

Vers un changement de paradigme pour rétablir la confiance et restructurer dans la sérénité les établissements de Moselle-Est

Jérôme Turquey
21/03/2013

A une époque où l'on veut maîtriser les déficits publics et sociaux alors qu'un certain discours politique stigmatise les « salauds d'assistés », il n'est pas tolérable que les ARS - et notamment l'ARS de Lorraine - manquent aux principes du service public et à la loi avec des conséquences financières et sociales coûteuses. Il est vain pour les acteurs de l'administration de chercher à se défaire sur le gouvernement précédent avant l'alternance et les politiques publiques qu'il a inspiré (RGPP et loi HPST notamment) pour se justifier de leurs actions et omissions désastreuses en connaissance de cause.

Dans un courrier en date du 31 décembre 2012, j'ai attiré l'attention de la ministre de la Santé Marisol Touraine sur les actions ou omissions de l'ARS Lorraine qui ne sont pas étrangères à la crise que traversent les établissements de Moselle Est au plan financier comme au plan social, mes courriers et courriels aux personnes responsables de son administration, au niveau déconcentré comme au niveau ministériel, conservant toute leur acuité. L'administration a été alertée à plusieurs reprises sur les questions de gouvernance et de gestion en Moselle Est : en décembre 2009 à la DDASS et l'ARH ; en 2011 à la responsable de la Délégation Territoriale de la Moselle à l'ARS voire en 2011 à la directrice de la Direction Générale de l'Offre de Soins au ministère, qui ont accusé réception.

Le cabinet de Marisol Touraine m'a renvoyé par courrier du 22 février 2013 vers le nouveau directeur général de l'ARS, Claude d'Harcourt (Décret du 13 décembre 2012) à qui j'ai adressé un rapport que j'ai qualifié de public en ce sens que les réflexions sont d'intérêt général pour contribuer au débat des restructurations de Moselle Est en posant les vraies questions sur le rôle de l'Etat pour éclairer dans l'intérêt général sur tous ces dysfonctionnements coûteux pour les finances publiques.

La version intégrale a été adressée à la ministre et sera adressée aux parties prenantes au débat : l'intersyndicale des hôpitaux de Moselle Est et les parlementaires de la Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Les propos qui suivent en sont la version abrégée.

Les défaillances des services de l'Etat existent. Mais en Lorraine, il ne s'agit plus de « défaillances », car il y a bel et bien eu des choix contraires au droit et/ou la morale (qui ne se recourent pas toujours) par l'ARS pleinement responsable.

La majorité des directeurs et administrateurs (pour les établissements privés) ou membres des Conseils de Surveillance (pour les établissements publics de santé depuis la loi HPST) font sans doute un travail honnête et dans des conditions difficiles : ils devraient davantage être aidés par la tutelle et ne pas pâtir des comportements navrants de ceux qui dévoient le management et la gouvernance avec l'appui avéré réitéré en connaissance de cause de la tutelle leur donnant l'assurance de d'impunité.

Un changement de paradigme est nécessaire pour rétablir la confiance et restructurer dans la sérénité les établissements de Moselle-Est.

La tutelle est pleinement responsable de la situation actuelle de crise sociale et financière avec banalisation de méthodes à la hussarde et de culpabilisation indignes d'un Etat de droit voire contraire à la morale (droit et morale ne se recourent pas toujours) *Cette personne, on la fait dégager dans la restructuration pour mettre....* Cette conduite n'est pas acceptable de la part de l'administration.

Il convient d'établir et engager les vraies responsabilités au préalable avant de revenir au SROS dans la transparence et sans politisation.

Etablir et engager les vraies responsabilités

En réalité comme préalable à toute démarche de restructuration, il convient d'établir et engager les vraies responsabilités dans la crise que traversent les établissements.

Les vraies responsabilités dans les établissements privés

Il doit y avoir sanction des membres des Conseil d'Administration des établissements privés qui n'ont pas contrôlé ces établissements alors qu'ils en avaient le devoir en tant que dirigeants de droit.

