

RESEAU EUROPEEN POUR LA DEFENSE DU DROIT A LA SANTE

**SEMINAIRE ORGANISE DANS LE CADRE DU
FORUM SOCIAL GREC
19-21 juillet 2003**

CREATION DU RESEAU EUROPEEN POUR LA DEFENSE DU DROIT A LA SANTE

DOCUMENT FINAL

**THESSALONIQUE
18-19 JUIN 2003**

Préambule

Ce document représente la suite idéale des trois étapes les plus significatives qui ont jalonné la vie du réseau pour la défense du droit à la santé: le séminaire du FSE de Florence, la réunion de Paris et le Forum de Thessalonique.

La plate forme de Florence, intégrée aussi dans le document final de l'Assemblée des Mouvements Sociaux, représente le point de départ d'un projet dont l'objectif est celui de donner naissance à un mouvement de masse capable de poser avec force et sans discriminations la revendication du droit à la santé.

Durant le séminaire de Paris les groupes de travail ont produit des documents pour chacune des lignes directrices choisies: "santé et exclusion sociale", "santé sur les lieux de travail" et "rôle des travailleurs de la santé dans la transformation des services sanitaires" sur lesquels nous avons essayé d'animer le débat dans les instances du réseau.

Bien entendu, ce débat doit encore croître et se développer toutefois, il peut déjà être synthétisé dans ce document qui rassemble la pluralité des argumentations développées.

Nous ne savons pas encore si ce document pourra se transformer dans une réelle plate forme du réseau européen, mais certainement il enrichira la confrontation qui a lieu entre sensibilités certes différentes mais unifiées dans un principe fondamental commun : la santé n'est pas une marchandise mais un droit inaliénable de la personne.

Santé et Globalisation

Dans toute l'Europe nous assistons à un lent processus de transformations des Services Sanitaires. Dans certains pays ce processus est avancé et parfaitement aligné sur les directives mondiales de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) et sur l'accord ACGS (Accord Général pour la libéralisation du Commerce des Services).

La tendance est claire: transformer ces services – majoritairement publics – en des lieux de production industrielle de soins, où la santé devient une marchandise parmi des marchandises et où l'Etat ne joue plus le rôle de promoteur de la santé individuelle et collective puisque celui-ci peut être entièrement transféré aux privés.

Cette évolution comporte inévitablement une modification radicale des structures chargées de dispenser les services, puisqu'elles ne doivent plus répondre aux critères de prévention, de soin et de réhabilitation mais uniquement à des critères économique-commerciaux, où les politiques sanitaires se limitent souvent à des formes de spéculation économiques sur les pathologies.

Elle engendre des retombées directes sur la population qui utilise les Services en exerçant une véritable sélection sur la base du revenu parmi les citoyens qui doivent payer des coûts toujours plus élevés pour en bénéficier. Les politiques sanitaires actuelles en effet pointent du doigt comme les responsables majeurs de la lévitiation de la dépense les personnes âgées (65 ans et plus) puisqu'elles résultent être les plus grands utilisateurs des structures et simultanément les plus grands consommateurs de médicaments. Ainsi les politiques de restriction des dépenses des gouvernements européens s'adressent effectivement à ces catégories (restrictions dans le système des soins – toujours plus coûteux – et dans le financement des Institutions chargées de la prévention). Il est aisé de comprendre que pour les couches de revenu moyen-bas, et en particulier pour celle des personnes âgées, il devient de plus en plus difficile de garantir l'accès aux structures sanitaires, ce d'autant plus qu'on utilise aussi des formes de découragement économique à l'utilisation des médicaments(ticket modérateur).

La conséquence la plus évidente de ce processus est donc la perte du caractère universel du droit à la santé, justement à cause de son irréductibilité et de son incompatibilité avec un système sanitaire toujours plus fondé sur la logique du profit. Un système sanitaire qui garantissant les soins à toutes et à tous ne peut tenir qu'à deux conditions: un financement fondé sur le prélèvement progressif sur le revenu indépendamment du besoin de soins et le

contrôle public et participatif de la dépense. Celui-ci est actuellement le système le plus efficace pour garantir d'une part la santé comme droit fondamental des individus et bien de la collectivité et d'autre part les soins aux moins fortunés. Les insuffisances et les limites des systèmes sanitaires publics – qui restent toutefois les plus performants en termes de résultats de santé – sont la conséquence du non respect de ces deux conditions.

