

COMITÉ DE VIGILANCE POUR LE MAINTIEN DES SERVICES PUBLICS DE PROXIMITÉ de LURE et de LUXEUIL

Association régie par loi du 1^{er} Juillet 1901 - SIRET 503 578 213

MEMBRE DE :
LA COORDINATION NATIONALE DES COMITÉS DE DÉFENSE DES HÔPITAUX ET MATERNITÉS DE PROXIMITÉ
LA CONVERGENCE NATIONALE DES COLLECTIFS DE DÉFENSE ET DÉVELOPPEMENT DES SERVICES PUBLICS

Siège social : Hôtel de Ville – 02 rue de la Font - 70200 LURE

Local et adresse postale : 1 rue Jean Moulin- 70200 LURE – 09.67.04.55.15 – comvig70@gmail.com

(Permanence : Lundi, Jeudi et Vendredi de 13h30 à 17 h et Mardi et Mercredi de 9h à 12h30)

COMPTE-RENDU
CONSEIL D'ADMINISTRATION
19-02-2016

ADNET Daniel	Excusé
ANTONY Michel	<i>Présent</i>
BEN HAJJOU Nadia	Excusé
CHAUVEZ Benoît	Excusé
DARTEVELLE Bernard	<i>Présent</i>
DENEUX Gérard	<i>Présent</i>
HEYMES René	Excusé
LAMBOLEY Rémy	<i>Présent</i>
LAMBOLEY Alain	<i>Présent</i>
KABONGO Cécile	Excusé
MATHIOLY Lucienne	<i>Présent</i>
METTETAL Denis	Excusé
MEUNIER Raymond	<i>Présent</i>
MUNIER Jean-Paul	Excusé
RAMDANI Mohamed	Excusé
REYEN Bernadette	<i>Présent</i>
SIMONIN Antoine	Excusé
TOURNADRE Patrick	<i>Présent</i>
VERNERIE Jean	Excusé
ZOUGGARI Hamid	<i>Présent</i>

Représentants Ville de Lure :

Stéphane FRECHARD = Excusé

Jérôme LAROCHE = Excusé

Wilfrid Von Allmen assiste au CA

1/ AFFAIRES EN COURS

a/ LIGNE 4

Une délégation du Comité a participé à l'AG de l'AMPB à Chalindrey. Un compte-rendu a été envoyé à chaque membre du CA du comité.

M.Antony déplore qu'une fois de plus les débats se sont focalisés sur des questions techniques au détriment des choix et décisions politiques en matière de transport ferroviaire.

L'avenir de cette ligne 4 et en particulier à Lure s'assombrit. En effet il y a de plus en plus de problèmes en gare de Lure dus à des désagréments provoqués par la présence de personnes qui gêne les voyageurs. En l'absence de personnel de la SNCF pour régler ces difficultés, la solution trouvée est la suppression des bancs dans la salle d'attente !

Ces problèmes seront évoqués à l'AG du Comité le 4 mars

B/ CENTRE DE SANTÉ LURON

Pour mémoire : ce Centre de Santé qui devait ouvrir en janvier 2016 est toujours dans une phase de « montage ». Mais on croit savoir que les 2 médecins qui étaient pressentis ont proposé leurs services à d'autres structures. La proximité de notre AG nous a valu, comme l'an dernier, un courrier de la CCPL nous invitant à une rencontre le mardi 1^{er} mars 16 h 30 pour évoquer l'épineux dossier de la création du Centre de santé luron.

Une délégation du Comité (Michel, Patrick, Raymond et Bernadette) ira rencontrer les élus de la CCPL.

c/CONTRAT LOCAL DE SANTE – PAYS DES VOSGES SAONOISES

Le comité de Vigilance en qualité de membre participera au 2^{ème} Educ'tour (7 avril 2016) à destination des personnels de santé en formation.

M.Antony interviendra sur deux dossiers : l'importance des urgences dans notre secteur et une présentation comparée des maisons de santé et centres de santé.