Que sont devenus les administrateurs d'Hospitalor, Bitche ou, de l'autre côté de la Moselle, Alpha Santé pour Mt Saint Martin ? Que sont devenus les directeurs d'Hospitalor, Bitche et, de l'autre côté de la Moselle, Alpha Santé pour Mt Saint Martin ? Ont-ils rendu des comptes ? La tutelle de son côté a-t-elle cherché à clarifier les responsabilités ? La tutelle avait-elle contrôlé comme elle le devait au plan financier ce qui se passait (l'on pense au suivi de l'état des prévisions de recettes et de dépenses) ? Que nenni semble-t-il.

Pour ce qui est de Sarralbe qui dépasse l'entendement parce que la tutelle s'est voulue garante d'acteurs issus du secteur public hospitalier à qui elle accordé sa confiance (Cf. communication de l'établissement en février 2011 avec deux fois le verbe « rétablir » dans l'article du *Républicain Lorrain* daté du 20 février 2011 : *rétablir les relations avec la tutelle et rétablir la confiance des financeurs et des tutelles*) malgré des faits graves portant atteinte à l'intérêt de l'établissement un administrateur provisoire devrait être nommé pour engager la responsabilité de la « nouvelle gouvernance » : il conviendrait d'établir qui s'est mis quoi, combien et qui dans la poche sous prétexte de qualité et restructuration sur fond d'AT provoqué sans remords et sanctionner.

En outre, ce qui a pu être observé à Sarralbe au plan qualitatif et comportemental des directeurs issus du secteur public que la tutelle a soutenu en connaissance de cause est très inquiétant. Ces inquiétudes ont été confirmées par des rapports de la Chambre Régionale des Comptes sur des établissements publics de Moselle Est.

Les vraies responsabilités dans les établissements publics

Il est remarquable de retrouver dans le rapport de la Chambre Régionale des Comptes (CRC) sur l'hôpital Marie Madeleine de Forbach pages 102 à 104 des recommandations similaires à celles faites un an plus tard dans le rapport sur l'Hôpital de Sarreguemines page 52 concernant la gestion et le management de « l'expert » de la restructuration à Sarralbe, certes deux fois plus nombreuses et structurées par thèmes à Forbach (Il n'a pas été trouvé de rapport de la CRC pour l'Hôpital Lemire à St Avold).

On ne retiendra que le premier thème des recommandations, qui intéresse directement la situation financière, la recommandation 1 étant similaire aux deux premières recommandations pour Sarreguemines pour « restaurer la fiabilité des comptes » (l'expression est de la CRC) :

- *Veiller à l'application stricte des règles de rattachement des charges à l'exercice comptable qui les a fait naître (notion de charges ou de factures reportées sur l'exercice suivant, constitution des provisions,...).*
- *Assurer la production d'éléments facilement utilisables par le trésorier aux fins d'établir, en application des instructions, un état de l'actif conforme aux écritures des comptes du bilan.*
- *Procéder à une évaluation précise de la valeur du portefeuille des créances et provisionner à due concurrence du montant des divers risques financiers objectivement constitués (différentiel sur la créance de l'article 58, créances douteuses voire irrécouvrables, ...) et des créances détenues sur l'hôpital par certains agents (CET, indemnités à versements différés,...).*

Une réponse a été apportées par le directeur du centre hospitalier « Marie-Madeleine » de Forbach ; ancienne directrice, n'avait pas répondu.

Pour mémoire, pour Robert-Pax à Sarreguemines, il y a une dissociation du 1 de Marie Madeleine en deux recommandations :

- *Respecter le principe du rattachement des charges comme des produits à l'exercice.*
- *Mettre en œuvre les techniques réglementées des provisions.*

Les directeurs concernés n'ont pas adressé de réponse

Le rapport Altao révélateur du parti pris de l'ARS dans les restructurations

Au-delà, le rapport Altao découvert fin 2012 qui concerne notamment les établissements de Forbach et Sarreguemines soulève des questions graves sur la gouvernance de l'ARS dans le secteur de la Moselle Est.