Dans certains pays comme l'Italie le processus de libéralisation a connu son maximum d'excellence dans la transformation des Hôpitaux en Entreprises, transformés ainsi de lieux de référence pour les soins en usines de prestations sanitaires et plus en particulier d'intervention pour pathologies aiguës. Transformation essentielle puisque ce vers quoi tendent les politiques sanitaires libéristes des gouvernements européens est la privatisation et la vente des structures sanitaires devenues productives: un processus qui prévoit l'entrée des capitaux privés des grandes assurances et des banques dans la gestion d'un nouveau système sanitaire privatisé.

Encore une fois au désavantage du revenu des citoyens, des travailleurs et des retraités lesquels afin d'obtenir les mêmes prestations sanitaires dont ils avaient déjà droit dans le passé, devront, dans le futur, payer en plus des impôts une nouvelle assurance sur la santé.

La nouvelle usine sanitaire ainsi conçue doit répondre à des exigences productives essentielles:

- Minimiser les coûts, en réduisant le nombre des salariés, en augmentant leur charge de travail, en utilisant de la main d'oeuvre sous-payée et moins qualifiée pour les services d'assistance.
- Sélectionner les prestations sanitaires les plus rémunératrices au détriment de celles moins complexes et moins rentables économiquement.
- Miser sur les paquets d'assurances pour sujets sains qui potentiellement n'encourent pas le risque de tomber malades, en déchargeant le poids des maladies chroniques sur les familles, c'est-à-dire sur le revenu de la famille et sur le travail de reproduction sociale fourni gratuitement par les femmes.

Santé et exclusion sociale

Les politiques néo-libérales du FMI et de l'OMC produisent pauvreté, inégalité et exclusion sociale qui s'accumulent dans les grandes métropoles et dans toutes les périphéries du monde. Elles nient la satisfaction des besoins primaires et compromettent la capacité de lutte et la participation de la population aux choix qui la concernent.

Les nouvelles formes d'exclusion sociale du droit à la santé sont déterminées principalement par une inégalité dans la distribution et la couverture des services. Cette inégalité est due au déséquilibre des ressources existantes entre pays et régions. Il en résulte l'exclusion d'un droit fondamental et inaliénable tel celui de la santé de la partie la plus vulnérable de la population par les coupes dans les dépenses sanitaires, l'augmentation des coûts directs pour l'achat des médicaments et des soins, l'insuffisance des services de soins à domicile, la fermeture progressive de nombreux services régionaux, y compris ceux destinés aux personnes avec des affections chroniques, en majorité personnes âgées, pour la santé mentale et pour les toxicodépendances.

Les mesures de contrôle des dépenses publiques et de privatisation des services publics sont en passe de nier l'accès aux services aux catégories déjà les moins protégées comme les sans papiers – qui forment la population avec le plus haut risque d'exclusion – et les personnes avec des maladies, parfois graves mais qui ne sont pas rentables du point de vue des systèmes de remboursement. Finalement les systèmes sanitaires publics sont en train de s'orienter vers la prise en charge totale uniquement de la phase intensive des maladies, de celles qui ont une durée brève ou de certaines maladies chroniques qui ont une certaine importance médicale.

La santé sur le lieux de travail

L'analyse scientifique nous indique que les meilleurs systèmes de santé, les plus performants en termes de résultats sur la santé et en même temps les moins coûteux, sont les services sanitaires nationaux publics.

Les politiques libérales en matière de flexibilité du travail et de fragmentation de l'organisation du travail conduisent à la dégradation des conditions de travail avec pour corollaire l'augmentation des accidents et des maladies professionnelles, en particulier les tumeurs résultant d'expositions sur les lieux de travail dont le nombre est largement sous estimé par rapport à leur niveau réel ; quant aux troubles musculo-squelettiques et la souffrance psychique (stress, burn-out), ils sont en augmentation significative en toute l'Europe. Ceux qui souffrent le plus de cette dégradation sont les catégories de travailleurs les moins protégées : les immigrés, les employés subalternes dans le secteur des services, en particulier les femmes qui sont très souvent chargées des tâches les plus pénibles et répétitives auxquelles s'ajoutent celles non moins pénibles liées aux travaux ménagers, les travailleurs atypiques (intérimaires, travailleur-euse-s sur appel, contrats à durée déterminée...) et les travailleurs au noir, privés de toute protection en matière de sécurité et de prévention au travail.