Le comité a reçu une invitation pour la réunion bilan du Contrat Local de Santé (2012-2015) qui aura lieu le : **Mardi 8 mars 2016 à 18h30 -Espace du Sapeur - Lure .** Cette réunion lancera la réflexion en vue d'un nouveau Contrat Local de santé.

D/ COLLECTIF DES ASSOCIATIONS CITOYENNES

le Comité de vigilance est membre de ce Collectif depuis sa création. Ce collectif a lancé une initiative auprès des associations pour réfléchir à différents chantiers. M.Antony propose que le Comité apporte sa contribution sur le troisième chantier. (voir en annexe).

E/ COORDINATION NATIONALE

la CN a fait parvenir à tous les comités adhérents une

« **PROPOSITION DE TRAME POUR UN SERVICE PUBLIC SANITAIRE DE PROXIMITÉ** ». (voir en annexe)

C'est en quelque sorte une mise à jour du programme de la CN.

Le CA du Comité de Vigilance se réunira le 15 avril pour une lecture critique de ce texte et faire des propositions pour l'enrichir ou l'amender.

f/ CONVERGENCE NATIONALE des collectifs de défense et développement des services publics

A Paris le 19 novembre la Convergence organise des ASSISES NATIONALES sur l'avenir des services publics.

Il faudrait que notre Comité réfléchisse à une 'action' organisée à l'automne à Lure sur cette thématique. La réflexion peut s'appuyer sur le texte de B.Defaix (voir en annexe)

2/ FINANCES

Au 19/02/2016 le trésorier a enregistré 90 adhésions pour un montant de 990 euros.

Etat des comptes :

Compte courant = 2322 livret = 4538

D Adnet , trésorier, fait proposition d'une fiche d'indemnisation pour déplacements avec véhicule personnel . Un forfait de 0,20 cts du kilomètre est proposé.

Le CA à l'unanimité approuve cette proposition .

3/ PRÉPARATION DE L'AG DU 4 MARS

Patrick est chargé de récupérer les clés de la salle 4

Matériel à apporter (Michel, Alain) :

- **Ordi du comité**
- **Banderoles**
- **Rallonges électriques + multiprises**
- **Un balai, une pelle, des éponges pour nettoyage**

Un pot de l'amitié sera offert aux présents au bar dans le hall de l'Espace du sapeur

Le « buffet convivial » sera mis en place dans la salle 4

IMPORTANT :

Les courses seront faites le JEUDI 3 MARS . RENDEZ VOUS 9 H ENTREE PRINCIPALE DE LECLERC

Rendez-vous le vendredi 4 mars à 17 h à l'Espace du sapeur pour installation de la salle

P.TOURNADRE
20.02.2016

ANNEXES

PROPOSITION DE TRAME POUR UN SERVICE PUBLIC SANITAIRE DE PROXIMITÉ DOCUMENT DE TRAVAIL

Au fil des réformes, nous avons analysé et dénoncé les politiques de casse de notre système de santé.

De la nécessaire réponse aux besoins de toutes et tous, nous en sommes aujourd'hui à un système de santé parcellisé, soumis aux lois de la finance et ne respectant plus l'indispensable aménagement égalitaire du territoire.

Il nous faut donc réactualiser et réaffirmer nos positions fondamentales en matière de santé, en tenant compte des priorités écologiques et socio-économiques qui ont toutes d'énormes influences sur la santé publique.

Ce document devra permettre de créer les conditions d'un débat citoyen le plus large possible

I UNE NÉCESSAIRE DÉMOCRATIE : les citoyen-ne-s sont à la base de l'expression des besoins

Il est important de considérer la santé dans sa globalité, c'est-à-dire, selon la définition de l'OMS comme l'état de bien-être social, psychologique et physique. La santé doit donc s'entendre de la naissance à la mort, de la prévention à la prise en charge de la dépendance, en passant par l'éducation thérapeutique et le soin.

