,
- comme représentant de l'hôpital et dans un cadre fixé par son directeur, afin d'assurer le dépôt des autres biens⁵².

Autant que possible, l'hôpital doit privilégier une identité unique entre le régisseur et l'agent (« préposé ») de l'hôpital chargé de recueillir les dépôts qui ne sont pas destinés au comptable⁵³.

⁵⁰ Décret n° 64-486 du 28 mai 1964 relatif aux règles de recettes et aux règles d'avances des organismes publics

⁵¹ « au double titre d'agent de l'établissement et de régisseur » (instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 86-87)

⁵² « Certains dépôts doivent être effectués directement entre les mains du comptable ou d'un régisseur, d'autres entre les mains du ou des préposés ou agents de l'établissement désignés par le directeur de l'organisme voire entre les mains de ce dernier.

« Cependant, l'obligation de recevoir les dépôts quel jour que ce soit et à tout heure peut nécessiter le dépôt préalable au niveau de l'établissement public de santé ou de l'établissement social ou médico-social chez un régisseur. (...) » (Circulaire interministérielle du 27 mai 1994)

⁵³ « Afin de faciliter ces formalités aux personnes admises, il est souhaitable qu'une seule personne soit habilitée à recevoir au double titre d'agent de l'établissement et de régisseur, l'ensemble des dépôts quelle qu'en soit la nature ou, si l'importance ou l'organisation de l'établissement ne permet pas cette unicité, il convient de prendre toute mesure utile pour que, sauf dans les cas d'urgence, ces formalités puissent être accomplies dans les mêmes locaux ou dans des lieux

Un « guichet unique » pour tous les biens facilite en effet les procédures de dépôt en les simplifiant pour les usagers, quand bien même sont administrativement maintenues deux procédures parallèles et distinctes. Ainsi, le régisseur réceptionnant un portefeuille comprenant de l'argent liquide organisera-t-il deux dépôts distincts : l'un pour les valeurs et l'autre pour les non-valeurs (portefeuille lui-même, papiers d'identité, etc.).

Il dissociera matériellement le portefeuille de tout ou partie de son contenu. Pour autant, le régisseur sera dans ce cas chargé de « l'ensemble des dépôts quelle qu'en soit la nature ».⁵⁴

« Si l'importance ou l'organisation de l'établissement ne permet pas cette unicité, il convient de prendre toute mesure utile pour que, sauf dans les cas d'urgence, ces formalités puissent être accomplies dans les mêmes locaux ou dans des lieux géographiquement proches ».⁵⁵

Le régisseur de dépôt (visé ci-dessus n°25, disposition non appliquée au sein de l'AP-HP) peut être la même personne que le régisseur d'avances et de recettes d'autres opérations de l'établissement.

27. Le régisseur, gardien des « valeurs »

Lorsqu'il agit au titre du comptable, le régisseur de l'hôpital est tenu d'accepter les dépôts, mais seulement pour une liste limitative de biens et d'affaires personnelles (v. n°20).

La liste des valeurs acceptées par le régisseur est restrictive. Son refus d'accepter le dépôt d'un bien au titre des valeurs obligera le patient porteur d'objets non acceptés :

- soit à en demander la mise à l'abri à l'administration hospitalière (et le cas échéant au régisseur agissant cette fois au nom du directeur),
- soit à garder sous sa propre responsabilité des objets (portefeuille, sac à main, montre, etc.).

géographiquement proches » (§ 132.1 de la circulaire précitée du 27 mai 1994). L'établissement doit privilégier, afin de faciliter le dépôt, une identité unique entre le régisseur et le préposé de l'établissement chargé de recueillir les dépôts qui ne sont destinés au comptable » (§ 132.2 de la circulaire du 27 mai 1994 ; instruction du 7 février 2014, p. 41).

⁵⁴ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 87

⁵⁵ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 87

28. L'administrateur de garde

Il peut, dans une organisation établie avec le comptable et le régisseur, avoir accès pendant les jours et heures de la garde à certains locaux de la régie, pendant le temps de la fermeture de celle-ci (nuit, week-ends, fêtes) et y récupérer les non-valeurs.

Cet accès à une partie des dépôts (ceux-ci pouvant être le cas échéant déplacés dans un local *ad hoc* de la régie, le soir pour le temps de la garde, permettant ainsi de récupérer des papiers d'identité ou des clefs par exemple, mais pas de somme d'argent, de carte bancaire, de billet d'avion ou de « Pass Navigo »...).

Hôpital :



Relevés des biens déposés à l'usage de l'administrateur de garde
ou d'un cadre habilité
(en dehors des heures d'ouverture de la régie)

A joindre dans une enveloppe avec les biens déposés
(A déposer le cas échéant à la régie dans un coffre à « trappon »)

Identité du déposant	Identité du dépositaire	Service	Nature et description des objets	Date et heure de dépôt

Signature du déposant	Signature du dépositaire

A faire éditer en 2 exemplaires cotés :
- 1 exemplaire pour le déposant
- 1 exemplaire à joindre à l'enveloppe

29. Caractère provisoire des dépôts à la régie

Au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP, le régisseur doit veiller à apurer les dépôts les plus anciens en mobilisant les services concernés de l'hôpital pour s'assurer que le patient est toujours présent au sein de l'hôpital. Pour les dépôts de plusieurs semaines, il doit être recommandé aux patients concernés de chercher une autre solution à l'extérieur de l'hôpital (conservation par un proche, etc.).

Dans la plupart des hôpitaux français (hors AP-HP), les régies n'ont pas vocation à conserver sur de longues périodes les valeurs déposées. Le régisseur sera ainsi amené à transférer régulièrement le contenu de son coffre à un poste comptable implanté hors de l'hôpital. Les valeurs y seront acheminées après décaissement. Elles seront restituées au patient à sa sortie par virement.

A défaut de coursiers, certains hôpitaux transfèrent les valeurs par l'intermédiaire d'entreprises spécialisées dans le transport de fonds (celles-ci passant à un rythme régulier, par ex. une fois par semaine). Les transferts (bijoux, valeurs autres que monétaires,...) sont effectués sous enveloppe, scellée à la cire avec un tampon au sceau de l'hôpital.

Cette organisation n'est certes pas idéale : les patients pourront avoir le désagrément non seulement d'attendre plusieurs jours la restitution de leurs affaires, mais également dans certains cas de devoir se rendre sur un autre site pour récupérer leurs valeurs. Des complications en résulteront, particulièrement pour les personnes qui ont une nécessité impérieuse d'utiliser certaines valeurs déposées (une carte bancaire par exemple) et qui n'ont pas de facilité pour revenir à l'hôpital, ou qui sont tout simplement de passage sur la région et qui ne peuvent prolonger leur séjour.

Ceci doit autant que possible être indiqué par avance aux patients et à leurs familles.

Le délai maximal de conservation des dépôts par le régisseur avant reversement au comptable public de l'établissement est convenu entre l'ordonnateur et le comptable, en fonction du contexte local et avec le souci de protéger au mieux les valeurs concernées, en ne dépassant pas un maximum de 30 jours⁵⁶.

Le comptable établira sur ses registres, contrairement avec le régisseur, un nouveau dépôt reprenant les inscriptions figurant sur le registre du régisseur.

Le régisseur contrôle en principe mensuellement sur l'application « SAP » les valeurs qu'il détient.

⁵⁶ Par référence au plafond fixé par les articles R. 1617-8 et R. 1617-14 du Code général des collectivités territoriales.

Quand le patient conserve ses affaires personnelles

30. Les objets personnels conservés directement par les patients

Ces objets sont le plus souvent, en une liste qui est loin d'être exhaustive : des vêtements, lunettes, prothèses auditives et dentaires, cannes et déambulateurs, fauteuils roulants, nécessaires de toilette, sacs à main, sacs, portefeuilles, téléphones portables, livres, documents, etc. ; pour les enfants, des jouets, photos, peluches et *doudous*...

Ces biens n'auront parfois qu'une valeur sentimentale. Ce qui ne constitue pas une raison pour ne pas veiller à leur protection.

Le patient doit être informé qu'il demeure responsable des objets qu'il détient. En cas de perte, vol ou détérioration, l'établissement ne pourra être déclaré responsable qu'en cas de faute de sa part ou de l'un de ses agents. Une faute pourra résulter par exemple d'objets cassés ou jetés par inadvertance par un agent, de sacs de vêtements perdus lors d'un transfert, etc.

La mise à la disposition du patient d'un coffre ou d'un placard individuel sécurisé (v. n° 35 et s.) préviendra utilement ces situations et les litiges.

31. Le dépôt « feint »

Il s'agit d'une procédure facultative, qui peut être utilisée à la discrétion de l'établissement. L'objet ou les objets sont dans ce cas « administrativement » déposés auprès de l'hôpital selon les formes prescrites, mais ils demeurent conservés entre les mains du patient. L'hôpital endosse ainsi la responsabilité d'objets dont il n'a pas matériellement la garde sous la forme d'un dépôt dans un local fermé ou un coffre⁵⁷.

Si l'hôpital y consent, cette procédure prévue par l'article R. 1113-3 du code de la santé publique peut permettre aux personnes hébergées de garder par-devers elles, sous la responsabilité de l'hôpital, des objets faisant partie de leur cadre habituel de vie (« tout objet de l'environnement quotidien de faible valeur »), à l'exception de toute valeur, ainsi par exemple certains meubles, une gravure, une statuette, un poste de radio ou de télévision, ou tout objet de l'environnement quotidien de faible valeur, bien que ceux-ci aient fait l'objet de la formalité de dépôt.

⁵⁷ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p.13 : « Cette rigueur ne peut affecter le maintien auprès de l'hébergé en maison de retraite d'objets familiers - meubles, récepteurs de télévision ou de radio, par exemple - du fait du recours à la procédure de tradition feinte conciliant humanisation, moralisation des dépôts et sécurité par l'établissement d'inventaires en bonne et due forme. ».

Cette possibilité, qui implique la réalisation d'un inventaire, a principalement été prévue à l'origine pour des personnes âgées hébergées sur la longue durée à l'hôpital ou en maison de retraite.

En pratique, elle est surtout utilisée à l'hôpital pour les prothèses (dentiers, lunettes, lentilles oculaires et appareils auditifs) et les nécessaires de toilette. Elle est devenue exceptionnelle pour les meubles, tableaux, etc.

L'accord du directeur ou d'une personne habilitée par lui (qui peut être un cadre de santé par exemple, en application d'un protocole validé par le directeur) est dans ce cas nécessaire.

Les formalités de dépôt doivent avoir été accomplies, en premier lieu donc par la réalisation d'un inventaire (« inventaire constat »).

La procédure de « dépôt feint » ne peut pas concerner les sommes d'argent, les titres ou valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeur qui doivent être nécessairement déposés auprès du régisseur⁵⁸. Si la personne souhaite les garder auprès d'elle, le régime de responsabilité de plein droit (v. n°87) ne sera pas appliqué.

Lorsqu'elle est prévue, cette procédure doit être organisée avec rigueur et précaution : garantir les biens contre le vol et les dégradations tout au long du séjour du patient ne constitue pas une obligation pour l'établissement, surtout lorsque certains objets nécessaires au quotidien sont fragiles, de qualité initiale incertaine ou susceptibles de mésusage ; ou que les patients ne prennent pas les précautions minimales pour les mettre à l'abri, en les laissant « traîner » sur leur table de nuit, par exemple.

Afin d'éviter d'éventuels litiges ultérieurs, il est recommandé de mentionner par écrit les conditions exactes de cette conservation d'objets par le patient.

L'inventaire doit être effectué en principe lors de l'accueil dans le service, lors du recueil de données infirmier⁵⁹.

32. Dépôt feint des prothèses

Lors du recueil de données infirmier, il doit être mentionné si la personne est autonome ou non, si elle dispose ou non de prothèses dentaires ou auditives (on précisera le cas échéant « *inférieurs et/ou supérieures* », « *gauche et ou droite* »), de lunettes, de lentilles et si un boîtier à dentier ou à prothèse auditive lui a été remis.

⁵⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 85

⁵⁹ AP-HP/HAS, *Evaluation du dossier de soins sur la plateforme Qualhas*, guide méthodologique, 2013

En cas de port de prothèse auditive ou dentaire, voire dans certains cas pour des lunettes (v. n°100), il est recommandé de fournir au patient des étuis (boitiers, cristallisoirs, étuis à lunettes,...). L'AP-HP référence plusieurs modèles d'étuis à cet effet. Ces boitiers et étuis doivent de préférence être de couleurs distinctes selon les catégories de prothèses. Ils doivent être remis au patient pourvus d'une étiquette d'identification. Une étiquette doit également être attachée sur l'une des branches des lunettes conservées par le patient.

Il doit être mentionné au dossier infirmier que ce dépôt feint a été autorisé et que les étuis appropriés ont été fournis au patient avec les explications appropriées.

Cette traçabilité précise est indispensable. La responsabilité de l'hôpital sera en effet susceptible d'être engagée si les prothèses déclarées par le patient sont perdues et qu'aucun inventaire n'avait été réalisé ni aucun réceptacle fourni.

L'unité de soins devra le cas échéant mettre les prothèses à l'abri dans un coffre de service, au cas où elles risqueraient d'être égarées, par exemple le temps d'un examen médico-technique ou d'une intervention chirurgicale⁶⁰.

Autres lieux de dépôt dans l'hôpital

33. Coffres et vestiaires centralisés

Dans la plupart des hôpitaux, l'usage est d'installer un coffre et de dédier des locaux à un « vestiaire » pour les besoins généraux de mise à l'abri d'objets, dans différentes situations.

L'installation d'un ou de plusieurs coffres « de la direction » (un coffre « des admissions » par exemple), accessible à tels ou tels membres de l'encadrement administratif ou soignant, est en effet un élément important de la sécurisation des biens.

Le coffre permettra notamment le dépôt à toute heure d'une enveloppe cachetée⁶¹.

⁶⁰ Constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier le fait pour le personnel de s'abstenir de prendre en charge la prothèse auditive d'un patient devant subir une intervention chirurgicale et qui n'a pas été informé, lors de son entrée dans l'établissement, des formalités de dépôt et de déclaration qu'il pouvait accomplir, TA Paris, 7 septembre 1999, *Martin* : req. n° 96105176.

⁶¹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90

Au sein de certains hôpitaux, un coffre spécifique est installé pour le dépôt des clés des patients et notamment celles de leur domicile. Ce coffre est généralement implanté à la régie et est accessible dans des conditions précises à l'administrateur de garde en dehors des heures d'ouverture de la régie : ce dispositif permet aux patients « sortants » d'éviter aux jours et heures de fermeture de la régie d'être contraints d'attendre sa réouverture.

Ce type d'organisation pourra le cas échéant être utilement intégré dans un dispositif plus général de conciergerie, assurant un panel de services hôteliers pour les patients et leurs proches.

34. Le dépôt au sein de l'unité de soins

Des patients sont souvent admis directement dans une unité de soins en dehors des horaires d'ouverture de la régie. Ou se trouvent dans l'incapacité de se rendre personnellement à la régie.

Le patient peut alors souhaiter déposer immédiatement des biens, sans pouvoir y procéder dans un coffre individuel ou un placard de sa chambre. Une solution doit dans ce cas lui être proposée dès son accueil au sein de l'unité, afin de les mettre temporairement à l'abri.

La mise en place de coffres transitoires au sein des unités de soins est un dispositif utile, prévenant les dépôts de valeurs « spontanés » dans les armoires fortes des toxiques ou dans des bureaux ou placards fermés à clé, mais non vraiment sécurisés.

Cette gestion « délocalisée » des dépôts gagne à être organisée selon un plan d'ensemble cohérent. Il est de bonne gestion de disposer d'un même modèle de coffre dans tous les services de l'hôpital.

Au sein des unités de soins, la gestion de coffres provisoires revient de manière générale à l'encadrement infirmier.

Particulièrement utiles pour les hospitalisations de quelques heures et aux urgences, ces coffres évitent aux patients et aux personnels de se déplacer immédiatement à la régie et permettent de protéger les biens pendant ses heures de fermeture.

Les dépôts requièrent la réalisation d'un inventaire. Le patient, s'il est conscient, n'est bien entendu pas obligé de s'y soumettre et n'est d'ailleurs pas tenu de déposer ainsi ses affaires personnelles. Si le patient refuse de participer à l'inventaire, il est important d'en conserver trace sur la fiche d'inventaire.

Ces dépôts permettront de mettre à l'abri selon le cas :

- des valeurs,
- d'autres affaires personnelles de dimension réduite.

S'agissant des valeurs, leur « relève » doit en principe être effectuée très régulièrement, en lien avec le régisseur.

« Lors de l'ouverture des services, les dépôts peuvent être soit, en l'absence de régie, transmis au comptable, soit recensés par le régisseur. Les objets non pris en charge par le comptable ou le régisseur sont remis à l'agent désigné par l'établissement pour recevoir les dépôts »⁶².

S'agissant des autres biens, leur transfert régulier vers un coffre central doit être organisé afin d'éviter un engorgement des coffres de service.

La gestion de ces coffres implique une rigueur constante. Tous les objets doivent être identifiés, de préférence par des étiquettes, mentionner les coordonnées des déposants et les dates et circonstances des dépôts.

S'agissant des vêtements, parapluies, cannes, etc., les services peuvent dédier un local (vestiaire) à leur mise à l'abri, selon les mêmes modalités.

Un inventaire des objets doit être effectué au sein de l'unité de soins. Un registre doit être prévu à cet effet. Le registre mentionnera les coordonnées du patient, celles de l'agent auprès duquel ils ont été déposés, les dates et heures du dépôt et du retrait. Parallèlement seront alors recueillies auprès du patient les indications sur le port ou non de prothèses (auditives, dentaires,...v. n°32).

Le cadre de santé de l'unité doit placer les biens dans une enveloppe mentionnant les coordonnées du patient et retraçant les données de l'inventaire. L'enveloppe doit porter la signature du patient et celle du cadre. S'ils sont trop volumineux, les biens seront munis de la fiche d'inventaire. Dès que possible, le cadre de santé les portera ensuite personnellement dans un coffre de l'hôpital ou dans celui de la régie, le cas échéant pourvu d'un trappon (modèle « boîte à lettres ») (v. n°19).

⁶² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90

La pratique consistant à conserver au sein des unités de soins des affaires personnelles de patients dans des caisses, boîtes ou autres « boîtes à chaussures » non sécurisées doit être proscrite. Les biens des patients doivent *a minima* être conservés, à défaut d'alternative immédiate, dans un coffre de service ou une armoire disposant d'une serrure.

35. Les coffres à usage individuel au sein des chambres

Mettre à la disposition de chaque patient hospitalisé un coffre à usage individuel, dans sa chambre ou dans les unités de soins et de diagnostic, présente de multiples avantages. Il permet la responsabilisation des patients et leur donne une autonomie immédiate pour gérer directement leurs affaires. Il les sécurise au cours de leur séjour sur la protection de leurs biens et leur possibilité de les récupérer sans délai lors de leur sortie.

Idéalement :

- chaque chambre est équipée d'un ou de plusieurs coffres individuels, selon le nombre de lits d'hospitalisation installés,
- ces coffres sont d'un modèle identique dans tout l'hôpital, afin de simplifier leur entretien et les conditions d'intervention des personnels (notamment des agents de sécurité) en cas de besoin,
- leur taille doit être suffisante pour héberger des objets tels que des tablettes informatiques,
- leurs modalités d'ouverture/fermeture et d'entretien/dépannage doivent être les plus simples possibles, autant pour l'usage des patients que pour les personnels, tout en garantissant le niveau de sécurité requis.

L'installation de coffres

La mise à disposition systématique de coffres dans les chambres des patients est recommandée. Elle simplifie en effet la protection des biens, en la plaçant sous la responsabilité directe des patients et en évitant la complexité que constitue l'intervention d'intermédiaires et la nécessité de procéder à chaque fois à un inventaire.

Les coffres permettent une conservation d'affaires personnelles à proximité immédiate du patient, sans donc qu'il n'ait besoin de quitter sa chambre. Et évitent les situations où les biens du patient sorti pour déambuler, pour des examens ou des soins, ne sont protégés que par la fermeture aléatoire de la porte de la chambre ou d'une armoire.

Ces coffres, individuels, seront préférentiellement :

- munis d'un code à quatre chiffres, plutôt que de clés, qui présentent l'inconvénient de se perdre, d'être volées, de pouvoir être dupliquées, etc.
- placés dans un placard ou une penderie, eux-mêmes préférentiellement munis d'un dispositif d'ouverture par un code,
- d'une taille permettant la conservation d'une tablette informatique par exemple et d'*a minima* 32 X 50 cm.

Dans certaines unités, l'opportunité de l'installation de coffres doit être discutée. Ainsi par exemple pour des personnes âgées dépendantes placées dans l'incapacité de les utiliser de façon conforme, ou encore pour de jeunes enfants. Dans ces situations, on privilégiera des coffres collectifs de service, placés sous le contrôle des cadres de santé et gérant les entrées et sorties des biens par une procédure d'inventaire.

L'usage de coffres, individuels ou collectifs, implique la mise en place d'un dispositif d'assistance, pour toutes les difficultés techniques pouvant être liées à leur usage. Cette assistance peut être confiée aux agents de sécurité de l'hôpital.

En pratique, les coffres induisent de nombreuses sollicitations des agents de sécurité (le cas échéant la nuit, pour ouvrir le coffre du service des urgences, ou lorsque le patient a oublié le code de son coffre individuel, ou lorsqu'après la sortie, le coffre n'a pas été laissé ouvert...).

Une organisation pragmatique, fondée sur le choix d'équipements robustes et d'usage simple pour tous les patients et tous les âges, réduira les contraintes de cette gestion .

36. Les coffres de service en unité gériatrique

Les coffres « de service » conviennent le plus souvent aux unités de gériatrie, dans lesquelles les patients ne sont souvent pas en mesure de gérer des coffres individuels.

Ils induisent l'organisation d'un inventaire (associant, à défaut d'autre possibilité, deux agents), dans les conditions exposées ci-après (v. n°46).

Exemples de coffres :



37. Les placards

Pour les objets personnels du patient, les placards fermés sont une solution de sécurité minimale. L'équipement de toutes les chambres d'hospitalisation de placards fermés à clé, accompagné d'une information adaptée sur leurs modalités d'usage, est donc recommandé.

L'usage de placards pose cependant la question de la garde de la clé au moment où le patient quitte sa chambre pour une intervention médicale ou des examens médicaux. Certains services choisissent de désigner le cadre de santé comme responsable de ces clés en mettant en place un coffre spécifique à cet effet dans le service. Un tableau porte-clés sécurisé peut également être prévu.

Une autre solution consiste à doter les armoires de digicodes.

38. Les consignes

L'installation de consignes à des endroits appropriés de l'hôpital (dans les locaux du service des urgences, du service d'imagerie,...) est une solution permettant de mettre à l'abri les biens des patients en attendant la fin des soins ou leur transfert vers un autre établissement de santé ou un service spécialisé.

Les consignes peuvent selon le cas être utilisées directement par les personnels et sous leur contrôle (après inventaire contradictoire) ou par les patients et usagers.

39. Problématique des coffres de stupéfiants

Les équipes hospitalières ne doivent pas utiliser les coffres à stupéfiants de leurs services pour y entreposer provisoirement les affaires personnelles des patients, et notamment des clés.

Les armoires, compartiments et coffres à stupéfiants sont réservés en effet à l'usage exclusif de conservation de ces produits⁶³.

Agir différemment induirait une confusion quant à la finalité et à l'usage de ces dispositifs : lorsque la nécessité d'un coffre s'impose dans l'unité de soins pour conserver les biens de patients, un coffre spécifique et distinct doit être implanté.

40. Les dépôts à l'occasion d'examens médico-techniques

Depuis un service d'urgences ou l'unité où ils sont hospitalisés, les patients sont fréquemment amenés à se rendre dans une unité médico-technique de l'hôpital, notamment pour la réalisation d'images médicales.

⁶³ Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé (...) : « Les substances, préparations et médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, réservés au stockage des médicaments ».

Les patients doivent généralement se dévêtir et laisser tout ou partie de leurs affaires personnelles dans des cabines de déshabillage, rarement pourvues de dispositifs de fermeture anti-malveillance. Ces situations présentent par nature des risques pour la protection de leurs biens.

Plusieurs possibilités peuvent être prévues pour sécuriser les biens :

- proposer au patient de confier ses affaires précieuses (portefeuille, bijoux, montre, appareil électronique,..) à un membre de son entourage, le temps de l'examen, si la situation s'y prête ;
- prévoir des coffres à usage individuel dans les locaux de l'unité médico-technique, selon une configuration comparable à celle des coffres des chambres (v. n°35), ou installer des consignes ;
- proposer au patient une pochette (passée autour du cou, par ex.) permettant, avec toutes les adaptations possibles, de concilier la réalisation des examens avec la conservation directe par le patient de ses biens et valeurs.

Chaque fois qu'elle est adaptée, la gestion d'un coffre « de service » (couplé à un dispositif d'inventaire systématique et contradictoire) constitue également une solution : chaque patient, pour chaque examen, est convié à y déposer ses biens précieux pour le temps de l'examen.

41. Les dépôts avant transport au bloc opératoire

Le patient ne doit pas en principe être acheminé au bloc opératoire avec des objets personnels (par ex. lunettes, prothèse, montre, etc.). Si cette situation se produit, a priori par inadvertance, l'équipe du bloc doit prévoir un lieu de conservation sécurisé, les objets étant étiquetés.

Le cas des « doudous » dans les hôpitaux pédiatriques est parfois traité à part (*doudou* placé dans une pochette plastique attachée au brancard).

42. Les dépôts en chambre mortuaire

Un vestiaire peut utilement être implanté au sein de la chambre mortuaire, afin qu'y soient conservés les valises, le linge, les sacs à main, etc. et d'une manière générale les affaires qui ne sont pas susceptibles d'être déposées à la régie ou dans un coffre, telles que les vêtements. La famille pourra désigner parmi ces effets ceux qui seront portés par le défunt lors de la mise en bière. Les vêtements seront mentionnés sur le registre des inventaires. Les autres effets personnels, notamment les bijoux, qui seront placés à la demande de la famille sur le corps ou dans le cercueil sont en revanche initialement déposés à la régie de l'hôpital.

Ils n'en seront retirés pour être déposés sur ou près du défunt qu'en considération des droits justifiés par les personnes (certificat d'hérédité..., v. n°131).

Ces dispositions n'excluent pas la possibilité pour les familles d'apporter d'autres effets ou objets qui seront confiés au responsable de la chambre mortuaire pour être placés dans le cercueil. Ils seront dans ce cas déposés au vestiaire de la chambre mortuaire. Mention doit en être conservée par écrit par l'hôpital.

Il est parfois impossible (notamment du fait d'un œdème) de retirer une alliance ou toute autre bague du doigt d'un malade décédé. Il convient dans ce cas de le préciser sur le registre des inventaires et sur la fiche d'identification du patient.

43. Transfert d'un patient

Lors du transfert vers un autre établissement d'un patient hors d'état de manifester sa volonté, de strictes précautions s'imposent avant de transmettre les objets (jusqu'alors déposés au sein d'un coffre de service ou conservés dans l'unité), que ce soit par l'intermédiaire d'un membre de l'entourage du patient, d'un professionnel des transports sanitaires, ou par celle de tout autre intervenant.

Le refus des transporteurs sanitaires (SMUR, ambulances,...), fréquent en pratique, de se charger des affaires personnelles des patients doit faire privilégier la conservation des affaires par l'hôpital (avec l'inconvénient de priver immédiatement le patient de certaines de ses affaires et de compliquer leur récupération), plutôt que des transmissions incertaines. Une traçabilité systématique et précise dans le dossier de soins est une précaution indispensable. Un inventaire co-signé sera effectué autant que possible.

Si le patient a été transféré dans un autre établissement de santé et qu'il demande le transfert de ses biens, un bulletin de situation est demandé à l'établissement le prenant désormais en charge (clinique, hôpital...) ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité. Il n'est pas possible de transférer de l'argent sous forme monétaire auprès d'un autre poste comptable, les sommes d'argent déposées étant inscrites dans la comptabilité du régisseur et placées auprès du Trésor public. En revanche, un virement bancaire peut être utilisé dès lors que le patient a transmis un RIB au régisseur.

A l'appui des documents ci-dessus fournis par le patient ou son représentant, un transfert des non-valeurs peut également être effectué.

Les modalités du dépôt

3. LES MODALITES DU DEPOT

Points essentiels

- La procédure d'inventaire doit permettre à un ou plusieurs moments déterminés d'établir de façon incontestable la liste et la description des biens détenus ou déposés par le patient.
- Elle doit être mise en œuvre à toutes les étapes de la conservation des biens, chaque fois qu'un déposant (patient ou son représentant, agent de l'hôpital, régisseur) remet des biens à un dépositaire.
- Sauf situation exceptionnelle, l'inventaire doit être effectué sur un mode contradictoire. Il doit associer le patient et un agent chaque fois que cela est possible. Il peut également être effectué par un agent de l'hôpital et un proche. A défaut, deux agents de l'hôpital y procéderont.
- La réalisation de l'inventaire constitue une obligation réglementaire pour l'hôpital lorsque le patient est admis en urgence ou se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté. Il doit alors être dressé par le responsable du service des admissions, ou par tout autre agent de l'hôpital, et l'accompagnant, ou à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement.
- Un inventaire précis doit également être effectué au sein de l'unité de soins, lorsque le patient est autorisé à conserver directement des objets personnels (prothèse dentaire ou auditive, etc.) sous la responsabilité de l'hôpital, dans l'hypothèse du « dépôt feint ».
- Les fiches d'inventaire doivent être conjointement datées et signées par le déposant et le dépositaire.
- Lorsque le dépôt concerne à la fois des valeurs et des non-valeurs, deux inventaires distincts sont établis.
- A tout moment au cours du séjour, si son état le lui permet, le patient peut récupérer tout ou partie de ses objets. Dans ce cas, un nouvel inventaire contradictoire doit être réalisé pour mise à jour.
- Le déposant doit recevoir un reçu de l'inventaire contradictoire des objets déposés ou, en cas de « dépôt feint », conservés par lui.
- Un exemplaire du reçu doit être versé au dossier administratif de l'intéressé.

- Les textes préconisent d'utiliser pour les dépôts de valeurs une enveloppe, de préférence transparente pour les visualiser, et disposant d'un rabat garantissant par un sceau ou un scellé qu'elle n'a pas été ouverte. Cette enveloppe mentionnera sur sa face externe l'identité du déposant, celle du dépositaire, le service concerné ainsi que le relevé contradictoire du dépôt (liste des valeurs et description des objets).
- La rédaction de la fiche d'inventaire doit être réalisée avec toute l'attention et la précision requises.

44. Moment du dépôt

Le dépôt doit permettre de placer les affaires du patient dans un lieu sûr, propre à les prémunir des risques « de vol, de perte ou de détérioration »⁶⁴.

Les textes ne prévoient pas expressément de moment particulier au cours du séjour pour y procéder. Sauf en cas de prise en charge en urgence, lorsque le patient ne peut manifestement s'en charger, ou pour un patient inconscient : dans ces hypothèses, la mise à l'abri des affaires personnelles doit être effectuée dès que possible à compter de l'entrée du patient dans l'enceinte de l'établissement (v. n°56 et s.).

Pour les patients hospitalisés, le dépôt doit de préférence être effectué lors de leur admission, moment où ils seront informés des possibilités de dépôt offertes et où ils seront souvent le plus à même de choisir de conserver ou non avec eux leurs affaires.

Le dépôt des biens requiert de la rigueur : les éléments de procédure doivent être précisément tracés, les affaires bien répertoriées et placées dans des conditions permettant une conservation sécurisée.

⁶⁴ Le dépôt est l'action de déposer, de confier à la garde de quelqu'un, de placer dans un lieu sûr (Petit Robert)

45. Les étapes du dépôt

Les formalités administratives sont précisées par le code de la santé publique (art. R. 1113-4) :

« Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui conformément à l'article R. 1113-3.

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.

Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt ».

La procédure de dépôt comprend donc notamment la réalisation d'un inventaire contradictoire, la signature de reçus et la tenue d'un registre spécial.

Des protocoles doivent être établis au sein des unités afin de préciser les aspects organisationnels et techniques de l'inventaire, de la conservation et de la restitution des différents biens déposés.



RECU - INVENTAIRE

des objets de valeur de M. / Mme :
déposés (détails ci-dessous) :

à la loge /aux admissions ou autre

à la régie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le :

Le ou les agents du service d'hospitalisation	Le patient	L'agent de la loge / des admissions ou autre
Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :
Nom : Prénom : Signature :		
Nom : Prénom : Signature :	L'accompagnant (ou à défaut un agent de l'hôpital)	L'agent de la caisse principale
	Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :

46. Une procédure de sécurité : l'inventaire contradictoire

Les opérations nécessaires au dépôt doivent s'appuyer sur des inventaires⁶⁵.

L'inventaire est défini comme « *l'état, la description et l'estimation des biens appartenant à quelqu'un et situés dans un lieu déterminé* »⁶⁶.

La procédure d'inventaire a pour effet, à un ou plusieurs moments déterminés, d'établir de façon incontestable la liste et la description des biens détenus ou déposés par le patient.

Conduite rigoureusement, elle permet de se prémunir des situations litigieuses de « parole contre parole »⁶⁷. De telles situations apparaissent en effet parfois entre la famille d'un patient et le personnel hospitalier, pour des biens dont le patient déclare avoir été porteur, mais que le personnel affirme pour sa part n'avoir jamais vu. L'expérience montre que de toute bonne foi, un patient peut réclamer à sa sortie un objet qu'il est persuadé, à tort, d'avoir eu en sa possession à son arrivée. Dans de telles circonstances, l'inventaire tient lieu de traçabilité « protectrice » aussi bien pour l'utilisateur que pour le personnel qui l'a effectué.

A contrario, l'absence de réalisation d'un inventaire témoigne d'une absence de rigueur des procédures et dans certains cas, du non-respect de la procédure réglementaire : il pourra alors être malaisé pour l'hôpital de dégager sa responsabilité, si elle est mise en cause.

On dressera utilement dans chaque unité de soin une typologie des patients pour lesquels il convient de dresser un inventaire parce qu'ils sont « hors d'état d'exprimer leur volonté » : patient transféré au bloc opératoire, désorienté, atteint de troubles mentaux, en état d'ébriété,...

Il incombe au personnel hospitalier d'effectuer cet inventaire, y compris pour les valeurs lorsque le régisseur n'est pas en capacité d'y procéder lui-même directement.

⁶⁵ L'absence d'inventaire est fautive et peut engager la responsabilité de l'établissement s'il existe un lien de causalité entre la faute et le préjudice résultant de la perte de l'objet (CAA Nantes, 18 oct. 2001, v. *RDSS* 2002, p. 59, obs. M. Cormier ; en l'espèce, la Cour rejette cependant l'indemnisation du préjudice, car la victime n'apporte pas la preuve d'un lien de causalité entre la faute de l'établissement et le dommage résultant de la perte de la bague. Dans le même sens, CAA Douai, 22 déc. 2008, n° 08DA00630).

⁶⁶ Dictionnaire Larousse

⁶⁷ TA Paris, 24 avril 2007, n° 0308218, *RHF* n° 517, juillet-août 2007, p. 36, obs. P. Flavin : Dès lors qu'un inventaire a été établi lors de l'admission du patient, il appartient à ce dernier d'apporter la preuve qu'il était en possession d'objets qui n'aurait pas été mentionnés sur la feuille d'inventaire. En sens contraire, TA Caen, 12 juin 2001, n° 001888 : en l'absence de formalités de dépôt accomplies par le personnel, l'établissement ne peut contester la perte d'un objet qu'une patiente prétendait détenir lors de son admission. En l'espèce, il s'agissait de la perte d'un collier détenu par une patiente.

47. Caractère contradictoire de l'inventaire

Sauf situation exceptionnelle, l'inventaire doit être effectué sur un mode contradictoire. Hors le cas où il est effectué par le régisseur, il doit associer le patient et un agent de l'hôpital chaque fois que cela est possible. Il peut également être effectué par un agent de l'hôpital et un proche. « A défaut », deux agents de l'hôpital pourront y procéder.

Cette procédure contradictoire se concrétisera par la signature conjointe du dépositaire et du déposant⁶⁸.

La rédaction de la fiche d'inventaire est primordiale pour prévenir des litiges ultérieurs et le cas échéant pour instruire une demande d'indemnisation. Elle doit être réalisée avec toute l'attention et la précision requises. Plus l'inventaire sera détaillé, plus il sera aisé d'expliquer, par exemple, qu'un vêtement était détérioré avant l'admission du patient ou comment une détérioration a été rendue nécessaire par la pratique des premiers soins d'urgence et qu'elle n'est, donc, pas imputable à une faute du personnel.

