

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Courriels :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame Carine SBERTOLI
Directrice adjointe
Monsieur David SZARYK
Directeur
Maison d'Accueil Spécialisée BOULV'ART
APF - France Handicap
ZAC des Tuileries
10 Allée de la Croix-Blanche
88000 EPINAL

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **17 juin 2025**, une inspection portant sur la prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes en situation de handicap.

Je vous ai transmis le **21 juillet 2025** le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

J'ai réceptionné votre réponse en date du **17 septembre 2025** ainsi que les documents associés.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescription

Les prescriptions des écarts **n°E.2** et **E.5** sont **levées**.

Les prescriptions des écarts **n°E1**, **E.3** et **E.4** sont **maintenues** jusqu'à mise en place des actions correctives adéquates à savoir la transmission :

- **E.1** - du règlement de fonctionnement validé par le Conseil de la Vie Sociale ;
- **E.3** - d'une enquête de satisfaction des usagers et de leur famille ;
- **E.4** - d'éléments attestant de la recherche d'emploi de médecin en rééducation fonctionnelle, psychologue/neuropsychologue et moniteur éducateur.

II. Recommandations

Les recommandations des remarques **R.1**, **R.3**, **R.4**, **R.9**, **R.11**, **R.14**, **R.16**, **R.19** et **R.21** sont **levées**.

Les recommandations des remarques **R.2**, **R.5** à **R.8**, **R.10**, **R.12**, **R.13**, **R.15**, **R.17**, **R.18**, **R.20** et **R.22** sont **maintenues** jusqu'à mise en place des actions correctives adéquates à savoir la transmission :

- **R.2** - d'un organigramme nominatif ;
- **R.5** - d'une charte de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ;
- **R.6** - d'éléments attestant de la mise en place du référent bientraitance et du comité d'éthique ;
- **R.7** - des fiches de postes attestant que la bientraitance est une mission quotidienne des salariés ;
- **R.8** - d'éléments attestant de la réalisation de la formation '*Consultation Alternative Améliorée*' par l'ergothérapeute et des supports d'informations qui seront établis à la suite ;

- **R.10** - des conventions avec les kinésithérapeutes qui interviennent dans votre établissement ;
- **R.12** - d'éléments attestant que les remplacements sont formalisés dans les plannings et de l'élaboration d'une procédure de fonctionnement en mode dégradé lorsque l'absentéisme a un impact sur la prise en charge des usagers ;
- **R.13** - de la procédure d'accueil du nouvel arrivant ;
- **R.15** - de protocoles de gestion de la douleur ;
- **R.17** - d'éléments attestant de l'élimination de la boîte de médicaments - Urbanyl® - date de péremption mai 2025 ;
- **R.18** - d'éléments décrivant les modalités de stockage des médicaments thermosensibles ;
- **R.20** - d'éléments visant à faire évoluer le logiciel [REDACTED] en lien avec son fournisseur en vue de tracer de façon détaillée la délivrance de chaque médicament ;
- **R.22** - des conventions mises à jour avec les partenaires extérieures.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures dans le tableau en annexe.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées en 'I. Prescription' et 'II. Recommandation' à la **Délégation Territoriale des Vosges** au courriel suivant : ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice
Adjointe de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 01/10/2025



Destinataires :

- MAS BOULV'ART/ APF - France Handicap :
 - o [REDACTED]

Copies :

- ARS Grand-Est : Direction autonomie, DT88

Annexe 1

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations, en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.

