



# EVALUATION PARTICIPATIVE DU DROIT A LA SANTE AU CAMEROUN

## RAPPORT FINAL

SOUS LA COORDINATION DE L'ASSOCIATION FEMMES POUR L'ENVIRONNEMENT  
ET LE DEVELOPPMENT (FEPED)



## SOMMAIRE :

Note de présentation	P.1
Sommaire	P.2
Contacts et remerciements	P.3
I- Introduction générale	P.4
II- Objectifs et méthodologies	P.5
III- Présentation du contexte de l'analyse	P.6
IV- Cadre juridique de la santé au Cameroun	P.7
V- Le programme de financement de la santé	P.8
VI- Le profil sanitaire	P.9-12
VII – Conclusion	P.13
VIII- Recommandations	P.14

### Ce rapport a été rédigé par :

- CHENKEM Pierre
- NYOBE Dieudonné
- MAFOGANG Caroline
- Sylvianne Nzouabet

Avec la contribution considérable de plusieurs camerounais et camerounaise.

**Coordination: Caroline MAFOGANG,**

**E-mail : [fvdcn@yahoo.fr](mailto:fvdcn@yahoo.fr), [carolinemafogang@yahoo.fr](mailto:carolinemafogang@yahoo.fr), [feped.cameroun@yahoo.fr](mailto:feped.cameroun@yahoo.fr)**

**BP : 12601 Yaoundé, Cameroun**

**Téléphone: +237 / 96 44 94 87 /22 17 82 91**

**Blog: <http://feped-cameroun.over-blog.com>**

**Site web: [www.fepedcameroun.org](http://www.fepedcameroun.org)**

**Site web : [www.phmovement.org](http://www.phmovement.org)**

## I- INTRODUCTION

Initiée par People's Health Movement (PHM), la campagne mondiale d'évaluation du droit à la santé, a pour but d'informer et d'éduquer les populations sur leurs droits afin qu'elles puissent mieux les défendre à travers leur implication au processus de prise de décision.

People's Health Movement (PHM) est un réseau d'organisations et d'individus qui oeuvrent pour l'égalité d'accès à la santé. Pour plus d'informations, visiter : [www.phmovement.org](http://www.phmovement.org)

Le Cameroun, l'un des pays participants à l'évaluation participative du droit à la santé et à des déterminants sociaux, expose à travers le présent rapport les avancées opérées dans ce domaine et les insuffisances y relatives à l'intérieur de ses frontières.

Toutefois, il est loisible de faire une rapide présentation du pays. Situé au fond du golfe de Guinée, le Cameroun a une superficie de 475 650 km<sup>2</sup>. Limité au nord par le Tchad, au Sud par le Gabon, le Congo et la Guinée Equatoriale, à l'est par la République Centrafricaine, et à l'ouest par le Nigeria. Avec une population estimée à 18 millions d'habitants, la structure démographique du Cameroun offre un déséquilibre en faveur des femmes (50.8%), tandis que les jeunes de moins de 15 ans représentent 46%. L'espérance de vie est de 51 ans (2006). La densité de la population est de 32 habitants/km<sup>2</sup>, avec une croissance annuelle de 2.8%. Indépendant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1960, le régime politique camerounais est semi-présidentiel, avec pour mode de gouvernance la décentralisation. Son chef de l'Etat est M. BIYA Paul. Les langues officielles du pays sont le français et l'anglais. Le Cameroun est membre de la Francophonie, du Commonwealth et de la Ligue Arabe. En même temps membre de la CEMAC et de la CEEAC. L'essentiel de son économie repose sur la production, les exportations agricoles et l'exploitation des ressources pétrolières. Son revenu national brut/hbt est 2.060 dollars. Soumis au plan d'ajustement structurel par les institutions de Bretton Woods ; il atteint son point d'achèvement en 2008.

Ce rapport comporte :

- Les objectifs et résultats attendus
- La méthodologie utilisée
- Les problèmes majeurs identifiés
- Contribution suggestive pour réduire considérablement les violations du Droit d'accès à la santé.

## II- OBJECTIFS

### *L'objectif global*

Il consiste en la présentation objective de la situation du Droit d'accès à la santé au Cameroun.

### **Les objectifs spécifiques**

- Informer et éduquer les populations sur leurs droits
- Identifier les cas de violations de Droit à la santé
- Identifier les obstacles à l'accès aux soins de santé et les indicateurs par rapport au genre et à la situation des plus pauvres
- La cohérence entre les mécanismes de coordination/pilotage et la prise en charge des maladies courantes y compris le Sida
- Commettre un rapport, instrument de plaidoyer sur la situation du droit à la santé au Cameroun
- Proposer des alternatives via un plan d'action dont la mise en œuvre nécessitera l'appui des partenaires au développement.