48. La fiche d'inventaire

Il est recommandé l'usage d'une fiche d'inventaire (intitulée le cas échéant « feuille de dépôt »), sous forme d'un modèle pré-imprimé ou formaté numériquement, comprenant notamment un volet réservé aux billets et pièces de monnaie⁶⁹, et mentionnant une liste d'objets fréquemment rencontrés.

Lorsque le patient ou son représentant dépose à la fois des valeurs et des non-valeurs, deux inventaires distincts peuvent être établis.

L'inventaire doit permettre de détailler précisément les biens déposés, en mentionnant toujours le nombre d'unités : nombre de billets de banque et pièces, nombre de chèques⁷⁰, nombre de clés, etc.

Un exemplaire de la fiche d'inventaire doit accompagner les biens et valeurs, qui suivront ensuite le cas échéant des circuits distincts (plusieurs fiches seront établies le cas échéant). Un second exemplaire doit être remis au patient lorsque cela est possible, un troisième conservé dans son dossier administratif, qui doit mentionner la chronologie horodatée des démarches, jusqu'à la restitution des objets.

⁶⁸ Ainsi, « l'agent de permanence remplit la liasse en présence du malade, le cas échéant de son représentant, et appose sa signature avec celle du déposant sur le document » (Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90).

⁶⁹ S'agissant des devises étrangères, il convient d'identifier, si possible, l'origine de la monnaie

⁷⁰ Par mesure de sécurité, il convient de ne pas noter les numéros de chèque dans leur intégralité. De même, s'agissant des cartes de crédit, il faut éviter de noter le numéro de la carte dans son intégralité (on retiendra quelques chiffres, le nom de la banque émettrice ainsi que la date d'expiration par exemple).

L'horodatage est important. Si la décision de déposer est prise à distance de l'heure d'admission (par exemple dans le cas d'un patient conscient à son arrivée, mais qui sombrerait dans un état d'inconscience au cours de son séjour), la traçabilité de l'heure de l'inventaire peut constituer un élément déterminant de la discussion.

Dans la rédaction de l'inventaire, le personnel doit se garder de préjuger de la nature du métal d'un bijou, quelles que puissent être les indications du patient ou de son entourage. Par exemple, un collier, qu'il soit réellement en or ou bien dans un métal ressemblant, sera identifié comme un « collier en métal jaune »⁷¹. L'état des bijoux doit être précisé ; on mentionnera s'ils ont été abîmés en cours de séjour, dans quelles circonstances,...

Des précautions comparables pourront être prises notamment pour des vêtements en évitant les détails portant sur la nature des tissus (soie...), des fourrures (naturelles ou non), etc.

Lorsqu'il est décidé de procéder au dépôt des biens ou valeurs, l'inventaire des objets doit être réalisé le plus tôt possible, afin d'éviter des situations ambiguës et d'éventuels vols, pertes ou dégradations entre le moment de la décision de déposer et celui du dépôt.

Le personnel des unités d'accueil des urgences doit être tout particulièrement sensibilisé aux procédures d'inventaire, d'autant qu'elles y auront un caractère systématique (v. n°60). Ces procédures peuvent paraître accessoires vis-à-vis de la prise en charge médicale urgente d'un patient. La rigueur en la matière protégera pourtant l'hôpital d'un éventuel engagement de sa responsabilité et simplifiera la gestion ultérieure de litiges. Elle tranquillisera le patient encombré de ses affaires.

L'inventaire pourra indiquer le cas échéant que le patient n'a pas souhaité se défaire de tel ou tel objet pour le déposer.

⁷¹ La désignation des objets sur le registre ne doit ainsi être effectuée qu'en fonction d'éléments visuels : bague en métal jaune, montre en métal blanc, boucles d'oreilles en métal blanc avec trois pierres rouges...
Le régisseur s'assurera de la nature des bijoux et métaux en utilisant de l'acide et une *Pierre de touche* . Il procédera à une pesée précise. Il vérifiera la présence éventuelle de poinçons.

49. Rectifications d'inventaire

A tout moment au cours du séjour (dans la mesure de la disponibilité des équipes), si son état le lui permet, le patient doit pouvoir récupérer tout ou partie de ses biens et affaires personnelles ou au contraire en déposer d'autres. Un second inventaire contradictoire est alors effectué pour mise à jour en cas de récupération partielle.

50. Dossier de soins infirmiers Orbis

Dans les unités de soins de l'AP-HP, une fiche d'inventaire numérisée est accessible en écriture, dans l'application *Orbis*, aux infirmiers, aides-soignants et cadres de santé habilités.

Il doit être établi un seul formulaire par séjour et par patient. S'agissant d'un inventaire, deux personnes doivent être identifiées pour la validation (cf. n°47)

Le document est classé dans « *DOSSIER PATIENT / SOINS INFIRMIERS* »

Il est composé des onglets suivants (v. pages suivantes) :

- Informations
- Vestiaires et objets personnels
- Valeurs/ Sans valeur

L'AP-HP met actuellement au point une nouvelle version d'Orbis qui comportera les nouveaux onglets suivants :

- Traitement personnel (médicaments)
- Inventaire renforcé (psychiatrie)

Des impressions « papier » de ces documents doivent être effectuées, afin de les faire signer dans le cadre de l'inventaire contradictoire, avant versement dans le dossier. Ce document signé pourra être scanné et conservé dans le dossier. A défaut, on le conservera dans le dossier « papier » du patient.

étiquette patient
à coller ici

FEUILLE DE DÉPÔT : DOCUMENTS, BIJOUX ET VALEURS

Date :

ARGENT

Billets :	500€	100€	50€	20€	10€	5€
Pièces :	2€	1€				
Centimes :	50cts	20cts	10cts	5cts	2cts	1ct
ARGENT ETRANGER :	Billets : (nombre)			Pièces : (nombre)		

CLEFS

Nombre :

DOCUMENTS ET PAPIERS

<input type="checkbox"/> Carte Nationale d'Identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> *Carte de séjour ou récépissé <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> *Carte Emeraude, pass Navigo ou tickets de métro valides : nbre : <input type="checkbox"/> Carte vitale <input type="checkbox"/> Attestation Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> Carte Européenne d'Assurance Maladie <input type="checkbox"/> Carte mutuelle <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Carte d'électeur <input type="checkbox"/> Carte grise <input type="checkbox"/> Attestation assurance auto <input type="checkbox"/> Carte C.A.F. <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Carte téléphonique <input type="checkbox"/> Carte bancaire (nombre....., nom banque.....) <input type="checkbox"/> Chéquier (nombre de chèques, nom banque.....)	<p>AUTRES DOCUMENTS :</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

* rayer les mentions inutiles

BIJOUX

<input type="checkbox"/> Alliance ou anneau	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Bague	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune (nombre) <input type="checkbox"/> métal blanc (nombre :) <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre ,couleur.....) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) : Commentaires :
<input type="checkbox"/> Chevalière	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Bracelet	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Gourmette	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Chaîne	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Pendentif	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Boucles d'oreilles	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Montre	quantité	<input type="checkbox"/> métal jaune <input type="checkbox"/> métal blanc <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pierre (nombre couleur) <input type="checkbox"/> état du bijou (cassé, pierre manquante, etc.) :
<input type="checkbox"/> Divers (piercing, broche) :		

Patient conscient :	Patient inconscient :
Signature du patient :	Signature agent du service 1 : (précédée du nom et prénom) Signature agent du service 2 : (précédée du nom et prénom)

2 exemplaires dans enveloppe du dépôt , 1 exemplaire agrafé à la fiche individuelle

Imp "AP/HP" - RD 6152 / 11 Bis

ORBIS 22/09/2015 16:05:55 APHP@OR2QUA 08.05.06.01.0012500 Dossier de médecine i 010005/010222M IDE4_P7 8001945944 PEREIRA DE CARVALHO HELEN née TALEB le 29.09.1948 (66a)

Menu: Inventaire des objets personnels* Enr. Terminer Info

Saisie le : 22/09/2015 / 15:52 par : Pauline Garcia Equipe :

Informations Vestiaire et objets personnels Valeurs **Sans valeur**

SANS VALEUR

Plier les listes

Pièces d'identité

Afficher objets cochés

- Carte de séjour
- Carte nationale d'identité
- Passeport
- Permis de conduire
- autre

Autres objets

Afficher objets cochés

- Attestation de carte vitale
- Attestation d'assurance
- Carte vitale
- Carte de mutuelle
- Carte grise
- Carte professionnelle
- Carte de fidélité
- Les clés
- Les carnets d'adresses
- Agenda
- Montre
- autre

Suivi

Sans Valeurs gardées par le patient Non Oui

Sans Valeurs remises à la famille par le patient Non Oui

Sans Valeurs déposées aux admissions Non Oui

Utilisation du coffre dans la chambre Non Oui

Sans Valeurs déposées au coffre dans le service Non Oui

Sans Valeurs déposées à la régie Non Oui

ORBIS 22/09/2015 16:05:06 APHP@OR2QUA 08.05.06.01.0012500 Dossier de médecine i 010005/010222M IDE4_P7 8001945944 PEREIRA DE CARVALHO HELEN née TALEB le 29.09.1948 (66a)

Menu: Inventaire des objets personnels* Enr. Terminer Info

Saisie le : 22/09/2015 / 15:52 par : Pauline Garcia Equipe :

Informations Vestiaire et objets personnels Valeurs Sans valeur

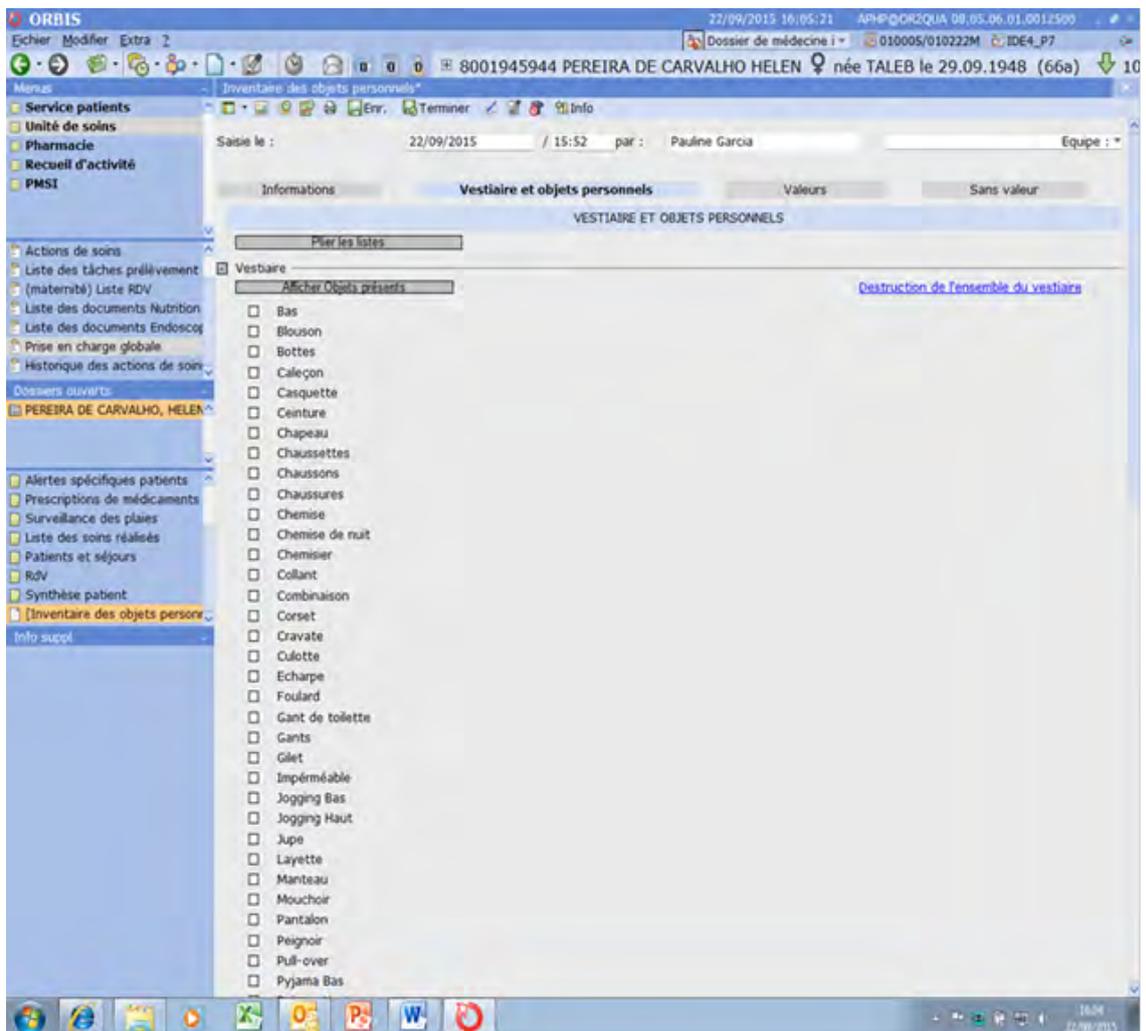
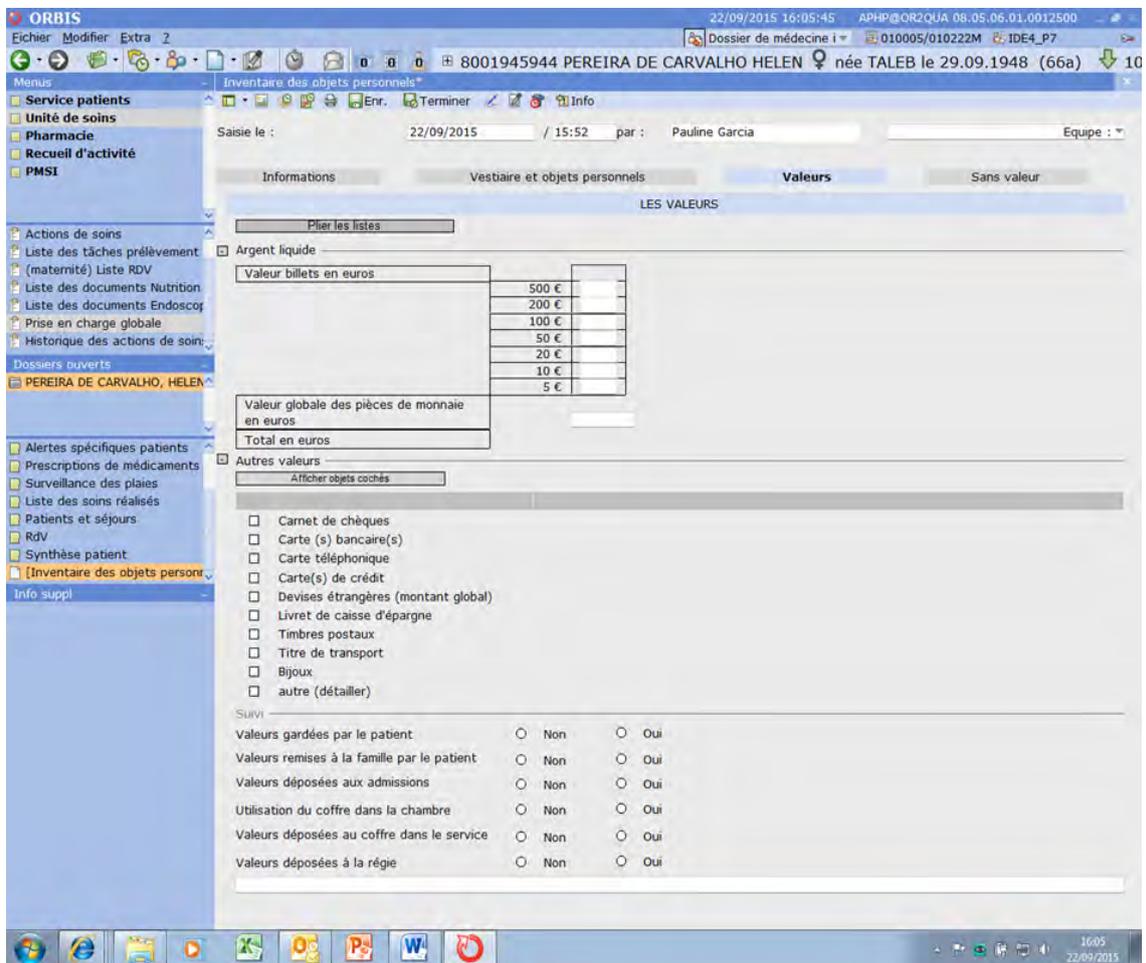
INFORMATIONS

Identification du patient PEREIRA DE CARVALHO Helen

Etat du patient

Identification 1er et 2ème agent

Fonction



51. Remise d'un reçu

Les textes prévoient que

« Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui (...) » (art. R. 1113-4, CSP).

La procédure est distincte selon que le dépôt s'effectue auprès d'un agent de l'hôpital, du régisseur ou dans de rares cas, directement auprès du comptable public⁷².

Lorsque le dépositaire, membre du personnel de l'hôpital, n'est ni le comptable ni le régisseur, il est tenu de remettre au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire mentionnant les objets déposés. Le reçu (« billet de vestiaire ») doit être versé au dossier administratif de l'intéressé⁷³. Le dépositaire doit utiliser en principe⁷⁴ un **registre à feuillet autocopiant** composé d'une souche de trois volets dont l'un est remis au déposant, le second, pour faciliter les recherches, est joint au dépôt et le troisième est versé au dossier administratif du patient. L'agent doit remplir les documents en présence du patient, ou le cas échéant de son représentant, et y apposer sa signature avec celle du déposant. Le dépôt peut être enregistré dans les mêmes conditions sur un registre numéroté doté de trois exemplaires⁷⁵.

Lorsque le dépositaire est un régisseur, il doit délivrer au déposant un reçu à partir d'un **carnet à souches numéroté** doté de quatre exemplaires (selon le cas, « relevé de valeurs » ou « billet de vestiaire »). Le registre du régisseur doit y indiquer le montant des dépôts en numéraire, l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés. Le registre ainsi complété doit être signé par le régisseur dépositaire et par le déposant. Le premier exemplaire (reçu) du registre est remis au déposant, le deuxième exemplaire (fiche de dépôt) est joint au dépôt qui sera remis au comptable et le troisième exemplaire est versé au dossier administratif du patient. Le dernier exemplaire demeure attaché à la souche.

⁷² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 89-90.

⁷³ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 86

⁷⁴ Il s'agira le plus souvent en pratique de trois impressions du document à partir du système d'information

⁷⁵ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90

Etiquette patient / code barre

RECU - INVENTAIRE

des objets de valeur de M., Mme :
déposés (détails ci-dessous) :

- à la loge /aux admissions ou autre
 à la régie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à :, le :

Le ou les agents du service d'hospitalisation	Le patient	L'agent de la loge / des admissions ou autre
Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :
Nom : Prénom : Signature :		
Nom : Prénom : Signature :	L'accompagnant (ou à défaut un agent de l'hôpital)	L'agent de la caisse principale
	Nom : Prénom : Signature :	Nom : Prénom : Signature :

52. Registre des effets déposés

Les textes prévoient qu' « *Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant* » (art. R. 1113-4, CSP).

Le dépôt de chaque objet ou valeur doit ainsi être retracé dans un registre des objets déposés (v. infra), retraçant les données de l'inventaire⁷⁶. Le registre une fois complété doit être signé du régisseur dépositaire et du déposant⁷⁷.

En pratique, le registre est souvent informatisé (application « SAP » au sein de l'AP-HP). Ce sont donc des formulaires issus du système d'information et non un registre « papier » qui sont ainsi complétés et conservés.

S'il est fait utilisation de la notion de « dépôt feint » (v. n°31), la mention de la conservation par le patient de l'objet ainsi « déposé » doit être indiquée sur le registre et sur les différents volets⁷⁸.

Pour le retrait, le déposant doit signer une décharge. La mention de ce retrait doit figurer sur le registre des objets déposés, en marge de l'inscription du dépôt.

53. Lorsque le patient était inconscient ou a été accueilli aux urgences, dans l'incapacité de procéder au dépôt

Dans ces situations, le personnel hospitalier doit informer le patient, dès que son état de santé le permet, qu'un dépôt de ses affaires a été réalisé par l'hôpital. Il doit alors lui remettre la fiche d'inventaire initiale ainsi que le reçu de dépôt, puis procéder à l'ensemble des formalités « ordinaires » prévues pour le dépôt des biens dans le cadre de la procédure d'admission programmée des patients (information orale et écrite).

Le patient doit être alors invité à procéder au retrait des objets qui, en raison de leur nature, ne peuvent faire l'objet d'un dépôt et à les remettre à des proches ou à un tiers qu'il aura mandaté à cet effet, dès que possible. Si cela s'avère impossible, il appartiendra alors au patient, à ses frais et sous sa responsabilité, de demander à l'établissement de prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'envoi de ces objets au lieu qu'il aura indiqué.

⁷⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 39 : « Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire pour y inscrire les dépôts au fur et à mesure de leur réalisation. Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt ».

⁷⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90

⁷⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 90

Tant que le patient est inconscient, aucun bien ne peut être remis à sa famille.

54. Usage d'une enveloppe

Les textes préconisent d'utiliser pour les dépôts de valeurs une enveloppe, de préférence transparente pour les visualiser, et disposant d'un rabat sur lequel l'apposition d'un sceau ou d'un scellé garantira qu'elle n'a pas été ouverte⁷⁹ (v. n° 19). Elle sera de préférence accompagnée d'étiquettes informatisées à code barre permettant d'assurer sans difficulté la traçabilité des dépôts et l'identification des patients.

Ainsi que cela a été mentionné, à défaut de pouvoir être portée au régisseur aux heures d'ouverture de ses bureaux, cette enveloppe cachetée doit être déposée dans les plus brefs délais dans un coffre, de préférence de type « boîte aux lettres ».

A compter de l'ouverture des services du régisseur, les valeurs lui sont directement remises. Les objets non pris en charge par le régisseur doivent être remis à l'agent désigné par l'établissement pour recevoir les dépôts des « non valeurs ». S'il ne s'agit pas du régisseur, ils seront conservés selon le cas au coffre de la direction, à celui des admissions ou d'un service.

Dans tous les cas, l'inventaire doit là également être effectué contradictoirement par l'agent déposant les valeurs avec l'agent dépositaire.

55. La comptabilisation des dépôts de valeurs

Les deniers faisant partie du dépôt sont retracés dans la comptabilité du régisseur pour les malades ou les hébergés⁸⁰. Les objets précieux, titres de pension ou de rentes, ainsi que les valeurs mobilières et moyens de règlement sont pris en charge dans la comptabilité des valeurs inactives⁸¹.

⁷⁹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 89. La circulaire du 27 mai 1994 précise notamment que l'enveloppe peut porter sur sa face externe une liasse imprimée et numérotée de trois volets indiquant l'identité du déposant, du dépositaire et du service ainsi que le relevé contradictoire du dépôt (sommes d'argent et description des objets) conformément à l'article R. 1113-4.

Le premier volet est destiné au déposant, le second volet demeure en possession de l'agent de permanence ou du service, le troisième volet reste fixé à l'enveloppe. V. également Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 45.

⁸⁰ Compte 4631 : fonds gérés pour le compte des malades ; majeurs protégés ; compte 4632 : fonds reçus ou déposés : usagers.

⁸¹ « Les deniers privés réglementés déposés puis retirés sont comptabilisés au compte 4632 «Fonds reçus ou déposés – Usagers » dont l'utilisation est détaillée par les instructions budgétaires et comptables M21 et M22 (...). La dématérialisation des titres de valeurs mobilières de placement fait en sorte qu'ils sont désormais suivis sur des comptes-titres sous forme dématérialisée » (Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 42).

Pour les personnes admises à l'aide sociale, il existe des conditions particulières de dépôt suivant la nature de l'établissement. L'article 142-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi que « *La perception des revenus, y compris l'allocation de logement à caractère social, des personnes admises dans les établissements sociaux ou médico-sociaux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées, peut être assurée par le comptable de l'établissement public (...), soit à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal, soit à la demande de l'établissement lorsque l'intéressé ou son représentant ne s'est pas acquitté de sa contribution pendant trois mois au moins. Dans les deux cas, la décision est prise par le représentant de la collectivité publique d'aide sociale compétente qui précise la durée pendant laquelle cette mesure est applicable. Le comptable de l'établissement reverse mensuellement à l'intéressé ou à son représentant légal le montant des revenus qui dépasse la contribution mise à sa charge. En tout état de cause, l'intéressé doit disposer d'une somme mensuelle minimale. Le montant de celle-ci ainsi que le délai dans lequel il doit être répondu aux demandes et les délais minimum et maximum pour lesquels la décision mentionnée ci-dessus est prise sont fixés par décret* » (v. n°122).

Ces dispositions s'appliquent aux pensions et aux rentes, c'est-à-dire aux revenus réguliers, la personne assistée étant invitée à fournir une procuration pour la perception des autres revenus (intérêts versés sur les livrets de caisse d'épargne, les livrets de développement durable (ex-codevi) et sur les comptes-titres et les comptes numéraires associés).

En cas de refus de la personne de donner procuration ou de procéder à l'affectation, l'établissement peut se rapprocher de la collectivité d'assistance pour le compte de laquelle sont perçus les revenus.

**Le dépôt d'office :
patients hors d'état de
manifester leur volonté
et situations d'urgence**

4. LE DEPOT D'OFFICE : PATIENTS HORS D'ETAT DE MANIFESTER LEUR VOLONTE ET SITUATIONS D'URGENCE

Points essentiels

- Un dépôt « d'office » des biens doit être réalisé pour les patients qui se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, du fait qu'ils sont :
 - hors d'état de manifester leur volontéou
- amenés à recevoir des soins d'urgence.
- Ces formalités de dépôt « d'office » font intervenir le personnel de l'hôpital. Un inventaire contradictoire doit être effectué, associant un agent de l'hôpital et un accompagnant, ou, à défaut d'accompagnant, deux agents de l'hôpital.
- Tous les biens sont concernés, qu'il s'agisse de valeurs, de moyens de paiement, d'objets courants...
- Selon leur nature et les horaires, les biens doivent être déposés à la régie, ou dans un coffre (provisoire ou non) ou au vestiaire.
- L'hôpital est de plein droit responsable de la mise à l'abri des biens ainsi déposés.
- Lorsque les patients concernés sont à nouveau dans la capacité de procéder au dépôt de leurs biens, ils doivent être invités à retirer les objets déposés et notamment ceux qu'ils souhaitent conserver auprès d'eux. Le régime de responsabilité redevient alors celui du droit commun.
- Toutes ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes accueillies au service des urgences, mais dont l'hospitalisation n'a pas été décidée et qui sont en capacité de procéder aux formalités de dépôt : ces personnes demeurent responsables de leurs affaires personnelles, y compris de leurs valeurs.

56. Dans certaines circonstances, le patient n'est pas en mesure de procéder dans de bonnes conditions au dépôt de ses biens. La loi renforce alors sa protection et impose une prise d'initiative immédiate de l'hôpital et de ses personnels.

Le Code de la santé publique prévoit ainsi que

« La responsabilité (de plein droit prévue à l'article L. 1113-1) s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt (...). Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes mentionnées au présent article procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés dans les conditions (de dépôt ordinaires prévues par la loi) » (art. L. 1113-3, CSP).

Par ailleurs,

« Dans les cas mentionnés à l'article L. 1113-3 (patients hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et dans l'incapacité de procéder eux-mêmes au dépôt), un inventaire de tous les objets dont la personne est porteuse est aussitôt dressé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement, et l'accompagnant, ou à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement »⁸² (art. R. 1113-3, CSP).

57. Champ d'application

Dans deux situations, qui peuvent se cumuler, les textes prévoient ainsi le dépôt « d'office »⁸³ des biens des personnes se trouvant dans l'incapacité de procéder elles-mêmes aux formalités de dépôt, parce qu'elles sont :

- hors d'état de manifester leur volonté⁸⁴
- ou amenées à recevoir des soins d'urgence (art. L. 1113-3, CSP).

Les principes ainsi exposés s'appliquent aux circonstances dans lesquelles le patient n'est pas ou plus en mesure de « s'occuper de ses affaires ».

⁸² L'article 81 du règlement intérieur de l'AP-HP rappelle ces dispositions :

« Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant, aux urgences, puis est signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient (...) ».

⁸³ Selon une expression utilisée au cours des débats parlementaires de la loi du 6 juillet 1992

⁸⁴ La commission centrale d'identité-vigilance de l'AP-HP distingue, plutôt que la distinction des patients conscients et inconscients, celle entre les patients communicants et les patients non communicants, à savoir inconscients, atteints de troubles mentaux ou de troubles cognitifs, troubles sensoriels, patients non francophones. On se référera en pratique à cette seconde distinction.

Outre les situations de prise en charge en urgence, sont également concernés d'une manière générale tous les patients inconscients, présentant des troubles cognitifs ou manifestation fragiles : comas, réanimations, maladies neuro-dégénératives et du vieillissement, troubles mentaux⁸⁵ et états confusionnels, patients *alcoolisés* ou sous l'empire de stupéfiants, etc. On y ajoutera les patients maintenus en contention physique.

58. Mineurs et majeurs protégés

Relèvent également de ces dispositions les patients mineurs et les majeurs protégés.

En cette matière comme pour les autres, les parents titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur, selon le cas, sont les interlocuteurs du personnel hospitalier. Ils représentent le mineur ou le majeur sous tutelle.

Hors leur présence, les patients mineurs ou majeurs protégés ne peuvent pas en principe procéder eux-mêmes aux opérations de dépôt et notamment signer les documents d'inventaire. L'hôpital doit s'en charger lui-même, par l'intermédiaire de ses personnels, quel que puisse être le degré de maturité et de discernement des patients.

59. Blessés, blessés par arme

Les dispositions sur le dépôt d'office s'appliquent de même aux personnes blessées qui sont déshabillées par le personnel pour être soignées et dont les affaires doivent être placées en sécurité.

Pour le cas des blessés par arme, l'AP-HP a retenu comme procédure, en vertu de dispositions anciennes, que les vêtements des patients concernés doivent être conservés en l'état pendant cinq jours pleins à partir de l'admission, de façon à permettre éventuellement aux enquêteurs des services de police de les examiner. Après ce délai seulement, ils peuvent être désinfectés ou, en cas de décès, remis aux familles. Toutefois, sur intervention du commissaire de police et de toute autre autorité judiciaire, survenue avant l'expiration des cinq jours, ce délai peut être prolongé. Au cas où le blessé serait porté sortant avant la fin du cinquième jour, ses vêtements lui sont remis, mais dans l'état où ils se trouvaient au moment de son hospitalisation⁸⁶.

⁸⁵ Une disposition du Code de la santé publique prévoit ainsi qu'en cas d'admission d'un patient en unité pour malade difficile (UMD), « le préfet prend sa décision au vu d'un dossier médical et administratif comprenant notamment (...) le cas échéant l'indication des mesures de protection des biens du patient qui seront prises » (art. R. 3222-2).

⁸⁶ Circulaire AP-HP du 21 juillet 1947

60. L'initiative requise des personnels

Dans ces situations, tous les biens des patients (« objets de toute nature »⁸⁷) qui leur sont inutiles dans l'immédiat doivent faire l'objet d'un inventaire contradictoire et d'un dépôt, qu'il s'agisse de valeurs, de moyens de paiement, d'objets courants... L'hôpital doit les placer à l'abri⁸⁸. La responsabilité de l'hôpital pourra être engagée si le patient invoque le vol, la perte ou la détérioration d'objets qu'il avait avec lui et qu'aucun inventaire ni dépôt n'a été effectué. Ainsi est-il recommandé de procéder systématiquement à un inventaire, même en l'absence apparente de biens portés par le patient : dépourvu de contenu, cet inventaire prouvera *a minima* que l'hôpital s'est assuré de l'absence de biens à mettre à l'abri.

A contrario, si l'inventaire a été établi, il reviendra au patient de rapporter la preuve qu'il était en possession de ces objets lors de son admission⁸⁹.

Les textes prévoient expressément que les formalités de dépôt « sont accomplies par le personnel de l'établissement » (art. L. 1113-3, CSP). Plus précisément, l'inventaire de « tous les objets dont la personne admise est porteuse » doit être « aussitôt » dressé contradictoirement par :

- le responsable du service des admissions ou tout autre agent de l'établissement (par exemple, un cadre de santé, une infirmière, une aide-soignante),
- et l'accompagnant (pouvant être par exemple un parent, un voisin ou un ambulancier) ou à défaut, un autre agent de l'établissement (art. R. 1113-3, CSP).

A défaut d'accompagnant, l'inventaire sera donc établi conjointement par deux agents de l'hôpital.

L'inventaire peut associer le cas échéant le patient qui, dans ce cas, contresignera⁹⁰.

⁸⁷ Art. L. 1113-3, CSP

⁸⁸ CAA de Nantes, 18 octobre 2001, req. n° 98NT00420 : l'absence d'inventaire lors de l'admission d'un patient en urgence constitue une faute de l'établissement.

⁸⁹ A défaut de pouvoir apporter cette preuve, la faute de l'hôpital dans l'organisation du service ne pourra être caractérisée, ni donc sa responsabilité engagée (au sujet d'une patiente acheminée par les pompiers à l'hôpital alors qu'elle était désorientée et tenait des propos incohérents, pour laquelle un inventaire de ses objets personnels avait été dressé par le personnel hospitalier et qui ultérieurement, après sa sortie, s'était plainte que des objets non déposés lui avaient été alors volés, sans pouvoir en apporter la preuve, TA Paris, 24 avril 2007, *Mme H. c./AP-HP*, req. n° 0308218/6-2 ; Gaz. Pal. 17 nov. 2007, n° 321, p. 51).

⁹⁰ Précaution supplémentaire facultative : la procédure concerne en principe des patients placés dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt (art. L. 1113-3, CSP)

Dans ces situations, la remise des effets personnels du patient à la famille doit être privilégiée. Autant que possible, elle doit être effectuée sans précipitation, afin d'éviter des litiges sur ce qui a été ou non déposé en leurs mains. Il est recommandé là également de garder trace des affaires personnelles remises entre les mains des familles, notamment pour celles qui présentent une valeur manifeste.

A l'issue de l'inventaire contradictoire, les objets détenus par le patient et le document d'inventaire sont placés au coffre ou au vestiaire.

Un reçu est remis au patient, accompagné d'une fiche d'inventaire si l'état du patient le permet. Une copie de ces deux documents est conservée au dossier. Les documents originaux sont conservés dans son dossier administratif s'ils ne peuvent lui être remis en mains propres dans des conditions sécurisées.

Les biens, documents et objets personnels, ainsi que les sacs, enveloppes, etc. qui les contiennent doivent être systématiquement étiquetés⁹¹.

Les procédures qui viennent d'être décrites sont contraignantes et consomment du temps soignant. Elles permettent en revanche de prévenir d'éventuels litiges et des suspicions de pratiques malhonnêtes.

61. Lorsque le patient retrouve la capacité de procéder au dépôt

La procédure du dépôt d'office s'applique aux situations dans lesquelles les patients ne sont pas en mesure de protéger leurs biens en les déposant.

Dès qu'ils sont à nouveau dans la capacité d'y procéder, ils doivent retirer les objets déposés qui ne relèvent pas des critères de dépôt ordinaire (v. n°9), ainsi que de ceux qu'ils souhaitent récupérer auprès d'eux (art. L. 1113-3 et L. 1113-4, CSP). Ils doivent en être informés. Le régime de responsabilité redevient alors celui du droit commun (v. n°87).

⁹¹ A priori par des étiquettes à code-barres produites par le système d'information.

62. Aux urgences : une distinction nécessaire

La procédure de dépôt d'office ne s'applique pas à l'ensemble des patients reçus aux urgences.

Conformément aux dispositions légales, on distinguera deux situations distinctes au sein de ces services :

- celle des patients venus pour des soins ou un diagnostic, **lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés** ou dans la période précédant leur admission en hospitalisation.

Le régime de responsabilité prévu par la loi ne s'applique pas, sinon en cas de faute des services hospitaliers, aux biens disparus ou détériorés en amont de l'hospitalisation. Ainsi par exemple, lorsque le patient a été acheminé par un transporteur sanitaire, un SMUR⁹² ou les pompiers, lesquels refusent généralement de se charger de la conservation des affaires des personnes, y compris en cas de transfert entre établissements. Il ne s'applique pas non plus aux patients qui font l'objet d'examen complémentaires (imagerie, biologie,...) au cours de leur passage aux urgences, tant qu'ils n'ont pas été « admis » en hospitalisation.

Les patients dans cette situation doivent être informés qu'ils doivent conserver leurs affaires personnelles sous leur entière responsabilité et que sauf faute de sa part, l'hôpital ne pourra pas être tenu responsable en cas de vol, perte ou détérioration⁹³. S'ils souhaitent alors porter plainte, il devront le faire contre « X » ou contre l'auteur du vol ou du dommage (v. n°103).