Décidé sans doute avant l'alternance, sa genèse mérite ainsi que je l'ai écrit clarifications et sanctions :

- Y a-t-il eu appel d'offres (il semble que non) et pourquoi le mystère sur le coût (Cf. *Républicain Lorrain* du 1er février 2013 : « L'ARS ne souhaite pas communiquer le prix de l'audit Altao ») ?
- Pourquoi le recours à une expertise privée décidée par ARS et IGAS d'où est issu le directeur général de l'ARS qui a précédé Mr Claude d'Harcourt ?
- Pourquoi y a-t-il eu le secret autour de la mission Altao découverte en fin d'année 2012, la première mention d'Altao sur le site de l'ARS étant le 28 novembre 2012 ?
- Pourquoi le SROS n'est-il pas cité (ni par l'ARS elle-même dans ses Communiqués de Presse des 21 janvier 2013 et 21 décembre 2012, ni par Altao selon le « 1. Contexte et méthode » page 2-3 de la pagination du rapport) comme ligne directrice eu égard à sa valeur juridique ?

Il est remarquable que quelques jours après l'éviction (Cf. *Républicain Lorrain* des 6 et 18 janvier 2012. Le directeur évincé a décidé d'ester en justice) du directeur d'Unisanté depuis octobre 2009, par le directeur général de l'ARS pour des responsabilités n'étant pas les siennes mais celle de ses prédécesseurs' le choix de l'ARS était annoncé : « *L'hôpital de Sarreguemines veut tendre 'la perche' à Forbach. Le rapprochement préconisé par l'agence régionale de santé, entre l'hôpital Robert-Pax et celui de Forbach, est bien perçu à Sarreguemines. Pour la direction, il s'inscrit dans une logique de complémentarité de l'offre de soins.* » (Cf. *Républicain Lorrain* du 12 janvier 2012. Pour mémoire la tutelle aurait également encouragé la reprise de Bitche par Sarreguemines sous la houlette de son directeur excluant toute alternative)

C'est d'ailleurs le postulat du rapport Altao viciant d'entrée la bonne foi de ses conclusions : ***l'ARS Lorraine exprime comme axe structurant la constitution d'une CHT entre le CH de Forbach et le CH de Sarreguemines*** (page 2 de la pagination du rapport).

La messe était dite dans la demande de l'ARS.

On ne peut sérieusement contester le bien fondé des restructurations. Mais encore faut-il que l'ARS soit crédible en n'oubliant pas les principes du service public, et notamment le principe de neutralité : « *La neutralité est également représentée par le principe d'impartialité dont doivent faire preuve non seulement les agents des services publics mais les organismes et les institutions publics* » (Jean-Marie Pontier, Professeur agrégé des Facultés de Droit)

La neutralité a bel et bien été mise à mal en Moselle Est par les actions et omissions de l'ARS et ses choix explicites pour les projets de la direction des hôpitaux de Sarreguemines.

Le retour au SROS et la transparence

Pour rétablir la confiance et restructurer dans la sérénité, il faut changer de paradigme. Un problème créé ne peut être résolu en réfléchissant de la même manière qu'il a été créé (Einstein). Plusieurs axes non exhaustifs sont à envisager.

Le renouveau nécessaire à l'ARS qui a failli

Qu'à fait la tutelle, sa délégation territoriale de Moselle en l'occurrence, en réaction aux rapports de la CRC à l'égard des directeurs en fonction à l'époque de la période examinée par la CRC ? Rien, semble-t-il. Il s'agit bien là d'établissements publics. Et elle n'a pas agi à l'égard des vrais responsables.

Qu'à fait la tutelle, sa délégation territoriale de Moselle en l'occurrence, quand il est apparu nécessairement un problème dans les comptes de Bitche ou Hospitalor ? Rien, semble-t-il.

Dans les établissements privés elle ne peut se défausser, notamment s'il y a un fonctionnaire en disponibilité manquant à l'obligation de réserve par un comportement susceptible de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

En outre :