## **METHODOLOGIE**

L'évaluation du Droit d'accès à la santé est un processus participatif dont les principaux acteurs et bénéficiaires sont des populations. Par le canal de cette campagne, elles sont éduquées et sensibilisées sur les attitudes à adopter face aux cas de violations de leurs droits.

Du 15 au 19 septembre 2008, des consultations ont été engagées dans les régions du Centre, du Littoral et de l'Ouest, auprès de nos cibles que sont les Centres de documentation, des cadres de l'administration de la Santé (niveau central et des régions) et des Ministères liés (Ministère de l'Economie, Aménagement du Territoire, Affaires Sociales, Promotion de la Femme), des associations professionnelles, formations sanitaires, organisations confessionnelles et non gouvernementales, l'université, des patients victimes de violations, des groupes de populations et certains partenaires au développement.

De prime à bord, les populations ont été informées sur les données collectées, le but visé et le cadre juridique y afférent. Par le moyen des interviews, des ateliers d'échanges, l'analyse des documents, nous avons pu collecter des données escomptées conformément aux prescriptions du Guide d'Evaluation élaboré par le PHM. S'en suit l'analyse des résultats et la rédaction du rapport.

Nous estimons à plus d'un millier le nombre d'individus rencontrés. Loin d'être exhaustives, les informations recueillies dans les trois régions les plus importantes du pays, sont fiables et reflètent la réalité de la situation du Droit d'accès à la santé, à quelques variances très négligeables propres aux autres régions du Cameroun.

### **III-PRESENTATION DU CONTENU DE L'ANALYSE**

Le rapport fait mention de :

- Le cadre juridique de la santé au Cameroun
- Le programme de financement de la santé
- Le programme sur la démographie et la santé
- Le profil sanitaire
- Le secteur sanitaire privé
- La conclusion
- Les recommandations.

### **IV- LE CADRE JURIDIQUE DE LA SANTE AU CAMEROUN**

Le droit à la santé est universellement reconnu et inaliénable par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Le Cameroun comme la plupart des pays au sud du Sahara, a signé et ratifié, en plus des lois et règlements nationaux plusieurs accords, conventions internationales régionales et mondiales pour garantir la jouissance de ce droit à ses populations. Ci – énumérés quelques textes signés par la Cameroun :

Au niveau national :

- toutes les constitutions camerounaises (janvier 1996) et celle de 2008 consacrent dans leur préambule le droit à la santé en faveur de tous les citoyens camerounais
- la loi de 1989 portant sur le système sanitaire
- loi du 10 aout 1995 règlementant la profession de pharmacien.
- le décret de 1969 portant création du CUSS
- déclaration nationale sur la politique nationale de santé
- décret de 1997 portant création de la CENAME
- décret de 1995 portant organisation des soins de santé de base en district de santé

Au niveau international régional :

- la Charte Africaine de Droit Sanitaire
- la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples (janvier 1986)
- la déclaration d'Abuja en 2000 sur Roll back malaria
- nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique ; NEPAD (mai 2002)

- mécanisme Africain d'Evaluation par les pairs (2003)
- déclaration de Tunis relative au Sida et l'Enfant Africain (1994)
- Déclaration de Dakar relative à l'épidémie de Sida en Afrique (1992)

Au niveau mondial :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (Décembre 1948)
- Conférence d'Alma Ata de 1978
- Recommandations de Helsinki, sur les principes éthiques sur les essais thérapeutiques
- Accord cadre de lutte contre le tabac au niveau mondial (2003)
- Objectifs de développement du millénaire (2000)
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (mars 1992)
- Convention relative aux droits de l'enfant (aout 1990).

Tout ce dispositif juridique témoigne de la valeur que, en principe, le gouvernement camerounais accorde à la question de santé. Cependant le respect de tous ces engagements dans l'accès et l'administration des soins connaît des insuffisances.

## **V- LE PROGRAMME DE FINANCEMENT DE LA SANTE AU CAMEROUN**

La santé est principalement financée au Cameroun par l'Etat. Il alloue un budget annuel à la couverture sanitaire de l'ensemble du triangle national. Selon la recommandation de l'OMS, ce budget doit être de 10% du budget annuel national. Mais jusqu'en 2008, il tourne autour de 5% pour une enveloppe nationale de 2276 milliards, soit 87 milliards fcfa pour le secteur de la santé.