C'est en ce sens que la santé est un fait social global. :

Une politique de santé doit donc se baser sur une organisation permettant de répondre aux besoins exprimés localement, l'État étant garant de l'égalité de l'accès aux soins, du droit à la santé et à la protection sociale.

Partir des besoins impose qu'usagers, personnels de santé et élu-e-s soient mieux représentée-s, à tous les niveaux, du local au national, dans les instances décisionnelles, présentes ou à créer, en lien avec les différents échelons des collectivités territoriales et de l'administration de l'État et de la Sécurité Sociale ; il faut aussi qu'ils soient dotés de moyens et de pouvoirs leur permettant de mieux exprimer ces besoins et d'en contrôler la réponse donnée.

Nous proposons dans ce cadre :

- -la mise en place de collectifs régionaux d'observation sanitaire , (indépendant des ARS dont nous demandons la disparition) pouvant se décliner au niveau départemental et par bassin de vie, et regroupant des professionnel-le-s de santé, des citoyen-ne-s, l'État, des élu-e-s, afin d'établir un bilan objectif, de partager des actions et résultats en matière d'accès aux soins et de prise en charge du système de santé, d'évaluation de ses atouts et de ses insuffisances, et de recenser les besoins en matière de santé.

- la mise en place de collectifs locaux d'observation sanitaire, collectifs élaborant en permanence, en lien avec les CROS, un rapport annuel sur la situation sanitaire, recensant les besoins de la population qui en découlent et analysant l'application des décisions prises.

- Sur la base des travaux des comités locaux d'observation sanitaire, l'élaboration d'un plan local de santé est alors définie par l'ensemble des soignant-e-s, de la population, des centres de santé et des hôpitaux des différents niveaux. Ce plan comportant un projet de prévention et de soins ainsi qu'un projet de fonctionnement et de suivi.

- réappropriation de la Sécurité sociale en instituant une gestion démocratique passant par le rétablissement de l'élection des administrateurs-trices salarié-e-s des caisses à tous les niveaux ; suppression de la tutelle de l'État.

- D'engager la remise en cause des exonérations et autres dégrèvements sur les cotisations sociales accordées aux entreprises.

- De définir un mode de financement du système de santé par une réflexion sur une redéfinition du calcul et du montant des cotisations, rejetant fermement la fiscalisation du financement..

II : REPENSER L'ORGANISATION TERRITORIALE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE TOUTES ET TOUS PARTOUT

1. LE BASSIN DE VIE ET LA SANTÉ

Le bassin de vie de type INSEE constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants ; pour nous la proximité est un élément fondamental pour l'accès aux soins.

Il faut donc y ajouter la notion de périmètre déterminé par le délai d'accès aux soins urgents dans les 30 minutes. Dans ce cadre, interviennent distance-temps et densité de population.

2. LA PRÉVENTION

Elle doit être omniprésente dans tous les aspects de la vie sociale et, pour ce faire, nécessite l'intervention de professionnels de santé et de travailleurs sociaux :

-dans l'enseignement, de la maternelle à l'université, en donnant les moyens humains et matériels nécessaires à la médecine scolaire et universitaire -au travail, en redonnant à la médecine du travail les moyens humains et matériels nécessaires et en garantissant son indépendance vis-à-vis des employeurs -dans les communes et les quartiers (PMI, planning familial, lieux d'écoute...)

-tout au long de la chaîne du soin -permettre tout au long de la vie, l'accès aux moyens de prévention et de dépistage dans le cadre d'une approche globale de la santé (aspects médicaux psychologiques sociaux et environnementaux).

Pour ce faire, il est indispensable que le paiement à l'acte pour les médecins soit amélioré ou supprimé, afin de dégager du temps d'analyse et de conseil.