Prescriptions				
Ecart (référence)		Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E 1	Le règlement de fonctionnement n'est pas établi après consultation du CVS contrairement aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.	Pre 1	Inscrire à l'ordre du jour du prochain Conseil de Vie Sociale la consultation sur le règlement de fonctionnement. Inscrire par la suite cette date de présentation sur le règlement de fonctionnement	Au prochain CVS
La prescription E1 est maintenue - Il est noté que le règlement de fonctionnement sera présenté au CVS du 20/11/2025. L'écart est maintenu jusqu'à la transmission du compte rendu de CVS validant cette présentation.				
E 2	L'ensemble des documents réglementaires ne figure pas sur le panneau d'affichage. Le projet d'établissement - D.311-38-4 CASF -, les horaires d'ouverture et la dernière décision tarifaire en vigueur ne sont pas affichés. L'arrêté d'autorisation affiché est quant à lui caduque car il fait mention d'un nombre erroné de personnes accueillies.	Pre 2	Afficher les documents réglementaires manquants sur le panneau d'affichage.	1 mois
La prescription E2 est levée , par suite de la transmission de la photographie indiquant l'affichage des documents réglementaires.				
E 3	L'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D 311-15 III du CASF.	Pre 3	Réaliser une enquête de satisfaction des usagers ou de leur famille et présenter ses résultats en conseil de vie sociale.	6 mois
La prescription E3 est maintenue , en l'absence de la transmission de documents attestant de la réalisation d'une enquête de satisfaction.				
E 4	Les postes de médecin en rééducation fonctionnelle (0.05 ETP), de psychologue/neuropsychologue (0.1 ETP) et de moniteur éducateur (1 ETP) ne sont pas pourvus. De ce fait, certains besoins ne peuvent être satisfaits tant à destination des usagers que des professionnels au sein de la MAS, contrairement aux articles D.344-5-3 (7°), D. 344-5-12 et D. 344-5-13 et du CASF.	Pre 4	Poursuivre les démarches de recrutement et transmettre les justificatifs afférents. Dans l'attente, organiser des conventionnements pour assurer la continuité des besoins en soins.	6 mois
En l'absence de réponse, la prescription n°4 est maintenue.				

E 5	Des formations obligatoires et régulières sur la bientraitance/maltraitance ne sont pas prévues dans le plan de formation pour le personnel contrairement à l'article D. 311-38-3 (2°) du CASF.	Pre 5	S'assurer de la formation régulière et à long terme des personnels concernant la bientraitance / maltraitance conformément aux dispositions réglementaires.	3 mois
<p>Vous indiquez que cet axe de formation est une priorité déjà identifiée en 2025 comme l'atteste la note de cadrage du Pôle Adulte 88 transmise à la mission et qu'il sera de nouveau une priorité au plan de formation 2026.</p> <p>La prescription n°5 est levée dans la mesure où votre établissement s'inscrit dans une démarche de formation active et pluriannuelle concernant cet axe prioritaire.</p>				

Recommandations		
Remarques	Libellé de la recommandation envisagée	Délai de mise en œuvre
R 1 Les coordonnées de la plateforme téléphonique d'écoute et d'accompagnement ne figurent pas sur le panneau d'affichage à l'entrée de l'établissement.	Rec 1 Afficher les coordonnées de la plateforme d'écoute et d'accompagnement sur le tableau d'affichage.	1 mois
La recommandation R1 est levée par suite de la transmission de la photographie du panneau d'affichage comportant les coordonnées de la plateforme d'écoute et d'accompagnement		
R 2 L'organigramme ne comporte pas le nom des personnels et est non daté. Les liens hiérarchiques ne sont pas précisés.	Rec 2 Réaliser un organigramme détaillé de l'ensemble du personnel précisant les liens hiérarchiques et indiquer sa date de mise à jour	1 mois
La recommandation R2 est maintenue : vous indiquez que « C'est un choix de la direction. Un affichage anonyme garantissant le respect de la RGPD » : ce document n'est pas affiché, il s'agit d'un document interne ; l'objectif est de permettre à tout nouvel arrivant d'avoir une photographie des personnels de leur fonction et des liens hiérarchiques existants.		
R 3 La délégation de pouvoir ne comporte pas la signature du directeur régional, directeur déléguant et du directeur du pôle délégataire, et n'est pas datée.	Rec 3 Dater et signer les différentes délégations de pouvoir des directeurs.	1 mois
La recommandation R3 est levée à la suite de la transmission du document signé par les différentes parties.		
R 4 Les interventions des représentants des usagers et des familles ne sont pas tracées dans les comptes-rendus du Conseil de Vie Sociale.	Rec 4 Encourager l'expression des usagers et familles et tracer ces échanges dans les comptes-rendus.	Dès le prochain CVS
La recommandation R4 est levée à la suite de la transmission du Power Point de présentation du CVS du 18/07/2025 mentionnant les questions posées par les membres du CVS et les réponses apportées.		
R 5 Il n'existe pas de charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance spécifique contrairement aux bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.	Rec 5 Etablir une charte de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance conformément aux bonnes pratiques existantes.	3 mois
Vous transmettez la charte de l'association APF. Or cette dernière ne fait pas mention de la notion de bientraitance et de lutte contre la maltraitance. La recommandation n°5 est maintenue.		