Mais cette absence de responsabilité hospitalière ne vaut que si les patients disposent « lors de leur entrée dans l'établissement » (art. L. 1113-3, CSP) d'un minimum de lucidité pour s'occuper de leurs affaires personnelles. A défaut, la protection de l'hôpital s'impose dès cette « entrée ».

⁹² Hypothèse d'un SMUR géré par un autre établissement de santé.

⁹³ Il en sera ainsi en cas de disparition des téléphones mobiles que les patients auront pu brancher dans la salle d'attente des urgences...

TA Paris, n° 1519685/6-1, 13 janvier 2017 : la responsabilité de l'AP-HP ne peut être engagée, le patient ne produisant aucun élément remettant en cause le constat de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), puis celui du médecin, selon lesquels il était conscient, orienté et vigilant.

L'information suivante pourra le cas échéant être affichée dans les locaux d'attente des urgences⁹⁴:

Mesdames, Messieurs,

Vous consultez au service des urgences.

Nous vous informons que vos biens et affaires personnelles demeurent sous votre entière responsabilité.

Le service d'accueil des urgences décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Nous vous demandons d'être vigilants.

Le personnel est à votre disposition pour toute information complémentaire.

- celle où les patients sont **admis en hospitalisation**, y compris en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), **à l'issue de leur prise en charge initiale dans le service des urgences**, l'admission étant réputée effectuée lorsqu'est prise une décision médicale formalisée en ce sens. Et ceci vaut même si le patient, administrativement transféré dans une unité d'hospitalisation, n'y a pas encore été acheminé physiquement.

Pour ces patients s'applique le régime de responsabilité prévu par l'article L. 1113-3 (v. n°87)⁹⁵.

Une grande vigilance est requise en conséquence des brancardiers en charge des patients, pendant cette période de risque particulier, avant que l'unité d'hospitalisation ne « prenne le relais ». La disparition de biens pendant le brancardage des patients relèvera du régime de responsabilité des dépôts d'office, dès lors qu'aura été prise la décision d'admission.

⁹⁴ Texte de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (AP-HP / GH HUPNVS)

⁹⁵ En l'absence de formalités de dépôt accomplies par le personnel, l'hôpital ne peut contester la perte d'un objet qu'une patiente prétendait détenir lors de son admission, TA Caen, 12 juin 2001, *Mme Trarieux* : req. n° 001888.

A contrario, dès lors qu'un inventaire a été établi lors de l'admission du patient, il appartient à ce dernier d'apporter la preuve qu'il était en possession d'objets qui n'auraient pas été mentionnés sur la feuille d'inventaire, TA Paris, 24 avril 2007, req. n° 0308218 : Gaz. Palais, 17 nov. 2007, n° 321, p. 51, obs. Ballereau-Boyer.

63. Sac provisoire des urgences

La décision d'admission induit, comme cela vient d'être indiqué, le dépôt immédiat des valeurs et affaires personnelles à l'initiative du personnel.

Dans les autres cas, tant que la décision d'admission n'a pas été prise, les affaires du patient demeurent sous sa responsabilité et sous celle de ses accompagnants.

Au sein des unités d'urgences, un sac plastique doit être mis à la disposition des patients pour y placer provisoirement leurs affaires personnelles⁹⁶.

Si nécessaire, le personnel de l'unité s'en chargera lui-même : cette opération devra être effectuée avec soin, car le déshabillage du patient conduit souvent à la dispersion dans l'unité des vêtements et autres affaires personnelles (livre, sac à mains, veste, pull-over, etc.).

Dans ce « sac vestiaire » seront placés le cas échéant les téléphones portables, tablettes et autres équipements comparables du patient.

Ce sac sera en principe placé sous le brancard, si le patient est ainsi installé, ou accroché à sa poignée, clos par des boutons pression ou des pressions « zip » par exemple. Il accompagnera le patient jusqu'à son service de destination, s'il est par la suite hospitalisé. Si le patient n'est pas hospitalisé à la suite de son passage aux urgences, les affaires placées dans le sac lui seront restituées.

Les sacs sont détruits après utilisation. L'usage de sacs fixes ou réutilisables doit être proscrit, compte tenu des risques pour l'hygiène.

64. Extension du champ des objets déposables

Les objets « détenus » par la personne et qui font l'objet d'un dépôt d'office peuvent n'avoir aucun rapport avec les besoins ordinaires d'un patient hospitalisé : bicyclette, sac de courses, valises, skateboard, etc.

On considérera que l'obligation de l'hôpital consiste à mettre ces affaires « à l'abri », sous une forme ou une autre. Les procédures d'information visant à préconiser aux patients, par avance, de ne se rendre à l'hôpital que pourvus du strict nécessaire sont en effet ici inopérantes.

⁹⁶ L'AP-HP référence un sac de couleur blanche, mentionnant le logo de l'AP-HP et le nom de l'hôpital, et ainsi dimensionné : 57,5 X 60 cm.

Le dépôt d'office n'a de raison d'être que pour le temps où les patients sont réellement hors d'état de manifester leur volonté ou pris en charge en soins d'urgence. Dès lors qu'ils sont en mesure de les retirer (ce qui sera médicalement établi si nécessaire par référence notamment aux données du dossier médical), ils doivent y procéder⁹⁷. L'hôpital doit les y inviter si nécessaire.

65. Lieu du dépôt

Selon leur nature, les biens et affaires personnelles du patient doivent être placés :

- **soit directement auprès du régisseur,**
- **soit dans un coffre de l'hôpital,** s'agissant notamment de valeurs⁹⁸ : le coffre des urgences sera le plus souvent le lieu de leur dépôt initial et provisoire, avant leur transfert au coffre du régisseur dans les meilleurs délais.

Les opérations de dépôt et de retrait dans le coffre de l'hôpital ou des services doivent faire l'objet de précautions particulières. Seuls les cadres du service, ou certains d'entre eux désignés à cet effet, peuvent y avoir accès et disposer des codes de son ouverture (codes qui seront renouvelés à échéances régulières sous le contrôle du responsable de l'unité).

Sur l'usage d'enveloppes et d'un coffre de type « boîte à lettres » (v. n° 19).

Les retraits des coffres de l'hôpital ou des services s'effectuent a priori sur rendez-vous avec un cadre. Une photocopie de la pièce d'identité du patient sera le cas échéant effectuée et lui sera remise, afin qu'il puisse ultérieurement justifier de son identité lorsqu'il voudra récupérer ses affaires. A défaut, mais cette procédure est plus fragile, deux agents devront attester qu'il s'agit bien de la personne dont les biens ont été recueillis et mis à l'abri.

- **soit au vestiaire,** constitué selon le cas d'une pièce de stockage, de casiers, de consignes, etc., dédié aux biens autres que les valeurs, et notamment aux clés⁹⁹.

66. Registre d'inventaire

Un registre d'inventaire doit être constitué (un modèle est proposé ci-contre : voir tableau)

⁹⁷ Art. L. 1113-3, CSP ; Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 108

⁹⁸ Sont concernées en pratique toutes les valeurs, y compris les pièces de monnaie, quel que puisse être le côté fastidieux de l'inventaire...

⁹⁹ Dans beaucoup d'hôpitaux, les affaires personnelles, quand le vestiaire « déborde », sont entreposées à la lingerie.

67. Sacs à main

Les sacs à main doivent être ouverts et vidés, afin de dissocier les valeurs des autres biens de la personne. Cette opération doit être effectuée avec précaution, en prenant en compte le caractère privé et intime que présente généralement ce type d'affaires personnelles.

Il doit en être de même pour les sacoches, sacs à dos, serviettes, valises...

68. Relations avec les SMUR, pompiers et autres transporteurs sanitaires

La prise en charge par l'équipe des urgences des patients ainsi acheminés depuis l'extérieur est d'abord médicale. Autant que possible, l'accueil du patient à l'hôpital doit comprendre parallèlement un court temps de mise au point et de transmission dédié aux biens du patient. Les opérations concernant les affaires personnelles doivent être traçées, de façon à éviter des litiges ultérieurs.

Lorsque les SMUR, pompiers et autres transporteurs sanitaires acheminent des patients aux urgences, il est d'usage qu'ils laissent à l'accueil des urgences les papiers d'identité et de protection sociale des patients (carte Vitale, etc.), qu'ils ont récupérés sur eux ou qui leur ont été confiés.

Cette pratique est souvent à l'origine de litiges, en cas de perte ou de disparition de documents... Là également, toute initiative utile doit être prise pour sécuriser le dépôt provisoire des documents au sein de l'unité, en utilisant le cas échéant un registre.

69. Lorsque le patient a quitté l'hôpital

L'expérience montre que des patients oublient souvent des biens dans les services d'urgences, avant de rejoindre leur unité d'hospitalisation ou sortir de l'hôpital.

Lorsque les biens ont pu être identifiés, une lettre doit être adressée au patient pour lui indiquer que ses affaires ont été retrouvées et conservées et lui expliquer les conditions dans lesquelles il pourra les récupérer.

Des points doivent être effectués régulièrement avec les unités d'hospitalisation lorsque des affaires demeurent anormalement longtemps au vestiaire sans être réclamées (v. n°144 et s.).

70. Après le passage aux urgences

Après leur passage aux urgences, un certain nombre de patients sont hospitalisés. Selon le cas, brancardés ou non, ils se rendront souvent dans leur unité d'hospitalisation, alors qu'un premier dépôt de leurs affaires aura été effectué au service des urgences. Ils auront fréquemment conservé des affaires personnelles, par exemple dans le sac plastique qui leur aura été remis aux urgences, qu'ils voudront mettre à l'abri à leur arrivée dans l'unité. Ces affaires seront le cas échéant placées pour partie dans le coffre individuel de la chambre. D'autres pourront faire l'objet d'un second inventaire dans l'unité et de dépôts complémentaires : vestiaire, coffre de la régie, coffre de l'unité (v. n°34).

La restitution des affaires personnelles

5. LA RESTITUTION DES AFFAIRES PERSONNELLES

Points essentiels

- Le retrait des objets peut être effectué par :
 - le patient,
 - son représentant légal
 - ou toute personne mandatée par lui (« mandataire »).
- Il peut être réalisé lors de la sortie du patient ou à tout moment.
- Si le patient entend faire opérer le retrait par un mandataire, il doit le préciser par écrit avant sa sortie. A défaut, il doit donner à la personne qu'il désigne une procuration écrite attestant de ce mandat.
- Le retrait s'effectue contre signature d'une décharge. Le patient, son représentant légal ou son mandataire doivent apporter la preuve de leur identité. En cas de doute, le régisseur pourra appeler directement le patient pour s'assurer de la validité de la procuration.
- La personne à laquelle sont remis les objets émarge le reçu initial qui a été délivré au déposant (et qui lui est restitué) ainsi que le double versé dans son dossier administratif.
- Les parents titulaires de l'autorité parentale se font en principe personnellement restituer les biens des mineurs. Ceci sauf administration légale, contrôle judiciaire ou tutelle.
- Une organisation doit être mise en place pour permettre autant que possible aux patients de récupérer très rapidement leurs affaires personnelles dans les différents lieux où ils sont conservés, y compris en période de nuit, de week-end et de jours fériés.

71. L'organisation des retraits

Lorsque l'hospitalisation est achevée ou si le patient souhaite désormais en disposer directement, ceux-ci doivent lui être restitués. Le patient s'attendra qu'ils lui soient rendus promptement et « en l'état ».

La gestion des restitutions de biens requiert une grande rigueur, car ces opérations sont, parfois à l'origine de litiges. Une organisation doit être mise en place pour permettre autant que possible aux patients de récupérer très rapidement leurs affaires personnelles dans les différents lieux où ils sont conservés, y compris dans les périodes de nuit, de week-end et de jours fériés.

72. La restitution des valeurs chez le régisseur

Elle s'effectue auprès du régisseur.

Le régisseur restitue en principe au seul déposant (et non aux familles et aux proches¹⁰⁰), les titres, valeurs, bijoux, sommes d'argent ou moyens de règlement, contre remise d'une quittance dûment acquittée¹⁰¹.

73. Formalités de retrait

Le retrait des objets peut être effectué par :

- le patient lui-même (« déposant »),
- son représentant légal
- ou toute personne mandatée par lui (« mandataire »).

Il peut être réalisé lors de la sortie du patient ou à tout moment¹⁰².

La remise des fonds ou des objets se fait contre signature d'une décharge. Le déposant, son représentant légal ou son mandataire doivent apporter la preuve de leur identité. En cas de doute, le régisseur pourra appeler directement le patient pour s'assurer de la validité d'une procuration.

Il est conseillé de faire émarger la personne à laquelle seront remis les objets sur le reçu initial qui lui a été donné et qui lui sera restitué ainsi que sur le double versé dans son dossier administratif.

Pour les sommes d'argent, le régisseur fait acquitter¹⁰³ un ordre de paiement établi au nom du bénéficiaire. Il n'existe pas de seuil de restitution des sommes d'argent en numéraire¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Ainsi, en cas d'urgence, le régisseur demandera un écrit au directeur pour remettre les clés à un tiers : remise à la conjointe par ex., de pièces d'identité, etc.. Le tiers devra avoir fait connaître les motifs de sa demande.

¹⁰¹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97

¹⁰² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 42

¹⁰³ Acquitter une pièce (établissant une dette). Constaté par une formule (p. ex. « pour acquit »), suivie de la date et de la signature, le paiement de la dette inscrite sur la pièce

¹⁰⁴ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 42

En revanche, les régies ne peuvent restituer d'argent en numéraire au-delà d'un plafond fixé par le comptable : au-delà de ce montant-plafond (actuellement 1 000 euros au sein de l'AP-HP), le patient devra s'adresser directement au poste comptable.

Pour les autres biens, le régisseur ou l'agent habilité de l'hôpital récupère au coffre l'enveloppe contenant les valeurs ou les autres biens, conservés ou non dans une enveloppe, et la ou les fiches de dépôt¹⁰⁵. Sur les deux fiches d'inventaire, il appose la date du jour de sortie des valeurs et le tampon du poste comptable revêtu de sa signature et fait acquitter le bénéficiaire par une signature sur les deux exemplaires. Un exemplaire de la fiche d'inventaire est alors remis au bénéficiaire avec les objets. Le second exemplaire est conservé par le régisseur ou l'agent comme pièce justificative avec la copie de sa pièce d'identité. Cet exemplaire attestant du reçu est placé dans le classeur du poste, par mois et par année¹⁰⁶.

74. Retrait des biens par un mandataire

Si le déposant (patient ou représentant légal) entend faire opérer le retrait par un mandataire, il doit le préciser par écrit avant sa sortie. A défaut, il doit donner à la personne qu'il aura désignée un document (procuration) attestant de ce mandat.

Lorsque le retrait est effectué par un mandataire, le dépositaire doit exiger cette procuration qui, selon l'importance des sommes à payer, est notariée ou établie sous simple seing privé. L'instruction DGFIP du 7 février 2014 fixe actuellement le seuil des actes notariés à 6 000 euros. Afin d'apprécier si ce seuil est ou non atteint, le régisseur tiendra compte du montant des fonds déposés ainsi que des titres ou valeurs dont il a pu identifier le montant dans sa comptabilité des valeurs inactives (bons du Trésor, bons de caisse,...)¹⁰⁷.

En l'absence d'actes notariés, les régisseurs doivent s'assurer de la réalité de la procuration en vérifiant eux-mêmes, sous leur responsabilité, l'authenticité des signatures produites. Il est recommandé de manière générale aux dépositaires de vérifier la conformité de cette signature avec celle figurant dans le dossier administratif de l'intéressé et de s'assurer de l'identité du mandataire.

¹⁰⁵ issues le cas échéant de l'application CIRCL

¹⁰⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 42

¹⁰⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 42

Pour éviter le coût des formalités notariales, les usagers peuvent user de la possibilité qui leur est ouverte de se présenter au guichet d'une trésorerie de leur résidence afin que soit authentifiée la signature de l'acte sous seing privé à produire¹⁰⁸.

Mention du retrait sera faite sur le registre spécial de dépôt, en précisant, s'il ne s'agit pas du patient lui-même, le nom et la qualité de la personne qui a effectué le retrait (représentant légal ou mandataire)¹⁰⁹.

75. La notion de sortie

Le moment de la sortie du patient est le plus approprié pour le retrait de ses biens.

La sortie s'entend par le départ définitif de la personne de l'établissement. Ne peuvent être considérées comme étant « sorties » :

- les personnes transférées dans un autre établissement pour une durée inférieure à quarante-huit heures ;
- les personnes bénéficiant, au cours de leur hospitalisation, de permissions de sortie¹¹⁰.

Dans les établissements de soins de longue durée (SLD) hébergeant des personnes âgées ou des personnes handicapées, même les absences de longue durée des résidents, en cas d'hospitalisation, ne peuvent être considérées comme des sorties définitives.

En effet, l'établissement doit s'organiser pour accueillir à nouveau le résident, quand s'achèvera son hospitalisation « externe »¹¹¹.

76. La restitution des objets en cours de séjour

Au cas où le patient est hospitalisé et qu'il est valide, la situation la plus simple est celle où il se rend lui-même à la régie ou auprès du service de l'hôpital en charge du coffre (le cas échéant le coffre ou le vestiaire des urgences), muni de son reçu et de la fiche d'inventaire. Les biens lui y seront directement restitués.

Lorsque le patient se trouve dans l'incapacité de se déplacer à la régie, le régisseur peut se rendre à son chevet afin de lui rendre les objets dont il a besoin et qui auront été déposés à son arrivée, en urgence par exemple.

¹⁰⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 95

¹⁰⁹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 94

¹¹⁰ Art. R. 1112-56, CSP

¹¹¹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 92-93 ; art. 212 du règlement intérieur de l'AP-HP

Le régisseur ne peut en effet pas les rendre directement au service, même si c'est initialement un agent du service qui les a déposés auprès du régisseur.

Il est admis que la restitution des objets non déposables peut être faite directement s'il s'agit de vêtements nécessaires au séjour ou à la sortie et qui ont été mis à l'abri au vestiaire.¹¹²

Cette restitution directe des biens aux patients non hospitalisés donne lieu à une traçabilité dans un registre ou cahier spécifique (mentionnant la date, l'heure,...), là également sur la base de fiches d'inventaire (v. n°48).

77. La restitution des objets déposés d'office

L'hôpital peut être conduit par les circonstances, pour un patient inconscient, pris en urgence, etc., et donc dans les cas de « dépôt d'office », à conserver en dépôt des objets qui dans d'autres circonstances ne seraient pas acceptés.

Ces objets doivent demeurer en dépôt tant que le patient lui-même ou son représentant légal n'est pas en état de procéder aux formalités. Dès qu'il est en état de le faire, il doit être informé de ce dépôt ; plus généralement, il doit recevoir l'information générale normalement prévue au moment de l'entrée (v. n°61). Il lui est alors remis l'inventaire initial et le reçu du dépôt. L'agent de l'hôpital dresse avec le patient la liste des objets déposables qu'il ne souhaite pas maintenir en dépôt. L'inventaire initial est alors rectifié en ce sens.

Le patient doit être simultanément invité à procéder au retrait des objets qui, en raison de leur nature, ne peuvent faire l'objet d'un dépôt.

Certains objets détenus par des personnes admises en urgence ne peuvent en effet, a priori, être conservés dans l'enceinte de l'établissement : l'Instruction DGFIP du 7 février 2014 évoque par exemple des valises d'échantillons détenues par un voyageur de commerce...

Il appartient alors au patient de prendre toutes mesures utiles pour faire reprendre ces objets par un tiers dûment mandaté par lui ou, si cette solution s'avère impossible, de demander à l'hôpital, sous la responsabilité et à la charge de l'intéressé, de prendre les dispositions nécessaires pour assurer le retour de ces objets au lieu qu'il aura indiqué¹¹³.

Le code de la santé publique a prévu que l'établissement qui assure le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, le fait à la charge financière du déposant¹¹⁴. Si une somme d'argent est en dépôt chez le régisseur, il lui

¹¹² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 92-93

¹¹³ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 92-93

¹¹⁴ Art. R. 1113-5, CSP

reviendra d'obtenir l'autorisation du déposant pour prélever sur cette somme les frais de port engagés par l'hôpital. A défaut, le montant des frais doit être réclamé à la sortie de la personne de l'hôpital pour les personnes en court séjour ou durant le séjour pour les personnes qui y séjournent habituellement. Si les frais entraînés par ce retour ne peuvent être directement réglés par l'intéressé, l'hôpital pourra se faire délivrer un double de la facture des sommes qu'il aura engagées pour assurer le renvoi. Ce double viendra à l'appui d'un titre de recettes adressé ultérieurement au patient¹¹⁵.

78. Restitution des biens du mineur ou du majeur protégé

Les parents titulaires de l'autorité parentale se font en principe personnellement restituer les biens des mineurs qui ne bénéficient pas de la capacité civile (mineurs non émancipés). Ceci sauf administration légale, contrôle judiciaire ou tutelle.

Il est admis que le mineur hospitalisé puisse récupérer directement ses affaires déposées. Il doit à cet effet produire une procuration de ses parents et une copie de leurs cartes d'identité.

Pour les majeurs placés sous un régime de protection juridique, le retrait doit être effectué :

- par le tuteur pour les majeurs sous tutelle ;
- par le majeur en présence de son curateur ou par le majeur lui-même en fonction de la liste des actes que l'incapable peut faire seul ;
- par le majeur lui-même, en principe, pour les majeurs sous sauvegarde de justice¹¹⁶.

79. Restitution en extrême urgence

La règle selon laquelle le régisseur doit restituer au seul déposant et donc en aucun cas aux familles les sommes d'argent reçues en dépôt, peut recevoir une atténuation limitée dans les cas d'extrême urgence suscitée par des circonstances exceptionnelles. Il en est ainsi par exemple lorsqu'un patient, admis d'urgence dans l'hôpital, détient en numéraire la totalité des ressources de la famille qui ont fait l'objet d'un dépôt d'office en raison de l'état du détenteur et de l'impossibilité où il est de pouvoir s'exprimer.

¹¹⁵ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 92-93

¹¹⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 95

Dans une telle circonstance, il est admis que le régisseur auprès duquel ont été déposés le fonds puisse remettre au conjoint ou à l'un des mandants ou ascendants qui accompagne l'hospitalisé les sommes nécessaires pour permettre aux intéressés de regagner leur domicile et de subvenir à leurs besoins jusqu'au moment où ils pourront se mettre en rapport avec le comptable.

La quittance reçue pour le montant des sommes remises doit dans ce cas relater les circonstances qui ont justifié le versement. Les deux opérations de dépôt et de remise des fonds doivent être décrites dans les écritures du comptable¹¹⁷.

¹¹⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97

L'information des usagers

6. L'INFORMATION DES USAGERS

Points essentiels

- Toute personne hospitalisée doit être invitée, lors de son admission, à effectuer le dépôt des biens qu'elle avait apportés pour son séjour au sein de l'hôpital.
- Une information écrite et orale doit alors lui être donnée, ou à son représentant légal.
- Il doit lui être remis contre reçu un document rappelant les règles applicables. Ce document doit comporter des informations pratiques sur les modalités de dépôt et de retrait : lieu du dépôt selon la nature des objets ; jour et heure où les retraits sont possibles.
- La réglementation hospitalière impose à l'hôpital de délivrer des informations précises au patient sur les modalités de conservation et de dépôt de ses valeurs et affaires personnelles. Et sur les indemnisations possibles en cas de vol, de perte ou de détérioration.
- Les soignants doivent prendre le temps d'expliquer le régime de responsabilité qui découle de la conservation d'objets personnels dans la chambre et des risques de vol, de perte et de détérioration. Et plus généralement, d'informer clairement le patient sur les différentes responsabilités, selon que les biens sont déposés ou non.
- Cette information doit faire référence aux dispositions légales et réglementaires sur la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies.
- Ces dispositions s'appliqueront de la même façon en cas d'admission en urgence ou de patient inconscient, mais avec un décalage. Le patient doit être informé lorsqu'il retrouve ses facultés, l'information devant en attendant être donnée verbalement et par écrit à son représentant légal s'il en a un. Il recevra également un reçu de l'inventaire et accomplira les formalités de dépôt.

80. Obligation d'information des patients

La réglementation hospitalière impose à l'hôpital de délivrer des informations précises au patient sur les modalités de conservation et de dépôt de ses valeurs et affaires personnelles. Et sur les indemnisations possibles en cas de vol, de perte ou de détérioration¹¹⁸.

Cette information sera délivrée le cas échéant à son représentant légal¹¹⁹.

Cette information doit permettre de prévenir les malentendus. Les courriers de réclamation montrent par exemple que certains patients considèrent qu'en toutes circonstances, et bien qu'ils n'aient pas pris la précaution de les déposer, que la surveillance de leurs affaires dans les services revient aux équipes soignantes et que l'hôpital est pleinement garant de la sécurité de leurs biens. Ils s'indignent dans certains cas que l'établissement ou son assureur, arguant d'une absence de faute de leur part, refusent d'indemniser le vol ou la disparition de certains objets.

Certes, l'hôpital est effectivement garant de la sécurité de leurs affaires déposées, avec l'application d'un régime de responsabilité sans faute lorsqu'ils ont été déposés, le cas échéant sous le régime du « dépôt feint ». Il doit s'efforcer de faciliter le séjour du patient en lui proposant des solutions de mise à l'abri de ses affaires personnelles. Mais il n'est pas, à défaut de faute prouvée, responsable de la sécurité des objets personnels du patient autres que ceux qui ont été déposés ou qui auraient dû l'être à son initiative (en cas d'urgence ou d'inconscience).

Quelles que puissent être les difficultés à se rendre disponible pour y procéder, les soignants doivent prendre le temps, plusieurs fois au cours du séjour si nécessaire, d'expliquer le régime de responsabilité qui découle de la conservation d'objets personnels dans la chambre et des risques de vol, de perte et de détérioration. Et plus généralement, d'informer clairement le patient sur les différentes responsabilités s'appliquant en cas de dépôt. Le patient ne doit pas ignorer qu'il demeure responsable de ses affaires à l'hôpital, lorsqu'elles ne sont pas déposées.

Il est important pour cela que les personnels soient eux-mêmes bien informés des règles et procédures. Et de les sensibiliser sur la remise et la lecture du livret d'accueil.

¹¹⁸ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2247 : « Une information est prévue et elle devra être développée par tous les moyens car elle est indispensable. Elle devra être effectuée à plusieurs niveaux, à celui des usagers, comme à ceux des établissements et des personnels. Elle devra être répétitive en cas de séjour prolongé (d'autant que des dépôts peuvent être effectués en cours de séjour) ».

¹¹⁹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 94

81. L'information des patients sur les risques de responsabilité

Cette obligation d'information des patients hospitalisés sur les règles de responsabilité applicables à leurs biens à l'hôpital est prévue par le Code de la santé publique (art. L. 1113-10).

Ainsi¹²⁰, toute personne hospitalisée doit être invitée, lors de son « entrée » (donc lors de son admission), à effectuer le dépôt des « choses mobilières » qu'elle a apportées. Cette invitation s'applique aux biens dont la détention est justifiée pour le séjour.

L'hôpital doit à cet effet délivrer au patient ou à son représentant légal, lors de son admission, une information écrite et orale (sur l'information écrite, v. n° 83). Ceci induit que « lors de l'accueil de la personne admise ou hébergée », elle doit être informée « oralement des dispositions générales du code de la santé publique »¹²¹ et qu'« il doit lui être remis contre reçu un document rappelant ces règles »¹²². L'hôpital doit conserver au dossier administratif de l'intéressé un exemplaire de ce reçu signé par la personne admise ou son représentant légal, reçu qui apportera en cas de besoin la preuve que l'information a été effectuée¹²³.

Il est recommandé que ce document remis au patient comporte des informations pratiques sur les modalités de retrait des dépôts : lieux du dépôt selon la nature des objets, jours et heures où les retraits sont possibles.

Cette information doit faire référence aux dispositions légales et réglementaires sur la responsabilité des établissements de santé en cas de vol, perte ou détérioration des biens des patients hospitalisés, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi qu'au sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés à l'hôpital.

Elle doit figurer aussi, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement¹²⁴.

¹²⁰ Art. R. 1113-1, CSP

¹²¹ Loi du 6 juillet 1992 et décret du 27 mars 1993

¹²² Circulaire interministérielle du 27 mai 1994

¹²³ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 86

¹²⁴ Article 148 du règlement intérieur type de l'AP-HP : « Dès sa pré-admission au sein du groupe hospitalier et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le patient est invité à n'apporter au sein du groupe hospitalier que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du groupe hospitalier et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur dont la liste, établie par le directeur du groupe hospitalier, lui est communiquée.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité du groupe hospitalier. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient.

Comme cela a été indiqué (v. n°61), ces dispositions s'appliquent de la même façon en cas d'admission en urgence ou de patient inconscient, mais avec un décalage. L'intéressé devra être informé s'il retrouve ses facultés, l'information étant délivrée verbalement et par écrit à son représentant légal s'il en est doté. Il recevra également un reçu de l'inventaire et accomplira les formalités de dépôt.

Les dispositions du règlement intérieur ou du contrat de séjour¹²⁵ mentionnant ces règles ne sauraient dispenser l'hôpital et ses équipes de l'information orale et de la remise à titre individuel du document qui viennent d'être évoquées.

L'absence d'information pourra entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'hôpital en cas de vol, perte ou détérioration¹²⁶.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le groupe hospitalier est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'une somme fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale.

À titre exceptionnel, le directeur du groupe hospitalier peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets ne figurant pas sur la liste des objets de faible valeur établi par le groupe hospitalier. Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, le groupe hospitalier n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Le groupe hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins ».

¹²⁵ Contrat de séjour qui est obligatoire pour les établissements soumis à la loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

¹²⁶ L'absence d'information lors de l'entrée dans l'établissement sur les formalités de dépôt et de déclaration est fautive (TA Paris, 7 sept. 1999, n° 96105176, Martin). En l'absence de dépôt des biens par une personne qui n'était pas hors d'état de le faire, la responsabilité de l'établissement n'est pas en principe engagée de plein droit. Toutefois, lorsque l'établissement ne satisfait pas à son obligation d'inviter le patient à procéder au dépôt de ses biens, il commet une faute (CAA Bordeaux, 9 septembre 2014, Mme Marcelle S., req. n° 13BX00559 : AJDA 2014, 2510).

En pratique

L'information des patients à l'admission

Au bureau des admissions, il doit être remis au patient un document, pouvant par exemple être celui retenu dans l'application ORBIS (v. n° 83) et intitulé :

« Dépôt de vos biens et affaires personnelles : information aux patients et à leurs familles » ou « Mettez à l'abri vos affaires personnelles ».

Un reçu de cette remise doit être établi par l'agent du service des admissions et signé du patient ou son représentant légal.

Le reçu peut prendre la forme :

- d'un formulaire administratif pouvant être ainsi libellé : *« Hôpital... RECU, Je soussigné(e) atteste avoir été informé(e) des dispositions générales de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993 relatives aux objets déposés par les patients dans les établissements de santé. A ..., le , Signature »*
- d'un exemplaire daté et contresigné du document d'information.

Quelle qu'en soit la forme, un exemplaire du reçu doit être remis au patient, un autre être conservé au dossier administratif.

Le bureau des admissions doit vérifier systématiquement que l'ensemble des patients admis a bien été informé, y compris pour ceux qui ont été admis sans être passés par le bureau des admissions.

Information des patients à la sortie

Lors des formalités de sortie, l'agent du bureau des admissions doit remettre au patient un document l'informant sur les conditions de retrait des objets déposés.

L'hôpital doit adresser aux personnes hospitalisées ayant abandonné des objets un courrier leur demandant de venir les retirer et les informant sur le devenir des objets abandonnés.

Objets détenus par une personne décédée

L'information sur les règles relatives aux objets abandonnés doit être donnée aux personnes qui se présentent (famille ou proches) pour les formalités de décès. Elle doit préciser que le retrait des objets ne pourra, sauf dispositions contraires prises par le disparu et connues, être effectué qu'entre les mains des héritiers.

Dès lors que les héritiers sont connus, l'hôpital doit leur remettre, soit directement, soit par courrier, un document les invitant à procéder au retrait du dépôt et les informant du devenir des objets qui resteraient en dépôt dans l'hôpital.

Cette information doit être communiquée aux héritiers, s'ils sont connus, au moins 6 mois avant la remise des objets à la Direction de l'immobilier de l'Etat (ex-France Domaine) ou à la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

L'hôpital doit signaler au régisseur les décès et sorties de personnes ayant effectué des dépôts, dès lors que leur restitution n'a pas été demandée.

82. Modalités de l'information écrite

Les hôpitaux utilisent en général le livret d'accueil comme support d'information écrite¹²⁷.

La réglementation prévoit que le livret d'accueil doit mentionner « Les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent et de valeurs »¹²⁸.

Afin de conseiller aux patients de se rendre à l'hôpital munis de leurs seules affaires strictement nécessaires, une mention en ce sens figurera par ailleurs utilement sur la feuille de convocation, lors de la pré-admission.

Il est recommandé de même, dans les différents messages électroniques susceptibles d'être adressés au patient avant son hospitalisation, de joindre en pièce jointe l'affiche « *Pendant votre séjour...* » (v. p. 80).

¹²⁷ Le rôle du livret d'accueil en la matière avait été souligné par une lettre-circulaire ministérielle du 27 juillet 1985 qui jugeait « opportun d'inviter les malades à se défaire, préalablement à leur hospitalisation, de tout objet de valeur ou somme d'argent importante dont ils n'auraient pas l'usage au cours de leur séjour à l'hôpital. A cet égard, les livrets d'accueil pourraient utilement dispenser des conseils et des recommandations ».

¹²⁸ Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé
Article 2 (...)

Les indications contenues dans le livret d'accueil portent également sur : (...)
10. Les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent et de valeurs (...)

L'information peut en complément être effectuée par des affichettes sur les placards des chambres (en retenant une formulation appropriée, évitant de créer un sentiment d'insécurité). Ou encore par une affichette sur la porte de la salle de bains appelant le personnel à la vigilance au moment de la toilette (prothèses dentaires et auditives). La salle de bains est en effet, d'expérience, un lieu propice aux pertes et détériorations.

Dans le livret d'accueil de l'AP-HP

Vos effets personnels

Dès votre arrivée, il vous est conseillé de ne détenir aucun objet précieux, carte bancaire ou chéquier et de ne conserver que le strict minimum en espèces. Nous vous informons que certains objets et documents peuvent être placés en lieu sûr dans un coffre de l'hôpital, sur simple demande de votre part auprès du cadre de santé du service.

Pour votre confort, il est conseillé
d'apporter :.....

(à compléter : on précisera selon les caractéristiques de l'hôpital et de ses unités médicales ce que les patients doivent prévoir : vêtements et sous-vêtements, affaires de toilettes, etc.)

Il est recommandé de ranger les vêtements que vous portez à votre arrivée dans le placard de votre chambre. Si vous portez des prothèses ou des lunettes, vous devez le signaler au cadre de santé du service. Pour les prothèses dentaires ou auditives, une boîte prévue à cet effet vous sera fournie. En cas de perte ou de vol d'objets, adressez-vous au cadre de santé qui vous indiquera la procédure à suivre.

A la régie

Afin de récupérer les affaires personnelles que vous avez déposées, apportez une pièce d'identité et le reçu qui vous a été remis lors du dépôt de vos objets.

Récupérez les objets que vous avez laissés.

En hôpital pédiatrique ¹²⁹

Quelques conseils pour préparer la valise

Il est important de préparer la valise de votre enfant avec attention afin qu'il ne manque de rien pendant son séjour.

- Prévoyez du linge personnel (pyjama, pantoufles, linge et objets de toilette, etc.).
- Pensez à prendre des objets qui lui sont familiers : un jouet, une peluche ou des photos. Ils accompagneront votre enfant pendant son hospitalisation.
- Pensez à laisser à votre domicile les objets de valeur (consoles portables, téléphones, argent, etc.). Dans le cas contraire, ils seront sous votre responsabilité directe pendant toute la durée du séjour.
- Pensez à informer le personnel du service si tel est le cas que votre enfant porte des lunettes, une prothèse ou tout autre appareillage, afin d'éviter toute perte durant le séjour.

83. L'information orale

Elle doit être donnée au bureau des admissions. Mais une bonne pratique est d'intégrer cette information orale, totale ou partielle, aux différents points d'entrée à l'hôpital : aux urgences en cas d'hospitalisation depuis ce service ; lors de l'accueil dans l'unité de soins..., par les personnels administratifs aussi bien que soignants. Ce qui induit bien entendu que les personnels soient eux-mêmes formés, maîtrisent les règles applicables et connaissent l'organisation interne en la matière (lieux et heures d'ouverture de la régie, lieux d'implantation des coffres, etc.).