3. LE SOIN

Le soin doit s'organiser dans les bassins de vie dans un souci de continuité et de complémentarité et dans le respect des principes de subsidiarité et de suppléance *

**Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. Il va de pair avec le principe de suppléance, qui veut que quand les problèmes excèdent les capacités d'une petite entité, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir, dans les limites du principe de subsidiarité. C'est donc le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec autant d'efficacité à une échelle plus faible. L'application de ces deux principes conduit à la recherche du niveau pertinent de l'action publique et de la proximité optimale pour les citoyens.*

A. Le Premier Recours ou Service Public Sanitaire de Proximité

Il doit pouvoir donner une réponse, assurant prévention, dépistage, prise en charge des symptômes courants, suivi et prise en charge des pathologies chroniques, orientation vers le social ou le sanitaire et social, continuité et permanence des soins.

Il est assuré aujourd'hui majoritairement par la médecine libérale et par trop peu de centres de santé.

Nous préconisons la création d'un service public de santé de proximité s'appuyant sur un maillage territorial en centres de santé pluridisciplinaires permettant un exercice de la médecine répondant aux souhaits des jeunes professionnels : salariat, travail en équipe...

CES CENTRES DE SANTÉ SERAIENT :

- le premier maillon de la chaîne du soin et de la prévention
- impliqué dans l'élaboration, la mise en application et l'évaluation du plan local de santé
- gérés démocratiquement avec une représentation des élu-e-s, de l'ensemble des soignants, des usagers-citoyens,
- assurant des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, participant aux réseaux de santé
- participant à la permanence des soins en lien avec les urgences hospitalières et les professionnels de santé libéraux.
- pluridisciplinaires, associant généralistes et spécialistes, professionnels de la santé et du social.
- avec des professionnel-le-s salarié-e-s
- garantissant le tiers-payant et excluant tout dépassement d'honoraires

LES MAISONS DE SANTÉ

Pour bénéficier des financements publics, elles devront répondre aux critères suivants :

- participation au plan local de santé,
- participation aux actions de prévention définie dans ce cadre
- participation à la permanence des soins,
- application du tiers payant et refus des dépassements d'honoraires

B. L'HÔPITAL

Niveau 1

SHTP = Site Hospitalier Territorial de Proximité

Il s'agit d'une unité hospitalière qui doit être le plus autonome possible sur un site et qui répond aux besoins d'une population plus ou moins importante. Sa fermeture ou son inexistence met en péril la vie des habitants, **la référence étant le délai d'accès aux soins urgents dans les 30 minutes.**

Il fonctionne en réseau avec les structures de niveaux 2 et 3

Cet établissement doit comporter :

- Une maternité de niveau 1 : accouchement à l'issue d'une grossesse non compliquée. Outre la préparation, le suivi des grossesses et l'accouchement, ces maternités, dotées d'une équipe médicale d'obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, réalisent les césariennes et les soins en urgence et sont dotées d'un dépôt de sang.

Un centre d'IVG et un centre de planification

- **Urgences et SMUR** : service d'urgences hospitalières, fonctionnant 24H. sur 24, 7 jours sur 7, appuyé par un plateau technique, géré par des médecins urgentistes, renforcés autant que de besoin par les spécialistes anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, cardiologues, chirurgiens ; c'est aussi le siège d'un SMUR.

- **Chirurgie** : le plateau technique et la permanence chirurgicale doivent permettre la prise en charge d'une urgence chirurgicale vitale. L'activité programmée comporte obligatoirement de la chirurgie viscérale et orthopédique.

- **Soins intensifs et réanimation** : la présence indispensable des anesthésistes réanimateurs pour sécuriser la maternité et faire fonctionner les services de chirurgie permet d'envisager le maintien des services dits de « de surveillance continue ».

- **La Médecine** : services de médecine polyvalente proches du domicile des patients permettant de gérer la plupart des pathologies courantes et service de court séjour gériatrique.

- **Service de soins de suites et de réadaptation** polyvalents et/ou pour personnes âgées poly pathologiques

- **Unité de soins palliatifs** et/ou équipe mobile de soins palliatifs

- **Médecoteknique** : outre la radio conventionnelle, un scanner est indispensable. Le problème de l'astreinte de radiologie peut trouver une solution grâce à la télémédecine.