- d'une part, la tutelle doit tirer les conséquences de l'article 40 du Code de Procédure Pénale écrit au présent de l'indicatif ayant en droit valeur d'impératif alors que lui était signalé des faits et un comportement présumés délictueux et que l'article n'est pas limitatif au domaine de compétence de l'administration alors que seul le Parquet à l'article 40-1 est « juge de l'opportunité » : *Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1. 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.*
- d'autre part, la DDASS et l'ARH, soi disant non compétentes sur une question de droit du travail, n'ont pas tiré les conséquences de l'article 20 de la loi 2000-321 du 12 avril 2000 en alertant l'Inspection du Travail : *Lorsqu'une demande est adressée à une autorité administrative incompétente, cette dernière la transmet à l'autorité administrative compétente et en avise l'intéressé. Le délai au terme duquel est susceptible d'intervenir une décision implicite de rejet court à compter de la date de réception de la demande par l'autorité initialement saisie. Le délai au terme duquel est susceptible d'intervenir une décision implicite d'acceptation ne court qu'à compter de la date de réception de la demande par l'autorité compétente. Dans tous les cas, l'accusé de réception est délivré par l'autorité compétente.*

Les personnels de la délégation territoriale de Moselle à l'ARS sortent affaiblis pour le moins de leur conduite des dossiers de restructuration ces dernières années : **ils font partie du problème et non de la solution**. Il s'ensuit que de nouveaux interlocuteurs à l'ARS de Lorraine en Moselle sont indispensables pour les parties prenantes.

Le groupe pluridisciplinaire d'intérêt général inter-établissements

Il faudrait mettre en place un groupe de travail de prospective comportant les directions d'établissements, les présidents de CME, des représentants du personnel, des représentants des usagers. Il doit y avoir un représentant de chaque catégorie par établissement pour ne pas multiplier les participants et les frais, charge à chaque participant de se coordonner avec ses pairs avant chaque réunion du groupe et après.

Il ne doit y avoir en revanche aucun maire ou conseiller général ou régional ou député car **l'intérêt électoral(iste) ne doit pas influencer sur les réflexions** sur les restructurations et parce que le maintien d'activités ou de service dans une commune ou une circonscription ne doit pas être instrumentalisé par un candidat dans une campagne électorale.

En outre que ce soit à Sarralbe, où ce qui s'est passé dépasse l'entendement à cause de la caution donnée en connaissance de cause par la tutelle, à Hospitalor, ou plus loin à Alpha Santé, les maires ou conseillers généraux membres de Conseil d'Administration des établissements privés n'ont pas fait le contrôle attendu d'eux en matière de gouvernance et ont fait la preuve qu'ils font partie du problème et non de la solution dans la situation des établissements. Le rôle des élus politiques membres de conseil de surveillance dans les établissements publics n'est pas davantage satisfaisant.

Les élus municipaux garants du respect du SROS

S'ils doivent être exclus de la réflexion prospective pour ne pas que les restructurations soient instrumentalisées en enjeu politicien pendant les campagnes électorales, les élus politiques, en spécialement ceux des communes, retrouvent un rôle dans le suivi du SROS. Un groupe de suivi comportant des élus de tout bord – un représentant de la majorité et de opposition des communes – devrait être formé et faire des élus les garants du suivi (et du respect) du SROS.

On rappellera que SROS III (2006 à 2011), cadré par une ordonnance et une circulaire DHOS (Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération), englobe les soins préventifs, curatifs, palliatifs et de proximité, la santé mentale et physique, le travail médicosocial et social. **L'annexe du SROS devient opposable pour les implantations, recomposition, restructuration (et volumes d'activité pour plusieurs activités de soins soumises à autorisation).** Les objectifs quantifiés de l'offre de soins en volume par territoire de santé sont déclinés dans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'ARH et les établissements de soins de la région.

Un tableau devrait être établi pour, de manière précise et factuelle, contrôler le suivi de l'annexe du SROS III Lorraine (ARH Lorraine - SROS III - mars 2006 - Disponible sur <http://www.parhage.sante.fr>) et mettre en exergue les écarts pour les expliquer.

Le SROS 4^e génération comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération : son intégration au sein du PRS et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Les documents de SROS (« Le SROS-PRS » et « Annexes relatives au SROS-PRS » - Disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr>) élaborés dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de Lorraine présenté en janvier 2012 sont confus sans table des matières détaillée (c'est pourtant facile à faire avec un traitement de texte : c'est un simple choix d'affichage des niveaux dans la table des matières générée par le traitement de texte le niveau 3 étant en principe par défaut), à l'instar de l'ensemble de ce PRS.