L'information orale pourra s'appuyer sur les éléments de langage de l'application ORBIS (« *Mettez à l'abri vos affaires personnelles* »).

¹²⁹ Exemple du livret d'accueil de l'Hôpital Armand-trousseau / GH HUEP – AP-HP

Modèle de document d'information

Il est proposé le texte suivant comme document d'information des usagers. Ce texte peut être un support utile pour l'information orale. Il est recommandé de faire signer un double de cette feuille au patient (l'original lui étant remis en mains propres), ceci afin de garantir qu'il a bien été informé des dispositions réglementaires sur les biens (art. R. 1113-1, CSP).

INFORMATIONS A DELIVRER AUX PERSONNES QUI VONT ETRE HOSPITALISEES CONCERNANT LEURS OBJETS PERSONNELS ET LES VALEURS QU'ELLES DETIENNENT

Madame, Monsieur,

A l'occasion de votre hospitalisation, nous vous conseillons d'apporter et de conserver avec vous le moins d'objets possibles, s'ils ne sont pas vraiment utiles à vos soins ou aux besoins immédiats de votre séjour.

L'hôpital est organisé pour vous assurer les meilleurs soins. Le personnel soignant ne sera pas en mesure à tout moment de veiller sur vos affaires. Attention : les vols peuvent exister à l'hôpital !

Pour limiter ce risque, nous vous conseillons les mesures de précaution suivantes :

Evitez notamment d'amener ou de garder avec vous des objets précieux, des affaires encombrantes ou de l'argent liquide.

Si toutefois, vous êtes venu(e) à l'hôpital avec des objets de valeur (bijoux et objets précieux, somme d'argent, chéquiers, cartes bancaires ...)(1), il vous est vivement recommandé de les déposer auprès de la régie de l'hôpital (préciser son emplacement sur le site de l'hôpital).

Vos autres affaires (objets d'usage courant, papiers d'identité, clefs...)(2) peuvent être déposées dans un local, un vestiaire ou un coffre placé sous la responsabilité de l'hôpital ou, pour certains d'entre eux, également à la régie. Renseignez-vous sur ce point auprès des cadres de santé de votre unité de soins.

Un inventaire contradictoire sera effectué pour préciser quels biens sont déposés.

Nous vous précisons que les téléphones et ordinateurs portables ne peuvent être déposés auprès de l'hôpital et qu'il vous revient d'en assurer vous-même la protection.

Dans certaines chambres, des coffres individuels dont l'utilisation vous sera expliquée ont été installés. Les biens qui y sont placés relèvent alors de votre seule responsabilité. Au cas où vous auriez des prothèses auditives ou dentaires, des boîtiers vous seront fournis. Nous vous recommandons d'être particulièrement vigilant(e) pour ne pas les égarer.

Enfin, pour votre confort, nous vous conseillons d'apporter une robe de chambre ou un peignoir, une chemise de nuit ou un pyjama, des pantoufles, ainsi qu'un nécessaire de toilette et des serviettes. Il vous est recommandé de les ranger à votre arrivée dans le placard de votre chambre. Ces affaires seront placées sous votre responsabilité.

La loi et ses textes d'application (3) prévoient des conditions d'indemnisation en cas de perte, de vol et de détérioration des biens et affaires personnelles des patients hospitalisés en cours de séjour. Elles ne s'appliquent que pour les biens qui ont été déposés, sauf en cas d'incapacité pour le patient d'effectuer les formalités de dépôt lors de son admission ou de son séjour.

Les objets abandonnés (retrait non effectué ou objet non déposé) seront remis après une période d'un an à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de valeurs ou à la Direction de l'immobilier de l'Etat (DIE), afin d'être mis en vente, pour les autres biens.

Pour recevoir des explications complémentaires et d'une manière générale, en cas de besoin, n'hésitez pas à vous adresser au cadre de santé de votre unité ou au régisseur.

Il vous est demandé, conformément à la réglementation, de bien vouloir signer l'attestation ci-dessous, certifiant que vous avez reçu les informations qui précèdent.

.....
.....

ATTESTATION

Je soussigné(e)..... certifie avoir reçu copie de la présente notice d'information exposant les dispositions principales relatives au dépôt des biens des patients hospitalisés et aux dispositions légales s'appliquant en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien personnel.

Le, Signature

(1) Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chèquiers, cartes de crédit, bijoux et objets précieux peuvent être déposés auprès du régisseur de l'hôpital agissant au nom du comptable.

(2) Les autres biens mobiliers dont la nature justifie la détention pendant le séjour (objets d'usage courant, papiers d'identité, clefs,...) peuvent être déposés auprès du régisseur et conservés au sein de l'hôpital.

(3) Art. L. 1113-1 à L. 1113-10 ; R. 1113-1 à R. 1113-9, Code de la santé publique

RECU

Hôpital :.....

Je soussigné, Mme/M.,

Certifie avoir été informé(e) des dispositions générales du Code de la santé publique relatives aux objets déposés par les patients dans les établissements de soins et d'hébergement.

A.....

Le.....

Signature

Reçu à faire éditer en deux exemplaires :

- un exemplaire à remettre au patient
- un exemplaire à conserver dans le dossier administratif du patient

84. Lors de la sortie définitive du patient. En cas de décès

Le patient « sortant » (v. n°75) doit recevoir un document écrit l'invitant à procéder au retrait des objets déposés. En cas de décès, le même document doit être adressé aux héritiers du patient (art. R. 1113-7, CSP ; v. n° 130).

Ce document mentionnera le devenir des objets abandonnés et renverra à la fiche d'information remise au patient ou à son représentant lors de son entrée¹³⁰.

Les informations ainsi délivrées doivent permettre au patient ou à son représentant légal ou mandataire d'effectuer le retrait des biens dans les meilleures conditions.

Doivent également être précisés, pour les personnes qui ne peuvent effectuer immédiatement le retrait (sortie ou retrait non programmé, transfert en urgence) :

- les lieux, jours et heures où peuvent être retirés les objets déposés au sein de l'hôpital ;
- les mêmes indications s'agissant des objets déposés chez le comptable (valeurs transférées, etc.)¹³¹.

¹³⁰ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 94.

¹³¹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 94

Retrait des objets déposés par les patients

Vous quittez notre hôpital et vous souhaitez que les biens que vous avez déposés lors de votre administration vous soient remis.

La procédure de retrait des biens déposés est la suivante :

- **Pour les biens déposés auprès du régisseur**

Vous pouvez retirer auprès du régisseur les biens que vous avez déposés.

Le retrait peut être effectué par vous-même, un représentant légal ou toute personne mandatée par vous.

Le retrait s'effectue à la régie de l'hôpital.

Vous devrez présenter le reçu qui vous a été remis lors de l'enregistrement de votre dépôt

- **Pour les biens autres que les valeurs (sommes d'argent, chèquiers, bijoux...)**

Le régisseur vous remettra directement les objets dont vous avez demandé le dépôt et qui ont été conservés au sein de l'hôpital.

Vous devrez présenter le reçu qui vous a été remis lors de votre admission.

Vous pouvez également mandater une personne de votre choix pour effectuer ce retrait.

Le bureau du régisseur est ouvert du lundi au vendredi :

de : à :

A noter que les objets non réclamés seront remis dans un délai d'un an à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres, valeurs mobilières, bijoux et objets de valeurs ou, pour les autres biens mobiliers, à la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE) aux fins d'être mis en vente

85. L'information du personnel

Il est important que les personnels soient régulièrement instruits des procédures de protection des biens des patients, afin d'être en mesure de les appliquer simplement et avec sécurité.

Nombreux sont les agents qui sont amenés, y compris ponctuellement, à y participer. La bonne application des procédures doit s'accompagner d'une attention particulière aux séquences les plus problématiques : par exemple, la sensibilisation des personnels de la restauration, lorsque les plateaux repas leur sont ramenés, à la vérification que des prothèses auditives ou dentaires ne s'y trouvent pas.

Pendant mon séjour à l'hôpital



JE DÉPOSE

SELON LES CAS :
AUPRÈS DE LA RÉGIE
OU DU VESTIAIRE...

mes objets de valeur,
mon argent liquide, mes cartes
et les effets personnels
auxquels je tiens...

sauf si j'en décide
autrement



JE GARDE

PRÈS DE MOI

mon linge personnel,
mes objets de toilette,...



JE CONSERVE

SOUS MA RESPONSABILITÉ
dans le coffre de ma chambre

mes papiers d'identité, mes clés,
mon téléphone portable,
ma tablette, mon ordinateur,
mon flacon de parfum



JE DÉCLARE

AU PERSONNEL SOIGNANT

mes lunettes,
mes prothèses (dentaires, auditives)...

La responsabilité de l'hôpital

7. LA RESPONSABILITE DE L'HOPITAL

Points essentiels

- En cas de vol, perte, ou détérioration, un régime de droit commun de responsabilité s'applique s'il y a eu faute de l'hôpital. Mais la loi prévoit pour les objets qui ont été déposés un régime de responsabilité « de plein droit », avec intégration d'un plafond.

Ceci signifie que l'hôpital,

- s'il est par sa faute ou celle de l'un de ses personnels à l'origine du dommage, devra le réparer intégralement et pécuniairement,
- si aucune faute n'a pu être identifiée de sa part ou « des personnes dont il doit répondre », il sera néanmoins responsable de cette réparation, pour les objets dûment déposés, mais dans la limite d'un plafond (6 622 euros en 2018).
- Les patients qui préfèrent conserver par devers eux leurs valeurs ou objets précieux et renoncer à la procédure de dépôt ne peuvent en cas de vol, perte, ou détérioration, obtenir réparation que s'il y a eu faute de l'établissement. Ce régime de responsabilité de droit commun, pour faute, s'applique sans plafonnement de l'indemnité. La preuve d'une faute de l'établissement ou du personnel est à la charge de la victime.
- En cas de vol, de perte, ou de détérioration, si le patient ou son représentant était hors d'état de procéder personnellement aux formalités de dépôt ou devait recevoir des soins d'urgence et que l'hôpital n'a pas procédé à un dépôt « d'office », la responsabilité de plein droit s'étend à l'ensemble des objets détenus par le patient, sans plafond.
- Cependant, les établissements ne peuvent être considérés comme responsables lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de l'objet ou si la dégradation a été rendue nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte rendu nécessaire pour dispenser les soins (bague sectionnée, manteau déchiré...). Il convient dans ce cas de faire établir par un médecin cette nécessité médicale.

86. Un régime spécifique de responsabilité

Ce régime résulte, comme cela a été indiqué, de la loi du 6 juillet 1992 pour les objets déposés à l'hôpital¹³². Il constitue un régime minimum s'imposant aux établissements : « Toute clause contraire est réputée non écrite » (art. 9).

Cette loi est intervenue dans un contexte alors marqué par de nombreux litiges au sein des hôpitaux du fait de vols, pertes et détériorations d'objets personnels de patients après leur admission – litiges qui portaient aussi bien sur la valeur des biens que sur l'existence ou non d'une faute de l'établissement dans ces circonstances¹³³. Elle se distingue de la législation applicable dans les hôtels¹³⁴, qui y prévoit une responsabilité objective illimitée pour les objets déposés, responsabilité qui est en revanche plafonnée à cent fois le prix d'une journée pour les objets laissés dans les chambres¹³⁵.

87. Objets déposés : une responsabilité de plein droit

Lorsque le dépôt a été effectué, les hôpitaux sont responsables « de plein droit » du vol, de la perte ou de la détérioration des objets, ce qui évite à la victime la charge de la preuve de la faute de l'établissement¹³⁶.

¹³² Pour les objets déposés dans les établissements publics dans le régime antérieur à la loi, la responsabilité de l'établissement était de plein droit pour un montant illimité en fonction de la valeur de l'objet.

La loi de 1992 est moins favorable aux victimes. La responsabilité de l'établissement est toujours de plein droit, mais elle limite les sommes pouvant être versées à un déposant pour l'ensemble de ses biens, à un montant révisable chaque année, équivalant à deux fois le montant du plafond des rémunérations et gains versés mensuellement retenu pour le calcul des cotisations du régime général.

¹³³ TA Orléans, 7 novembre 2003, n° 013846 : Le régime de la responsabilité sans faute est soumis à la condition de dépôt auprès de l'établissement. Il ressort également de ce jugement que la charge de la preuve de l'information des patients sur les règles relatives à la conservation et au dépôt de leurs effets personnels appartient à l'établissement. CAA Bordeaux, 9 décembre 2014, n° 13BX00559 : En l'absence de dépôt des biens par une personne qui n'était pas hors d'état de le faire la responsabilité de l'établissement n'est pas, en principe, engagée de plein droit. Toutefois, lorsque l'établissement ne satisfait pas à son obligation d'inviter le patient à procéder au dépôt de ses biens, il commet une faute.

TA Cergy Pontoise, 15 janvier 2015, n° 1304779 : Un patient est hospitalisé au sein d'un établissement public de santé et a déposé ses effets personnels lors de son arrivée auprès d'agents hospitaliers. Dès lors, cet établissement est responsable de plein droit de la disparition des effets personnels du requérant.

Articles L. 1113-3 et R. 1113-5 du code de la santé publique.

¹³⁴ Articles 1952 à 1954, C. civil

¹³⁵ • Vol commis dans la chambre ou toute autre partie de l'hôtel : responsabilité automatique de l'hôtelier. L'hôtelier est responsable même en cas d'absence de faute, mais cette responsabilité est limitée à cent fois le prix de la chambre par jour. Toutefois, si la victime démontre une faute de l'hôtelier, alors sa responsabilité est illimitée (art. 1953, al. 3, C. civ.). A l'inverse, l'hôtelier peut s'exonérer s'il peut démontrer une faute de la victime (par exemple, le client a laissé la porte de sa chambre ouverte). • Vol commis alors que des biens ont été confiés à l'hôtelier : la responsabilité de l'hôtelier est illimitée (art. 1953, al. 2, C. civ.). Les objets déposés dans le coffre de l'hôtel sont considérés comme étant déposés entre les mains de l'hôtelier et leur disparition ou détérioration entraîne la responsabilité illimitée de l'hôtelier. Il est en de même lorsqu'un client dispose d'un compartiment dans la salle des coffres de l'hôtel (Civ. 1ère, 14 févr. 1990).

Cependant, lorsqu'un client dispose d'un coffre individuel dans sa chambre fonctionnant grâce à une combinaison de son choix, il n'y a pas de dépôt entre les mains de l'hôtelier et l'hôtelier n'engage pas sa responsabilité illimitée (Civ 1ère, 11 juin 2002).

¹³⁶ « Une responsabilité objective dont le but est d'éviter au dépositaire de devoir prouver une faute dans la conservation du bien déposé. Cette preuve aurait été, au demeurant, difficile à apporter pour des personnes qui bien souvent ne sont pas maîtresses de leurs mouvements et auxquelles la plupart des locaux de l'établissement ne sont pas accessibles » (débat parlementaire, séance du 11 juin 1992, Assemblée Nationale, page 2248) ;

Ces dispositions s'appliquent de la même façon si le patient ou son représentant se trouvent hors d'état de procéder personnellement aux formalités de dépôt : la responsabilité de plein droit s'étend à l'ensemble des objets détenus par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins en urgence (v. n°57). Dans cette hypothèse, l'indemnisation est due sans limitation de montant¹³⁷.

Cependant, dès que la personne est en mesure de procéder au retrait des objets non susceptibles d'être déposés et qu'elle a été invitée à le faire, l'établissement ne peut plus être considéré comme responsable de plein droit de leur vol, perte ou dégradation¹³⁸.

Dans ces différentes situations, il s'agit d'un régime de responsabilité « sans faute » : l'hôpital ne peut en être exonéré en établissant l'absence de faute de sa part¹³⁹. Ce régime de responsabilité vaut aussi bien pour les biens déposés auprès du régisseur que pour ceux déposés auprès de l'hôpital.

Dans l'hypothèse d'une absence de faute attestée de l'établissement ou « des personnes dont il doit répondre », le montant des dommages-intérêts dus au déposant est limité à deux fois le montant du plafond des rémunérations versées mensuellement retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale du régime général¹⁴⁰.

88. La responsabilité pour faute

L'hôpital peut également être mis en cause à la suite d'un vol, de la disparition ou de la dégradation des biens, lorsqu'ils résultent d'une faute commise par lui-même ou par l'un de ses préposés¹⁴¹.

« Si l'établissement refuse de recevoir en dépôt un objet dont pourtant la nature justifie qu'il soit en possession, documents d'identité ou encore moyens de paiement, il pourrait se voir appliquer le régime des objets déposés » (débat parlementaire, séance du 11 juin 1992, Assemblée Nationale, page 2248).

¹³⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 108. A contrario, si le patient ne peut établir qu'il était hors d'état de manifester sa volonté, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée. Elle ne peut davantage l'être si le patient a refusé le dépôt de ses objets et que l'hôpital n'est pas passé outre, TA Paris, n° 1700483/6-1, 20 oct. 2007

¹³⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 108. A contrario, si le patient ne peut établir qu'il était hors d'état de manifester sa volonté, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée. Elle ne peut davantage l'être si le patient a refusé le dépôt de ses objets et que l'hôpital n'est pas passé outre, TA Paris, n° 1700483/6-1, 20 oct. 2007

¹³⁹ Soulignons que le montant maximum d'indemnisation est relativement faible pour un dépôt réglementé. Le législateur considère que cette mission est très secondaire pour les hôpitaux... Pour les établissements de santé, la loi se veut dissuasive, afin d'éviter que les malades apportent des objets non nécessaires pendant le temps limité de leur séjour. Pour les personnes âgées demeurant longuement hébergées, la loi instaure une protection minimum et laisse la liberté aux usagers de s'assurer pour leurs biens.

¹⁴⁰ 6 622 euros en 2018. Art. L. 241-3, CSS et arrêté du 5 décembre 2016 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2017.

¹⁴¹ Entre autres exemples possibles de faute : vestiaire complet d'un patient consigné dans un sac jeté aux ordures, perte du vestiaire lors d'un transfert dans une autre unité, etc.

Le patient peut invoquer cette responsabilité pour faute si les biens étaient déposés, alors même qu'il bénéficie d'une responsabilité sans faute de plein droit : ceci lui permettra d'éviter le plafonnement de l'indemnisation. Il doit cependant établir la faute de l'établissement ou de ses préposés pour bénéficier d'une indemnisation dans ce cadre (art. L. 1113-4, CSP).

89. Biens conservés par le patient

Si les personnes hospitalisées ne souhaitent pas procéder au dépôt de leurs biens, ce choix s'effectue à leurs risques et périls et, en ce cas, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que conformément au droit commun, c'est-à-dire si une faute est démontrée à son encontre.

90. Exonération de la responsabilité de l'établissement

La loi exonère les établissements de leur responsabilité dans deux cas (art. L. 1113-5, CSP) :

- d'une part, si la perte ou la détérioration de la chose résulte de sa nature ou encore d'un vice propre,
- d'autre part, si le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les établissements ne peuvent ainsi être considérés comme responsables en cas d'auto-dégradation des objets et par exemple de leur corrosion. Ils ne peuvent davantage l'être en cas de dégradation imposée par un geste thérapeutique, telle l'ablation forcée par section d'une bague, d'un collier ou autre objet coûteux, la déchirure d'un manteau, de linge, etc.

Il convient le cas échéant de faire établir par un médecin cette nécessité médicale et la proportionnalité des préjudices pour le patient.

91. Absence de responsabilité pour les vols et détériorations sur les parkings

Comme cela a été indiqué (v. n° 10), la responsabilité de l'hôpital n'a pas lieu d'être engagée pour les vols et détériorations de véhicules dans son enceinte, relevant de la domanialité publique.

Ceci ne vaut cependant qu'en l'absence de faute de l'hôpital ou de membres de son personnel.

Ces dispositions sont donc distinctes de celles s'appliquant dans les hôtels.¹⁴² Il revient au patient victime de porter plainte contre l'auteur du vol ou de la détérioration (v. n°103).

92. L'hôpital, interlocuteur du patient

Lorsqu'il s'agit de responsabilité de plein droit, le patient hospitalisé n'a qu'un seul interlocuteur, l'établissement. Il en est de même en cas de responsabilité pour faute quand cette dernière est le fait de l'établissement ou d'une personne dont il doit répondre.

L'établissement peut toutefois se retourner, par une action récursoire, contre l'auteur du fait fautif. S'appliqueront alors, s'il s'agit d'un membre de son personnel, les règles ordinaires relatives aux fautes détachables du service.¹⁴³

De même, si l'établissement a dû procéder à l'indemnisation directe d'un patient à la suite d'un *manquant* dans la comptabilité du régisseur, la responsabilité pécuniaire de ces derniers se trouvera engagée et l'hôpital pourra procéder à une action récursoire à l'encontre du régisseur ou du comptable¹⁴⁴.

93. La responsabilité du comptable

En application des dispositions de l'article 60-I de la loi du 23 février 1963, « *les comptables publics sont personnellement et pécuniairement responsables... de la garde et de la conservation des fonds et valeurs appartenant ou confiés... aux établissements publics locaux*¹⁴⁵ ».

« *La responsabilité personnelle et pécuniaire prévue ci-dessus se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou valeurs a été constaté...* » (al. 3 du même article).

En outre, l'alinéa 6 de cet article précise que « *lorsque le manquement du comptable aux obligations mentionnées au I a causé un préjudice financier à l'organisme public concerné ou que, par le fait du comptable public, l'organisme public a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme public ou d'un tiers ou a dû rétribuer un commis d'office pour produire les comptes, le comptable a l'obligation de verser immédiatement de ses deniers personnels la somme correspondante* ».

¹⁴² Vol commis sur le parking privatif d'un hôtel : Les hôteliers sont responsables automatiquement des objets laissés dans les véhicules à concurrence de cinquante fois le prix de la chambre par jour (art. 1954, al. 2, C. civ.). L'hôtelier peut s'exonérer en prouvant que la victime a commis une faute. L'hôtelier ne peut pas s'exonérer de sa responsabilité par la présence d'un panneau « parking non gardé » (Civ. 1ère, 11 juin 2002).

¹⁴³ § 5.4 de la circulaire interministérielle du 27 mai 1994, instruction du 7 février 2014, p. 39

¹⁴⁴ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 108

¹⁴⁵ Ces règles ne sont pas modifiées par le fait que les établissements publics de santé ne sont plus des établissements publics « locaux » depuis la loi « HPST » du 21 juillet 2009.

La «valeur du bien manquant» ne saurait être réduite au montant conventionnel de prise en charge de l'objet ou de la valeur dans les écritures du poste comptable, lequel montant n'est pas représentatif de la valeur du dépôt et n'a pour raison que de faciliter le suivi comptable de ce dépôt tout au long des opérations d'administration qui peuvent porter sur lui.

Le déficit mis à la charge du comptable public doit donc être entendu du montant de l'indemnisation qui sera servie au déposant¹⁴⁶.

Afin de régler au plus vite ces situations et d'indemniser rapidement les patients concernés, il est admis que les évaluations amiables opérées par les hôpitaux soient acceptables pour les objets de faible valeur.

Dans le cas contraire, l'évaluation doit être justifiée, par exemple par les dires d'un expert.

Apparaît à nouveau tout l'intérêt d'une description précise des bijoux et objets de valeur au moment du dépôt.

Les sommes allouées en décharge ou en remise gracieuse sont supportées par le budget de l'Etat et non par celui de l'établissement de santé¹⁴⁷.

94. La responsabilité du régisseur

En application des dispositions de l'article 60-X de la loi du 23 février 1963, « *les régisseurs chargés pour le compte des comptables publics d'opérations d'encaissement et de paiement sont soumis aux règles, obligations et responsabilité des comptables publics... il en est de même des agents chargés de tenir les comptabilités spéciales de matière, valeurs et titres* ».

Cependant, leur responsabilité ne peut être engagée que dans les conditions et limites prévues au décret du 5 mars 2008¹⁴⁸.

Ainsi, « les régisseurs chargés pour le compte des comptables publics d'opérations d'encaissement (régisseurs de recettes) ou de paiement (régisseurs d'avances) sont personnellement et pécuniairement responsables de la garde et de la conservation des fonds et valeurs qu'ils recueillent ou qui leur sont avancés par les comptables publics, du maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités, de la conservation des pièces justificatives ainsi que de la tenue de la comptabilité des opérations » (art. 1^{er} du décret).

¹⁴⁶ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 110

¹⁴⁷ En application de l'article 10 du décret du 29 septembre 1964 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptables publics et assimilés,

¹⁴⁸ Décret du 5 mars 2008 relatif à la responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs

En conséquence, la responsabilité du régisseur est engagée en cas de déficit en deniers ou en valeurs ou encore si une indemnité a dû être versée par l'établissement à un tiers (art. 4 du décret)¹⁴⁹.

Dans ce dernier cas, le terme « indemnité » doit être entendu au sens large. Il s'agit de l'ensemble des cas où l'établissement a dû déboursier une somme d'argent en raison de la disparition ou de la dégradation d'un dépôt, quelle que soit la nature de sa responsabilité (de plein droit ou pour faute).

Il appartient au régisseur ou à l'autorité ayant constaté soit un déficit en deniers ou en valeurs ou qu'une indemnité a été versée par l'établissement à un tiers d'en informer immédiatement l'ordonnateur et le comptable.

95. Mise en jeu des assurances personnelles

Les patients peuvent avoir souscrit des assurances personnelles pour leur vie courante et leurs biens, dans le cadre de polices multirisque « famille » ou « habitation ». Dans certains cas, ces assurances, du moins pour les plus protectrices d'entre elles, comprennent des garanties étendues en cas de vol ou de détérioration de biens.

La garantie « vol » couvre alors généralement la disparition, la destruction ou la détérioration des biens mobiliers résultant de vols, tentatives de vol et/ou d'actes de vandalisme commis dans les circonstances prévues au contrat et dont l'assuré doit apporter la preuve.

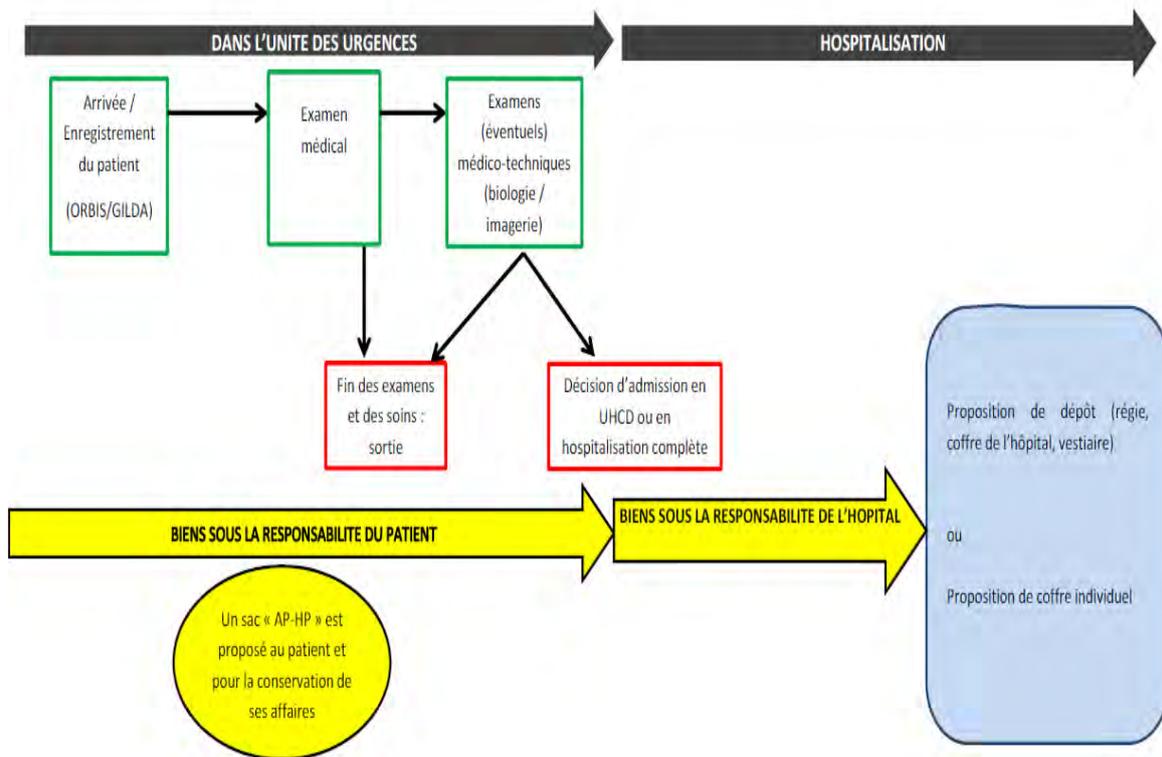
D'autres garanties vol résultent d'autres dispositifs d'assurance : garantie vol des cartes bancaires ou des téléphones portables notamment.

Il doit être suggéré aux patients, en cas de vol ou de détérioration d'objets pendant leur passage à l'hôpital, de mettre en œuvre ces polices personnelles, dans les circonstances notamment où la faute de l'hôpital n'est pas caractérisée.

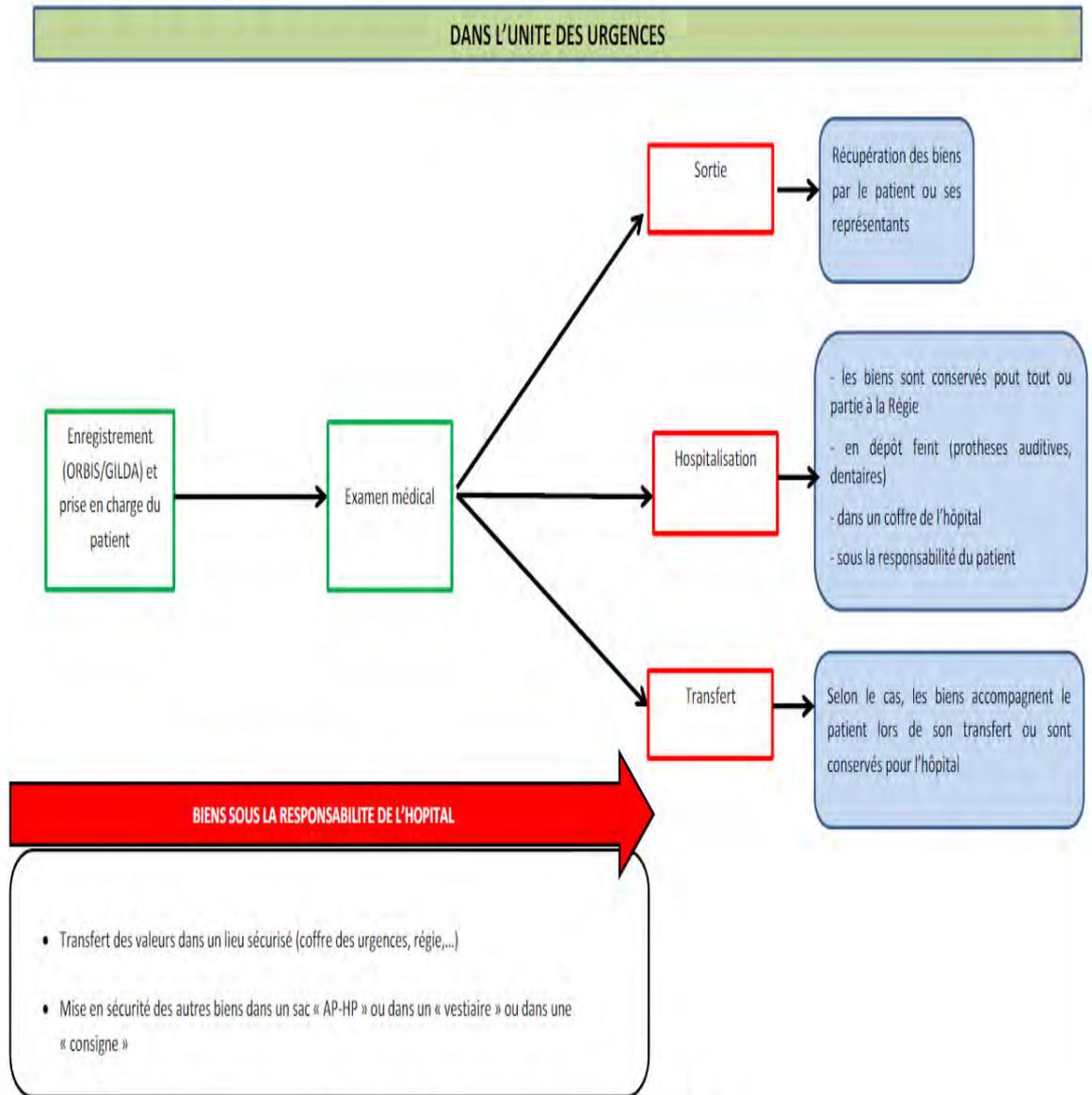
¹⁴⁹ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 109

MISE EN SECURITE DES BIENS DES PATIENTS AUX URGENCES

1. Parcours du patient conscient



2. Parcours du patient inconscient, souffrant de troubles cognitifs ou psychiatriques*



* Patient hors d'état de manifester sa volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui est dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt (art L. 1113-3, CSP).

L'indemnisation

8. INDEMNISATION

Points essentiels

- Le vol, la perte, ou la détérioration des biens du patient peuvent engager la responsabilité de l'hôpital.
- Le patient peut dans ces différents cas solliciter une indemnisation.
- L'indemnisation d'un patient pour le préjudice qu'il a subi requiert au préalable de sa part une demande formalisée.
- Cette demande doit être formulée par écrit et être signée par la personne. Elle doit être accompagnée des documents justificatifs permettant d'évaluer le montant du préjudice invoqué (facture, duplicata d'un devis ou expertise à sa charge, photos, etc.) et être adressée au directeur de l'hôpital.
- La responsabilité de l'hôpital pourra être engagée :
 - si le bien était en dépôt à la régie
 - si le bien était en dépôt dans un coffre ou une consigne sous le contrôle de l'hôpital ou d'une façon ou d'une autre entre les mains du personnel hospitalier
 - si le bien n'était pas matériellement « déposé », mais avait été conservé par le patient avec l'autorisation du directeur de l'hôpital (« dépôt feint »)
 - en cas de faute avérée de l'hôpital ou de l'un de ses agents
 - si l'hôpital n'a pas procédé à un inventaire « d'office » pour un patient en incapacité de procéder lui-même au dépôt.
- Si l'objet disparu a été conservé par le patient, informé des possibilités de dépôt, sans figurer dans l'inventaire et sans en avoir reçu l'autorisation, la responsabilité de l'hôpital ne pourra pas en principe être engagée.
- Le montant de l'indemnisation des biens perdus, volés ou détériorés prendra en compte un taux de vétusté.

96. Droit à indemnisation

Ainsi que cela vient d'être exposé, le vol, la perte ou la détérioration des biens du patient peuvent engager la responsabilité de l'hôpital.

Le patient peut dans ces différents cas solliciter une indemnisation.

97. Nécessité d'une demande d'indemnisation

L'indemnisation d'un patient pour le préjudice qu'il a subi requiert au préalable de sa part une demande formalisée.

Cette demande doit être formulée par écrit et être signée par la personne¹⁵⁰. Elle doit être accompagnée des documents justificatifs permettant d'évaluer le montant du préjudice invoqué (facture, duplicata d'un devis ou expertise à sa charge, photos, etc.) et être adressée au directeur de l'hôpital. Il appartient au patient d'apporter la preuve de la valeur du bien volé, détérioré ou disparu¹⁵¹.

Il appartient alors à la direction de l'hôpital de mener auprès des services concernés une enquête qui permettra d'apprécier les circonstances de la survenue du dommage.

98. Différentes hypothèses

En cas de vol, de perte ou de détérioration, plusieurs situations doivent être distinguées :

- **Le bien était en dépôt, entre les mains du régisseur.** La faute de l'hôpital est difficilement contestable dans ce cas, puisqu'il lui appartenait de prendre les précautions nécessaires pour assurer la sécurité des objets confiés en dépôt.

Sa responsabilité de plein droit sera alors engagée (art L. 1113-1 CSP), sauf à démontrer que la chose a péri en raison de sa nature ou d'un vice qui lui était propre.

L'indemnisation ne pourra toutefois excéder un montant plafond (v. n° 87).

¹⁵⁰ Une procuration sera admise si la demande est matériellement effectuée par un membre de l'entourage, avec production d'un document médical attestant de l'impossibilité de la personne d'y procéder.

¹⁵¹ CAA Nantes, 5 octobre 2000, req. n°97NT01028 : rejet de la demande d'indemnisation de la patiente, les justificatifs produits par elle étant dépourvus de toute valeur probante.

Le fait que les services du comptable soient à l'origine du vol, de la perte ou de la détérioration n'a pas pour effet que l'hôpital ne doive pas assumer en premier niveau la responsabilité indemnitaire. Mais il pourra procéder ensuite à une action récursoire (v. n°92).