R 6	Le référent Bientraitance et le comité d'éthique sont prévus dans le projet d'établissement mais ne sont pas mis en place à la date de l'inspection.	Rec 6	S'assurer de l'effectivité de la fiche action n°6 du projet d'établissement afin d'améliorer la structuration et l'opérationnalité de la politique de la de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	6 mois
En l'absence de réponse, la recommandation n°6 est maintenue.				
R 7	Les fiches de poste des salariés ne mentionnent pas la bientraitance comme une mission quotidienne.	Rec 7	Inscrire la bientraitance comme une mission quotidienne des salariés.	3 mois
Vous indiquez que les fiches de poste étant établies à un niveau national, vous remontez cette recommandation. Dans l'attente, la recommandation n°7 est maintenue.				
R 8	Il n'existe pas de support d'information accessible et facile à lire et à comprendre de tous (usagers, famille, professionnels) sur les droits, possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance.	Rec 8	Permettre aux usagers, aux familles et aux personnels d'accéder via un support (en facile à lire et à comprendre) à l'information relative aux droits, possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance.	6 mois
Vous prévoyez la réalisation de la formation Consultation Alternative Améliorée au mois de novembre par l'ergothérapeute pour réaliser des supports d'information à l'issue. Dans l'attente, la recommandation n°8 est maintenue.				
R 9	Les RETEX par suite d'EI/EIG/EIGS/réclamations ne sont pas systématiques. Le plan d'amélioration de la qualité ne fait pas apparaître distinctement les mesures correctives prises par suite des EI/EIG/EIGS/réclamation.	Rec 9	Veiller à systématiser les RETEX et à tracer dans le plan d'amélioration de la qualité des mesures correctives de fond à la suite de EI/EIG/EIGS/Réclamation.	3 mois
Vous précisez que le traitement des EI est systématique et tracé dans l'outil [REDACTED] et transmettez le power point du CODIR du 18/07/2025. La recommandation n°9 est levée.				
R 10	Il n'existe pas de convention avec les kinésithérapeutes qui interviennent auprès des usagers de la MAS.	Rec 10	Formaliser la ou les conventions et mettre à la signature des intervenants concernés.	6 mois
En l'absence de réponse, la recommandation n°10 est maintenue.				
R 11	La mission n'est pas destinataire de la procédure de contrôle des casiers judiciaires et de sa mise à jour.	Rec 11	Transmettre la procédure. En l'absence de formalisation, rédiger une procédure.	3 mois
Vous informez que le contrôle des casiers judiciaires a été réalisé en février 2024 par les services des ressources humaines du Pôle ADULTE 88, à l'appui du mail transmis à la mission. La recommandation n°11 est levée.				