Ce budget insuffisant pour doter toutes les régions du Cameroun d'infrastructures sanitaires adéquates, des équipements, médicaments, des ressources humaines quantitativement et qualitativement fiables.

Les ménages contribuent annuellement de 7.6% et directement aux dépenses de la santé, selon Ecam II.

L'aide extérieure à la santé contribue considérablement aux dépenses sanitaires.

Les collectivités publiques locales et l'assurance maladie contribuent de façon marginale au financement de la santé.

## **PROGRAMME DE DEMOGRAPHIE ET DE SANTE AU CAMEROUN**

La population du Cameroun est estimée à 15 millions d'habitants après le dernier recensement national (1987). Les facteurs déterminants de la politique démographique face aux problèmes de santé dans ce pays sont :

### **La fécondité**

La fécondité décline depuis la fin des années 80. Elle passe de 6,4 enfants par femme en 1978, à 5,2 en 1998, soit une croissance démographique annuelle de 2.8%. La fécondité des adolescents contribue pour 14% et 50% des femmes accouchent avant leur 19<sup>ème</sup> anniversaire.

### **La mortalité**

La mortalité générale a baissé, elle passe de 14% en 1987 à 10% en 2001. L'espérance de vie à la naissance était à 59 ans (56.7 ans pour les hommes et 61.3 ans pour les femmes) contre 55.1 ans en 1987, soit un gain de 4 ans.

Cependant le taux de mortalité infantile reste élevé 150.7%, comme dans les années 1991- 1998. Le taux de mortalité maternelle quant à lui est de 430 décès maternels pour 1000 naissances vivantes (1989-1998).

### **Les migrations**

L'exode rural est très important au Cameroun et son flux est difficilement maîtrisé. Les conflits sociopolitiques et armés des pays voisins, contribuent à l'augmentation de la population. Le nombre de réfugiés présents au Cameroun est estimé à 49 200 en 2000. Face à cette situation ; le gouvernement camerounais adopte une politique de la population dont le but est d'améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans le cadre d'un développement humain durable, en conformité avec la dignité

humaine et les droits fondamentaux de l'Homme, en assurant l'adéquation entre la croissance démographique et les ressources disponibles.

## **VI- LE PROFIL SANITAIRE**

Il porte sur deux aspects fondamentaux : l'exposition de la situation sanitaire face aux maladies les plus menaçantes et l'analyse de l'environnement sanitaire du pays.

### **Programme élargi de vaccination.**

La gratuité des vaccins pour les moins de 5 ans est effective. La couverture vaccinale en VAT 2+ chez les femmes enceintes est stagnante (50%).

### **Programme de lutte contre le paludisme.**

La gratuité des moustiquaires pour les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans est une réalité. Mais encore faible (moins de 4%), du fait de la méconnaissance de cette méthode de prévention dont la promotion locale reste timide et de la réticence à l'utiliser. La prise en charge des malades est inadéquate du fait de l'absence d'un protocole de traitement, l'insuffisance de l'information des populations et le manque de recyclage des personnels de la santé. Il est responsable de 40 à 50% des consultations médicales, 30% d'hospitalisation, 57% des journées d'hospitalisation, 35 à 40% du total des décès dans les hôpitaux ; 26% d'arrêts maladies et 40% des dépenses des ménages pour la santé.

### **Prise en charge des malades du SIDA**

Les PVVIH/PVVS bénéficient de la gratuité des antirétroviraux depuis 2007. Mais ces malades dépensent semestriellement en moyenne 15 000 fcfa pour la mesure de la charge virale. Et l'accès à la prise en charge adéquate est faible. On note également la persistance des comportements et pratiques à risque. Par exemple le faible taux d'utilisation des préservatifs : 2,1% chez les femmes et 8.3% chez les hommes. Cela occasionne l'augmentation de sa prévalence. Elle est de 6% à l'Ouest et le littoral, tandis que dans l'Adamaoua elle est de 17%. En 2000 elle était 11%, 22 fois plus élevé qu'en 1987.

### **Programme de lutte contre la tuberculose**

Son taux de prévalence est mal connu à cause de la faiblesse du système national d'informations sanitaires et des faibles capacités de dépistages des formations sanitaires. Selon le programme national de lutte contre la tuberculose, le nombre de cas passe de 544 en 1997 à 6288 en 2001. La tuberculose sévit encore malgré les efforts du gouvernement pour la réduire son taux à des proportions négligeables. La multi résistance aux anti tuberculeux passe de 13.2% à 27.6%

### **La prise en compte de la médecine traditionnelle**

Les autorités sanitaires du Cameroun n'ont pas encore règlementé cette partie de la médecine. Mais la considèrent comme complémentaire à la médecine moderne. La mise sur pied du service en charge de la médecine traditionnelle au Ministère de la Santé, le Centre de recherche sur les plantes médicinales et la médecine traditionnelle (CRPMT/IMPM) en sont des illustrations.