- **Le bien était en dépôt dans un coffre ou une consigne sous le contrôle de l'hôpital ou d'une façon ou d'une autre entre les mains du personnel hospitalier.**

L'hôpital est également ici responsable de plein droit (art. L. 1113-3, CSP), puisqu'il y a bien eu « dépôt », quel qu'en ait été le degré de formalisation. Cette situation concernera notamment les cas où le personnel de l'hôpital a recueilli les biens et affaires personnelles d'un patient admis en urgence ou hors d'état d'exprimer sa volonté. Et ceux où les affaires ont été déposées auprès du régisseur agissant au nom du directeur.

- **le bien n'était pas matériellement « déposé », mais avait été conservé par le patient avec l'autorisation du directeur de l'hôpital (« dépôt feint », v. n°31), le cas échéant par référence à une liste d'objets autorisés.**

L'inventaire doit avoir été préalablement établi et dûment signé.

Une courte enquête dans le service doit permettre de s'assurer que la demande est formulée de bonne foi. Si tel est le cas, la responsabilité de l'hôpital sera engagée de plein droit, sans qu'il soit besoin pour le patient de démontrer une faute de l'hôpital.

Il sera tenu compte le cas échéant de la valeur approximative qui aura été déclarée au moment de l'inventaire.

- **l'objet disparu ou détérioré a été conservé par le patient sans figurer dans l'inventaire et sans avoir reçu d'autorisation** : l'hôpital ne sera responsable de cette disparition qu'en cas de faute rapportée par le patient¹⁵².

¹⁵² Exemple d'une faute de l'hôpital : « La prothèse est partie avec les draps »

Dans ce cas, à défaut d'inventaire, l'hôpital n'est pas tenu d'indemniser, en principe¹⁵³.

Mais pour que la responsabilité de l'hôpital soit dégagée, l'hôpital devra pouvoir justifier que le patient avait été dûment informé des possibilités et modalités de dépôt lors de son admission. Une faute de l'hôpital pourra être constituée par le défaut d'information écrite ou orale relatives aux règles de dépôt des biens (en cas d'absence d'information orale, d'affiche, de dépliant...).

99. Gestion des demandes par l'hôpital

Lorsqu'à la suite de l'enquête et après examen des circonstances du dommage, il apparaît que l'indemnisation apparaît justifiée, l'hôpital doit apporter au demandeur une réponse écrite l'informant de l'acceptation de sa demande d'indemnisation.

Cette réponse doit comporter les éléments suivants :

- le montant chiffré de l'indemnisation proposée avec le détail des calculs opérés, le cas échéant ;
- deux exemplaires du formulaire de proposition d'indemnisation qui doivent être retournés signés, complétés par le patient et accompagnés d'un RIB, d'un justificatif de domicile et d'une copie de la pièce d'identité (s'agissant des patients adultes. Des documents spécifiques sont demandés pour les mineurs) ;
- les voies et délais de recours dont dispose le patient s'il souhaite contester le montant de l'indemnisation.

En cas de rejet de l'indemnisation par l'hôpital, le patient demandeur doit en être informé par lettre motivée, adressée en recommandé avec accusé de réception. La lettre doit à aussi faire mention des voies et délais de recours. Il est indiqué à la fin de la lettre de rejet que « la présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif de [...] dans un délai de deux mois à compter de la date de sa réception ».

¹⁵³ CAA Paris, 19 septembre 1989, Administration générale de l'Assistance publique à Paris, n° 89PA00071

Protocole d'accord (modèle)

Entre d'une part,

L'Assistance publique – hôpitaux de Paris, établissement public de santé dont le siège est au 3, avenue Victoria, Paris 4ème, représentée par son directeur général... et par délégation en date du..., par son directeur des affaires juridiques..., M/Mme.....

Et d'autre part,

M./Mme....

(adresse)

Les signataires du présent protocole étant ci-après dénommées « les parties »,

Il est préalablement exposé ce qui suit

(rappel des faits : perte, détérioration...)

L'Assistance publique – hôpitaux de Paris ayant reconnu sa responsabilité, les parties ont décidé de se rapprocher et de prévenir tout différend.

En conséquence, il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er : Indemnisation

L'AP-HP s'engage à verser à M./Mme... la somme de ... en réparation de tout préjudice résultant de la perte de.... au cours de son séjour à l'hôpital...

Le paiement de l'indemnité consentie et acceptée aux termes du présent alinéa sera effectué par virement bancaire au profit de M./Mme... selon coordonnées bancaires ci-jointes.

Article 2 : Renonciations

En contrepartie du paiement de la somme transactionnelle prévue à l'article 1er, M./Mme... s'engage à ne présenter à l'avenir aucune réclamation amiable et renoncer expressément et irrévocablement à tout recours, instance et action relatifs à l'indemnisation de ses préjudices, à l'encontre tant de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris que de son personnel, sauf aggravation de son état de santé en lien direct et certain avec...*(retard de diagnostic....)*

Article 3 : Caractère transactionnel

D'un commun accord entre les soussignés, sans valoir reconnaissance par chacune des parties du bien-fondé des prétentions de l'autre, la présente transaction est expressément soumise aux dispositions des articles 2044 et suivants du Code civil et, en particulier, de l'article 2052 aux termes duquel la transaction fait obstacle à l'introduction ou à la poursuite entre les parties d'une action en justice ayant le même objet.

Article 4 : Règlement

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris procédera au paiement de la somme due dans un délai de 50 jours à compter de la date de réception du présent protocole d'accord dûment signé des parties et accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

La dépense est à imputer sur la section d'exploitation.... chapitre 67 article 671 paragraphe..... (.....) de l'exercice 2017.

Fait à..., le...

En deux exemplaires originaux

Faire précéder la signature de la mention « Bon pour accord et renonciation à tout recours, action et instance »

Signatures de l'AP-HP et de la personne co-signataire.

100. Les indemnisations relatives aux prothèses

Les prothèses constituent un sujet de difficulté récurrent : placées dans des mouchoirs, posées sur une tablette de repas débarrassée par le personnel, elles sont facilement égarées. Elles sont parfois non utilisables et non utilisées par les patients, qui ont justement tendance à les délaissier, quels que soient les souhaits de leur entourage, pour des motifs esthétiques,... : autre contexte favorisant leur disparition...

L'hôpital est soumis à différentes obligations en la matière, issues notamment de la jurisprudence :

1. inventorier contradictoirement les prothèses dont le patient est porteur lors de son admission¹⁵⁴. Le personnel soignant doit notamment veiller, à l'occasion des soins ou lors d'un changement d'unité de soins, à ce que les prothèses ne soient pas oubliées ou égarées ;
2. mettre à la disposition du patient un matériel de rangement approprié (cristallisoir, étui à lunettes,...), afin de prévenir les disparitions ou détériorations¹⁵⁵, et en informer le patient¹⁵⁶ ;
3. apprécier si, compte tenu de l'âge et de l'état physique et mental du patient, ce dernier est capable de veiller par lui-même à la conservation de ses prothèses ou si une surveillance particulière s'impose de la part du personnel soignant¹⁵⁷.

Dès lors que l'hôpital n'a manqué à aucune de ces obligations, la perte de la prothèse par le patient ne saurait en principe engager la responsabilité de l'hôpital et reste à la seule charge du patient¹⁵⁸.

Une question délicate se pose parfois : le devis présenté pour le remplacement de la prothèse peut être très largement supérieur au prix de la prothèse disparue ou détériorée, ceci en raison du progrès technologique qui ne laisse sur le marché que des prothèses beaucoup plus performantes, mais également beaucoup plus coûteuses. En principe, l'indemnisation se limite strictement au remboursement de la valeur résiduelle de la prothèse disparue ou détériorée.

En tout état de cause, l'indemnisation s'effectue sur la base d'une facture acquittée, déduction faite de la part des frais pris en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires santé¹⁵⁹.

¹⁵⁴ TA Melun, 20 mai 2016, *Brighet*, n° 1505555 : condamnation de l'établissement, la patiente n'ayant pas été informée des possibilités de dépôt auprès de l'hôpital, ni plus généralement des règles de responsabilité relatives aux biens détenus par les patients, ce qui lui aurait permis de faire figurer à l'inventaire sa prothèse dentaire disparue.

¹⁵⁵ TA Paris 9 décembre 1987, *G. c/ AP-HP* ; 16 juin 1992 *Galmiche c/ AP-HP* ; TA Paris 5 avril 1995, *Wurmser*

¹⁵⁶ TA Cergy-Pontoise, 14 janvier 2016, n° 1405938, *Leportier*, au sujet d'une patiente ayant quitté sa chambre pour passer un scanner et avait confié son appareil dentaire à sa fille, laquelle, l'ayant déposé sur une tablette dans sa chambre, l'avait signalé au personnel.

¹⁵⁷ TA Paris 7 juillet 1993, *Rouffet*

¹⁵⁸ TA Paris 9 juin 1998, *Sieur Paris*

¹⁵⁹ TA Melun, 8 avril 2016, *Triaire*, n° 1504480

101. Gestion des indemnisations au sein de l'AP-HP

Le traitement des réclamations indemnitaires relatives aux biens y est organisé en deux degrés :

- **1^{er} degré** : les réclamations dont le montant est inférieur à 4 500 € sont traitées directement par les groupes hospitaliers.
- **2^{ème} degré** : les réclamations dont le montant est supérieur à 4 500 € sont gérées par la Direction des affaires juridiques (DAJ) de l'AP-HP.

La DAJ est cependant compétente au premier euro lorsque la demande d'indemnisation tend à réparer un préjudice moral invoqué par le patient.

102. Taux de vétusté

Le montant de l'indemnisation des biens perdus, volés ou détériorés prendra en compte un *taux de vétusté*.

La vétusté correspond à la dépréciation que subit un bien une fois qu'il a été acheté, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit de la conséquence de l'ancienneté, de l'usure ou du mauvais entretien d'un objet.

De nombreux facteurs entrent en compte pour déterminer le coefficient de vétusté, parmi lesquels la durée moyenne de vie du bien considéré, ses caractéristiques techniques, la mode et le progrès technique, l'état d'entretien (source : FFSA).

Le tableau qui suit sera pris en référence (source : Lelynx.fr et validation DEFIP AP-HP, 2016).

Type matériel de / Durée	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans et plus
Petit électroménager	80%	60%	40%	20%	5%	0%				
Télévision Hi-Fi	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	
Micro informatique	80%	60%	40%	20%	5%	0%				
Mobilier courant	86%	72%	57%	43%	29%	14%	5%	0%		
Vêtements / Chaussures	66%	33%	5%	0%						
Disques CD / Jeux vidéo	60%	40%	20%	5%	0%					

Plaintes et signalements

9. PLAINTES ET SIGNALEMENTS

Points essentiels

- Le vol ou la détérioration de biens d'un patient peut engager la responsabilité pénale d'un agent, d'un autre patient, d'un visiteur, auteurs d'une infraction. Le patient peut dans ce cas être amené à déposer une plainte.
- La plainte est distincte de la demande de réparation pécuniaire, même si elle peut lui être liée lorsque le patient victime accompagne sa plainte pénale d'une constitution en partie civile.
- La plainte peut être déposée contre une personne identifiée ou contre X si l'identité de l'auteur des faits est inconnue.
- Lorsqu'une infraction est commise à l'hôpital, le service concerné peut faire appel à l'agent de sécurité afin d'assister le patient victime, mais c'est ce dernier qui doit personnellement déposer plainte auprès des services de police ou de gendarmerie.
- En interne, et indépendamment de ces procédures visant à obtenir une réparation pécuniaire et/ou indemnitaire, il y a lieu de signaler le vol subi par le patient par différents moyens : fiche interne à l'hôpital, événement indésirable déclaré via le logiciel OSIRIS.

103. La plainte

Le vol ou la détérioration de biens d'un patient au sein de l'hôpital, peut relever d'une qualification pénale, engageant la responsabilité personnelle à ce titre d'un agent, d'un autre patient, d'un visiteur, auteurs d'une infraction.

Le patient ou son représentant légal peut dans ce cas être amené à déposer une plainte.

La plainte est l'acte par lequel une personne qui s'estime victime d'une infraction en informe le procureur de la République, directement ou par l'intermédiaire d'un service de police ou de gendarmerie afin de la faire sanctionner. Elle permet à la victime de demander à l'autorité judiciaire la condamnation pénale de l'auteur (peine d'amende, d'emprisonnement, ...).

Elle est distincte de la demande de réparation pécuniaire (voir n°96 et s.), même si elle peut lui être liée lorsque le patient victime accompagne sa plainte d'une constitution en partie civile.

La plainte peut être déposée contre une personne identifiée ou contre X., si l'identité de l'auteur des faits est inconnue.

Elle peut être effectuée par un patient contre un voisin de chambre qui l'a volé ou a volontairement détérioré ses affaires ; ou contre des personnes ou groupes de personnes auteurs d'actes de délinquance ou agissant dans le cadre d'un mouvement social, d'une action à caractère terroriste, etc.

La plainte doit être distinguée de l'inscription « en main courante ». Celle-ci, également effectuée au commissariat de police ou à la gendarmerie, à la différence d'une plainte, n'entraînera pas de déclenchement de la procédure pénale. Elle permettra uniquement de consigner des faits dans un registre de police.

Le procureur de la République, en vertu de l'article 40 du Code de procédure pénale, a le pouvoir d'apprécier l'opportunité des poursuites. Il décide librement si des poursuites pénales doivent être engagées soit en renvoyant l'affaire immédiatement devant une juridiction si elle peut être jugée en l'état, soit en saisissant un juge d'instruction pour compléter l'enquête et éclairer certaines zones d'ombre. Il peut aussi décider d'un classement sans suite de la plainte.

104. Qui dépose plainte ?

La plainte est personnelle. Lorsqu'une infraction est commise à l'hôpital, le service concerné peut faire appel à l'agent de sécurité afin d'assister le patient qui en est victime, mais c'est ce dernier et lui seul qui doit déposer plainte auprès des services de police ou de gendarmerie. Les agents de sécurité ou tout autre membre habilité de l'administration hospitalière peuvent toutefois accompagner le patient pour déposer la plainte ou se déplacer pour le patient en cas d'impossibilité du patient à le faire lui-même.

Lorsque la victime est un mineur ou un majeur protégé, son représentant légal ou tuteur doit déposer plainte en son nom.

La Direction de l'hôpital peut cependant être amenée à déposer une plainte lorsque les vols ou les dégradations concernent des biens qui appartiennent à l'hôpital, ou lorsque les faits en cause sont à l'origine d'un préjudice direct pour l'établissement.

Afin de faciliter leurs démarches, les patients victimes peuvent solliciter la Direction de l'hôpital pour que soit organisé un rendez-vous personnalisé au commissariat de police dont dépend l'hôpital.

En cas de vol avéré d'un patient par un agent de l'hôpital, s'ajoutera à la plainte du patient la mise en œuvre par l'hôpital d'une procédure disciplinaire. Celle-ci peut parfaitement être mise en œuvre alors-même que pour sa part, le patient n'a pas porté plainte.

105. Signalement au titre des événements indésirables

Indépendamment de ces procédures visant à obtenir une sanction pénale ou une réparation indemnitaire, les vols, pertes ou détériorations des biens doivent être considérés comme des dysfonctionnements et être systématiquement intégrés dans la procédure des événements indésirables : traçabilité par fiche interne au groupe hospitalier, événement indésirable mentionné dans le dispositif OSIRIS.

Il est recommandé que le gestionnaire des risques alimente une base de données d'événements indésirables, qui sont transmises systématiquement aux responsables « qualité », « sécurité » et « relations patients » et à l'encadrement des services concernés.

L'extraction du nombre d'événements indésirables concernant les vols, disparitions et détériorations peut être réalisée :

- par année et par mois (comparatif avec les années précédentes)
- avec des localisations ciblées sur l'établissement et un *zoom* sur certains services à risques.

106. Signalement auprès de l'ONVS

Une circulaire ministérielle a précisé les modalités d'information du Ministère de la santé (DGOS) sur les actes de violence de toutes natures perpétrés dans les hôpitaux publics¹⁶⁰. Ces actes comprennent les atteintes aux biens des patients.

Depuis 2005, un Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recueille au sein du Ministère de la santé les signalements de ces faits de violences.

¹⁶⁰ Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Elle comprend les niveaux de gravité suivants :

Atteinte aux biens

Niveau 1 : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

Niveau 2 : vols avec effraction

Niveau 3 : dégradations ou destruction de matériel de valeur, dégradations par incendie volontaire (véhicules sur parking intérieur de l'établissement, etc.), vol à main armée et/ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

Un modèle type de fiche de signalement est prévu par le Ministère de la santé, ainsi qu'une fiche individuelle de suivi de l'événement (v. encadré).

Deux fiches réflexes ont été élaborées par la DGOS : « *J'assiste un patient victime* » et « *Je suis un patient victime* ». (p. 102 – 105)

L'hôpital qui désire déclarer les événements de violence survenus dans son enceinte soit solliciter l'agence régionale de santé (ARS) dont il dépend ou le service de l'USID¹⁶¹ de la DGOS afin d'obtenir les codes d'accès au site de déclaration (o6@sante.gouv).

¹⁶¹ USID : Unité système d'information décisionnel de la direction générale et statistiques

La violence en établissement de santé ou médico-social

J'assiste un patient victime



Vous êtes personnel d'encadrement : un patient, un proche ou son représentant légal a été victime de violence au sein de votre établissement.

Quelle prise en charge pour la victime ?

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

Lorsqu'un patient est victime, la prise en charge se fait à plusieurs niveaux :

Clinique

La prise en charge est physique et rapide, voire médicalisée, en vue de l'orientation de la victime selon son état de santé et son choix d'établissement. Un examen médico-légal est alors demandé, les renseignements utiles recueillis, les éléments de preuve conservés, les traces et les indices préservés.

Psychologique et sociale

La prise en charge est immédiate et systématique, selon la procédure formalisée par l'établissement.

Administrative

- vérifier que le dossier patient est renseigné,
- remplir la fiche d'événement indésirable,
- rédiger un rapport circonstancié,
- faire appel à un interprète, si nécessaire,
- informer la victime sur ses droits, via la CRUQ-PC (médiateur médical et non médical) et le défenseur des droits,
- constituer un dossier sinistre par l'établissement.

Juridique

La prise en charge porte sur l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte (cf. annexe 1), et sur l'information de la victime quant à ses droits à indemnisation.

Fiche réflexe 2 > Je fais face à un patient victime

Quelles procédures à mettre en œuvre ?

En tant que représentant de l'encadrement (membre de l'équipe de direction, cadre de proximité, cadre supérieur), vous devez suivre les procédures suivantes.

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

- prendre rendez-vous avec les forces de l'ordre le plus rapidement possible (cf. annexe 5)
- garantir le dépôt de plainte par la victime et/ou l'établissement
- respecter l'obligation générale de l'article 40 du code de procédure pénale (cf. annexe 6)

En interne

- assurer les mesures de protection de la victime
- mettre en place une cellule de crise et de communication selon la situation
- prendre une sanction disciplinaire à l'égard de l'auteur du fait de violence si celui-ci est agent de l'établissement (avec renvoi au règlement intérieur, à réévaluer si besoin)
- rédiger un rapport d'imputabilité au service (cf. annexe 2)
- saisir les instances concernées (CHSCT-médecine de santé au travail)

En externe

- diffuser l'information de l'événement à l'ARS (selon le type d'événement)
- adresser une fiche de déclaration à l'ONVS (cf. annexe 4)

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002

Charte du patient hospitalisé

Circulaire DHOS/E1/DGS/2006/90

du 2 mars 2006

Droits des personnes hospitalisées

Code de la santé publique – Article L.1113-1

Sécurité des biens garantie au sein des établissements de santé

Code de procédure pénale

Articles 40-4 et 53-1

Quelles suites ?

Le suivi constitue l'appui indispensable d'une lutte efficace contre les violences en milieu hospitalier. Il passe par :

- l'instruction de la plainte : la victime doit informer l'établissement de l'évolution de sa procédure, de manière à garder le lien,
- l'analyse de l'événement et l'apport de mesures correctives immédiates et/ou différées au niveau de la cellule de gestion des risques, de la politique de l'établissement, du règlement intérieur de l'établissement,
- la formation et l'information sur la communication en cas de fait de violence,
- la mise en place de groupes de parole.

	Majeur protégé	Mineur	Personne vulnérable	Personne détenue	Militaire
Personne à prévenir	Tuteur ou curateur	Titulaires de l'autorité parentale	personne de confiance et/ou famille	Etablissement pénitentiaire	Autorité de rattachement ou GN territoriale
Autorité administrative à contacter si besoin		ASE PMI	Structure d'accueil	Etablissement pénitentiaire	Autorité de rattachement ou GN territoriale
Autorité judiciaire à contacter si besoin	Juge des tutelles	Juge pour enfant ou procureur de la République	Procureur de la République selon le cas		

Plus d'informations : www.sante.gouv.fr/onvs



La violence en établissement de santé ou médico-social

Je suis un patient victime



Vous êtes un patient, un proche ou un représentant légal du patient : vous avez été victime de violence au sein d'un établissement de santé.

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002
Charte du patient hospitalisé

Circulaire DHOS/E1/DGS/2006/90
du 2 mars 2006
Droits des personnes hospitalisées

Code de la santé publique – Article L.1113-1
Sécurité des biens garantie au sein
des établissements de santé

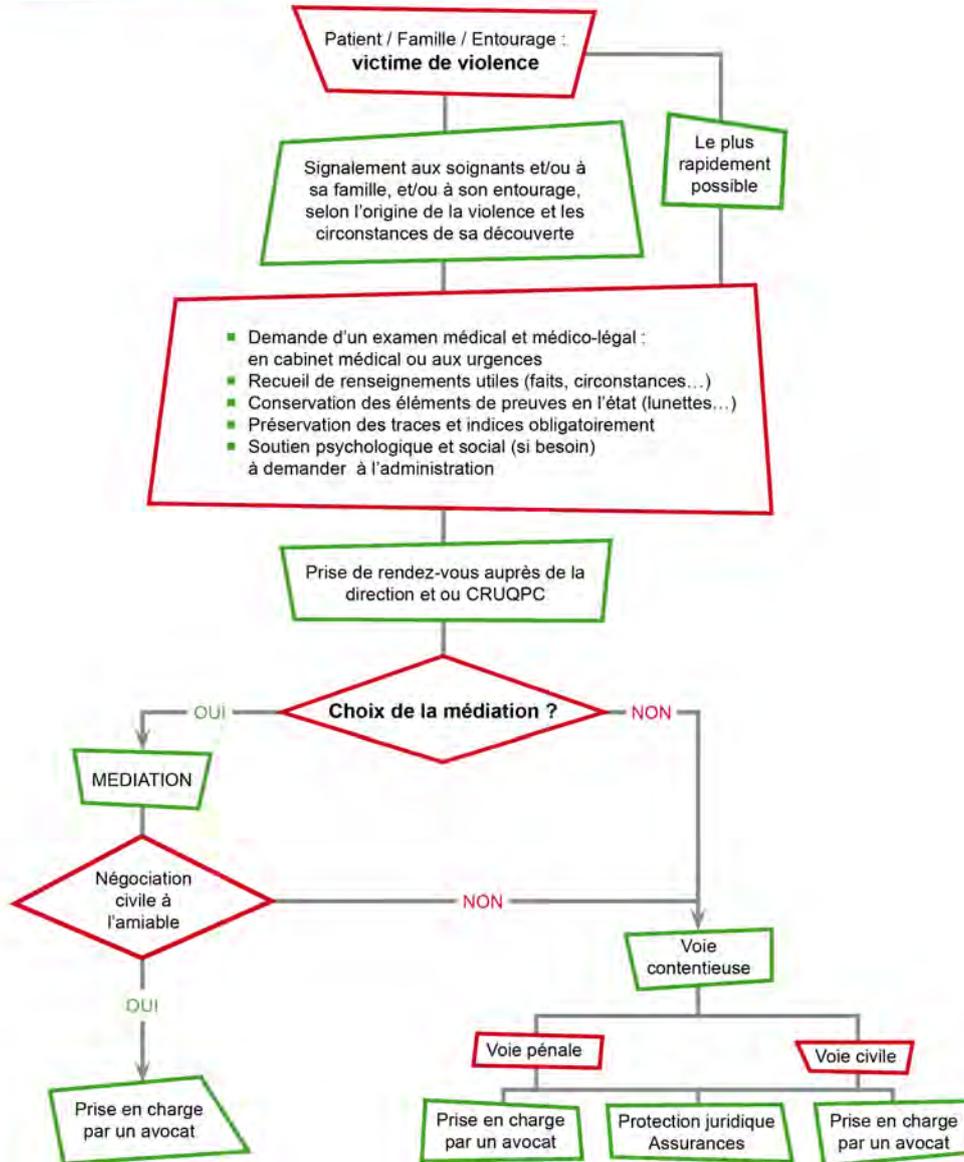
Code de procédure pénale
Articles 40-4 et 53-1

L'article 40-4 a été créé par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004. Lorsque la victime souhaite se constituer partie civile et demande la désignation d'un avocat après avoir été informée de ce droit en application du 3° des articles 53-1 et 75, le procureur de la République, avisé par l'officier ou l'agent de police judiciaire, en informe sans délai le bâtonnier de l'ordre des avocats. s'il décide de mettre l'action publique en mouvement. Dans le cas contraire, il indique à la victime, en l'avisant du classement de sa plainte, qu'elle peut directement adresser sa demande de désignation auprès du bâtonnier si elle maintient son intention d'obtenir la réparation de son préjudice.

Articles 15-3 du CPP
Obligation de réceptionner la plainte quelque soit le lieu de commission des faits

Fiche réflexe 4 > je suis un patient victime

Quelles démarches pour la victime ?



Maquette DGOS / COM - Cédric photo - Thinkstock - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



Plus d'informations : www.sante.gouv.fr/onvs

Fiche réflexe 4 > Je suis un patient victime

AP-HP, logiciel OSIRIS

Personne concernée	
L'événement signalé concerne-t-il ? : <input type="radio"/> Une seule personne <input type="radio"/> Plusieurs personnes <input type="radio"/> Aucune personne	
Catégories de personne(s) concernée(s) : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Autre	
Nom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Prénom : <input type="text"/>	Date ou année de naissance : <input type="text"/>

Où et quand cela est-il arrivé ?	
Date : <input type="text"/> (JJ/MM/AAAA) <input type="button" value="Calendrier"/>	Heure : <input type="text"/> H <input type="text"/> mn
Autre service concerné : <input type="text"/>	
Lieu : <input type="checkbox"/> Lieux de soins <input type="checkbox"/> Lieux professionnels	
<input type="checkbox"/> Chambre	<input type="checkbox"/> Bureaux - locaux administratifs - archives
<input type="checkbox"/> Consultations - radio - salle d'exams	<input type="checkbox"/> Laboratoires - pharmacie
<input type="checkbox"/> Salle d'opération/salle de réveil	<input type="checkbox"/> Locaux des services techniques
<input type="checkbox"/> Toilettes/douche destinés aux patients	<input type="checkbox"/> Locaux poubelles/déchets
<input type="checkbox"/> Autre lieu de soins	<input type="checkbox"/> Magasin - lingerie
<input type="checkbox"/> Lieux communs	<input type="checkbox"/> Office alimentaire
<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Poste de soins
<input type="checkbox"/> Circulation : couloir - escalier - galerie - passerelle...	<input type="checkbox"/> Self du personnel
<input type="checkbox"/> Loge - barrière	<input type="checkbox"/> Vestiaire
<input type="checkbox"/> Parking - cour - jardin - voierie	<input type="checkbox"/> Autre lieu professionnel
<input type="checkbox"/> Salle à manger-salle TV - salle de jeux...	<input type="checkbox"/> Tout le service
<input type="checkbox"/> Salle d'attente-hall - caisse - accueil	<input type="checkbox"/> Sans objet ou lieu inconnu (fugues - pertes ...)
<input type="checkbox"/> Toilettes	<input type="checkbox"/> Tout l'hôpital
<input type="checkbox"/> Autre lieu commun	
Précisez le lieu (n° chambre, n° salle, nom usuel...): <input type="text"/>	

Quelles sont les conséquences immédiates ?		
pour le patient : <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Engendre des conséquences pour le patient	pour le personnel : <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Engendre des conséquences pour le personnel	pour le service ou l'hôpital : <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Engendre des conséquences pour le service ou l'hôpital

Pouvez-vous évaluer la gravité immédiate de cet événement ?	
◀ <input type="radio"/> Insignifiante <input type="radio"/> Mineure <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Majeure <input type="radio"/> Catastrophique ▶	

Suite à l'événement, une action corrective a été engagée par le service ?	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Patient détenteur d'objets ou de produits interdits à l'hôpital

10. PATIENT DETENTEUR D'OBJETS OU DE PRODUITS INTERDITS A L'HOPITAL

Points essentiels

- Le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit que « *sauf besoins de service ou autorisations spéciales (...), il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé* » (art. 34).
- Le secret professionnel couvre toutes les informations venues à la connaissance d'un professionnel de santé. Il ne peut être levé pour informer systématiquement les services de police de la détention par un patient d'objets ou de produits dont la détention est interdite par la loi.
- S'agissant des patients détenteurs d'arme, les règles sont identiques à celle de la détention de drogue, sous réserve des dispositions du Code pénal, qui prévoit que « *Ne viole pas le secret médical le professionnel de santé qui informe, dans le respect de sa conscience professionnelle, le Préfet et à Paris, le Préfet de police, du caractère dangereux pour lui-même ou pour autrui des personnes qui le consultent et dont il sait qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une* » (art. 226-14, C. pénal).
- La direction de l'hôpital doit informer le commissariat de police, la gendarmerie ou le procureur de la République de la découverte d'une arme ou de drogue, en préciser les circonstances et leur remettre l'arme ou la drogue sans révéler l'identité du patient. Elle doit demander un récépissé à la police ou à la gendarmerie lors de la remise de l'objet ou des produits.

- Le patient doit être informé de la remise de son arme au commissariat. Il pourra le cas échéant, réclamer l'arme au commissariat.
- Les visiteurs et les malades ne doivent pas introduire dans l'établissement de boissons alcoolisées.
- Les apports alimentaires extérieurs apportés par les patients et les visiteurs peuvent être contraires aux traitements ou incompatibles avec les soins et examens programmés. Ils peuvent de ce fait être interdits dans les unités. On se reportera sur ce point aux recommandations du Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN 2014).
- Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement de médicaments, sauf accord du médecin. Les modalités de gestion du traitement personnel des patients doivent être définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne doit être remis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur ont été prescrits dans l'établissement.
- Parmi les recommandations prônées par l'OMEDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) figure celle qui consiste à remettre à la famille les traitements personnels du patient ou à défaut à les conserver dans l'unité de soins, dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient, les médicaments étant bien entendu restitués au patient à sa sortie.
- La fouille de patients ou de locaux privés de patients ne peut être effectuée que dans un cadre précis prévu par le règlement intérieur (a priori circonscrit aux circonstances exceptionnelles et aux cas de péril grave et imminent) et avec des précautions particulières. Les fouilles constituent en effet par nature une pratique attentatoire aux libertés individuelles et susceptible de porter atteinte à la dignité des personnes.

107. Objets et produits interdits ou à usage contrôlé

Le droit légitime du patient d'apporter avec lui à l'hôpital des objets et produits de sa vie courante ne l'autorise pas à introduire des objets et produits qui y sont interdits, *a fortiori* si leur détention est prohibée par la loi. Il en est notamment ainsi des produits stupéfiants, de l'alcool et des armes.

D'autres produits ne peuvent être introduits et consommés à l'hôpital que sous un contrôle médical strict : c'est notamment le cas des médicaments du traitement ordinaire du patient.

Le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit que « sauf besoins de service ou autorisations spéciales (...), il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé » (art. 34).

Ces biens et produits pourront si nécessaire être retirés au patient, avec toutes les réserves que justifient les procédures de confiscation¹⁶². Celles-ci doivent s'avérer indispensables, être proportionnées aux situations et tracées.

108. Le patient porteur de drogue

Le fait que le patient soit hospitalisé n'atténue en rien celui que la détention de stupéfiants est constitutif d'un délit au plan pénal¹⁶³.

En cas de découverte au sein de l'hôpital de produits stupéfiants sur un patient (ainsi par ex., lors de la réalisation d'un inventaire effectué aux urgences), la direction de l'hôpital doit être informée de la situation dans les meilleurs délais. Un rapport écrit doit être établi, décrivant les circonstances de cette découverte. Un inventaire des produits découverts doit être dressé. Les produits doivent être « *confisqués* » par la direction de l'hôpital en vertu de ses pouvoirs de police interne, et elle doit les placer à l'abri au coffre de l'hôpital. En aucun cas, cette conservation ne doit s'effectuer dans les pharmacies à usage intérieur ou dans les coffres de stupéfiants à caractère médical (v. n°39). La découverte doit être signalée aux services de police conformément à l'article 40 du code de procédure pénale.

La direction doit informer par écrit le commissariat de police, la gendarmerie ou le procureur de la République sur les circonstances de la découverte et leur remettre la drogue sans révéler l'identité du patient. Elle demandera un récépissé à la police précisant la date de la remise et la quantité de produits remise. Au cas où il est décidé de transporter les produits stupéfiants au commissariat, il est important de le prévenir au préalable, afin d'éviter toute difficulté.

La révélation de la découverte de stupéfiants n'exonère pas le personnel hospitalier de son obligation de secret professionnel à l'égard du patient (art.

¹⁶² La confiscation relève stricto sensu du droit pénal et ne rentre pas dans les compétences des fonctionnaires hospitaliers. Atteinte au droit de propriété, elle doit donc être utilisée avec précaution, comme une mesure conservatoire ou de prévention d'actes répréhensibles. Etant rappelé que l'objet confisqué est placé sous la responsabilité de celui qui en a la garde.

¹⁶³ Art. 222-37 du Code pénal : « Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende ».

226-13, C. pén.)¹⁶⁴. Aucun texte de loi ne prévoyant la levée du secret professionnel en cas de détention illicite de stupéfiants, l'identité du patient concerné par la découverte des produits ne doit donc pas être divulguée, y compris en cas de découverte de stupéfiants « in corpore ». Il n'est donc *a priori* pas possible de dénoncer la personne porteuse de drogue aux services de police¹⁶⁵.

Si à la suite de la remise des stupéfiants à la police, celle-ci décide d'ouvrir une enquête pénale, les règles générales relatives aux relations entre les services enquêteurs et les professionnels hospitaliers s'appliquent, notamment en matière de réquisition et de saisie-perquisition.

109. Le patient détenteur d'une arme

Les règles sont dans ce cas identiques à celle de la détention de drogue, sous réserve des dispositions du Code pénal, qui prévoit que « *Ne viole pas le secret médical le professionnel de santé qui informe, dans le respect de sa conscience professionnelle, le Préfet et à Paris, le Préfet de police, du caractère dangereux pour lui-même ou pour autrui des personnes qui le consultent et dont il sait qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une* » (art. 226-14, C. pénal).

La direction de l'hôpital doit faire procéder au retrait de l'arme, la répertorier (numéro d'ordre et brève description) et la consigner au coffre de l'hôpital. Dans le cas spécifique d'une arme à feu, celle-ci doit être manipulée le moins possible (de préférence par un personnel qui connaît son maniement. On demandera autant que possible au chargé de sécurité d'intervenir), car un départ accidentel de coup de feu est toujours envisageable. L'idéal est qu'une seule et unique personne retire l'arme à son propriétaire et la mette au coffre en attendant sa remise aux services de police¹⁶⁶.

Dans l'éventualité d'une enquête judiciaire, des mesures conservatoires doivent être prises : conservation et consignation des objets suspects avec une attention

¹⁶⁴Ceci quelles que puissent être les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale : « (...) Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ». V. instruction DGOS/DSR/Mission des usagers/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé.

¹⁶⁵ Courrier du Secrétaire général du CNOM au directeur général de l'AP-HP du 19 avril 2006

¹⁶⁶ De manière générale, il peut encore être fait référence à une circulaire ministérielle du 31 mai 1928 relative à la fouille des malades et au dépôt des objets dangereux, qui a fixé les principes généraux applicables en cas de découverte d'une arme sur un patient : les armes et objets dangereux ne doivent pas être laissés en la possession du patient ; s'agissant des armes de toute sorte, revolvers chargés ou non, armes blanches (c'est à dire arme munie d'une lame, perforante et ou tranchante qui n'emploie pas la force d'une explosion, mais celle d'un homme ou d'un mécanisme quelconque), elles doivent être immédiatement confisquées pour être remises à la police, munies d'un numéro d'ordre et d'une brève description, qui seront mentionnés à l'inventaire tenu par le service des admissions.

particulière en ce qui concerne la préservation des traces et indices (habits souillés de sang par exemple, projectiles extraits), compte-rendu opératoire détaillé indiquant la localisation des projectiles et la nature des lésions.