Niveau 2

Il s'agit de l'échelon départemental. C'est un pôle de référence pour les différentes spécialités. Il fonctionne en réseau avec l'ensemble des structures du département et de la région.

Maternité de niveau 2 : en plus du niveau 1, elle est dotée d'un service de soins intensifs néonataux permettant de prendre en charge une partie des grossesses à risque.

Urgence et SAMU-SMUR : au niveau précédent est ajouté le renfort d'un plateau technique plus complet. Ces urgences sont le siège d'un SAMU départemental.

Chirurgie : au niveau précédent sont ajoutées des spécialités chirurgicales : cardiologie interventionnelle, vasculaire, urologie, ophtalmologie...

Soins intensifs et réanimation : il s'agit des réanimations classiques avec permanence d'un médecin spécialiste 24H/24, 7 jours sur 7.

Médecine : il s'agit des structures hospitalières comportant des services de médecine spécialisée : gastrologie, cardiologie, pneumologie, neurologie, rhumatologie...

Service de soins de suites et de réadaptation

Unité de soins palliatifs et/ou équipe mobile de soins palliatifs Médecoteknique : un appareil d'IRM doit équiper ce niveau de soins.

Niveau 3 :

C'est l'hôpital de recours, comportant, outre l'offre de service des hôpitaux de niveau 2, des services très spécialisés comme :

- la neurochirurgie

- la chirurgie cardiaque

- maternité de niveau 3 : structure hospitalière disposant de tous les moyens permettant de prendre en charge les grossesses pathologiques les plus à risque et un service de réanimation néonatale

- urgences et SAMU-SMUR : c'est le siège du SAMU.

- soins intensifs et réanimation ; échelon régional avec toutes les spécialités de réanimation, neurologique, respiratoire, métabolique...

- médecine de spécialité -service de soins de suites et de réadaptation -unité de soins palliatifs et/ou équipe mobile de soins palliatifs

- médecoteknique avec toutes les possibilités d'imagerie les plus performantes : scanner, IRM, Petscan...

- Il fonctionne en réseau avec les hôpitaux de niveau 1 et 2, le service public sanitaire de proximité, les centres anticancéreux, l'université.

C- Hôpital local

Devrait permettre le maintien des personnes âgées poly-pathologiques au plus près de leur lieu de vie lorsqu'ils nécessitent une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation ou en soins longue durée.

Des EHPAD publics peuvent y être adossés. Les praticiens doivent être de statut hospitalier. Une permanence des soins est assurée 24h/24. Il travaille en réseau avec les structures hospitalières de niveaux 1, 2 et 3. L'accès aux différentes structures de soins ne peut être limité sur un critère d'âge. Il n'est en aucun cas assimilable à un site hospitalier territorial de proximité. Un centre de santé pourrait y être associé.

D- La Psychiatrie

Un secteur psychiatrique public

- -assurant la coordination et la continuité des soins.
- travaillant en réseau avec les structures hospitalières et extrahospitalières
- s'appuyant sur la revitalisation de la politique de secteur
- refusant le tout sécuritaire

E- Maillage territorial, gradation des soins et complémentarité entre les établissements

Cette organisation repose sur un maillage territorial en sites hospitaliers et sur la gradation des soins tel qu'évoqué ci-dessus.

Elle implique une nécessaire complémentarité, de façon à assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Elle implique la mise en place de réseaux de communication et d'échanges entre les professionnels des différents niveaux, dans le respect de la confidentialité des données médicales et sociales. Elle sera régie par la signature de conventions établies entre établissements sur la base du volontariat.

F- Les Moyens

Pour que cette organisation réponde aux besoins et assure des soins de qualité, les structures, à tous les niveaux, doivent disposer de moyens tant en matériels qu'en personnels formés et qualifiés. Le financement par la tarification à l'activité, encourageant la sélection des patients et la suppression des activités non rentables, doit être supprimé.

Le financement des investissements immobiliers doit être assuré par l'État. Les hôpitaux doivent pouvoir faire appel à un pôle public financier pour leurs emprunts. Les emprunts toxiques doivent être renégociés en partenariat avec l'État.