R 12	Les 6 et 7 janvier 2025, 1 AS et 1 AMP sont absents pour maladie soit 40% de l'effectif AMP et AS de la MAS. Cette situation impacte le fonctionnement et l'organisation des prestations Aucun remplacement n'est renseigné sur les plannings et aucune procédure de fonctionnement en mode dégradé n'est établie.	Rec 12	Renseigner les remplacements dans les plannings. Rédiger une procédure de fonctionnement en mode dégradé lorsque l'absentéisme a impact sur la prise en charge des usagers.	Dès que de besoin 3 mois
En l'absence de réponse, la recommandation n°12 est maintenue.				
R 13	Bien que des documents estimés complets, sont transmis aux nouveaux salariés, aucune procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est formalisée.	Rec 13	Rédiger une procédure d'accueil du nouvel arrivant listant les actions à réaliser.	3 mois
Vous indiquez qu'une procédure d'accueil du nouvel arrivant est en cours d'élaboration, la recommandation n°13 est maintenue en attente de sa transmission.				
R 14	Des aliments pour les poissons de l'aquarium installé dans l'allée centrale sont à la portée du public accueilli. Cette nourriture est potentiellement allergisante.	Rec 14	Tenir hors de portée du public les aliments pour les poissons de l'aquarium.	Immédiat
Vous informez que la nourriture pour poissons a été mise sous clé - <i>photographie jointe</i> -, la recommandation n°14 est levée				
R 15	La prise en charge de la douleur n'est pas protocolisée dans le système documentaire de l'établissement.	Rec 15	Relier les documents existants en lien avec la prise en charge de la douleur dans la documentation qualité.	3 mois
La recommandation n°15 est maintenue en absence de réponse.				
R 16	A l'infirmierie, une bouteille d'oxygène non arrimée est en position verticale, ce qui est source d'accident en particulier par écrasement de membre.	Rec 16	Arrimer la bouteille d'oxygène de l'infirmierie à un support fixe.	Immédiat
Vous informez que la bouteille d'oxygène a été arrimée - <i>photographie jointe</i> -, la recommandation R.16 est levée.				
R 17	Une boîte de médicaments de la classe des benzodiazépines - <i>Urbanyl®</i> - <i>date de péremption mai 2025</i> - était rangée dans l'armoire servant à la préparation des traitements.	Rec 17	Eliminer cette boîte de médicaments périmés.	Immédiat
La recommandation n°17 est maintenue en absence de réponse.				

R 18	Le réfrigérateur utilisé ponctuellement pour le stockage des vaccins n'est pas réservé aux seuls produits de santé car il sert à conserver des aliments et des boissons à l'usage du personnel.	Rec 18	<p>Proscrire le rangement des médicaments thermosensibles dans le réfrigérateur réservé aux aliments et boissons du personnel.</p> <p>Lorsque l'utilisateur apporte un vaccin ou tout autre médicament thermosensible, s'assurer que son administration se fasse dans les meilleurs délais.</p> <p>Corriger la procédure de circuit du médicament pour la MAS qui n'est pas équipée d'un réfrigérateur dédié aux produits de santé.</p>	<p>Immédiat</p> <p>Lorsque la situation se présente.</p> <p>3 mois</p>
La recommandation n°18 est maintenue en absence de réponse.				
R 19	Un demi-comprimé nu - <i>sans conditionnement extérieur/sur étiquetage</i> - à même le pilulier a été trouvé dans un semainier, ce qui induit une perte d'identification de ce médicament et des risques de contamination croisée.	Rec 19	Proscrire cette pratique tel que prévu par la procédure circuit du médicament.	Immédiat
Vous indiquez que les médicaments sont dorénavant mis sous blisters, la recommandation n°19 est levée.				
R 20	Dans sa configuration actuelle, le logiciel [REDACTED] ne permet pas de tracer en détail la délivrance des médicaments, ce qui oblige à une traçabilité papier en parallèle.	Rec 20	Evaluer la possibilité de faire évoluer le logiciel en lien avec son fournisseur en vue de permettre de tracer de façon détaillée la délivrance de chaque médicament.	6 mois
La recommandation n°20 est maintenue en absence de réponse.				
R 21	La bouteille d'oxygène conservée à l'infirmerie ne fait pas partie de la liste d'urgence. Son usage au sein de l'établissement n'est ainsi pas formalisé.	Rec 21	Préciser l'usage de la bouteille d'oxygène et le cas échéant l'inscrire à la liste de la trousse d'urgence.	4 mois
La bouteille d'oxygène a été ajoutée à la liste du sac d'urgences actualisée le 28/08/2025, la recommandation n°21 est levée.				
R 22	Les conventions transmises avec les partenaires extérieurs sont pour certaines anciennes, plus de dix ans, pour d'autres caduques.	Rec 22	Réviser les conventions avec les partenaires extérieurs.	3 mois
La recommandation n°22 est maintenue en absence de réponse.				