Si le patient possède un permis de port d'armes (au titre de ses fonctions par exemple), les mêmes règles s'appliquent : en effet, pour des raisons de sécurité, son arme ainsi que sa carte professionnelle seront remises au service de police. Le patient en sera informé et pourra récupérer son arme au commissariat dès sa sortie de l'hôpital.

110. Le protocole « Hôpital Police Justice »

Le 24 février 2014, le Directeur général de l'AP-HP, le Préfet de police de Paris et le Procureur de la République du Parquet de Paris ont conclu un protocole permettant de renforcer la coopération entre les hôpitaux de l'AP-HP et les services de l'Etat en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Les rôles des trois partenaires ont été clarifiés dans des cas particuliers tels que la détention de stupéfiants et d'armes, qui ont donné lieu à la rédaction d'annexes pratiques.

Ce protocole a depuis été décliné localement au niveau des groupes hospitaliers de l'AP-HP par des accords conclus entre chaque hôpital et le commissariat de police de rattachement.

Les règles rappelées ci-dessus sont notamment issues de ce protocole.

111. L'alcool

L'alcool est interdit au sein de l'hôpital¹⁶⁷.

L'article R. 1112-48 du code de la santé publique prévoit que « Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement (des) boissons alcoolisées ».

De manière générale, les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire¹⁶⁸.

Les boissons introduites clandestinement doivent être restituées aux familles et visiteurs ou à défaut détruites.

¹⁶⁷ Art. R. 1112-48 du code de la santé publique et art. 34 du règlement intérieur de l'AP-HP

¹⁶⁸ Art. 154 du règlement intérieur de l'AP-HP

112. L'apport d'aliments extérieurs

Les patients souhaitent souvent modifier ou améliorer les repas servis par l'hôpital. Pour différentes raisons : habitudes alimentaires et culturelles, horaires des repas, qualité ressentie de la restauration, température du plat principal, caractère répétitif des menus, etc. Ils se font parfois livrer des plats préparés par des commandes extérieures à l'établissement (pizza, *fast foods*, couscous, sushis...). Ils complètent parfois leurs repas de confiseries, le cas échéant apportées par les familles et visiteurs, sans en informer le personnel soignant et sans contrôle.

Ces apports alimentaires peuvent être contraires aux traitements ou incompatibles avec les soins et examens programmés¹⁶⁹. Ceci justifie qu'ils puissent être interdits dans les unités, indépendamment des problèmes dont il peuvent être à l'origine, tels que des odeurs, une mauvaise conservation, etc. L'interdiction doit être signifiée aux patients et il doit leur être demandé soit de les faire récupérer par leur famille, soit de les faire détruire. Le non-respect de cette interdiction et la persistance de la consommation d'apports incompatibles avec le traitement peuvent dans des situations extrêmes conduire à mettre fin au séjour.

Les personnels hospitaliers doivent s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit¹⁷⁰. Les denrées introduites clandestinement doivent là aussi être restituées aux familles et visiteurs ou à défaut détruites.

Le CLAN central de l'AP-HP a établi en 2014 des recommandations relatives aux apports alimentaires extérieurs.

¹⁶⁹ Art. 154 du règlement intérieur de l'AP-HP concernant les recommandations aux visiteurs :

« Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du groupe hospitalier. (...) »

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. **Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.** (...) ».

¹⁷⁰ Art. 154 du règlement intérieur de l'AP-HP



INFORMER

Consommer des aliments
ou des boissons apportés de
l'extérieur : un risque à éviter

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

La restauration hospitalière doit satisfaire deux impératifs

- Vous assurer une alimentation adaptée (elle fait partie de votre prise en charge) dans un contexte médical : prendre en compte les besoins quantitatifs et qualitatifs liés à votre état de santé, veiller à la compatibilité avec les traitements qui vous sont prescrits ;
- Respecter strictement la réglementation sanitaire.

Nous veillons à ce qu'il en soit ainsi pour votre équilibre nutritionnel / alimentaire, tout en prenant en compte ce que vous n'aimez pas.

D'une manière générale et conformément au règlement intérieur de l'AP-HP, votre entourage et vous-même devez vous abstenir d'introduire à l'hôpital des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec le traitement proposé.



Pour autant, dès lors que vous n'êtes pas soumis à un régime alimentaire particulier (ou dans le respect de ce régime alimentaire), les règles suivantes s'appliquent pour la consommation d'aliments et de préparations culinaires autres que ceux fournis par l'hôpital, qu'ils soient apportés par vous-même ou votre entourage, ou encore commandés à l'extérieur :

- ▶ L'équipe soignante doit être informée des aliments, boissons ou préparations culinaires qui proviendraient de l'extérieur. Elle le mentionnera dans votre « dossier patient ». Le cas échéant, elle vous dira s'ils sont compatibles avec votre régime alimentaire ou strictement contre indiqués ;
- ▶ Les aliments et préparations, qu'ils soient froids (à maintenir entre 3 et 5°) ou chauds (plus de 63°) doivent avoir été acheminés dans de bonnes conditions : par exemple, sac ou boîte isotherme avec ou sans glaçon artificiel, glacière... ;
- ▶ Ils doivent être consommés très rapidement (deux heures maximum) et ne pas être conservés pour une consommation ultérieure ;
- ▶ Ils ne doivent pas être partagés avec d'autres patients / résidents ;
- ▶ Les restes doivent être systématiquement jetés.

Les denrées alimentaires classées dans la catégorie « conservation à température ambiante » (gâteaux secs, chocolat...) peuvent être consommées après vérification de leur date limite d'utilisation optimale (DLUO).

Leur transport ne nécessite pas de précaution particulière.

**Bien s'alimenter
est un élément important
de votre hospitalisation.**

**N'hésitez surtout pas à en
parler aux soignants qui
vous prennent en charge.**

Ce document a été élaboré par le Comité de Liaison Alimentation Nutrition de l'AP-HP, en concertation avec la direction des affaires juridiques et les représentants des usagers.

113. Le patient détenteur de médicaments personnels

Les patients hospitalisés amènent fréquemment à l'hôpital des médicaments – composantes le cas échéant d'un traitement lourd prescrits dans le cadre de leurs soins habituels et courants à domicile.

La consommation « clandestine » de ces médicaments pendant le séjour hospitalier, en sus du traitement fourni par l'hôpital, est potentiellement dangereuse et ne peut être admise. L'équipe hospitalière doit en toutes circonstances en être informée, le cas échéant par les proches (situation d'une personne âgée désorientée).

L'article R. 1112-48 du code de la santé publique prévoit que « Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement (des) médicaments, sauf accord du médecin (...) ».

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé évoque la gestion du traitement personnel du patient parmi les étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Il prévoit qu' « une attention particulière doit être portée sur : les médicaments à risques et les patients à risques, les traitements personnels des patients, etc. » (art. 8).

Son article 13 prévoit s'agissant de la « gestion du traitement personnel du patient » que les modalités de gestion du traitement personnel des patients doivent être définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne doit « être remis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur ont été prescrits dans l'établissement ».

Parmi les recommandations prônées par l'OMEDIT¹⁷¹ figure celle qui consiste à remettre à la famille les traitements personnels du patient ou à défaut à les conserver dans l'unité de soins, dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient, les médicaments étant bien entendu restitués au patient à sa sortie¹⁷².

¹⁷¹ V. http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5221.pdf. L'OMEDIT est l'observatoire des médicaments et des dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques, rattaché dans chaque région à l'agence régionale de santé. Il a pour mission de favoriser le bon usage des produits pharmaceutiques par l'élaboration et la diffusion de référentiels pour les professionnels.

¹⁷² Les évolutions d'Orbis sur ce sujet prévoient les règles suivantes : « si le patient a apporté avec lui son traitement personnel lors de son hospitalisation, cet onglet (Traitement personnel) permet de le tracer. Deux cas de figure peuvent se présenter soit :

114. La détention de tabac, de briquets et d'allumettes

La loi « interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (...), sauf dans les lieux expressément réservés aux fumeurs »¹⁷³. Ces dispositions visent à la fois les patients, leur entourage et les professionnels¹⁷⁴.

Cette interdiction n'entraîne pas celle de garder par devers soi du tabac et des briquets. Des dispositions restrictives, fondées sur une motivation explicite, peuvent toutefois être prises dans certaines unités, notamment d'addictologie, lorsque le suivi strict de mesures de sevrage est une condition impérative du traitement.

115. Au sein des unités de soins psychiatriques et d'addictologie

Les patients atteints de troubles mentaux disposent fondamentalement au cours de leur séjour hospitalier des mêmes droits que les autres patients. Seuls les risques pour eux-mêmes ou pour autrui ou les dommages prévisibles susceptibles de résulter de leur pathologie peuvent conduire l'hôpital à des mesures de protection spécifiques. Elles s'appliqueront particulièrement dans les cas où le patient est soigné sans son consentement, dans les conditions prévues par la loi.

Ainsi :

- L'équipe hospitalière, sur prescription médicale, pourra demander à un patient de se défaire de ses vêtements personnels afin de se vêtir de façon adaptée à sa prise en charge, aussi bien pour ses soins que pour sa sécurité¹⁷⁵ ;
- Elle pourra exiger que le patient se prête à une inspection de ses effets personnels permettant de vérifier qu'il est dépourvu de tout objet pouvant être dangereux pour lui-même ou pour autrui : objets contondants, lacets, certains vêtements,... La vérification ou la fouille doit être effectuée de la façon la moins humiliante possible pour le patient, en l'y faisant participer de préférence, en lui proposant de retourner ses poches, ses chaussettes par exemple. Ces objets seront inventoriés et placés au coffre ou au vestiaire,

- Le patient est autonome et gère par lui-même ses prises (le médecin intègre son traitement dans ses prescriptions avec la mention « gère son traitement personnel ») soit

- Ce traitement personnel est suspendu et/ou arrêté par le médecin prescripteur. Dans ce cas, le traitement personnel peut être conservé par la patient ou mis dans un coffre du service ou remis à l'entourage avec l'accord du patient » (sources : DSAP, 2017).

¹⁷³ Art. L. 3511-7, c. sant. publ.

¹⁷⁴ Art. 46 du règlement intérieur de l'AP-HP

¹⁷⁵ M. Dupont, A. Volpe, *Le pyjama à l'hôpital : Regards croisés sur une pratique psychiatrique*, Gestions hospitalières, n° 557, 2016, p. 377-383.

autant que possible dans une boîte étiquetée à son nom, et rendus ultérieurement au patient ;

- Il est admis que pendant la période d'accueil des patients soignés sans leur consentement notamment et sur prescription médicale régulièrement réévaluée, les équipes hospitalières psychiatriques imposent au patient une coupure temporaire avec le monde extérieur, prenant la forme d'une restriction stricte des visites, et plus particulièrement d'une absence de communications téléphoniques : le patient devra donc remettre à l'équipe, pour une durée limitée son téléphone portable et éventuellement d'autres équipements de télécommunication¹⁷⁶, placés au coffre.

Des dispositions comparables sont organisées au sein d'unités d'addictologie notamment : les patients, sans être à proprement parler privés de liberté, peuvent être tenus par une forme de contrat thérapeutique de séjour, établi au préalable, à se prêter à des contraintes spécifiques et à déposer auprès de l'équipe ou de l'hôpital certains objets et produits : briquets, tabac, etc.

116. Les animaux domestiques

Les animaux, « êtres vivants doués de sensibilité » sont juridiquement soumis au régime des biens¹⁷⁷.

L'introduction d'animaux domestiques au sein d'un hôpital est cependant interdite, sauf besoins de service ou autorisations spéciales¹⁷⁸.

En dehors de l'hypothèse d'un patient arrivant inconscient ou désorienté aux urgences accompagné d'un animal (dans cette situation, des solutions pragmatiques devront être trouvées entre le gardiennage provisoire sur place, l'identification d'un proche qui pourra venir le chercher ou le transfert de l'animal dans un refuge), seuls sont autorisés les chiens qui accompagnent les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité.

Seuls les chiens accompagnant une personne titulaire d'une carte d'invalidité pour cécité sont autorisés au sein de l'hôpital. A contrario, les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital¹⁷⁹.

¹⁷⁶ M. Dupont, A. Laguerre, A. Volpe, *Soins sans consentement en psychiatrie*, Presses de l'EHESP, 2015, pages 153 et s.

¹⁷⁷ Article 515-14, C. civil

¹⁷⁸ Art. R. 1112-48 du code de la santé publique et art. 34 et 169 du règlement intérieur de l'AP-HP

¹⁷⁹ Art. R. 1112-48 du c. sant. publ.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005¹⁸⁰ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées autorise la présence de l'animal éduqué auprès des personnes handicapées et leur accessibilité dans les lieux publics.

Certains textes, dans un contexte d'humanisation de l'hôpital et des structures gériatologiques permettent des aménagements. La circulaire « Franchesci » du 11 mars 1986¹⁸¹ a ainsi prévu que « Les personnes âgées qui ont un animal familier doivent être autorisées à le garder avec elles, dans la mesure où il ne créera pas une contrainte anormale pour le personnel et où il ne gênera pas la tranquillité des autres résidents ».

117. Fouille des chambres, fouille de patients¹⁸²

Dans certaines circonstances exceptionnelles et afin d'assurer la sécurité générale et celles des personnes, l'hôpital peut se trouver dans la nécessité de procéder à des vérifications et à des fouilles, concernant tant des patients que des locaux à caractère privatif affectés aux patients (chambres, placards, etc.) : alertes à la bombe, annonce ou prévention d'actes de malveillance ou terroristes, suspicion de détention par un patient d'objets ou de produits dangereux ou interdits, présomption de vol, etc. La prise en charge de patients psychiatriques ou soignés pour des addictions peut justifier des contrôles sur les personnes. Entre autres circonstances, il peut être nécessaire de rechercher parmi les affaires du patient d'éventuels médicaments qu'il est susceptible d'avoir absorbé à l'insu du service...

L'hôpital ne peut pas rester inactif face aux risques d'intrusion d'objets « dangereux » dans les services. Le directeur dispose d'un pouvoir de police administrative en vertu duquel il est responsable du bon ordre, de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité de l'hôpital. Pour exercer cette fonction, il est habilité et même dans l'obligation de prendre des mesures adaptées et proportionnées visant à garantir la sécurité des personnes hospitalisées, des personnels et des visiteurs.

L'article 42 du règlement intérieur de l'AP-HP (« Circonstances exceptionnelles ») prévoit à ce titre qu'

¹⁸⁰ Article L. 211-30 du code rural et de la pêche maritime : « Les chiens accompagnant les personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, moteur, sensoriel ou mental, et dont les propriétaires justifient de l'éducation de l'animal sont dispensés du port de la muselière dans les transports, les lieux publics, les locaux ouverts au public ainsi que ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative ».

¹⁸¹ Circulaire du 11 mars 1986 relative à la mise en place des conseils d'établissement

¹⁸² On lira utilement E. Péchillon, V. Dujardin, *Comment contrôler les effets personnels des patients ?*, Santé mentale, 211, oct. 2016, p. 8-9.

« En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. (...). Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès du groupe hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées.

Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du groupe hospitalier.

En cas de péril grave et imminent pour le groupe hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. (...) ».

Le règlement intérieur de l'AP-HP circonscrit ainsi les fouilles à des circonstances exceptionnelles et aux situations de péril grave et imminent.

Elles ne peuvent donc être effectuées que dans un cadre précis et avec des précautions particulières. Les fouilles constituent en effet une pratique attentatoire aux libertés individuelles et susceptible de porter atteinte à la dignité des personnes. Elles ne sont autorisées par le législateur que dans une dimension pénale très proche du droit de la perquisition. Seul un officier de police judiciaire peut en principe procéder à ce type d'acte et uniquement en cas d'enquête en flagrance, d'enquête préliminaire ou de commission rogatoire. S'ajoute le fait que si la personne est soupçonnée de cacher un objet ou un produit à l'intérieur de son corps (vagin, rectum...), la fouille ne pourra alors être effectuée que par un médecin dans le cadre d'une opération de police judiciaire.

L'éventuelle organisation de fouilles, et notamment de fouilles corporelles, doit être strictement proportionnée, adaptée à l'état de santé des patients, au caractère contraint des soins, aux risques pour eux-mêmes ou pour autrui¹⁸³, aux signes manifestes de risque suicidaire ou d'agression, aux antécédents connus...

¹⁸³ CAA Douai, 6 février 2007, n° 06DA00971. Le juge retient la responsabilité de l'établissement « pour défaut de surveillance qui constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier » : en l'espèce, défaut de fouille à corps d'un patient à tendance suicidaire. Voir également CAA Paris, 3 juillet 2017, n°15PA04760 : la cour retient la responsabilité administrative d'un hôpital au motif notamment que le patient n'a pas été fouillé avant sa mise en contention dans un SAU.

Les palpations de sécurité sont de même strictement encadrées par le droit¹⁸⁴. Mesures de prévention¹⁸⁵, elles sont réservées à certaines professions (forces de l'ordre, agents de sécurité) et à certaines situations, aujourd'hui codifiées au code de la sécurité intérieure¹⁸⁶.

Stricto sensu, les « fouilles » et « palpations » ne peuvent être effectuées par le personnel hospitalier. Etant dépourvu de toute fonction judiciaire, un inventaire des effets personnels doit avoir lieu avec l'assentiment et même, dans l'idéal, la participation du patient montrant aux personnels de l'établissement les biens en sa possession. De même, *stricto sensu*, les professionnels de santé ne sont pas habilités à ouvrir les valises, sacs à main, portefeuilles... sans l'accord de l'intéressé.

- On privilégiera les procédures visant à demander au patient de prouver qu'il n'est pas détenteur d'objets dangereux ou illicites plutôt qu'un inventaire systématique et porteur d'humiliation, à chaque admission ou retour de permission d'un patient.

Dans le même sens, pour faciliter les contrôles et éviter tout risque d'arbitraire, il est recommandé de dresser une liste des catégories d'objets personnels non autorisés dans le service. Un point peut alors être effectué avec le patient sur les objets pouvant être conservés durant son séjour et il pourra être invité à se défaire de ceux qui ne sont pas compatibles avec son état de santé (en psychiatrie : lames de rasoir, ceinture...). Cette mesure de contrôle permet de prévenir la détention d'armes, de produits illicites, de substances psychoactives, de médicaments, pour la sécurité des biens et des personnes.

Dans le même ordre d'idées, on invitera les visiteurs à signaler aux professionnels la remise de denrées ou d'objets à la personne visitée. Ces dispositions gagneront à être affichées au sein de l'unité de soins afin de faciliter la mise en place des mesures de contrôle des effets des personnes.

¹⁸⁴ Loi n° 2001-1062 du 15 nov. 2001 relative à la sécurité quotidienne ; art. R. 434, C. de la sécurité intérieure

¹⁸⁵ La palpation de sécurité est définie comme la recherche extérieure d'objets dangereux et consiste à passer les mains par-dessus les vêtements. Elle ne peut être effectuée que par une personne de même sexe et dans la mesure du possible à l'abri des regards du public. L'article 203 du règlement intérieur de la police nationale indique que la palpation est une mesure de sécurité destinée à écarter tout objet dangereux ou délictueux dont peuvent être porteurs des personnes.

¹⁸⁶ Article L. 613-2, C. de sécurité intérieure : « Les personnes physiques exerçant (les activités qui consistent : (...) A fournir des services ayant pour objet la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles ou dans les véhicules de transport public (...)) peuvent procéder à l'inspection visuelle des bagages et, avec le consentement de leur propriétaire, à leur fouille.

Les personnes physiques exerçant (les mêmes activités), spécialement habilitées à cet effet et agréées par le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, par le préfet de police (...), peuvent, en cas de circonstances particulières liées à l'existence de menaces graves pour la sécurité publique, procéder, avec le consentement exprès des personnes, à des palpations de sécurité. Dans ce cas, la palpation de sécurité doit être faite par une personne de même sexe que la personne qui en fait l'objet. Ces circonstances particulières sont constatées par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, du préfet de police, qui en fixe la durée et détermine les lieux ou catégories de lieux dans lesquels les contrôles peuvent être effectués. Cet arrêté est communiqué au procureur de la République ».

Les biens des patients en unité de soins de longue durée (USLD)

11. LES BIENS DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)

Points essentiels

- Les dispositions générales relatives aux biens des personnes hospitalisées s'appliquent sans particularités au sein des unités de soins de longue durée (USLD).
- L'état de dépendance des personnes prises en charge dans ces unités, leurs difficultés à gérer leurs biens (aussi bien au sein de l'hôpital qu'à distance à leur domicile, lorsqu'elles en ont conservé un) et la durée de leur séjour sont cependant à l'origine de différentes organisations et procédures spécifiques. En particulier, des mesures de protection juridique, visant notamment à protéger leur patrimoine, devront souvent être prises : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle. Elles font intervenir en matière de tutelle un tuteur ou un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).
- Le « dépôt feint » doit y être favorisé : il permet aux personnes hébergées de conserver, sous la responsabilité de l'établissement, des objets faisant partie de leur cadre habituel de vie, en dehors des sommes d'argent, titres, valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur qui doivent être déposés auprès du régisseur.
- Le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit l'entretien des vêtements des personnes hospitalisées en USLD par l'hôpital.
- Afin de permettre aux patients pris en charge en USLD de pouvoir continuer de disposer de ressources, alors-même que tous leurs revenus sont consacrés à leurs frais d'hébergement, la loi leur garantit la jouissance d'une somme d'argent minimale (10 %), placée sous la gestion du comptable ou du régisseur.

118. Application des dispositions de droit commun

Les unités de soins de longue durée accueillent des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante ainsi que des traitements d'entretien¹⁸⁷. Les règles de protection des biens des patients hospitalisés s'y appliquent sans particularités.

L'état de dépendance des personnes prises en charge dans ces unités, la durée de leur séjour, leurs difficultés à gérer leurs biens (aussi bien au sein de l'établissement qu'à distance à leur domicile, lorsqu'elles en ont conservé un) sont cependant à l'origine de différentes organisations et procédures spécifiques. Il justifie le cas échéant une décision de protection juridique portant sur le patrimoine et la gestion des ressources des patients : sauvegarde de justice, curatelle et tutelle. S'agissant de la tutelle, le juge désignera selon le cas un tuteur ou un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), qui pourra être un agent de l'hôpital habilité à ce titre (ex-« gérant de tutelle hospitalier »). Ce sujet, qui en est un à lui seul, n'est pas traité dans le présent guide.

S'agissant des personnes âgées admises en EHPAD, l'admission étant en général programmée, il est conseillé au directeur de l'établissement d'inciter les futurs résidents à prendre, avant leur entrée dans l'établissement, toutes dispositions pour assurer la gestion de leur patrimoine¹⁸⁸.

Pour les biens qui sont déposés au sein de l'hôpital ou y sont conservés directement par les patients, les régisseurs tiennent un rôle particulier en USLD. Notamment parce que les patients, au fil de leur long séjour, ont besoin de placer en sécurité des objets de leur vie quotidienne qui se poursuit à l'hôpital. Dans le cadre de leur activité exercée sous l'autorité du directeur (et non du comptable, v. n°16 et s.), les régisseurs peuvent être amenés, sans toutefois y être tenus, à mettre à l'abri différents objets et documents : ainsi de factures et de quittances (électricité, loyers,..) par exemple.

119. La possibilité de conserver un objet déposé (dépôt feint »)

Cette procédure (v. n° 31) trouve une application privilégiée en USLD, même si elle ne concerne en pratique aujourd'hui qu'une liste limitée de biens, et principalement des prothèses.

¹⁸⁷ Ancien art. L. 6112-2, CSP

¹⁸⁸ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 87

Le « dépôt feint », à la condition que l'établissement y consent de façon expresse, permet en effet aux patients hébergés de garder auprès d'eux des choses mobilières¹⁸⁹ telles que du petit mobilier (chevet, commode, tableau,...) ou tout objet de l'environnement quotidien de faible valeur, alors même qu'ils ont fait l'objet de la formalité de dépôt¹⁹⁰.

Cette faculté a pour objectif de leur permettre de conserver, sous la responsabilité de l'établissement, des objets faisant partie de leur cadre habituel de vie ou nécessaire à leur vie courante, tels donc que les prothèses.

Les sommes d'argent, les titres, les valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeur doivent être déposés chez le régisseur de l'hôpital et ne sont toutefois pas concernés par cette possibilité.

120. La possibilité d'apporter un téléviseur à l'hôpital

Des dispositions anciennes (et largement obsolètes compte tenu de l'évolution technique des matériels) autorisent le patient hospitalisé à apporter son propre poste de télévision à condition qu'il soit en bon état de fonctionnement et qu'il soit couvert par une assurance permettant de réparer des incidents qui surviendraient en cas d'explosion ou d'implosion¹⁹¹.

Ainsi, il ne revient pas à l'hôpital de faire vérifier, auprès de son service technique, l'état des téléviseurs personnels que les patients souhaitent apporter dans leur chambre.

121. Les effets personnels

Les personnes prises en charge en USLD le sont le plus souvent pour de longues périodes. La question de l'entretien, du nettoyage et du renouvellement éventuels de leurs vêtements personnels (linge, pantalons, chemises, T-shirts, gilets, etc.) s'y pose, hors les cas où l'entourage accepte de s'en charger directement.

Le règlement intérieur de l'AP-HP (art. 165 : « *Effets personnels* ») a ainsi prévu l'entretien des vêtements des personnes hospitalisées en USLD par l'hôpital :

¹⁸⁹ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2247 : « Quant aux pensionnaires des maisons de retraite, il est habituel qu'ils demandent à conserver les souvenirs auxquels ils sont attachés, voire une partie de leur mobilier ».

¹⁹⁰ Circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées : « 3.3.1. : Doivent notamment disparaître les dispositions contraignantes relatives à l'interdiction des meubles personnels ».

¹⁹¹ L'article 168 du RI de l'AP-HP : « Les patients peuvent apporter leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion ».

« Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du groupe hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les USLD, son entretien n'incombe pas au groupe hospitalier et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le code de la santé publique (...) ».

La problématique des effets personnels ainsi entretenus par l'hôpital induit une organisation : nettoyage le cas échéant effectué par des sociétés spécialisées, conservation, tri et remise, procédures applicables en cas de dégradations, de pertes et de vols (et indemnités subséquentes), emploi de procédés techniques pour tracer le linge (en le « taguant » par une puce ou en l'identifiant par code-barres par exemple).

122. Problématique de l'« argent de poche » (ou des « 10% ») - Dispositions générales

Afin de permettre aux patients pris en charge en USLD, au même titre que les résidents des EHPAD, de pouvoir disposer de quelques ressources courantes, alors-même que tous leurs revenus sont mobilisés pour leurs frais d'hébergement, la loi leur garantit la jouissance d'une somme d'argent minimale.

L'article L. 132-3 du CASF dispose ainsi que :

« Les ressources de quelque nature qu'elles soient à l'exception des prestations familiales, dont sont bénéficiaires les personnes placées dans un établissement au titre de l'aide aux personnes âgées ou de l'aide aux personnes handicapées, sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement et d'entretien dans la limite de 90 %. (...) Les modalités de calcul de la somme mensuelle minimum laissée à la disposition du bénéficiaire de l'aide sociale sont déterminées par décret. (...) ».

Les sommes laissées à la disposition du bénéficiaire de l'aide sociale (communément appelées « argent de poche »¹⁹² ou « argent de vie ») sont ainsi équivalentes à 10 % de ses ressources, sous réserve d'un minimum légal correspondant à 1% du montant annuel du minimum vieillesse (soit 96 euros au 1^{er} avril 2017).

Le comptable public assume l'encaissement des revenus des bénéficiaires de l'aide sociale, puis les reverse aux départements concernés, en individualisant une somme laissée à la disposition de la personne hospitalisée (art. L. 132-4, CASF) :

¹⁹² Cette expression retenue habituellement n'est toutefois pas optimale, du fait de sa connotation infantilissante.

« La perception des revenus, y compris l'allocation de logement à caractère social, des personnes admises dans les établissements sociaux ou médico-sociaux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées, peut être assurée par le comptable de l'établissement public (...), soit à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal, soit à la demande de l'établissement lorsque l'intéressé ou son représentant ne s'est pas acquitté de sa contribution pendant trois mois au moins. Dans les deux cas, la décision est prise par le représentant de la collectivité publique d'aide sociale compétente, qui précise la durée pendant laquelle cette mesure est applicable. Le comptable de l'établissement reverse mensuellement à l'intéressé ou à son représentant légal, le montant des revenus qui dépasse la contribution mise à sa charge. En tout état de cause, l'intéressé doit disposer d'une somme mensuelle minimale. Le montant de celle-ci ainsi que le délai dans lequel il doit être répondu aux demandes et les délais minimum et maximum pour lesquels la décision mentionnée ci-dessus est prise, sont fixés par décret ».

Ces ressources (« 10% ») sont encaissées par le comptable public, qui est chargé de les gérer directement (Direction spécialisée des finances publiques au sein de l'AP-HP), et de les laisser à disposition sur les comptes du régisseur¹⁹³.

Ce dernier verse au patient qui le demande et à lui seul (et donc pas aux personnels des services médicaux) les sommes demandées en liquide. Il procède le cas échéant, par virement, à des versements à des prestataires tels que le coiffeur ou bien encore à la cafétéria.

Quand le patient est sous tutelle, le tuteur indique les sommes pouvant être versées et le calendrier des prélèvements (v. ci-après, modèle d'autorisation de prélèvement sur dépôt régie pour paiement des prestations).

Au décès du patient, les « 10 % » peuvent être utilisés pour payer des frais d'obsèques, qui sont prioritaires sur les récupérations effectuées par les départements au titre de l'aide sociale.

¹⁹³ Instruction DGFIP du 7 février 2014.

Groupe hospitalier :

Hôpital :

**MAJEUR PROTEGE –
AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR DEPOT
EN REGIE POUR LE PAIEMENT DE PRESTATIONS**

Nom et prénom du mandataire judiciaire :

Nom et prénom du majeur protégé :

Unité d'hospitalisation :

Date de fin de la mesure :

Coiffeur : oui non (1)

Téléphone : oui non (1)

Argent de vie : oui non (1)

- Montant autorisé :

- Périodicité :

(1) Rayer les mentions inutiles

Fait à :, le :

Document à retourner à la régie dûment rempli et signé

123. Problématique de l'« argent de poche » (ou des « 10% ») – Création d'une régie d'avances

Le comptable peut, proposer au directeur de l'établissement la création d'une régie d'avances confiée à un agent administratif, au sein d'un service hospitalier¹⁹⁴.

Dans ce cas, cette régie pourra permettre :

- la remise aux patients de leur « argent de poche », lorsque l'accès des chambres est interdit au personnel non soignant pour des raisons sanitaires et, en règle générale, lorsqu'il est nécessaire que cette opération soit effectuée par l'intermédiaire du personnel soignant ;
- la conservation de cet argent dans le cas où la personne bénéficiaire ne serait pas apte à le dépenser.

La DGFIP admet également qu'il puisse aussi être créée, dans le but de remettre leur argent de poche aux patients, une association loi de 1901¹⁹⁵.

Cette association agit dans ce cas comme régisseur de dépenses du comptable. Elle est contrôlée par celui-ci. En tout état de cause, il ne saurait être dérogé, par le biais de l'association, au principe de conservation des fonds des malades chez le comptable de l'établissement.

¹⁹⁴ Bien que le décret n° 64-486 du 28 mai 1964 ne prévoie pas explicitement le paiement de ce genre de dépenses par des régisseurs d'avances, l'Instruction de janvier 1975 sur les règles des collectivités et établissements publics locaux précise que des dépenses autres que celles prévues par le décret précité peuvent être payées par une régie, après accord du trésorier-payeur général (Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97-98)

¹⁹⁵ Dispositif prévu par l'instruction n° 72-118-M 2 du 29 septembre 1972 ; Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97-98

La restitution des biens des patients décédés

12. LA RESTITUTION DES BIENS DES PATIENTS DECÉDES

Points essentiels

- Dès le décès du patient, un inventaire de ses biens doit être effectué.
- Les biens doivent être placés en dépôt par le personnel hospitalier.
- La remise directe des biens, quels qu'ils soient – et y compris ceux relevant du vestiaire – aux membres de la famille ou aux proches est absolument proscrite, en dehors des cas du conjoint survivant et des personnes titulaires de l'autorité parentale.
- Les représentants légaux, la famille ou les proches doivent être avisés que des biens du patient décédé sont demeurés à l'hôpital et y sont conservés. Un document doit leur être remis les invitant à procéder au retrait des objets déposés. Les héritiers du patient disposent d'un délai d'un an à compter du décès pour réclamer la restitution de tous les objets laissés au sein de l'hôpital.
- Les objets abandonnés au décès du patient sont déposés entre les mains du régisseur. Les objets non réclamés sont, de manière générale, remis un an après le décès du patient, à la Caisse des dépôts et consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE) aux fins d'être mis en vente.
- Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

124. Sécuriser les biens à l'égard de l'entourage

Le décès du patient crée une situation où par la force des choses, l'hôpital doit prendre l'initiative de protéger les biens de la personne, qu'ils aient ou non été déposés. Il doit faire en sorte qu'ils ne soient pas remis à des membres de l'entourage dépourvus du droit de les récupérer, du moins dans l'immédiat.

125. Décès suspects (suicide, mort brutale)

Lorsque le décès d'un patient est considéré comme suspect, il convient de conserver en l'état son corps ainsi que ses vêtements, en s'abstenant de les toucher ou de les déplacer. De même, il convient de ne rien toucher sur les lieux du décès : dans ce cadre, ses biens et affaires personnelles doivent être laissés à l'endroit où ils étaient au moment du décès.

126. L'inventaire

Dès le décès du patient, un inventaire doit être effectué, en utilisant les formulaires appropriés (v. p. 135). Le contenu de l'inventaire doit par ailleurs être inscrit sur un registre spécial, paginé et tenu dans le service.

Trois copies de l'inventaire, strictement conformes, doivent simultanément être établies, dont :

- une pour le régisseur,
- une autre pour le dossier administratif,
- une autre pour la chambre mortuaire.

L'inventaire doit retracer l'ensemble des biens laissés par le patient. Y compris ceux en mauvais état ou de faible valeur : rien ne peut en effet assurer qu'ils ne revêtent pas pour les héritiers une valeur affective insoupçonnée.

Il doit être dressé par deux personnes, dont un cadre infirmier ou une infirmière. Un membre de la famille ou un proche du patient décédé y participera, de préférence. A défaut, l'inventaire sera dressé par deux agents de l'établissement.

127. Modalités du dépôt

Les biens du patient décédé qui n'étaient pas déjà déposés (à la régie ou dans un coffre) au moment du décès doivent être placés en dépôt par le personnel de l'établissement entre les mains du régisseur ou des personnes habilités par le directeur à recevoir des biens autres que des valeurs¹⁹⁶. Ceci à moins que le défunt n'ait délivré des instructions contraires, telles que leur remise à son conjoint par exemple. A compter du décès du patient, les biens et affaires personnelles lui ayant appartenu sont ainsi placés sous la responsabilité de l'hôpital qui doit en assurer la conservation.

¹⁹⁶ Art. L. 1113-6, CSP

Les objets doivent, selon leur nature, être déposés selon différentes modalités¹⁹⁷ :

- les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeur (bijoux de valeur,...) doivent être déposés auprès du régisseur ;
- les autres objets doivent l'être auprès d'un agent habilité à cet effet par le directeur de l'établissement : coffre de l'hôpital géré par le régisseur, coffre « de la direction », coffre « des admissions » (v. n°33).

128. Dépôt provisoire

A la suite du décès, lorsque le dépôt immédiat des valeurs à la régie n'est pas immédiatement réalisable, les agents ayant procédé à l'inventaire doivent placer les biens dans une enveloppe cachetée avant de les déposer dans un coffre approprié : auprès du service des admissions, auprès de la direction, tout autre coffre placé sous la responsabilité de l'administrateur de garde... (v. n°19).

Il est préconisé, pour la remise des biens au dépositaire, l'utilisation d'une enveloppe qui dispose d'un rabat permettant sa réouverture lors de l'inventaire effectué auprès du dépositaire. Il doit être porté sur la face externe de l'enveloppe, l'identité du malade décédé, l'identité et le service de l'agent déposant, l'heure et la date du dépôt, ainsi que le relevé contradictoire du dépôt (sommes d'argent et description des objets).

129. La restitution des biens

Les représentants légaux, la famille ou les proches doivent être avisés, dès qu'ils sont connus, que des biens du patient décédé sont demeurés à l'hôpital et y sont conservés¹⁹⁸.

Un document doit leur être remis, soit directement, soit par la voie postale, les invitant à procéder à leur retrait (v. modèle ci-dessous).

¹⁹⁷ Art. R. 1113-6, CSP.