Pour sa part la classe ouvrière traditionnelle n'est pas épargnée par ce phénomène : de l'allongement de l'âge de la retraite à l'augmentation du stress lié à une organisation du travail de moins en moins à mesure de l'être humain, des tours de service " impossibles " avec un usage intensif du travail de aux rythmes de production toujours plus élevés, de l'allongement de l'horaire de travail avec l'usage sauvage du travail extraordinaire jusqu'à la violence morale du chantage.

Les dispositions en matière de sécurité et de prévention sont restées lettre morte du moment où elles s'opposent avec les caractéristiques d'un mode de production qui les considère comme une charge supplémentaire au coût du travail. Ceci malgré le fait que le coût social lié au massacre quotidien (milliers de morts par accidents et maladies du travail) soit très élevé en toute l'Europe. De même les investissements de ressources pour garantir des politiques de préventions adéquates sont encore totalement insuffisantes.

Le rapport publié par l'OIT (Organisation Internationale du Travail), qui a été largement ignoré par les médias, indique que chaque année dans le monde 270 millions de travailleurs sont victimes d'accidents du travail et 160 millions contractent des maladies professionnelles. Cette étude révèle que le nombre de travailleurs morts pendant l'exercice de leur profession dépasse les 2 millions par année... Donc le travail tue chaque jour 5'000 personnes! Voici donc les données relatives à un massacre qui ne nécessitent aucun commentaire supplémentaire mais qui, avec leur crudité, démontrent comment droit à la santé et travail représentent une dichotomie dans la philosophie capitaliste et dans les politiques libérales, même dans notre Europe riche et évoluée.

Les lois en matière de sécurité et de prévention éprouvent largement les conséquences de cette philosophie productive en effet elles représentent souvent le point de compromis minimum d'une logique fondée sur l'acceptation du risque dans un système de production. Risque défini comme "minime" parce qu'il suppose sans honte aucune que la prévention possible/convenable ne peut être suffisante pour tous. Un exemple significatif de cette logique est certainement représenté par le choix de la soi-disant "Communauté scientifique" d'établir des Valeurs Limites pour l'exposition des travailleurs aux substances cancérigènes en se résignant à admettre qu'il y aura un certain nombre de personnes avec des seuils individuels de défense inférieurs à ceux établis mais qui ne rentrent pas dans les paramètres coûts-bénéfices.

Une philosophie adoptée aussi par les institutions officielles comme l'OMS, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, et par les agences de recherche scientifique comme le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer), par les instituts universitaires et plus généralement par tous les instituts de normalisation technique, souvent financés et dirigés par ces mêmes entreprises qui se battent, au nom du marché et de la compétitivité, pour la dérégulation la plus totale des normes de prévention et de sécurité.

Dans un contexte pareil, avec le temps on a assisté non seulement à une réduction systématique de la capacité des syndicats d'obtenir des niveaux plus élevés de prévention, mais encore, aujourd'hui, les gouvernements européens considèrent la législation sur la prévention un frein à la productivité qu'il faut lever. Ceci se passe à partir des politiques de diminution de l'intervention publique dans les instituts destinés à la prévention et au contrôle et surtout par la production législative européenne qui confie totalement à l'entrepreneur et au système d'auto-certification la sécurité dans l'entreprise. En même temps on observe un démantèlement progressif des organismes publics de contrôle et à leur reconversion latente en organismes de conseil qui n'auront plus la charge de sanctionner les violations des normes de sécurité de la part des entrepreneurs.

L'Amiante: un objectif de mobilisation.

Plusieurs raisons nous ont poussé à proposer la questions de l'amiante comme thème de campagne européenne et mondiale. Parmi tous les produits toxiques et cancérigènes qui menacent les travailleurs et la population, l'amiante est en effet le plus ancien, le plus utilisé, le plus connu et le plus mortel: 100'000 morts par année selon l'OIT.

Afin de lancer une campagne contre la dégradation de la santé des travailleurs, du Nord comme du Sud, il faut un point fort, une cible, un symbole. Or l'amiante symbolise le mieux les multiples toxiques auxquels sont exposé travailleurs et citoyens.