Le document produit en Lorraine n'est absolument pas opérationnel et exploitable pour le lecteur, à comparer avec le PRS d'autres ARS d'approches différentes et sans doute perfectibles mais eux parfaitement exploitables pour les parties prenantes (Alsace ci-dessous, Champagne, Franche Comté par exemple), à la différence du document lorrain.

Fac-similé du sommaire du SROS de l'ARS Lorraine	Fac-similé du sommaire du SROS de l'ARS d'Alsace
<p>II.4. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS)</p> <p>SOMMAIRE</p> <p>Introduction 2</p> <p>L'offre de soins Ambulatoire 3</p> <p>L'offre de soins Hospitalière 52</p>	<p>Sommaire</p> <p>PRÉAMBULE 7</p> <p>A/ AMBULATOIRE 13</p> <p>A.1/ Etat des lieux – perspectives d'évolution 13</p> <p>A.2/ Définition des zones prioritaires 14</p> <p>A.3/ Priorités d'actions à mettre en œuvre sur les 5 prochaines années 16</p> <p>B/ MISSIONS DE SERVICE PUBLIC ASSURÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET AUTRES PERSONNES 26</p> <p>B.1/ La permanence des soins en établissement de santé 28</p> <p>B.2/ La prise en charge des soins palliatifs 29</p> <p>B.3/ L'enseignement universitaire et post universitaire 29</p> <p>B.4/ La recherche 30</p> <p>B.5/ Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers 31</p> <p>B.6/ La formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical 31</p> <p>B.7/ Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination 32</p> <p>B.8/ L'aide médicale urgente 32</p> <p>B.9/ La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination 33</p> <p>B.10/ Les actions de santé publique 33</p> <p>B.11/ La prise en charge personnes hospitalisées sans leur consentement 34</p> <p>B.12/ Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret 35</p> <p>B.13/ Les soins aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile 36</p> <p>B.14/ Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médo-judiciaires de sûreté, assurés par des établissements désignés par le Gouvernement 36</p> <p>B.15/ Schéma cible permanence des soins en établissement de santé PDES 37</p> <p>APPROCHE PAR POPULATION 43</p> <p>A/ PERINATALITÉ 46</p> <p>A.1/ Etat des lieux 46</p> <p>A.2/ Objectifs généraux 48</p> <p>A.3/ Principes d'organisation 48</p> <p>A.4/ Axes de progrès 50</p> <p>A.5/ Consolidation des objectifs par territoire 57</p> <p>A.6/ Implantations 58</p> <p>B/ SOINS AUX DÉTENUÉS 62</p> <p>B.1/ Etat des lieux 62</p> <p>B.2/ Objectifs généraux 63</p> <p>B.3/ Principes d'organisation 63</p> <p>B.4/ Axes de progrès 67</p> <p>B.5/ Implantations 71</p> <p>APPROCHE PAR PATHOLOGIE 73</p> <p>A/ MÉDECINE 76</p> <p>A.1/ Etat des lieux 76</p> <p>A.2/ Objectifs généraux 78</p> <p>A.3/ Principes d'organisation 79</p> <p>A.4/ Axes de progrès 89</p> <p>A.5/ Consolidation des objectifs par territoire 92</p> <p>A.6/ Implantations 93</p> <p>B/ MÉDECINE : CARDIOLOGIE 96</p> <p>B.1/ Etat des lieux 96</p> <p>B.2/ Objectifs régionaux 100</p>

Il conviendrait qu'il soit réédité en faisant apparaître un sommaire détaillé exploitable et que les éléments opposables soient éventuellement présentés dans un tableau intelligible pour le suivi.

La transparence à l'ARS et dans les établissements

Il pourrait être envisagé de filmer les travaux à l'ARS et mettre en ligne les vidéos sur le site de l'ARS voire de permettre aux personnels de réagir (forum modéré).

Une information devrait être faite régulièrement aux personnels : dans chaque établissement il conviendrait de procéder à affichage des PV de réunion du groupe de travail pluridisciplinaire et de suivi du SROS.