¹⁹⁸ Art. R. 1113-6, CSP

Hôpital :

A....., le

Mme ou M.

Dossier n° :
Succession de Mme, M.

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que la régie de notre hôpital est en possession d'effets personnels dans la succession référencée ci-dessus :

-
-
-

La restitution de ces biens peut vous être faite en votre qualité d'héritier dans les locaux de la régie de l'hôpital, du lundi au vendredi de h. à h.

Ces biens seront tenus à votre disposition jusqu'au .

Si vous vous trouvez dans l'incapacité de vous déplacer, merci de nous demander par courrier de vous faire parvenir la succession recommandée et si plusieurs héritiers sont dans la succession, de remplir la déclaration de porte fort ci-jointe, accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité.

Pièces à fournir : cf. liste jointe

Ce délai écoulé, ces biens seront versés auprès de la Direction de l'Immobilier de l'Etat.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature
(Le régisseur)

Afin d'éviter la multiplication des documents remis aux familles, les informations qui doivent être ainsi délivrées peuvent être mentionnées sur un document unique remis aux familles et comprenant d'autres informations relatives au décès : formalités d'état civil, rôle et emplacement de la chambre mortuaire, etc.

Ce document doit leur apporter toutes précisions utiles leur permettant d'accomplir le retrait des biens déposés : documents à présenter, localisation, jours et heures d'ouverture des lieux de retrait des biens... Il doit les informer du devenir des objets qui demeureraient en dépôt dans l'établissement.

Cette information doit être communiquée aux héritiers ou aux proches, s'ils sont connus, au moins six mois avant la date d'une éventuelle remise des objets à la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE, v. encadré ci-dessous) ou s'il s'agit de valeurs à la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

Les héritiers du patient disposent d'un délai d'un an à compter du décès pour solliciter la restitution des biens laissés au sein de l'hôpital.

Les actes sous seing privés constatant des créances ou des dettes doivent en revanche être conservés par les hôpitaux pendant une durée de cinq ans après le décès¹⁹⁹.

La Direction de l'immobilier de l'État (DIE) est une direction du Ministère chargé des finances, rattachée à la Direction générale des Finances publiques (DGFIP) et principalement chargée de superviser la gestion du patrimoine immobilier de l'État mis à la disposition des ministères et des établissements publics nationaux.

Il lui est rattaché la Direction nationale des interventions domaniales (DNID), implantée à Saint-Maurice (Val-de-Marne) et qui est en pratique l'interlocutrice des régisseurs.

Avant le 19 septembre 2016, la DIE était un service dénommé France Domaine.

La DIE a notamment pour fonctions de définir la politique immobilière de l'Etat et de ses opérateurs et d'en réaliser la gouvernance pour s'assurer de sa mise en œuvre, de réaliser l'acquisition, la gestion et la cession des biens domaniaux et de recouvrer les produits domaniaux de toute nature.

¹⁹⁹ Art. L. 1113-7 al. 2, CSP

Mais il lui revient également d'assurer la curatelle des successions vacantes ou en déshérence par décision de justice, c'est-à-dire lorsque personne ne se présente pour réclamer la succession et qu'il n'y a pas d'héritier connu, ou que tous les héritiers connus ont renoncé à la succession ou ne se sont pas manifestés dans les 6 mois après l'ouverture de la succession. Dans ce cas, toute personne intéressée (les créanciers de la succession par exemple) ou le ministère public peut demander au Tribunal de grande instance (TGI) du domicile du défunt de confier la gestion de la succession vacante à la DIE, demande qui sera validée par une ordonnance de curatelle. La mission de curateur consiste à apurer le passif de la succession notamment en réalisant les actifs mobiliers et immobiliers par leur vente à l'amiable ou par voie d'adjudication, afin de désintéresser les créanciers déclarés à la succession. La curatelle prend fin lorsque des héritiers se sont entretemps déclarés à la succession ou que celle-ci a été liquidée (par la réalisation de l'intégralité de ses actifs), ou enfin par l'envoi en possession de l'État en sa qualité d'héritier ultime des successions vacantes.

130. Rôle de la personne à prévenir

Si la famille ou les proches ne se présentent pas, une information doit être délivrée par lettre simple à la personne que le patient aura désignée, le cas échéant, comme son correspondant (« personne à prévenir », qui doit être mentionnée au dossier médical du patient ; art. R. 1112-3, CSP). Cette lettre devra demander à l'intéressé qu'il communique à l'hôpital les coordonnées des héritiers du défunt.

Il n'y a en revanche pas lieu d'informer :

- le tuteur (ou le mandataire judiciaire à la protection des personnes, MJPM), car le décès a mis fin à la tutelle comme protection de la personne vivante et les biens du patient décédé relèvent désormais des règles de la succession ;
- ni la personne de confiance, qui n'a à ce titre aucun rôle dans la procédure de restitution des biens.

131. Preuve de la qualité d'héritier

Afin de retirer les affaires personnelles du patient, ses héritiers doivent prouver leur qualité par tout moyen. En pratique, les moyens les plus usités sont la production d'un certificat d'hérédité²⁰⁰ (acte gratuit dressé par un maire) ou d'un acte de notoriété²⁰¹ (acte payant dressé par notaire).

Il est cependant possible aux héritiers de se voir remettre les valeurs conservées par le régisseur, si, en application de l'article 730 du code civil selon lequel « la preuve de la qualité d'héritier s'établit par tout moyen », ils justifient d'un faisceau d'indices suffisant.

Pourront ainsi être notamment présentés au régisseur :

- l'acte de décès ;
- le livret de famille ;
- une pièce d'identité ;
- ou, en cas de pluralité d'héritiers, une promesse de porte-fort (art. 1120 du code civil)²⁰².

132. Pas de remise directe des biens aux héritiers

La remise directe des biens, quels qu'ils soient – et y compris donc ceux relevant du vestiaire – aux membres de la famille ou aux proches est absolument proscrite aux personnels hospitaliers, sauf lorsqu'il s'agit du conjoint survivant ou des personnes titulaires de l'autorité parentale.

Ceci s'applique de manière générale, sans qu'il y ait lieu de faire d'exceptions et de faveurs particulières aux personnes bien connues du service et qui ont pu

²⁰⁰ La demande de ce certificat peut être effectuée par les héritiers ou par toute personne désirant prouver sa qualité d'héritier. Le demandeur doit s'adresser à la mairie :

- de son domicile
- ou du dernier domicile du défunt,
- ou du lieu de décès du défunt.

Des pièces justificatives seront demandées par la mairie, notamment la pièce d'identité du demandeur et toute pièce permettant de justifier la qualité d'héritier (ainsi la copie intégrale de l'acte de naissance du défunt sur laquelle figure la mention du décès et le livret de famille du défunt). Aucune obligation légale n'impose toutefois au maire la délivrance d'un tel certificat. Il s'agit d'une simple pratique administrative. En cas de refus du maire (notamment en cas de doute, d'insuffisance des éléments présentés) ou en cas de succession complexe (testament, contrat de mariage, défunt de nationalité étrangère, etc.), l'ayant droit devra s'adresser à un notaire qui établira un acte de notoriété.

²⁰¹ Article 730-1 du Code civil : « La preuve de la qualité d'héritier peut résulter d'un acte de notoriété dressé par un notaire, à la demande d'un ou plusieurs ayants droit. L'acte de notoriété doit viser l'acte de décès de la personne dont la succession est ouverte et faire mention des pièces justificatives qui ont pu être produites, tels les actes de l'état civil et, éventuellement, les documents qui concernent l'existence de libéralités à cause de mort pouvant avoir une incidence sur la dévolution successorale. Il contient l'affirmation, signée du ou des ayants droit auteurs de la demande, qu'ils ont vocation, seuls ou avec d'autres qu'ils désignent, à recueillir tout ou partie de la succession du défunt. Toute personne dont les dires paraîtraient utiles peut être appelée à l'acte. Il est fait mention de l'acte de notoriété en marge de l'acte de décès ».

²⁰² Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 43. Aux termes de l'article 1120 du code civil, le porte-fort est celui qui promet « le fait » d'un tiers. Le mécanisme de la promesse de porte fort permet à un représentant qui accomplit un acte juridique sans pouvoirs de se « porter fort » d'obtenir à posteriori l'habilitation qui lui fait défaut, sous forme de ratification.

accompagner de leur présence attentionnée la fin de vie du patient décédé. Seuls comptent en effet, en l'espèce, les règles applicables en matière de succession²⁰³.

Toute entorse à ce principe est susceptible d'engager la responsabilité disciplinaire, voire pécuniaire, de l'agent concerné et, le cas échéant, celle de l'établissement au plan indemnitaire. Peu importe que l'initiative de l'agent concerné soit fondée sur la volonté de « faciliter les choses » ou sur la bienveillance : lien d'affection manifeste du proche avec la personne décédée, difficultés pratiques pour le proche de revenir récupérer les biens ultérieurement au sein de l'hôpital, besoin impérieux de récupérer tel ou tel objet...

133. Personnes auxquelles peuvent être remis les fonds et objets

Seuls les héritiers ont vocation à se voir remettre les biens du patient décédé par le régisseur ou un agent habilité par l'hôpital.

L'éclatement fréquent des familles, leur dispersion géographique, sans parler de leurs éventuels désaccords, entre autres, ont pour effet de rendre souvent illusoire la situation des héritiers se présentant ensemble pour récupérer des biens.

Les textes prévoient que l'un des héritiers se portant porte-fort pour ses cohéritiers peut se voir remettre les biens et valeurs, à condition que la somme due au titre de la succession n'excède pas 2 400 euros²⁰⁴. L'inscription de la promesse de porte-fort, datée et signée de l'héritier concerné, doit être dans ce cas portée sur les documents présentés par le régisseur.

La promesse de porte-fort est toutefois une procédure qui doit être utilisée avec prudence. De manière générale un mandat est préférable par lequel les héritiers désignent expressément un mandataire pour la restitution des biens.

²⁰³ Dispositions abrogées des articles 73 et 74 du décret du 14 janvier 1974 relatif au fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, mais qui contiennent des indications demeurées pertinentes :

Art. 73 : « Lorsque le décès a été immédiatement constaté, le surveillant ou l'infirmier de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, clés, etc. qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin ; il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque service. Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire ».

Art. 74 : « L'inventaire mentionné à l'article précédent est signé par le surveillant, ou l'infirmier et le témoin, puis remis avec les objets qui y figurent à l'agent (...). Aucun de ces objets ne peut être rendu directement par le personnel aux ayants droits du malade ou à ses amis. »

²⁰⁴ Instruction du 17 décembre 2001 du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie adaptant en euros les montants de la circulaire du 30 mars 1989 relative à la simplification de la réglementation du paiement des dépenses publiques.

Lorsque le retrait est effectué par un mandataire, le régisseur doit exiger une procuration sous seing privé originale. Là aussi, il est recommandé pour les remises de valeur importante de solliciter du mandataire un acte authentique. En l'absence d'acte notarié, le régisseur doit s'assurer de la réalité de la procuration en vérifiant lui-même l'authenticité des signatures produites. Les usagers ont la possibilité de se présenter au guichet d'une trésorerie de leur lieu de résidence afin que soit authentifiée la signature de l'acte sous seing privé devant être produit.

134. Remise directe au notaire

Compte tenu des garanties offertes par les notaires, il est admis de régler entre les mains de celui chargé du règlement d'une succession, et se portant fort pour ses clients, toute somme due au titre de la succession, sans limitation de montant.

135. Inhumation avec des biens à la demande du patient

Une personne décédée peut avoir de son vivant manifesté de façon explicite son souhait d'être inhumée avec des bijoux (ainsi, une alliance) ou des objets personnels. Si telle était son intention et selon la nature des objets, elle aura pu rédiger et signer de son vivant auprès d'un agent de l'hôpital un document pour exprimer son vœu, décrivant les objets concernés de façon précise. Si la personne n'était pas en mesure de signer, ce document pourra être signé par un membre de sa famille se portant fort ou, dans le cas notamment où elle n'a pas de famille, par deux témoins du service qui attesteront de sa volonté.

Le régisseur doit se les faire présenter lors de la signature du document afin de constater leur existence et de procéder à leur description. Au moment du décès, ils seront remis après inventaire au régisseur avant d'être placés sous son contrôle sur le corps ou dans le cercueil à la chambre mortuaire.

136. Inhumation avec des biens à la demande de la famille

Dans d'autres cas, c'est la famille qui peut souhaiter que la personne décédée soit inhumée avec des bijoux ou des objets personnels. Ce souhait, qui aura été exprimé le cas échéant par un écrit du patient produit par la famille, doit être respecté. Il ne peut empêcher la procédure préalable par laquelle ces bijoux et objets doivent, dans un premier temps, être ôtés et déposés après inventaire avec les autres objets laissés par la personne décédée.

Dans un second temps, à la demande de la famille, les bijoux peuvent être confiés par le régisseur au responsable de la chambre mortuaire – un document attestera de cette remise – afin d'être placés sur le corps.

Cette opération peut être effectuée :

- soit après l'obtention de l'accord unanime des membres de la famille qui se sont manifestés ;
- soit sur la présentation par un héritier – se portant fort, si nécessaire pour les autres héritiers²⁰⁵ – d'un certificat d'hérédité ou tout autre document prouvant sa qualité d'héritier.

Problématique des clés :

La restitution de clés suit les mêmes règles que celles précédemment décrites (v. n°131). Après le décès, les clés doivent ainsi être remises directement au régisseur.

Les clés ne peuvent pas être remises de façon informelle à un membre de la famille. Un agent qui y procéderait sans habilitation et hors procédure commettrait une faute professionnelle. La responsabilité de l'hôpital pourrait par ailleurs être engagée.

La remise des clés du domicile du patient décédé à des tiers pose souvent difficulté :

- des soupçons peuvent résulter de l'usage pouvant être fait des clés par un héritier indélicat pénétrant le premier dans le domicile du patient. A contrario, se rendre rapidement au domicile du défunt est souvent nécessaire pour récupérer des documents, des vêtements, un contrat obsèques, nourrir un animal... Aucune disposition ne permet de s'opposer à la remise des clés à un héritier, a fortiori s'il se porte fort ou dispose d'un mandat des autres héritiers. La remise doit en tout état de cause s'effectuer avec toute la traçabilité requise, et en la différant autant que possible en cas de circonstances douteuses ou de conflit familial manifeste ;
- à titre exceptionnel, des clés pourront être remises à un membre du personnel pour chercher, à défaut de famille présente, un document indispensable ou procéder à un acte conservatoire au domicile du patient

²⁰⁵ Sur la notion de porte fort, v. note n° 202.

décédé. Une précaution doit être de mandater les agents concernés de façon expresse (procédure écrite), de faire en sorte que deux personnes (un agent et un membre de l'entourage de préférence ou deux agents) se déplacent simultanément au domicile et qu'un rapport précis, signé par les intéressés, soit conservé par l'hôpital. L'appui des services de police, s'ils acceptent de se déplacer, est recommandé ;

- lorsqu'un propriétaire demande à se voir remettre les clés du logement qu'occupait son locataire décédé.

L'hôpital ne peut restituer au propriétaire les clefs du logement. La DIE (v. n°128) devra avoir été nommée curatrice pour la gestion de la succession vacante avant de pouvoir remettre les clefs au propriétaire.

Le propriétaire aura le choix entre deux procédures distinctes pour récupérer les clés de son logement :

- soit présenter une requête devant le Président du tribunal de grande instance (TGI) du lieu d'ouverture de la succession (selon l'article 720 du Code civil, le lieu du dernier domicile du défunt), afin de voir nommer un curateur à la succession vacante qui décidera du sort des meubles et des affaires du défunt. Le propriétaire devra alors s'adresser à la DIE.
- Lorsqu'une personne décède sans laisser d'héritier (succession vacante), l'article 809-1 du Code civil prévoit en effet que la gestion et la liquidation de la succession sont confiées à la DIE qui sera nommé curatrice de la succession par le juge judiciaire, sur requête de toute personne intéressée ou du ministère public.
- soit présenter une requête devant le Président du tribunal de grande instance du lieu d'ouverture de la succession afin de désigner un huissier de justice qui aura pour mission d'apposer les scellés et d'établir un état descriptif du mobilier présent dans les lieux, conformément aux articles 1304 à 1306 du code de procédure civile. Le Président du tribunal de grande instance pourra dès lors autoriser le bailleur à faire enlever les meubles et à les faire soit déposer dans un autre lieu, soit cantonner dans une partie du local qui était occupé par le défunt (article 1324 code de procédure civile). Cette procédure permettra au bailleur de récupérer plus rapidement son logement²⁰⁶.

²⁰⁶ Article 1324 CPC : « Lorsqu'il n'y a pas de successible connu et si le contrat de location a pris fin, le président du tribunal de grande instance ou son délégué peut autoriser, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article 1325, le propriétaire des locaux à faire enlever les meubles et à les faire soit déposer dans un autre lieu, soit cantonner dans une partie du local qui était occupé par le défunt.

L'huissier de justice assiste au déplacement des meubles et dresse procès-verbal des opérations.

Si des scellés avaient été apposés, il les lève puis les réappose sur les lieux dans lesquels les meubles sont déposés ou cantonnés, dans les conditions prévues à l'article 1322.

137. Testaments

Les testaments trouvés auprès des patients décédés ou qui ont été déposés auprès du régisseur ne doivent pas être remis aux familles, mais adressés à la chambre des notaires compétente.

138. Modalités de remise des biens par le régisseur

Si le malade décède alors que des sommes d'argent ou des objets de valeur sont encore déposés chez le régisseur, il appartient à ce dernier de procéder à la restitution des dépôts aux héritiers sur justification de leurs droits²⁰⁷.

La remise des fonds ou des objets se fait contre signature d'une décharge. La preuve de l'identité de l'héritier ou du mandataire doit être apportée. Pour les sommes d'argent, le régisseur fait acquitter un ordre de paiement établi au nom du bénéficiaire. S'agissant d'un dépôt, il n'existe pas de seuil de restitution des sommes d'argent en numéraire.

Dans tous les cas, le régisseur mentionne les références de la pièce d'identité produite par le bénéficiaire.

Mention sera faite par ailleurs, sur le registre spécial, du nom et de la qualité de la personne à laquelle sont remis les objets en dépôt. Les justificatifs présentés sont gardés au dossier administratif de la personne décédée.

139. Lorsque les héritiers ne peuvent pas se déplacer

Dans ce cas ou lorsque le poste comptable ne se situe pas sur le lieu de l'hospitalisation, plusieurs solutions sont possibles :

- pour les dépôts en numéraire

L'héritier ou le mandataire peut demander que le paiement soit réalisé par virement bancaire ou postal avec l'indication du nom du créancier ainsi que de son numéro de compte bancaire ou postal. Dans ce cas, le bénéficiaire doit produire un relevé d'identité bancaire ou postal.

- pour les objets déposés

La procédure de l'envoi postal en recommandé n'est pas réglementairement prévue. Elle est possible en pratique. Des problèmes sont cependant survenus à la suite de l'envoi d'objets « précieux » par voie postale. Les objets doivent en

Lorsqu'il avait été dressé un état descriptif, l'huissier de justice assure la clôture des lieux où sont déposés ou cantonnés les meubles et il conserve les clés. »

²⁰⁷ Instruction DGFIP du 7 février 2014, p. 97

principe être envoyés en « valeur déclarée » (ce qui occasionne des frais importants). Aussi, dans les cas qui doivent rester très exceptionnels où les héritiers ne peuvent retirer eux-mêmes les objets déposés, les régisseurs doivent mettre en œuvre une procédure qui permet de suivre le cheminement des objets expédiés et limite donc les risques de perte.

140. Incinération ou destruction des effets personnels du patient décédé

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. L'incinération est effectuée dans le cadre de la procédure d'élimination des déchets hospitaliers (art. R. 1335-1 et s., CSP). Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets²⁰⁸.

De même, lorsque les effets ou objets sont dans un état tel que leur réutilisation ou leur conservation s'avère impossible (hypothèse à retenir avec prudence), ils peuvent être détruits. Ces objets doivent cependant figurer sur l'inventaire et leur absence doit être justifiée par un « bon de destruction » établi par le cadre infirmier du service. Ils sont considérés, en principe, comme des « déchets dont la collecte et l'élimination ne font pas l'objet de prescriptions particulières vis-à-vis des risques d'infection »²⁰⁹.

Dans ce cas, le registre des inventaires du service doit être également complété après le décès et porté systématiquement auprès du régisseur de l'hôpital, même si aucun dépôt ne doit y être effectué (il sera alors porté la mention « néant » sur le registre).

141. Les objets abandonnés

Les objets non réclamés sont, de manière générale²¹⁰, remis un an après le décès du patient, à la Caisse des dépôts et consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à la DIE aux fins d'être mis en vente.

La DIE peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur²¹¹.

²⁰⁸ Art. R. 1112-74, CSP ; article 194 du règlement intérieur de l'AP-HP

²⁰⁹ Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets, annexe II.

²¹⁰ Exception faite des effets mobiliers apportés par les personnes qui ont été prises en charge gratuitement à l'hôpital, qui appartiennent à l'hôpital (art. L. 6145-12, CSP)

²¹¹ Comme on l'a vu précédemment, les actes sous seing privé devant être conservés pendant une période de 5 ans après le décès du patient, ils seront détruits à l'issue de cette période.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par la DIE ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, en l'absence de réclamation, dans l'intervalle, de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers²¹².

Ces dispositions doivent être portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement à la DIE ou à la Caisse des dépôts et consignations²¹³.

142. Lorsque la succession est dépourvue d'héritiers

L'hôpital est parfois interrogé par des organismes extérieurs tels que des organismes bancaires, bailleurs ou syndicats de copropriété... concernant le règlement de la succession d'un patient décédé à l'hôpital sans famille connue. Ces organismes, ayant une ou plusieurs créances à recouvrer ou des clés d'habitation à récupérer (le cas échéant conservées par l'hôpital), demandent alors qui est en charge du règlement de cette succession vacante.

Aux termes des dispositions du Code civil (article 809), la succession est vacante :

« 1° lorsqu'il ne se présente personne pour réclamer une succession et qu'il n'y a pas d'héritier connu ;

2° lorsque tous les héritiers connus ont renoncé à la succession ;

3° lorsque, après l'expiration d'un délai de six mois depuis l'ouverture de la succession, les héritiers connus n'ont pas opté, de manière tacite ou expresse ».

Dans ce cas, la gestion de ces successions est confiée à la DIE²¹⁴.

Néanmoins, avant qu'une succession ne soit déclarée vacante, il convient de s'assurer que le patient n'a pas laissé, au sein de l'hôpital, un testament dans lequel il a exprimé ses volontés et désigné un notaire. En présence d'un testament, mais en l'absence de désignation d'un notaire dans le testament, l'hôpital peut déposer le testament à la chambre des notaires compétente au regard du dernier domicile du défunt.

L'hôpital doit :

1° indiquer aux créanciers que la gestion d'une succession vacante relève de la compétence exclusive de la DIE²¹⁵.

²¹² Art. L. 1113-7, CSP

²¹³ Art. L. 1113-8, CSP

²¹⁴ Conformément aux dispositions de l'article 809-1 du Code civil.

2° leur indiquer qu'il leur appartient en conséquence de demander la nomination de la DIE auprès du Tribunal de grande instance (TGI) compétent.

143. Les droits éventuels de l'hôpital et des collectivités publiques

Le principe de référence a longtemps été que lorsque les personnes décédées au sein de l'hôpital y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit à l'établissement²¹⁶. Il est toutefois considéré que les établissements doivent user de leurs prérogatives avec humanité, notamment en renonçant au profit des héritiers aux objets personnels de faible valeur ou à ceux qui, comme les alliances, présentent le caractère d'un souvenir²¹⁷.

En revanche, si les patients décédés ont acquitté de quelque manière que ce soit leurs frais d'hospitalisation, leurs effets mobiliers reviennent aux héritiers.²¹⁸

En réalité, de nos jours, la plupart des personnes sans ressources, soignées "gratuitement" à l'hôpital, sont prises en charge au titre de l'aide sociale. Les collectivités publiques (département ou éventuellement État) qui ont assuré la prise en charge des dépenses de soins ou d'hébergement de la personne décédée exerceront, en application de l'article L. 132-8 du Code de l'action sociale et des familles, des recours contre la succession et contre le légataire du bénéficiaire de l'aide sociale. Ceci concerne à l'hôpital tous les effets mobiliers, y compris les bijoux à usage personnel.

²¹⁵ Loi du 20 nov. 1940 et Arr. interministériel du 2 nov. 1971 pour les décès intervenus avant le 1er janvier 2007 et loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités pour les décès intervenus après le 1er janvier 2007. Sur le fondement des dispositions du Code civil (art. 809 et s.), la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE) sera nommée curatrice à la succession sous l'autorité et le contrôle du juge judiciaire.

²¹⁶ Art. L. 6145-12, CSP : « Les effets mobiliers, apportés par les personnes décédées dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits établissements publics de santé à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence.

Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les établissements publics de santé par lesdites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent aux établissements publics de santé.

Le présent article n'est pas applicable aux militaires et marins soignés dans les établissements publics de santé ».

D'après la doctrine et la jurisprudence, les effets mobiliers sur lesquels les établissements publics de santé ont un droit de propriété consistent dans les meubles corporels : linge, vêtements, etc. « à l'usage quotidien des malades ». Il s'agit également des bijoux et objets personnels de faible valeur.

²¹⁷ Cf. circulaire du ministre de la santé du 4 juillet 1947 (BST 67G/1947), citée par la circulaire interministérielle du 27 mai 1994.

²¹⁸ Id.

Cette disposition a des conséquences importantes pour les héritiers : la dévolution aux héritiers des biens déposés n'intervient en aucun cas avant que la collectivité publique (département ou État), qui a assuré le financement de l'aide sociale, n'ait été mise en mesure de faire connaître son intention quant à son droit à exercer un recours sur la succession.

Afin de ne pas retarder outre mesure la dévolution des biens :

- l'hôpital doit informer dans de brefs délais la collectivité publique concernée de l'ouverture de la succession ;
- l'absence de transmission d'une décision de récupération par la collectivité publique dans un délai de 6 mois doit conduire le régisseur à se dessaisir des objets entre les mains des héritiers, après information de la collectivité intéressée.

En cas de nécessité, les sommes déposées par le patient pris en charge au titre de l'aide sociale peuvent être utilisées par le régisseur afin de payer les frais d'obsèques.

REGISTRE DES INVENTAIRES APRES DÉCÈS

Date du décès : Année Mois Jour

N° NIP	N° du lit	NOM et PRENOMS	Heure du décès	Heure de l'inventaire	N° de décès
-----	-----		-----	-----	-----

Argent

"trouvé au décès"

(détail et somme totale
en chiffres et lettres)

N° Quittance

Valeurs

"trouvées au décès"

(cartes bancaires, titres,
carnets de chèques...)**Bijoux**

"trouvés au décès"

N° Quittance

Clefs**Papiers et Documents****Effets et objets divers**

Nom, fonction et signature des personnes qui ont dressé l'inventaire

1 : 2 :

Le Régisseur
(pour décharge de l'argent,
valeurs, bijoux)

Le :

Le préposé au vestiaire
(pour décharge des effets et objets divers)

Le :

DÉCÈS N°	CONTRAT OBSÈQUES		MALADE EXTERNE	PENS. PAYANT	PENSIONNAIRE AIDE SOCIALE					RÉFÉRENCES DE L'HOSPITALISA.	
	O U I	N O N			75	92	93	94		N° D'ENTRÉE :	DATE D'ENTRÉE :
NOM et PRÉNOM								SALLE :		DATE DU DÉCÈS :	
NOM PATRONYMIQUE											
ADRESSE											
DENIERS	FONDS TROUVÉS AU DÉCÈS			N° QUITT.		RÉFÉRENCES RESTITUTION					
	DÉPÔT CAISSE { MALADE ORDINAIRE MAJEUR PROTÈGE										
	RELIQUATS SUR PENSIONS										
	AUTRES										
	TOTAL			H15 - DATE							
	PRÉLÈVEMENT P.F.G.										
	PRÉLÈVEMENT F.S.										
	PRÉLÈVEMENTS DIVERS										
	SOLDE A RESTITUER										
	FORFAIT HOSPITALIER										
	PAYÉ LE :										
	QUITTANCE N° :										
DENIERS RESTITUÉS LE :											
SIGNATURE											
VALEURS	NATURE			N° QUITT.		P. en C.		RESTITUÉ LE : SIGNATURE			
	LS										
	H DD										
BIJOUX	NATURE			N° QUITT.		P. en C.		RESTITUÉ LE : SIGNATURE			
	LS										
	H DD										
DIVERS	EFFETS - OBJETS							RESTITUÉ LE : SIGNATURE			
	PAPIERS SANS VALEUR										
	CLEFS							RESTITUÉ LE : SIGNATURE			
PORTE FORT ou ABANDON											

DATE D'ENTRÉE (pensionnaire) :

PERSONNE PRÉSENTE AU DÉCÈS :

NOM :

ADRESSE :

.....

.....

OBSÈQUES RÉGLÉS PAR :

HÉRITIERS :

.....

.....

.....

COPIE D'INVENTAIRE TRANSMISE :

M. de RETRAITE LE :

FRAIS de SÉJOUR LE :

NOTAIRE :

.....

.....

SITUATION DE PRISE EN CHARGE F. de S. :

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

.....

.....

.....

.....

Les objets abandonnés

13. LES OBJETS ABANDONNES

Points essentiels

- Tous les objets abandonnés par les patients à leur sortie doivent être déposés, s'ils ne l'étaient pas déjà, sauf instructions contraires données par les patients eux-mêmes.
- Selon la nature des biens (valeurs ou affaires personnelles), les agents doivent procéder au dépôt sans délai auprès du régisseur ou des agents de l'hôpital habilités à les recevoir ou, à défaut (par exemple en dehors des heures d'ouverture de la régie), dans les coffres destinés à cet usage.
- Tout objet, document ou valeur découvert ou « trouvé » au sein de l'établissement doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.
- Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE) afin d'être mis en vente.

144. La notion d'objets abandonnés

Il faut entendre par objets abandonnés, les objets non déposés qui ont été laissés par le patient au moment de sa sortie ou que l'on a retrouvés auprès des personnes décédées²¹⁹ (sur les personnes décédées, v. n°124 et s.). S'y ajoutent ceux qui ont été déposés auprès de l'hôpital ou chez le régisseur par le malade et dont le retrait n'a jamais été réalisé ou pour lesquels les héritiers ne se sont pas manifestés. Il peut s'agir également d'objets oubliés dans les coffres et les vestiaires et d'une manière générale, d'objets laissés, perdus ou oubliés dans l'enceinte hospitalière.

145. Le dépôt des objets abandonnés

L'ensemble des objets abandonnés par les patients à leur sortie doit faire l'objet d'un dépôt s'ils ne l'avaient pas fait auparavant, ceci sauf instructions contraires de la part du patient²²⁰.

²¹⁹ Art. L. 1113-6 et R. 1113-6, CSP

²²⁰ Art. R. 1113-6, CSP. Cet article évoque la « personne admise ou hébergée ».

Ils doivent être « déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public (= le régisseur) par le personnel de l'établissement »²²¹.

Le règlement intérieur de l'AP-HP précise que les agents ont l'obligation de déposer l'argent, les valeurs et les objets confiés par les patients ou trouvés au sein de l'hôpital. Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'hôpital ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage²²².

146. Les « objets trouvés »

Le règlement intérieur de l'AP-HP (art. 233) prévoit que « tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'établissement doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution ».

La procédure de gestion des objets trouvés doit être établie pour chaque site hospitalier, compte tenu de ses particularités, notamment géographiques.

Les éléments de procédure recommandés sont les suivants :

- les objets trouvés justifient une rigueur comparable aux autres biens : traçabilité des date, heure, lieu et circonstances de la découverte, inventaire, mise à l'abri immédiate (notamment des valeurs) dans un lieu sécurisé, remise aux autorités compétentes ;
- le circuit de gestion de ces objets doit être clairement défini par la direction de l'hôpital ; idéalement, un lieu de conservation et de restitution doit être identifié au sein de l'hôpital ;
- ils peuvent être restitués à leurs propriétaires (prévenus ou venus spontanément interroger l'hôpital) contre une attestation de restitution, après les vérifications nécessaires et les précautions d'usage (pour les clés par ex.) ;
- à défaut d'être réclamés, ils sont remis aux forces de l'ordre ou à la mairie. A Paris et pour les trois départements périphériques (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), la Préfecture de police assure la réception et la conservation des objets trouvés dans les établissements recevant du public²²³.

²²¹ Art. L. 1113-6, CSP.

²²² Art. 233 du règlement intérieur de l'AP-HP

²²³ Préfecture de police, Service des objets trouvés, 36, rue des Morillons, 75732 Paris Cedex 15

147. L'apurement des dépôts

Lorsque des biens abandonnés ou oubliés par un patient ont été retrouvés, un courrier doit être adressé à l'intéressé pour l'inviter à se présenter avec une pièce d'identité pour les récupérer. Si un proche se déplace afin de se les faire remettre au nom du patient, il lui sera demandé une procuration ainsi qu'une copie de sa pièce d'identité ainsi que de celle du patient.

Il en est de même pour les biens demeurés au vestiaire.

L'hôpital indiquera au régisseur les décès de personnes ayant effectué des dépôts, de telle sorte qu'il puisse identifier les biens dont la restitution n'a pas été demandée.

En cas de dépôt prolongé et à défaut de récupération par les intéressés, les biens non réclamés un an après la sortie de leur détenteur²²⁴ sont, selon leur nature :

- soit consignés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières,
- soit remis à la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE, ex-France Domaine), pour les autres biens mobiliers, afin qu'ils soient mis en vente.

²²⁴ Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2248 : « l'objectif (...) est (...) de permettre aux établissements d'apurer les stocks d'objets hétéroclites qu'ils sont tenus de conserver tout en préservant les droits de ceux qui en sont toujours juridiquement propriétaires. »

**Lettre type
à adresser au patient ayant abandonné des objets au sein de l'hôpital**

Réf. :

Je me permets de vous inviter à retirer les objets déposés lors de votre admission au sein de l'hôpital le

Je vous informe que les objets abandonnés seront remis dans un délai d'un an à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à la Direction de l'immobilier de l'Etat aux fins d'être mis en vente.

Vous pouvez faire retirer les objets déposés par un mandataire que vous aurez désigné.

M.
(service Gestion administrative des patients), reste à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur

148. La consignation

Dans un premier temps, les deniers non réclamés et figurant à la comptabilité de sa régie sont transférés par le régisseur au comptable, six mois après la date de la sortie du patient ou de la date de son décès.

A l'issue d'un délai d'un an après la sortie du patient ou son décès, les fonds et valeurs mobilières sont transférés pour consignation à la Caisse des dépôts et consignations. Le régisseur doit alors annoter en conséquence la fiche-compte du patient.

Le régisseur doit, dès le transfert des sommes à consigner, informer par un avis le patient lui-même, sa famille ou ses proches (ou les héritiers s'ils sont connus) de l'opération de consignation et des modalités de la remise des objets. La correspondance doit préciser que les ayants droit disposent encore de cinq années²²⁵ pour faire valoir leur droit sur les sommes ou valeurs consignées.

Pour la consignation, le régisseur doit tenir compte de la date de sortie du malade, même si des objets ont pu être déposés après cette date (objets retrouvés après la sortie). Il est donc recommandé que la mention de la date de sortie soit mentionnée sur la fiche de dépôt.

La remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières à la Caisse des dépôts et consignations s'effectue contre la délivrance d'un reçu à l'établissement dépositaire. La mention de cette remise est également inscrite dans le dossier administratif du patient ainsi que sur le registre spécial « par apposition d'une inscription marginale »²²⁶.

149. Remise des autres valeurs auprès de la Direction de l'Immobilier de l'Etat (DIE)

Le dépôt des biens mobiliers autres que ceux qui sont consignés est effectué tous les 6 mois par le régisseur auprès de la Direction nationale des interventions domaniales (DNID, direction relevant de la DIE, v. n°128).

Le régisseur adresse à la DNID un projet de procès-verbal de remise de ces biens mobiliers, établi en quatre exemplaires. Ces exemplaires, conjointement signés par le régisseur et le directeur de l'hôpital, doivent être adressés par le régisseur à la DNID, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsque les dépôts concernent uniquement des objets gardés au titre du vestiaire, il revient au préposé au vestiaire d'établir les procès-verbaux à joindre à la transmission commune.

Le projet de procès-verbal doit être adressé, un an après la sortie du patient ou de son décès, au directeur départemental ou régional des finances publiques du lieu de situation de l'établissement, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception²²⁷. Comme en matière de consignation, le délai d'un an court à compter de la date de sortie du patient même si, pour certains objets, le dépôt a pu être effectué postérieurement à cette date.