Une réflexion doit être menée sur un mode de financement des hôpitaux publics. Nous proposons la sortie des partenariats publics-privés qui représentent une charge pour les hôpitaux publics. Là où le secteur privé est en situation de monopole, nous exigeons que dès maintenant, lui soit imposé le respect des tarifs opposables et l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires

III – DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Face au problème de démographie médicale, nous avons des propositions :

a Recensement des besoins par bassins de vie, tant pour les généralistes que pour les spécialistes et les autres professionnel-le-s de santé

b Suppression du numerus-clausus

c-Mise en place d'une « obligation à servir », en contrepartie de la formation publique, assurant une répartition en fonction des besoins afin de remédier aux déserts actuels, qu'ils soient en zone rurale, urbaine ou périurbaine, en médecine et soins de ville ou à l'hôpital

d Développement de la formation initiale et continue des professionnelles de santé : nécessité d'incorporer à la formation une dimension citoyenne (ou de service public) comprenant les axes solidaires, l'aménagement du territoire ; -obligation dans le cadre de la formation de diversifier les approches, ce qui nécessite la création plus large de structures d'accueils, de stages...

e Amélioration de l'intégration des médecins à diplôme étranger souhaitant exercer en France (validation du diplôme par le biais d'un examen et non plus d'un concours)

f Envisager la transition de la médecine générale libérale vers une médecine générale de type salariat

IV – LE MÉDICAMENT

Nous sommes pour

- la création d'un pôle public du médicament,
- la possibilité de se substituer à l'industrie pharmaceutique pour assurer la continuité de production et distribution des médicaments
- le remboursement à 100% de tous les médicaments dès lors qu'ils ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché.
- l'indépendance de la formation initiale et continue des professionnels de santé vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et biomédicale.
- seuls les produits validés et reconnus utiles par les autorités publiques compétentes, pourront être fabriqués, sinon le remboursement de tous les médicaments comme indiqué n'est pas justifiable.

V - L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUTES ET TOUS

L'exigence d'un service public présent partout et efficace est une condition importante de l'accès aux soins pour toutes et tous, mais cela n'est pas suffisant. Il ne doit plus y avoir d'obstacle financier aux soins, c'est pourquoi il faut :

- une protection sociale solidaire ouverte à toute la population
- la réaffirmation du principe «chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins»
- la prise en charge de la prévention, des soins, de la perte d'autonomie à 100% par la sécurité sociale.

Cela passe par la suppression :

- des franchises médicales, des forfaits et autres restes à charge*
- des dépassements d'honoraires
- de l'activité privée à l'hôpital

**Le Reste à charge est un terme de santé publique et économie désignant ce qui reste à la charge d'un assuré. Le Reste à charge correspond à la somme restante à payer par un patient (usager en santé, assuré), une fois déduit ses remboursements provenant de sa Caisse d'Assurance maladie, ainsi que de sa complémentaire santé (mutuelle). Être affilié à une complémentaire santé n'est pas obligatoire en France, mais permet d'être mieux remboursé selon les actes et prestations de santé.*

Chaque acte et prestation n'a pas le même taux de remboursement et le Reste à charge peut donc être variable en fonction des prestations. Parfois confondu avec le Ticket Modérateur

<http://www.coordination-nationale.org/>

Contribution pour nourrir la réflexion commune dans la phase de construction des Assises locales pour des services publics du 21ème siècle et au-delà la tenue des Assises Nationales de NOV 2016

B.Defaix
le 11-02-2016

Pour l'essentiel il s'agit pour moi de partager avec d'autres le bouillonnement intellectuel (et quelque peu anxiogène!) ressenti à la lecture des documents récents « Note aux Collectifs après la réunion du 14 janvier à Paris » accompagné du rappel- pertinent et bienvenu!- de la note qu'avait produite Viviane Flatreau (FDSP-CGT) en fin d'année 2014, à la demande du groupe de travail chargé de l'organisation des Assises . Pas de malentendus sur l'anxiété évoquée ! Il y a dans ces 2 notes une richesse et une densité de pistes à explorer, de formulations d'enjeux et d'ouverture dans le questionnement **que je reçois très positivement** mais qui, ajouté à d'autres lectures du moment, (j'entre pas dans le détail!) me donnent une forte envie d'en découdre avec la question de l'avenir DU service public- et surtout pas seul dans mon coin, vu l'importance et la complexité du sujet!)