Seul le poids d'une campagne mondiale permettra d'exiger que les entreprises et en particulier Eternit - qui pendant presque un siècle a rempli d'amiante notre environnement de vie et de travail même depuis 1940 date à laquelle on a commencé à soupçonner les effets mortels sur l'homme – fournissent les données relatives à l'utilisation de ce produit toxique mortel: du nombre des travailleurs et des citoyens exposés à l'obligation de les informer des risques liés à cette exposition, du financement des contrôles médicaux à l'indemnisation des victimes et de leurs familles.

Aujourd'hui la relation entre exposition à l'amiante et apparition des tumeurs spécifiques liées à l'inhalation de ses fibres n'est amplement démontrée. Pourtant, afin de ne pas payer les indemnités prévues par la loi, les entreprises utilisent nombre de subterfuges. Par exemple en évitant de retrouver les travailleurs immigrés rentrés dans leurs pays d'origine ou bien, comme il se passe à la Nicalit au Nicaragua, en niant la maladie ou en sous-estimant sa gravité avec la complicité de médecins corrompus jusqu'au manœuvres dilatoires dans les conflits juridiques dans l'espoir d'obtenir l'extinction de la cause suite au décès de la victime.

Le revendication de l'indemnisation de toutes les victimes de l'amiante ne poursuit pas uniquement le but de la reconnaissance économique mais aussi la reconnaissance morale pour le dommage subi. Elle représentera aussi l'occasion pour débattre de la neutralité présumée de la science vu que trop de scientifiques se sont tu ou ont défendu ouvertement les intérêts patronaux en se rendant coupables de la négation de la dangerosité de l'amiante.

Le rôle des opérateurs de la santé dans la transformation-destruction du Service Sanitaire publique.

Face à ce qui est désormais devenu un évidement systématique des services et l'effacement du droit des usagers – puisque c'est ainsi que se dessine l'exclusion progressive de l'accès aux structures sanitaires – on ne peut adopter une position "neutre" et observer les mutations passivement tout en espérant ne pas être touché directement par la restructuration.

Sur ce terrain il nous paraît indispensable de tisser des relations fortes avec les forces syndicales contraires aux politiques néo-libérales dans le secteur de la santé. De même nous considérons comme fondamental le rôle que ces forces peuvent jouer dans cette phase délicate de transformation pour la défense et la relance des services à partir de l'engagement concret pour la promotion d'un nouveau modèle d'organisation du Service Sanitaire dans lequel la santé ne soit jamais considérée comme une marchandise d'échange, même pas contractuelle.

Nous n'exerçons pas une défense a-critique du Service de Santé, nous pensons que ce dernier doit être Public, Gratuit et Universel. En même temps nous croyons qu'il doit être Humain, à la mesure de l'homme et de la femme, Respectueux du besoins de soins de la collectivité dans son entier, orienté à prévenir l'apparition de la maladie. Capable donc de promouvoir une idée de la santé qui répond à une réelle qualité de vie, plutôt qu'à une absence générique de maladie, considérée donc comme Bien-être Physique, Psychique et Social de la personne.

A quoi servirait-il donc d'avoir des hôpitaux parfaits si ceux-ci se trouvent à l'intérieur d'une ville où on ne respire qu'un air pollué et où on continue à produire de la mort ? Uniquement à garantir la réparation des corps déjà destinés à se casser, se ravager, à tomber malades de stress dans une société qui ne sait plus faire de la prévention parce qu'elle ne sait plus et ne peut plus intervenir sur les causes d'apparition des pathologies. Finalement parce qu'elle n'est pas en mesure de penser un modèle de développement soutenable non gouverné par la consommation.

Nous n'exerçons pas une défense non-critique du Service de Santé, nous pensons que ce dernier doit être Public, Gratuit et Universel. En même temps nous croyons qu'il doit être Humain, à la mesure de l'homme et de la femme, Respectueux du besoins de soins de la collectivité dans son entier, orienté à prévenir l'apparition de la maladie. Capable donc de promouvoir une idée de la santé qui répond à une réelle qualité de vie, plutôt qu'à une absence générique de maladie. A quoi servirait-il en effet d'avoir des hôpitaux parfaits si ceux-ci se trouvent à l'intérieur d'une ville où on ne respire qu'un air pollué et où on continue à produire de la mort ?

La défense du Service Public auquel nous aspirons implique aussi de se battre pour des conditions de travail plus dignes pour son personnel. Cette lutte doit commencer par la défense du pouvoir d'achat salarial mais passer aussi par la défense de la législation du droit du travail. En effet, surtout dans cette phase caractérisée par la fragmentation et l'émiettement des profils professionnels les possibilités de défense des droits, y compris juridiquement, se réduisent et il devient de plus en plus difficile – sinon impossible – d'obtenir réparation même pour les morts du travail.