²²⁵ En vertu des dispositions de l'article L. 1113-7, alinéa 4

²²⁶ Art. R. 1113-8, CSP.

²²⁷ En pratique, les documents sont transmis selon une périodicité trimestrielle,

Le projet de procès-verbal doit comprendre une description des objets (à laquelle sont jointes si nécessaire des photographies) et mentionner leur valeur indicative, s'il est possible de les évaluer. Il n'entre pas dans la compétence propre de l'hôpital ou du régisseur d'effectuer l'expertise d'un objet. Cependant, tout élément d'estimation doit être communiqué à la DNID, notamment lorsque le dépôt a été accompagné de documents justifiant la valeur des biens. Le directeur concerné des finances publiques dispose d'un délai de trois mois à compter de la date d'avis de réception pour faire connaître s'il accepte, en tout ou partie, la remise des objets. Il peut refuser expressément la remise des objets dont la valeur serait inférieure aux frais de vente prévisibles.

À défaut de réponse dans un délai de trois mois à compter de la date de l'avis de réception, le refus doit être considéré comme tacite pour l'ensemble des objets répertoriés dans le projet de procès-verbal.

En cas d'acceptation, la remise juridique des objets à la DNID est formalisée par l'apposition de la signature du représentant de la DNID sur le procès-verbal. Un exemplaire signé servira au régisseur à justifier, vis-à-vis de la Direction spécialisée des finances publiques de l'AP-HP, de l'opération de sortie des valeurs inactives.

La DNID peut refuser le cas échéant des biens qui lui sont proposés, figurant sur le projet de procès-verbal établi par le régisseur.

La DNID accepte généralement les cartes bancaires, les chéquiers,... mais a priori ni les timbres, ni les tickets de transport, ni les tickets restaurant par exemple.

150. Dispositions spécifiques aux moyens de règlement, aux livrets et aux pièces d'identité

Parmi les biens présentés à la DIE figurent les moyens de règlement (chéquiers, cartes de crédit, cartes magnétiques diverses...) et les livrets.

La circulaire interministérielle du 27 mai 1994 précise qu'il convient, un an après le décès du malade et au moment où la consignation des sommes et valeurs et la procédure de remise des autres biens mobiliers à la DIE sont engagées, d'apurer les moyens de règlement.

En cas de refus de remise matérielle ou à défaut de réponse de la DIE dans un délai de 3 mois à compter de la transmission du procès-verbal, il est recommandé que le régisseur remette directement contre récépissé, ou adresse par lettre recommandée avec accusé de réception les moyens de règlement à chacun des établissements bancaires domiciliaires ou émetteurs, à l'exception des cartes magnétiques ou à prestations non nominatives dont la contrepartie

de l'utilisation est une prestation de service (cartes de parking, de téléphone...). Ces dernières pourront devenir propriété de l'établissement.

S'agissant des livrets abandonnés, le régisseur doit les envoyer aux établissements domiciliataires dans les mêmes conditions que les moyens de règlement. Cependant, lorsqu'il s'agit de livrets qui n'ont pas été réclamés par les héritiers ou légataires, ils seront inscrits mensuellement sur un procès-verbal de remise transmis selon une périodicité trimestrielle à la DIE. Sur ce procès-verbal, identique à celui utilisé pour les objets mobiliers, ne doivent figurer que les livrets à l'exclusion de tout autre élément. En effet, dans ce cas, c'est le droit commun des successions en déshérence, et non les dispositions du Code de la santé publique, qui s'applique, les fonds étant déposés auprès de l'établissement financier et non chez le comptable de l'établissement public de santé.

Il appartient dès lors à la DIE de prendre parti et de revendiquer la gestion de la succession dans le cadre du droit commun de la déshérence.

En cas de réponse négative ou à défaut de réponse de la DIE, dans un délai de 3 mois, le régisseur remettra le livret à la caisse d'épargne domiciliataire, soit directement contre récépissé, soit par lettre recommandée avec avis de réception.

Le régisseur annote alors sa "fiche-compte" d'une inscription relative à cet envoi et justifie la sortie de sa comptabilité au moyen du récépissé ou de l'avis de réception.

A défaut de textes explicites sur ce point, il est recommandé de conserver les pièces d'identité, passeports et permis de conduire abandonnés un an à compter de la sortie du patient. Ce délai ayant expiré, elles pourront être retournées aux administrations concernées, en général les préfectures. De même, les cartes « Vitale » sont retournées à l'adresse indiquée à leur dos.

151. Le retrait des biens

Entre l'acceptation et le retrait des biens par la DIE, la garde des objets demeurent sous la responsabilité du régisseur de l'hôpital.

Le retrait des biens par la DIE est effectué par une personne habilitée par les services fiscaux, à intervalles réguliers, pour l'ensemble des objets en dépôt dont la remise a été acceptée.

Une mention de la remise, ou du refus de la remise, est faite au dossier administratif de l'intéressé (et, le cas échéant, joint au dossier l'avis adressé à la famille ou aux proches, si le pli lui a été retourné), ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Le régisseur adressera in fine un avis de la remise au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches. La correspondance doit préciser que le déposant ou ses ayants droit disposeront d'un délai de 5 ans à compter de la date de cession par la DIE pour faire valoir leur droit sur le produit net de la vente des objets.

152. Le transfert de propriété de biens à l'établissement

Les établissements de santé deviennent propriétaires des objets abandonnés par les malades décédés :

- lorsque la DNID en a refusé la remise²²⁸,
- lorsque les patients ont été traités gratuitement par l'établissement (mais sous réserve que l'État ou le département n'ait pas pris en charge les frais d'hospitalisation)²²⁹.

153. Usage possible des biens dont l'hôpital devient propriétaire - Destruction

Les hôpitaux qui sont devenus propriétaires, dans les conditions ci-dessus énoncées, de biens mobiliers (tels que des télévisions, du matériel électronique, etc.) en sont responsables et doivent donc le cas échéant souscrire une assurance spécifique s'ils entendent les utiliser ou les prêter à un patient.

Les biens refusés par la DNID peuvent être détruits par les services techniques de l'hôpital, en présence du régisseur : clés, téléalarmes, lunettes, objets détériorés récupérés sur des patients blessés, etc. Un procès-verbal de destruction est établi. Les cartes bancaires seront le cas échéant découpées devant les familles par le régisseur pour bien témoigner qu'elles ne seront pas utilisées.

Sur décision du directeur de l'établissement, les biens refusés par la DNID peuvent également être confiés au service social hospitalier : tickets de transport urbain, tickets restaurant, timbres, montres de peu de valeurs. S'il n'en a pas usage direct pour des patients, le service social pourra le cas échéant les remettre à des associations (par ex. des lunettes), avec une traçabilité appropriée (nature, date, destinataire, signatures).

²²⁸ Art. L. 1113-7, al. 2, CSP.

²²⁹ Art. L. 6145-12 CSP.

Dons à des associations

L'interdiction faite aux personnes publiques de procéder à des libéralités est un principe général du droit administratif qui proscrit la cession de biens à titre gratuit ou à des prix inférieurs à leurs valeurs de biens, à des fins d'intérêts privés²³⁰. Le don des biens des malades dont l'hôpital devient propriétaire à des associations caritatives, compétence exclusive du directeur de l'établissement ou de ses délégués de signature (et relevant de leur responsabilité propre), doit donc le cas échéant s'entourer des plus grandes précautions : il ne devrait concerner que des biens réputés sans valeur (vêtements usagés, lunettes,...).

154. La procédure de vente

Les biens demeurés en dépôt au sein de l'établissement peuvent être vendus dès lors que la succession n'a pas été réclamée dans le délai d'un an après le décès du déposant et que la DIE y a renoncé. La propriété revient alors à l'établissement.

Il appartient au directeur de l'établissement, le cas échéant sur l'invitation du régisseur, d'autoriser la vente des objets au profit de l'établissement et de désigner l'officier ministériel chargé de la vente. Il peut le cas échéant désigner un expert pour l'estimation des bijoux et objets précieux.

Le mode de vente est arrêté par le directeur de l'établissement en fonction de la nature et de la valeur des objets concernés et des possibilités de trouver des acquéreurs à des conditions avantageuses. Aussi bien, la vente peut être effectuée par voie d'adjudication, sans qu'il y ait une quelconque obligation, ni de règle de publicité particulière²³¹, à l'amiable ou par appel d'offres, ou encore par l'intermédiaire d'une caisse de crédit municipal.

²³⁰ CE, 30 nov. 1997, Commune de Fougerolles

²³¹ Conseil d'État, 4 avril 1913

Les bijoux et objets sont respectivement remis par le régisseur et par le directeur de l'établissement : - soit au commissaire-priseur ou au notaire désigné par le directeur si la vente a eu lieu par adjudication publique ;

- soit au cadre de direction chargé des services économiques si la vente est faite à l'amiable ou par appel d'offres ;
- soit au directeur de la Caisse de crédit municipal.

À cette occasion, il est dressé un inventaire détaillé, établi en double exemplaire, des objets remis, rappelant la valeur conventionnelle de prise en charge et signé par le réceptionnaire de ces valeurs et le directeur de l'établissement.

Cet inventaire, la décision de vente, le refus d'acceptation par la DIE ainsi qu'éventuellement l'avis de ce service sur la valeur des objets constituent des justifications de bonne et valable décharge pour le régisseur.

Les frais exposés à l'occasion des aliénations sont supportés par le budget de l'établissement (imputés au compte « frais d'actes et de contentieux »).

Si certains des objets ne trouvent définitivement pas preneur, ils sont restitués au régisseur ou à l'établissement dans l'attente d'une décision définitive du directeur de l'établissement fixant l'affectation desdits objets (destruction ou remise à un service pouvant en avoir éventuellement l'utilité) et permettant la sortie de ces objets de la comptabilité des dépôts.

155. Les actes et documents détenus par les patients

Ces actes et documents doivent être conservés pendant une durée de cinq ans après la sortie du patient ou son décès.

Les actes sous seing privé²³² qui constatent des créances ou des dettes doivent être conservés par les régisseurs agissant au nom du comptable. Les autres actes doivent être conservés par l'hôpital, par un agent qui en est chargé ou le régisseur agissant au nom du directeur.

La destruction des documents peut intervenir cinq années après la sortie ou le décès de la personne. Elle doit être justifiée par un procès-verbal d'incinération. Selon le cas, le régisseur ou l'agent de l'hôpital doivent annoter leurs fiches ou registre d'une inscription marginale relative à cette destruction.

²³² Un acte sous seing privé désigne un écrit rédigé par des personnes privées afin de constater un acte ou un fait juridique. L'acte sous seing privé doit être distingué de l'acte authentique, aucun officier public (notaire, huissier...) n'intervenant dans la rédaction de l'acte. Ils peuvent par exemple prendre la forme d'un contrat de vente ou de location, d'une reconnaissance de dette, d'un constat de travail ou d'assurances, etc.

156. Les objets abandonnés « suspects »

Une procédure particulière s'applique à la découverte d'objets suspects à l'hôpital, lieu appelé à recevoir du public, dans le cadre du plan «Vigipirate».

La circulaire DHOS du 30 octobre 2001²³³ relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate donne ainsi des consignes en cas de découverte de plis ou de colis contenant des substances suspectes ou lors de la découverte d'objets abandonnés.

Elle prévoit notamment d'élaborer une fiche réflexe « consigne en cas de découverte d'objet ou colis suspect », qui doit être connue des responsables médicaux, des cadres des services et des équipes de sécurité.

Les mesures à prendre sont de manière générale celles applicables aux établissements recevant du public. Elles s'appliqueront le cas échéant aux biens des patients et à ceux des visiteurs :

- la limitation du nombre des accès voiture et piétons,
- les consignes de vigilance aux agents de sécurité, afin de déceler les comportements suspects et d'assurer un contrôle visuel des véhicules ou des bagages (la fouille n'est pas autorisée),
- une augmentation de la fréquence des rondes de prévention,
- la libération des couloirs et autres espaces publics des encombrants : cartons, containers.....,
- le rappel régulier au personnel hospitalier de son rôle en matière de surveillance et de détection des comportements anormaux.

En cas de découverte de véhicule ou d'objet suspect, les consignes doivent être de :

- ne pas approcher ou manipuler le véhicule ou l'objet suspect,
- établir un périmètre de sécurité,
- prévenir la police,
- rechercher dans l'environnement immédiat toutes informations utiles sur l'abandon du véhicule ou de l'objet : comportement insolite, situation inhabituelle, personne suspecte...

²³³ Circulaire DHOS/E 4 n°2001-525 du 30 octobre 2001 relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate et des consignes face à la découverte de plis ou colis contenant des substances suspectes.
Circulaire DHOS/E 4 n° 2002-356 du 19 juin 2002 relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate et des consignes face à la découverte de plis ou colis contenant des substances suspectes
Circulaire DHOS/Cellule/GRD n° 2004-362 du 27 juillet 2004 relative aux actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre de l'application du plan Vigipirate

Rôle du service social hospitalier

14. RÔLE DU SERVICE SOCIAL HOSPITALIER

Points essentiels

- Les assistants socio-éducatifs de l'hôpital sont susceptibles en de nombreuses circonstances de contribuer à la protection des biens des patients.
- Ils contribuent à la mise en œuvre des mesures de protection juridique des patients qui le nécessitent.
- En principe, les agents de l'hôpital ne peuvent s'introduire au domicile privé d'un patient, en l'absence de ce dernier, même pour récupérer des documents administratifs ou, à titre conservatoire, pour protéger des biens ou des animaux.

157. Rôle du service social

Les assistants socio-éducatifs de l'hôpital sont susceptibles en de nombreuses circonstances de contribuer à la protection des biens des patients.

Ils ont en effet pour mission, conformément à leur statut²³⁴, d'aider les patients, les personnes accueillies et les familles qui connaissent des difficultés sociales, à prévenir ou surmonter ces difficultés, à maintenir ou retrouver leur autonomie, et éventuellement à faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Ils sont amenés à conseiller, orienter et soutenir les personnes accueillies et leurs familles, à les aider dans leurs démarches et à informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale.

²³⁴ Art. 3 du décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

Ils permettront que des mesures conservatoires puissent être prises dès que possible (mais en pratique, il faut compter le plus souvent plusieurs mois...) par un mandataire spécial, en cas de sauvegarde de justice : payer les loyers, faire des déclarations, prévenir les organismes, faire réparer la porte défoncée par les pompiers, etc.

158. Récupération par les assistantes sociales de copies de pièces d'identités auprès de la régie

Les assistantes sociales sont parfois amenées à se déplacer auprès de la régie afin de récupérer, en lieu et place du patient (hors d'état de se déplacer et qui se trouve isolé), une copie de sa pièce d'identité afin de pouvoir constituer, par exemple, un dossier d'aide sociale.

159. Récupération d'affaires personnelles au domicile du patient

Sauf situation exceptionnelle (v. n°135), les agents de l'hôpital ne peuvent s'introduire au domicile privé d'un patient, en l'absence de ce dernier, serait-ce pour récupérer des papiers administratifs ou, à titre conservatoire, afin de protéger des biens ou des animaux²³⁵.

Une telle démarche n'entre aucunement dans les missions et le champ de compétences des personnels hospitaliers quels qu'ils soient (personnel administratif, soignant, socio-éducatif,...). Une intrusion dans des locaux privés est par ailleurs source de situations litigieuses, dans lesquelles la responsabilité des personnels concernés pourra être mise en cause.

L'assistante sociale tentera d'être accompagnée au domicile du patient par une personne extérieure à l'institution : la gardienne d'immeuble, une collègue assistante sociale de circonscription ou spécialisée (bailleur, CRAMIF, scolaire, entreprise, etc.).

De telles démarches, lorsqu'elles sont nécessaires, devront le cas échéant être organisées en lien étroit avec les autorités de police.

²³⁵ L'intervention pourra le cas échéant se fonder sur les dispositions du code pénal (art. R. 653-1) sanctionnant les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité d'un animal, notamment par négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, qui viendrait occasionner la mort ou la blessure d'un animal domestique.

A défaut de concours des autorités de police, des initiatives s'imposent néanmoins dans certaines circonstances. Il peut être admis à titre exceptionnel,

- que le régisseur remette les clés d'un logement au patient, qui pourra être accompagné par l'assistante sociale pour récupérer des affaires. Le médecin référent attestera de la lucidité de ce patient pour effectuer cette démarche. Mais il est exclu que l'assistante sociale y aille seule. Le régisseur doit faire signer un récépissé à l'assistante sociale ; il conserve une copie de sa carte professionnelle (avec photo).
- en l'absence de famille ou de proches susceptibles de se rendre au domicile du patient, dans l'hypothèse où le patient y donne son accord, la remise ponctuelle des clés à titre exceptionnel, à deux membres du personnel de l'établissement (assistante sociale, aide-soignant, MJPM ou autre) pour chercher au domicile du patient un ou plusieurs documents (par exemple, des justificatifs nécessaires à l'établissement d'un dossier d'aide sociale).

Cette procédure dérogatoire doit être strictement encadrée par l'hôpital. A cet effet, les agents concernés doivent être mandatés de façon expresse par l'hôpital (sous forme d'un ordre de mission) avec l'accord du patient sur la base d'une procédure écrite, l'autorisation du directeur étant contresignée par le chef de service. Un rapport précis, signé par les intéressés, doit être établi et conservé par l'hôpital à l'issue du passage au domicile. Ce rapport doit notamment mentionner l'heure et la date à laquelle la « visite » au domicile a eu lieu, que les documents ont été trouvés à tel endroit dans le logement (une liste des documents pris au domicile du patient devra être rédigée), qu'il s'agit des seuls documents qui ont été pris dans le logement qui est, par ailleurs, resté en l'état, etc.

Lorsque les agents se rendent au domicile du patient afin de récupérer un objet précis, ils ne doivent bien entendu en aucun cas prendre d'autre objet que ceux initialement prévus (tel que de l'argent en espèces et ce, même si les agents ont pour objectif de le déposer au coffre de la régie par la suite).

Les clés doivent être rapportées auprès du régisseur de l'hôpital (l'heure et la date de cette remise seront également indiquées dans le rapport précité) qui aura accepté au préalable cette procédure dérogatoire.

Annexe

Dispositions législatives et réglementaires du Code de la santé publique

Dispositions législatives et réglementaires du Code de la santé publique

Chapitre III : Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies

Article L. 1113-1

Les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

L'Etat est responsable dans les mêmes conditions du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés par les personnes admises ou hébergées dans les hôpitaux des armées.

Sont responsables dans les mêmes conditions l'Institution nationale des invalides pour les dépôts effectués dans ses services et l'Office national des anciens combattants pour ceux effectués dans ses maisons de retraite.

Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Il ne peut être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

Article L. 1113-2

Le montant des dommages et intérêts dus à un déposant en application de l'article L. 1113-1 est limité à l'équivalent de deux fois le montant du plafond des rémunérations et gains versés mensuellement retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale du régime général. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas lorsque le vol, la perte ou la détérioration des objets résultent d'une faute de l'établissement ou des personnes dont ce dernier doit répondre.

Article L. 1113-3

La responsabilité prévue à l'article L. 1113-1 s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes mentionnées au présent article procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1.

Article L. 1113-4

Les établissements mentionnés à l'article L. 1113-1 ou l'Etat ne sont responsables du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 ou non retirés dans celles prévues au second alinéa de l'article L. 1113-3, alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, que dans le cas où une faute est établie à l'encontre des établissements ou à l'encontre des personnes dont ils doivent répondre.

Article L. 1113-5

Les établissements mentionnés à l'article L. 1113-1 ou l'Etat ne sont pas responsables lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Article L. 1113-6

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs dans un des établissements mentionnés à l'article L. 1113-1 sont déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public par le personnel de l'établissement. Le régime de responsabilité prévu aux articles L. 1113-1 et L. 1113-2 est alors applicable.

Article L. 1113-7

Sous réserve des dispositions de l'article L. 6145-12, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

L'administration chargée des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaires, par les établissements où les personnes ont été admises ou hébergées pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

Article L. 1113-8

Les dispositions de l'article L. 1113-7 sont portées à la connaissance de la personne admise ou hébergée, ou de son représentant légal, au plus tard le jour de sa sortie de l'établissement ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement à l'administration chargée des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Article L. 1113-9

Toute clause contraire aux dispositions du présent chapitre est réputée non écrite.

Article L. 1113-10

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

1° Les conditions dans lesquelles sont désignés les préposés de l'établissement ou les comptables publics habilités à recevoir les objets en dépôt selon leur nature ;

2° Les modalités selon lesquelles les dépôts doivent être effectués entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, particulièrement lorsque ces dépôts portent sur des objets détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par des personnes hors d'état de manifester leur

volonté ou devant recevoir des soins d'urgence, ou sur des objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs dans cet établissement ;

3° Les conditions dans lesquelles l'administration chargée des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles ;

4° Les conditions dans lesquelles les dispositions du présent chapitre et ses textes d'application sont portées à la connaissance des personnes admises ou hébergées dans l'établissement.

Dispositions réglementaires

Chapitre III : Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies

Section unique

Article R. 1113-1

Toute personne admise ou hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 1113-1 est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal. Cette information fait référence au présent chapitre et comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement. Elle précise les principes gouvernant la responsabilité de celui-ci ou de l'Etat pour les hôpitaux des armées en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements. Cette information figure aussi, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

La personne admise ou hébergée, ou son représentant légal, certifie avoir reçu l'information prévue à l'alinéa précédent. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

Article R. 1113-2

Dans les établissements dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement.

Pour les établissements non dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par lui.

Article R. 1113-3

Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs des objets susceptibles d'être déposés en application de l'article R. 1113-1, la responsabilité de l'établissement ou de l'Etat pour les hôpitaux des armées ne peut être engagée dans les conditions définies aux articles L. 1113-1 et L. 1113-2 que si :

1° Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;

2° Les formalités de dépôt prévues à l'article R. 1113-4 ont été accomplies ;

3° Le directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

Article R. 1113-4

Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui conformément à l'article R. 1113-3.

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.

Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt.

Article R. 1113-5

Dans le cas mentionné à l'article L. 1113-3, un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement, et l'accompagnant ou, à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement.

Les objets et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription du dépôt sur le registre mentionné à l'article R. 1113-4 et joint un exemplaire de l'inventaire au dossier administratif de la personne admise.

Dès que son état le permet, la personne admise est informée dans les conditions prévues à l'article R. 1113-1. Elle obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial mentionné à l'article R. 1113-4.

L'établissement prend, si nécessaire, toute mesure propre à assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, au lieu désigné par la personne admise, à la charge de celle-ci, lorsqu'elle-même ne peut y procéder ou y faire procéder.

Article R. 1113-6

Tous les objets abandonnés par la personne admise ou hébergée à sa sortie sont déposés s'il n'avait pas été procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part. Ces objets sont également déposés en cas de décès. La personne admise ou hébergée, son représentant légal, sa famille ou ses proches en sont avisés.

Dans le cas prévu à l'article R. 1113-3, les objets sont remis au dépositaire, et mention en est faite sur le registre spécial.

Article R. 1113-7

Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

En cas de décès du déposant, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés et leur rappelant les dispositions de l'article L. 1113-7.

Article R. 1113-8

La remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières à la Caisse des dépôts et consignations s'effectue contre délivrance d'un reçu à l'établissement dépositaire. Mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches.

Article R. 1113-9

La remise, à l'administration chargée des domaines, des autres biens mobiliers non réclamés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-7 est constatée par procès-verbal établi par l'établissement détenteur.

A cette fin, la personne désignée à l'article R. 1113-2 adresse au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques du lieu de situation de l'établissement un projet de procès-verbal de remise, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ce projet contient la description des objets. Il comprend également la valeur indicative de ces objets sauf lorsque la nature de ceux-ci rend impossible une telle indication.

Le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques dispose d'un délai de trois mois à compter de la date d'avis de réception pour faire connaître s'il accepte, en tout ou partie, la remise des objets. Faute de réponse dans ce délai, il est réputé avoir refusé celle-ci.

Une mention de la remise, ou du refus de la remise, est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Avis de remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

Textes

Code de la santé publique, articles L. 1113-1 à L. 1113-10, R. 1113-1 à R. 1113-9

Instruction DGFIP du 7 février 2014 (NORBUDE1404824J) relative à la gestion des dépôts

Travaux parlementaires

- Débats parlementaires, Assemblée nationale, séance du 11 juin 1992, p. 2246 à 2249.
- Débats parlementaires, Sénat, séance du 25 juin 1992, n° 9, p. 2044 à 2045.

Ouvrages

- *Guide du dépôt de biens dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, François Ponchon, Berger-Levrault, 2^{nde} édition 2010.
- *Le décès à l'hôpital, règles et recommandations à l'usage des personnels*, Marc Dupont et Annick Macrez, Presses de l'EHESP, 2012.

Articles

- Le dépôt des biens et des valeurs à l'hôpital et en clinique, En cas de vol, qui est responsable?, Eléonore Freneau, droit-medical.net, 14 février 2008.
- Un volet méconnu des droits des malades : la protection de leurs affaires personnelles à l'hôpital, Marc Dupont, Marie-Hélène Roman, Audrey Volpe, Anne-Claude Le-Voyer, Gestions hospitalières, 2017
- Responsabilité du fait des vols, pertes et détérioration des objets déposés dans les établissements de santé et médico-sociaux : loi n° 92-614 du 6 juillet 1992, FHF, Circulaire n°7-1992
- Perte, vol et détérioration des objets des personnes hébergées dans un établissement, *Jurisclasseur administratif*, fascicule 876.

- Les nouveaux régimes de responsabilités et d'usucapion des établissements sociaux et de santé à l'égard des objets déposés, Jean-Marc Lhuillier, *RDSS* 1992, p. 696.
- La prothèse et le droit, *Petites affiches*, 7 octobre 1996, n° 121, p.8.
- Décès : dépôts des biens, actes post-décès, *Actualités JuriSanté*, n° 47, septembre-octobre 2004.

Index

- A -**Acte notarié**

133

Acte de notoriété

131

Actes sous seing privé

20, 129, 155

Actions

20

Administrateur de garde

18, 28

Admission

8, 48, 62, 63, 81

Affaires personnelles

3, 4, 11, 22, 34, 62, 159

Agent de permanence

18

Agent de sécurité

104

Agent du service des admissions

81

Aide-soignant

60

Alcool

107, 111

Aliments extérieurs

112

Alliance

20, 42, 135, 143

Ambulances

43

Animal

116, 136

Animal domestique

116, 6

Appareil électronique

40

Argent9, 25, 31, 43, 72, 73, 94, 127, 138,
145, 148**Argent de poche (10%)**

122, 123

Armes

107, 109, 110, 117

Armoire à toxiques

34

Assurances personnelles

95

Ayants droit

140, 148, 151

- B -**Bague**

20, 42, 90

Béquille

23

Bicyclette

6, 64

Biens incorporels

5

Biens mobiliers

2, 95, 141, 147, 149

Bijoux

20, 29, 40, 42, 48, 72, 93, 135, 136,
154

Bijoux de valeurs

127

Billet de vestiaire

51

Billets n'ayant plus cours

20

Blessés

59, 153

Bons de caisse

20, 74

Bons du Trésor

20, 74

Boucles d'oreille

20

Boutons de manchettes

20

Bracelet

20

Brancardiers

62

Briquet

20, 114, 115

Bruit

4

- C -**Cabine de déshabillage**

40

Cadre de santé

31, 34, 37, 60

**Caisse des dépôts et consignations
(CDC)**

129, 141, 147, 148

Canne

23, 30, 34

Carnet à souches

51

Carte d'accès à un parking

20, 150

Carte bancaire

29, 95, 153

Carte de crédit
20, 152

Carte d'identité
20, 78

Carte de règlement de repas
20

Carte de sécurité sociale
20

Carte magnétique
20

Carte Navigo
20

Carte Vitale
68, 152

Certificat d'hérédité
42, 131, 136

Certification
cf introduction

Chambre mortuaire
42, 126, 129, 135, 136

Chaussures orthopédiques
23

Chèques
20, 48

Chien
116

Choses mobilières
2, 4, 23, 81, 119

CLAN

112

Clés
20, 23, 37, 48, 65, 136, 142, 146,
153, 159

Coffres
7, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 65, 83,
108, 144, 145

Coffre à stupéfiants
39

Collier
20, 48, 90

Coma
57

Comptable
15, 16, 21, 24, 51, 55, 84, 93, 122,
139, 145

Confiscation
107

Conciergerie
7, 33

Consignation
81, 109, 148, 149, 150

Consigne
7, 38, 40, 65, 98, 156

Consultation externe
7

Créance
20, 142, 155

Cristallisoir

32, 100

Curatelle

14, 118, 129

Curateur

78, 129, 136

- D -

Déambulateur

30

Décès suspect

125

Décharge

45, 52, 73, 138, 154

Dégradation

31, 48, 87, 88, 90, 94, 104, 106,
121

Dépôt d'office

59, 61, 62, 64, 79

Dépôt feint

31, 32, 52, 80, 98, 119

Détérioration

7, 12, 47, 86, 90, 91, 103, 105

Devises étrangères

20

**Directeur chargé des services
économiques**

18

**Direction de l'Immobilier de l'Etat
(DIE)**

81, 129, 147, 149

**Direction Nationale d'Interventions
domaniales (DNID)**

129, 149

Domages - intérêts

87

Domicile du patient

8, 33, 118, 129, 136, 142, 159

Dons à des associations

153

Dossier de soins infirmiers

50

Drogue

108

- E -

Effets de commerce

20

Entretien des effets personnels

121

Enveloppe

19, 29, 33, 34, 54, 73, 128,

Etiquette

32, 34, 54

Étui

32, 100

Événement indésirable

105

- F -

Famille

12, 29, 42, 46, 53, 59, 60, 72, 79,
111, 112, 129, 130, 132, 133, 135,
136, 137, 151, 157

Fauteuil roulant

23, 30

Fouille

115, 117, 156

- G -

Gériatrie (unités de)

36

- H -

Hébergement

122, 143

Héritiers

84, 126, 129, 131, 132, 133, 136,
138, 139, 141, 142, 143, 144, 150

Hospitalisation

7, 8, 13, 34, 62, 69, 71, 75, 82, 117,
139, 143, 152

Hôtel

86, 91

Hygiène

4, 63

- I -

Immeubles

5

Incinération des biens

140, 155

Indemnisation

47, 80, 87, 88, 92, 93, 96, 97, 98,
99, 100, 101, 102, 121

Infirmier

31, 32, 34, 50, 60, 126

Information des usagers

7, 8, 13, 34, 62, 69, 71, 75, 82, 117,
139, 143, 152

Inhumation

135, 136

Inventaire

1, 6, 19, 31, 34, 36, 42, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 51, 54, 60, 66, 70, 73,
76, 77, 98, 108, 117, 126, 128, 135,
136, 140, 146, 154

- L -

Lecteur MP3

20

Lentilles de contact / oculaires

31, 32

Linge

42, 90, 121

Livret d'accueil

80, 82

Livrets d'épargne

20, 55, 150

Lunettes

20, 30, 31, 32, 41, 100, 153

- M -**Majeur protégé**

14, 78, 104, 122

Mandataire

14, 73, 74, 84, 133, 138, 139, 157

**Mandataire judiciaire
à la protection des majeurs (MJPM)**

14, 118, 130

Médaille

20

Médicaments

50, 107, 113, 117

Meubles

31, 136

Mineur

14, 58, 78, 99, 104

Montre

20, 27, 40, 41, 153

Moyen de règlement

20

- N -**Nécessaire de toilette**

83, 121

Notaire

131, 134, 137, 142, 154

- O -**Objets abandonnés**

84, 141, 144, 145, 152, 156

Objets suspects

109, 156

Objets trouvés

146

Obligations

20, 93, 94, 100

Obsèques

20, 122, 136, 143

**Observatoire nationale des
violences en milieu de
santé (ONVS)**

106

Ordinateur portable

20, 83

**Ordonnateur / comptable
(principe de séparation)**

16

- P -

Paiement

16, 60, 73, 94, 138, 139

Panier / Sac de courses

6, 64

Papiers d'identité

6, 9, 26, 28, 68, 83

Parking

91, 106

Parfum

85

Patient conscient

48

Patient décédé

126, 127, 129, 130, 132, 133, 136,
140, 142

Patient inconscient

44, 77, 81

Personne admise au titre de l'aide sociale

13, 55, 122, 143

Personne à prévenir

130

Personne chargée des services économiques

154

Personne de confiance

130

Perte

7, 12, 30, 44, 48, 60, 62, 68, 80, 81,
82, 86, 87, 90, 96, 98, 100, 105,
121, 139

Pièces démonétisées

20

Pièce d'identité

43, 65, 73, 98, 131, 138, 147, 158

Pièces en or

20

Placard

11, 30, 34, 35, 37, 82, 117

Plainte

103, 104

Portefeuille

20, 26, 27, 30, 40, 117

Porte-fort

131, 133

Poste de radio

31

Poussettes

7, 23

Préposé / agent de l'établissement

15, 18, 26, 56, 88, 145, 149

Proches

1, 26, 33, 53, 72, 113, 129, 130,
132, 148, 151, 159

Procuration

55, 73, 74, 78, 133, 147

Prothèses auditives

30, 83, 85

Prothèses dentaires

32, 82

Protocole d'indemnisation

99

Protocole «Hôpital - Police - Justice»

110

- R -

Rasoir électrique

20

Recouvrement

16

Reçu

7, 45, 51, 53, 60, 73, 76, 77, 81,
148

Recueil de données infirmier

31

Refus du dépôt

6, 23, 27

Régie

17, 24, 28, 29, 42, 73, 158

Régie d'avances

25, 123

Régisseur

15, 17, 20, 24, 25, 27, 29, 47, 51,
64, 72, 73, 94, 126, 138

Registre à feuillets autocopiants

51

Registre spécial

45, 52, 74, 126, 138, 148, 151

Règlement intérieur

12, 81, 107, 117, 121, 145, 146

Rentes

20, 55

Responsabilité

2, 6, 46, 56, 60, 62, 81, 86, 87, 88,
90, 91, 93, 94, 98, 121, 127, 128,
154

Responsabilité sans faute

80, 87, 88

Responsabilité du comptable

24

Restitution

29, 45, 71, 72, 76, 77, 78, 79, 129,
130, 133, 138, 146, 147

Retour des biens à domicile

8

Retrait

45, 52, 65, 71, 73, 74, 84, 109, 144,
151

- S -

Sac

30, 60, 63, 70, 117

- T -

Sac à main

20, 23, 27, 30, 42, 63, 67, 117

Sauvegarde de justice

14, 78, 118, 157

Sécurité

11, 35, 46, 59, 80, 98, 105, 113,
115, 117, 146

Secret professionnel

108

Service social

14, 155, 157

SMUR

43, 62, 68

Soignants

80, 83

Soins de suite et de réadaptation

6

Sommes d'argent

cf. argent

Sortie

35, 46, 73, 75, 76, 81, 84, 109, 113,
144, 145, 147, 148, 149, 155

Stylos de luxe

20

Succession

129, 130, 132, 133, 134, 136, 142,
143, 150, 154

Tabac

114, 115

Tablette informatique

35, 63

Taux de vétusté

102

Téléphone portable

20, 30, 63, 95, 115

Téléviseur

120

Testament

20, 137, 142

Tickets de transport

20, 149, 153

Tiers

5, 53, 77

Timbres amendes

20

Timbres fiscaux

20

Titres

2, 17, 18, 20, 25, 31, 72, 74,
94, 119, 127, 141, 147, 148

Titres de conventions obsèques

20

Titres de pension

20, 55

Titulaire de l'autorité parentale

13, 58, 78, 132

Transfert

8, 19, 29, 30, 34, 38, 43, 62, 65, 84,
148

Transfert de propriété

152

Transports sanitaires

43

Trappon

19, 34

Trésor public

20, 43, 141,

Tutelle

14, 58, 78, 118, 122, 130

Tuteur

13, 14, 58, 78, 104, 118, 122, 130

- U -

Urgences

1, 8, 11, 18, 19, 25, 34, 38, 40, 48,
53, 62, 63, 65, 68, 70, 76, 83, 108,
116

USLD (unité de soins de longue durée)

118, 119, 121, 122

- V -

Valise

42, 64, 67, 77, 117

Véhicule

6, 10, 91, 106, 117, 156

Vente

129, 141, 147, 149, 151, 154

Vestiaires

33, 50, 117, 144

Vêtements

2, 7, 30, 34, 42, 47, 48, 59, 63, 76,
115, 121, 125, 153

Vigilance

11, 12, 62, 82, 156

Vigipirate

156

Visites

115

Vol

7, 10, 11, 12, 30, 31, 44, 48, 60, 62,
80, 81, 86, 87, 88, 91, 95, 96, 98,
103, 104, 105, 106, 117, 121

Protéger les biens et affaires personnelles du patient

Édition Avril 2018

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS



www.aphp.fr