Bref, se mettre véritablement à la hauteur de l'ambition de définir ce que peuvent être des services publics du 21ème siècle, **contradictoirement au cadre contraignant façonné par le système capitaliste dominant** qui a accéléré à l'échelle mondiale, en pratiquement un demi siècle, la phase de **commercialisation globale** des activités humaines, c'est à dire **en mettant sous la coupe d'intérêts privés, souvent avec une grande brutalité et violence, y compris militaire, au « bon moment et au bon endroit », tout ce qui peut être source juteuse de profits.**

L'offensive gouvernementale actuelle en France sur les Maisons de services Au PUBLIC (inscrite noir sur blanc dans la loi Notre) continue à nous indiquer le noyau dur du problème : l'enjeu n'est pas tant dans le besoin de services, besoin ressenti par chacun-e dans une immédiate évidence au cours de la vie quotidienne, **que dans la nature des outils dont le public « peut USER »** pour satisfaire ce besoin . Et se dégagent alors les 2 sens possibles du mot « public » : d'une part, une population de clients-consommateurs, ou encore un Marché, et d'autre part, a contrario, une communauté d'acteurs politiques, responsables en commun de l'organisation sociale qu'ils ont instituée afin de satisfaire leurs besoins, en un mot des CITOYEN-NE-S!

La question du service public a ceci de passionnant et de vertigineux- et à la Convergence nous l'avons dit dès le début!- : elle nous rappelle constamment que nous avons affaire à une question POLITIQUE parce qu'elle renvoie à un choix de société, de type d'organisation sociale . A cet égard, même si la question de « l'efficacité économique du service public » est totalement légitime, celle du service public **comme marqueur d'un type de société**, déborde largement la dimension économique, tout comme « l'humain » ne saurait se réduire à « l'homo economicus ! »

Ma conviction est qu'on ne peut traiter la formule « service AU public » comme une simple supercherie : **supercherie** elle devient, quand elle vise à évacuer la question fondamentale de la nature de l'outil **public ou privée-**, MAIS elle ne l'est pas quand il s'agit de rappeler que la fonction du service public est de garantir la satisfaction de besoins fondamentaux, reconnus **par un acte politique**, inhérent à l'organisation sociale concernée, **comme des droits**. Face à l'offensive développons une campagne du genre « **il faut rendre des services au public, OUI, ET DONC, AVEC des services publics CITOYENS !** » (cf ci-dessus le sens du mot citoyen- ne-s!)

Et là, on arrive à un autre axe essentiel dans les débats incontournables qu'il nous faut mener sur « de quoi le service public est-il le nom ? » pour reprendre une formule à la mode !

Le service public ne peut avoir d'avenir que dans le cadre d'un mouvement d'ensemble de reconquête démocratique ? à une époque où on assiste dans de nombreuses régions du monde, à une sorte de privatisation des divers appareils de l'Etat, mis au service de plus en plus de la finance et des multinationales(voir la préparations des traités internationaux de libre échange et le fait que même les fonctions régaliennes les plus classiques se privatisent)

L'ambition pour le service public va de pair avec l'ambition de **renouer avec** une orientation plus démocratique de l'**action publique**, de ce que l'on désigne souvent un peu facilement (sans trop s'exposer à préciser) par la formule « puissance publique », dont il est rare qu'elle apparaisse comme réellement

démocratique!(on s' en tiendra pour faire court à la définition « gouvernement par le peuple et pour le peuple »). **L' enjeu pour le service public du 21ème siècle, est bien qu' il connaisse une véritable irruption citoyenne dans son fonctionnement et que , s' il est bien, comme nous le disons, au service de l' intérêt général, de définir les dispositifs concrets et précis que nous proposons pour que l' organisation de la société dans son mouvement, corresponde vraiment à cet objectif (se reporter dans la note de Viviane au second item traitant des missions du service public)**