Les exigences de flexibilisation des Entreprises Sanitaires ont créé des niveaux élevés de précarisation et de différenciation salariale favorisant ainsi des processus néo-corporatistes et poussé vers la négociation individuelle. Face à cette évolution négative, de nouvelles stratégies syndicales capables de recomposer et unifier les intérêts des travailleurs et des usagers doivent être recherchées.

Dans ce contexte la lutte contre l'élargissement de l'horaire de travail dans toutes ses formes est fondamentale. L'« orario aggiuntivo*» outre à constituer un instrument très efficace des

* Orario aggiuntivo. Spécificité italienne (?) permettant à un travailleur de la santé (médecin ou infirmier) salarié d'un service de santé (hôpital ou autre établissement) de pratiquer en tant qu'indépendant en dehors des horaires de travail contractuels. Ceci à l'intérieur même de la structure dont l'opérateur est salarié. Cette activité est reconnue et bénéficie d'une tarification officielle.

politiques dévastatrices de réduction du personnel constitue un élément de base de la logique de profit de l'« usine sanitaire ».

Plus généralement, l'élargissement de l'horaire de travail constitue en effet le préalable pour l'augmentation sans fin de la charge de travail des opérateurs en fonction de la productivité de l'établissement.

Nous pensons que « productivité de l'établissement » et « qualité de l'assistance » ne sont pas compatibles. La première vise uniquement l'augmentation du volume des prestations fournies au nom de la logique du profit. Par contre la deuxième – caractéristique fondamentale et indissoluble de notre conception du droit à la santé, totalement opposée à la première – donne la réponse adéquate et humaine aux besoins de la personne malade en tenant compte de ce dont elle a besoin et non de ce que cela coûte.

Dans ce contexte les processus d'externalisation représentent l'élément le plus dangereux qu'il faut analyser. De tels processus conduisent en effet à une perte de droits pour les travailleurs avec en contrepartie une flexibilisation et une précarisation des rapports de travail nécessaires uniquement aux établissements afin de réduire les coûts et équilibrer les budgets. Sur ce terrain nous pensons que les syndicats anti-libéristes jouent un rôle fondamental dans l'opposition à la fragmentation territoriale et professionnelle des luttes, car l'enjeu sont les systèmes sanitaires nationaux pour la défense desquels il est indispensable de construire des lieux et des moments de confrontation ouverts à la contribution des citoyens, des réseaux et des associations de défense de la santé.

Il faut construire des réseaux locaux capables de poser le problème du droit à la santé en impliquant les citoyens sur un thème qui souvent ne leur est pas familier et objet de la désinformation intéressée de la part des médias. Ces réseaux doivent être à l'origine de la revendication d'un contrôle populaire sur les services de santé, sur la qualité des prestations fournies et sur les politiques sanitaires développées au niveau territorial et être promoteur d'un mouvement pour le droit à la santé dont le but est de soustraire ce bien inaliénable aux logiques du profit.

Les objectifs du réseau européen pour le droit à la santé

Evidemment l'objectif prioritaire est celui de créer un mouvement de masse qui revendique le droit à la santé en tant que bien collectif et inaliénable de la personne.

Nous soutenons la relance et la requalification des systèmes sanitaires publics contre les privatisations des structures sanitaires, contre toute forme de marchandisation de la santé.

Nous voulons un accès aux systèmes sanitaires publics:

- **universel**, pour toute la population sans différences de revenu ou de nationalité
- **gratuit**, sans demande de participation individuelle à la dépense, non fondé sur la logique du profit mais sur celle de la solidarité collective
- **généralisé** et couvrant tout le besoin collectif de la population, de la prévention sur les lieux de vie et de travail aux soins et réhabilitation, sans limites de temps ou limitations à certaines pathologies
- profondément **humain**, à mesure de femme et d'homme, respectueux de la dignité et de la psyché des usagers et des travailleurs, non invasif dans les soins.

Dans cette optique il est indispensable de lutter et mobiliser les populations européennes pour l'augmentation généralisée des fonds alloués par les états aux systèmes sanitaires publics qui doivent répondre aux besoins de santé et valoriser le professionnalisme en tant qu'élément d'humanisation des soins.