Conclusion

En conclusion, l'affaire de Sarralbe, avec ses acteurs issus du secteur public hospitalier à qui la tutelle a accordé en connaissance de cause sa confiance avec des conséquences désastreuses susceptibles d'engager sa responsabilité dans un recours de plein contentieux, et l'affaire Altao qui s'inscrit dans une même logique viennent tristement montrer de manière concrète pourquoi la France se situe seulement au 22ème rang mondial et au 9ème rang européen des Etats perçus comme les moins corrompus selon l'Indice de Perception de la Corruption (IPC) 2012 et pourquoi il y a des déficits.

Il y a sans doute d'autres exemples dans d'autres régions de défaillances de la tutelle administrative : on peut penser notamment à un rapport de la Cour des Comptes sur des dysfonctionnements d'une CPAM : déroulements de carrière atypiques, recrutement non-professionnel du personnel, révision à la baisse des missions d'un salarié protégé sans respect des procédures légales, faits de harcèlement moral établis... Et la Cour de conclure « *la question n'est pas tant que ces faits se soient produits, mais qu'ils se soient renouvelés sans que la tête de réseau et la tutelle administrative aient agi ou pu agir pour y mettre fin* » (Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 16 septembre 2009, Chapitre IV, page 95).

Les déficits ne sont pas une fatalité : ils résultent d'une médiocrité de la gouvernance des acteurs de la Santé alors que tout le monde se gargarise de gouvernance, même l'ARS. En période de crise, avec raréfaction des financements, hôpitaux et établissements sociaux, doivent être dirigés et contrôlés par des personnes qui ont le souci de faire primer le droit sur les rapports de force et ont le respect d'autrui dans les faits.

- **On ne peut restructurer ou réformer des établissements en ignorant le droit et les vraies responsabilités du passé** (pouvoir de direction et de décision ; pouvoir de contrôle).
- **Et, l'on attend des fonctionnaires, de tutelle en l'occurrence, qu'ils appliquent la loi et fassent appliquer la loi** notamment, mais pas exclusivement, dans leur domaine de compétence et non pas qu'ils cautionnent des pratiques sordides dignes d'une République Bananière surtout lorsqu'ils ont été alerté solennellement et de manière argumentée de risques avérés.

On le doit aux patients et résidents qui sont citoyens et contribuables. On le doit également à ceux des personnels des établissements privés ou publics qui n'ont pas pris partie pour des jeux politiques minables sous prétexte de qualité et restructuration dans le secteur de la Santé : également citoyens et contribuables, ils méritent le respect dans la restructuration nécessaire.

Il appartient à Monsieur Claude d'Harcourt, nouveau directeur général de l'ARS de Lorraine, pour l'exemple :

- d'une part d'engager de manière inflexible les responsabilités administratives, disciplinaires, civiles et le cas échéant pénales dans les établissements et au sein de son administration, car il en va de la crédibilité de l'action de l'Etat et des élus des institutions de la République quand le pays est en crise, et
- d'autre part d'organiser la réparation des préjudices graves causés par les actions et omissions délibérées de son administration qui n'ont aucune justification.

Il en va de l'Etat de droit et il ne faudra pas s'étonner, en cas de carence, si les comportements observés en Moselle Est sont banalisés par l'absence de sanctions, du développement des extrémismes.



A propos de l'auteur

Jérôme Turkey est un conseil de direction proposant une démarche novatrice en matière d'amélioration continue par sa double culture à la fois juridique et de management de la qualité : il propose de mettre en œuvre l'amélioration continue des processus pour prévenir les litiges avec les parties prenantes et les coûts par des actions correctives ou préventives en amont dans les processus, en complémentarité des autres professionnels avec lesquels l'entreprise travaille.

A propos de la SAS Qualitiges

Qualitiges® est une marque déposée à l'INPI par Jérôme Turkey. La SAS (Société par Actions Simplifiée) Qualitiges met en œuvre une méthodologie de travail en complémentarité des professionnels avec lesquels travaille l'entreprise (avocats, experts comptables, notaires, réviseurs...) pour améliorer les processus des entreprises dans une démarche d'amélioration continue. Cette méthodologie a été décrite dans une enveloppe Soleau en France et un i-Dépôt pour le BENELUX.

Site : www.qualitiges.org

twitter : @qualitiges