Nous avons à clarifier dans notre conception des services publics du 21ème siècle, 2 sujets essentiels : **le statut de l' outil-service public**, dans sa matérialité (établissements, locaux, salarié-e-s), et donc **vis à vis de la propriété, ainsi que le rôle que nous donnons dans la gestion des services**, aux côtés des agents de la Fonction publique, et des élus exerçant leurs mandats au sein des collectivités territoriales responsables, **à la participation des citoyens - usagers de ces services. Sur cet aspect il ne s' agit pas seulement de se référer au principe de la transparence, mais aussi à celui du bien commun**, du bien qui, par un acte politique, est placé hors de la sphère du privé **parce qu' il est considéré comme destiné à l' usage de tous, sans discrimination** (à ne pas confondre avec « sans obligations ») .

Les citoyens doivent POUVOIR intervenir, tout en respectant les droits et charges respectifs des autres partenaires, mais aussi selon des modalités diverses adaptées à la spécificité des services concernés, dans le contrôle du fonctionnement. Il y a là une dimension institutionnelle que nous devons travailler . Dans le contexte actuel et après les expériences passées : considérer l' Etat , les Pouvoirs publics, issus d' un régime de simple démocratie représentative et délégataire, **comme garantie suffisante de l' efficacité du service public pour oeuvrer automatiquement dans le sens de l' intérêt général, c' est faire preuve d' une coupable naïveté !**

Qu' on s'entende bien : je souscris absolument à l' affirmation que « la vision néolibérale restrictive du rôle de l' Etat et des collectivités locales, à l'oeuvre depuis plusieurs décennies, trouve aujourd'hui une traduction sans précédent dans le cadre des réformes institutionnelles et à l' aune du pacte de responsabilité » mais à contrario vouloir le renforcement du rôle de l'Etat ne peut être à mes yeux légitime que s' il s' accompagne de l' ambition de transformer la formule « l'Etat, c' est nous ! » en autre chose qu' une franche galéjade (ou à l' opposé, que la tragique image de l' Etat totalitaire) et lui donner sa pleine dimension démocratique.

Il est nécessaire de converger, dans notre préparation des Assises et notre travail sur le Manifeste, avec toute la réflexion, en France et ailleurs, qui se développe sur une réelle démocratie, notamment à partir de la crise majeure de la démocratie représentative actuelle, **ET de se saisir de ce qui se travaille à propos de la démocratie comme processus de construction , à partir de la confrontation, d' une pluralité de points de vue, y compris conflictuelle - toute confrontation implique une possibilité , sinon une fatalité de conflit- , pour parvenir à l' existence cohérente du « nous »** , et ainsi pouvoir user librement , de façon responsable, **du Commun !**

Enfin, deux réflexions pour terminer, **qui me paraissent entrer dans ce qui précède** : je voudrais souligner combien il me paraît indispensable de nourrir collectivement les réponses aux questions touchant aux financements des services publics, donc avancer sur les questions de justice fiscale , de réappropriation de la monnaie, d' un pôle public financier permettant une maîtrise publique du crédit. (De ce point de vue je renvoie au dernier item développé par Viviane dans sa note)

Et également ne sommes –nous pas un peu « justes » (euphémisme !) sur la confrontation avec la logique de l' Union Européenne et de ses traités concernant notre raison d' être, l' action pour la défense et le développement du service public? **Ne pas se dérober devant le débat « est-il possible de mener le développement de services publics démocratisés que nous préconisons dans le cadre de l'Union Européenne actuelle ? » est absolument nécessaire à la bataille pour rendre la confiance dans l' action citoyenne que nous menons pour l' avenir du service public .**