Nous nous battons pour promouvoir une culture inspirée à la solidarité sociale, au respect et à la richesse des différences et à la réciprocité relationnelle entre soignants et soignés, pour l'unification sur des objectifs et des luttes communes.

Notre idée de santé ne peut faire abstraction du concept d'extension des droits de toutes et de tous sans distinctions. C'est pour cette raison que nous poursuivons une élévation qualitative des prestations fournies par les systèmes sanitaires, en généralisant les points d'excellence et les expériences les plus avancées des différents pays à tous les niveaux, tant normatif que participatif..

Dans ce contexte nous considérons comme stratégique la lutte pour arrêter les accords sur la commercialisation des services (ACGS - GATS) et la politique dévastatrice de l'OMC (WTO) dont l'objectif est le blocage des financements étatiques aux systèmes sanitaires publics au nom du libre marché, en prévoyant même des sanctions aux pays qui ne s'aligneraient pas à la volonté de l'organe de pouvoir des multinationales.

De ce point de vue l'expérience concrète de l'accord TRIPS (Trade Related aspect of Intellectual Property Right) qui établit les règles de commercialisation des médicaments est emblématique. L'accord oblige les gouvernements à garantir les droits de propriété individuelle (brevets) sur les médicaments et donc le droit des multinationales pharmaceutiques d'imposer prix inaccessibles pour la grande majorité des malades. Avec la déclaration de Doha (2001), l'OMC s'était engagée à établir une liste de maladies et de pays pour lesquelles des dérogations sont admises. La déclaration prévoyait l'ouverture de négociations afin de permettre aux pays pauvres de soigner des maladies graves et endémiques, dont la malaria, la tuberculose et le Sida sont parmi les plus connues mais pas les seules, soit en produisant directement des médicaments "génériques" (exemptés de brevet), soit – quand les conditions économiques pour une production nationale n'existent pas – en important des médicaments à des prix inférieurs à ceux imposés par les multinationales qui détiennent les brevets des principes actifs. Durant la dernière réunion de l'OMC de fin février 2003, afin de favoriser le lobby des multinationales pharmaceutiques, Big Pharma en tête, les représentants des Etats Unis ont bloqués une fois de plus les négociations en fixant des limites à la liste des maladies et des pays pour lesquels sont acceptées des dérogation. Différentes ligues nationales de lutte contre le Sida ont dénoncé le fait que cette situation provoque la mort de 10'000 personnes par jour, 3'000'000 par année.

De manière plus générale ces politiques conduisent à l'augmentation de la dénutrition, de la mortalité infantile et la diffusion d'épidémies, mettent en danger la santé reproductive des femmes dans les pays du sud et mettent en danger la sécurité alimentaire, de l'environnement et de la santé dans le monde entier.

En 2001 la revue The Lancet a signalé que les AGCS mettent en discussion le financement des services sanitaires par le biais des systèmes de redistribution tels que la fiscalité progressive et de ce fait la couverture universelle des risques, le rôle public dans la planification, le fonctionnement et la fourniture des services puisqu'ils sont des obstacles à la libre concurrence.

En réalité les AGCS se situent à l'intérieur du processus, désormais trentenaire, de dissolution du Welfare à faveur de l'expansion du commerce des services promu par la Banque mondiale et le FMI à travers le bloc de la dépense publique, l'effritement des systèmes publics de couverture universelle garantis par la fiscalité générale progressive, les privatisations et les décentralisations.

Les lignes directrices de notre mobilisation.

Dans la continuité de notre document élaboré durant le FSE de Florence nous considérons qu'il est nécessaire de construire localement des réseaux d'associations et de citoyens qui revendiquent le droit d'exercer des formes directes de contrôle populaire sur les modalités

dont les états assurent les soins et les prestations sanitaires, de manière à ce que ceux-ci ne soient pas soumis aux lois du marché et des firmes pharmaceutiques.

La lutte pour la requalification des systèmes sanitaires ne peut être dissociée de la revendication d'une qualité de vie différente de celle asphyxiée que l'on nous concède au nom d'un soi disant progrès qui sacrifie tout à ses règles. Il est important de se rallier avec ceux qui s'opposent constamment à toutes formes de pollution qui quotidiennement empoisonnent notre existence: amiante, bruit, électro-smog, pour n'en citer que quelques uns.

Dans ce sens il est impensable de détacher les luttes pour la santé sur les lieux de travail de celles pour un environnement sain. Trop souvent nous avons assisté à l'opposition fratricide entre le travailleur qui lutte pour défendre une la place de travail qui produit mort et le citoyen qui ne veut plus de telle usine car elle l'empêche de vivre. Deux formes de pollution en confrontation: celle "sociale" produite par le risque de perdre le travail et celle classique, fruit empoisonné d'un mode de production qui n'arrive pas à trouver des formes de développement soutenable.

Le réseau doit devenir le lieu, physique et virtuel à la fois, depuis lequel lancer les revendications qui rassemblent les intérêts des citoyens et des travailleurs pour la sauvegarde de l'emploi et de l'environnement, en faveur de la reconversion productive des entreprises de la mort, afin de s'opposer avec intelligence à la logique mortelle du *"diviser pour régner"* que le capital impose sur toute la planète.

Nous considérons nécessaire de combattre la privatisation du génome par les multinationales pharmaceutiques, prélude d'une médecine hyper technologique pour un petit nombre de riches finalisée à la production et à la commercialisation de médicaments fondés sur la génomique et de kit de diagnostic aux fins de discrimination et sélection sur base génétique des usagers.

De même, il faut relancer dans toute l'Europe, en impliquant syndicats, juristes et associations, la remise en discussion des récentes dispositions législatives sur les retraites, les horaires et tours de service, les licenciements et la précarité du travail qui sont en contradiction évidente avec la législation sur la santé et la sécurité au travail et avec les principes de l'OMS et de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.

Il nous semble absolument impératif de lutter pour l'élargissement au niveau mondial les droits des travailleurs et des populations en défense de la santé et de l'environnement en combattant les délocalisations des procédures industrielles nocives vers les pays de l'Est européen et/ou dans les pays du tiers et du quart monde où, par le biais du chantage aux places de travail on peut atteindre des niveaux d'exploitation hallucinants.

Campagnes

Dans cette phase de construction du réseau il est illusoire de traduire nos objectifs en une plate-forme plus structurée. Toutefois, nous pensons qu'il est possible de poser les premiers jalons d'un projet plus vaste et exhaustif. Clairement, un tel projet ne pourra se réaliser indépendamment de la croissance réelle d'un mouvement de revendication du droit à la santé.

Le séminaire des 18 et 19 juin 2003 à Thessalonique a identifié principalement deux campagnes autour desquelles articuler la mobilisation:

- la première pour l'augmentation des fonds alloués par les différents Etats aux systèmes sanitaires publics qui devront être compatibles avec les besoins des populations;

- la deuxième pour garantir l'accès aux structures des services sanitaires à tout le monde sans distinction de revenu ou de citoyenneté.

Dans la situation actuelle il est impensable que l'on ne dénonce pas la gravité des retombées sur la population que pourraient avoir des coupes décisives au niveau européen dans les ressources des services sanitaires publics.

De telles coupes conduiraient à paralyser et effacer le Service public afin d'en revendiquer la privatisation comme remède et en ouvrant ainsi de manière définitive le passage de la santé dans les mains des assurances.

Le droit à la santé doit trouver une place central et stable dans l'agenda de lutte des mouvements contre la globalisation: aussi bien dans les contenus du contre sommet de Cancun contre l'OMC que dans l'opposition au Traité pour la Constitution européenne qui va être promulguée. Une constitution sur mesure pour les banques et les capitaux où il n'y a pas de place pour l'ensemble du système des droits des populations.

Mobilisations

Le séminaire de Thessalonique propose une date de mobilisation européenne de toutes les composantes qui adhèrent au réseau. Une journée lors de laquelle exprimer le sens et la signification des campagnes proposées, tant celle pour l'augmentation des fonds aux systèmes sanitaires publics que, de manière encore plus significative, celle pour le droit d'accès aux soins des populations exclues.

Nous proposons d'organiser une journée de mobilisation en vérifiant la disponibilité des associations promotrices pour la faire coïncider avec la journée mondiale de lutte contre le Sida, le 1er décembre. La mobilisation se caractériserait par des piquets devant les institutions gouvernementales ou les structures symboliques pour les politiques sanitaires, ou, encore mieux, si possible par des grèves afin de manifester contre l'exclusion du droit à la santé.

Nous aimerions relancer cette proposition lors du contre sommet de Cancun afin de l'amplifier et d'en renforcer la portée et la participation.