### **Gratuité de l'enseignement primaire public**

A la gratuité de ce niveau d'éducation, s'ajoutent : la réduction significative de la fréquence des redoublements ; le recrutement des enseignants qualifiés à la fonction publique ; amélioration du ratio élèves/enseignants et amélioration des différents aspects de la gestion et de la gouvernance du système.

L'environnement sanitaire du Cameroun se structure comme suit : les services centraux, intermédiaires et périphériques. Le problème fondamental du système de santé au Cameroun est la forte gestion administrative et centralisée. Il faut y ajouter l'absence de coordination efficace des interventions, la faible implication des communautés dans la prise des décisions, l'incapacité d'absorption des financements mis à disposition (25%) et une faible appropriation par le système des actions des partenaires extérieurs.

### **Les centres de santé**

Les centres publics de santé ont des infrastructures vétustes, un équipement obsolète faute de maintenance. L'absence de crédits en est la justification. L'on y dénombre plus de 150 districts de santé, avec 130 hôpitaux de districts dont 9 privés. 192 hôpitaux dont 78 privés. 9 hôpitaux provinciaux et 8 nationaux. 412 aires de santé sur les 1388 n'ont pas de centre de santé intégré. Sur l'ensemble des centres de santé des secteurs public et privé à but non lucratif, 83% sont du public, 17% sont privés à but non lucratif (service catholique de santé 8.8%, FEMEC 7.3%). L'inaccessibilité géographique des centres de soins pour les populations rurales et la pauvreté sont autant d'atteintes au droit à la santé. 54% de la population habitent à moins de 5 km du centre de santé. Ce pourcentage est plus élevé dans les régions du Littoral et de l'Ouest, alors qu'il est moins élevé dans le Centre.

### **Les médicaments**

L'approvisionnement en médicaments est assuré par la CENAME (Centrale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels) depuis 1998. Elle fournit des produits génériques et depuis 2000 les ARV pour la prise en charge des malades du SIDA. Il existe un centre d'approvisionnement dans chaque région, soit 10 centres. Le secteur privé lucratif et non lucratif y intervient aussi. Mais les coûts de médicaments sont toujours élevés et inaccessibles aux pauvres, la prescription et la distribution ne sont pas toujours rationnelles, la liste nationale des médicaments essentiels n'est pas toujours respectée et 60% des génériques dans le public ne sont pas homologués. Plus de 90% des produits sont importés. La production locale est faible.

### **La formation**

L'on note une disparité en ressources humaines entre les centres de santé urbains et ruraux en dépit de la pléiade d'écoles de formation au Cameroun. Ainsi l'on a 1 médecin pour 10 083 habitants (en 2000) et 1 infirmier pour 2249 habitants. Cette situation est causée par l'absence de plan de développement des ressources humaines, aux retraites sans remplacements, au plan d'ajustement structurel qui a freiné les recrutements de personnels. Voici la liste de quelques écoles de formation en médecine au Cameroun :

- facultés de médecine et de sciences biomédicales (2)
- écoles de formations des infirmiers (10)

Plusieurs filières de formations paramédicales ont été fermées. Et les formations suivantes ne se font qu'à l'étranger : génie sanitaire, kinésithérapie, imagerie médicale, pharmacie, chirurgie dentaire, techniques biomédicales, la diététique, la nutrition et l'administration de la santé.

### **Taux de fréquentation**

Une série d'études et de consultations du gouvernement camerounais montre que la fréquentation des centres de santé ralentie à cause de l'appauvrissement des patients. En 1996 les malades déclarés parmi les populations pauvres, 48.6% ont pu se faire consulter. 36.1% seulement des consultations ont été effectuées dans une structure formelle. La fréquentation des centres de santé est un peu plus élevée dans les milieux urbains que ruraux, où la médecine traditionnelle est plus sollicitée. Du fait de la paupérisation des populations et de l'insatisfaction de l'accueil dans les centres publics favorables de vente illicite de médicaments de qualité douteuse. 54% de personnes s'y approvisionnent régulièrement et 16% de produits vendus sont périmés.

### **Déterminants sociaux de la santé**

La réalisation du droit à la santé souffre de certains manquements préalables à sa garantie. Il s'agit du faible accès des populations à l'eau potable ; à l'assainissement, un habitat décent (ce droit est atteint de 2007-2008 à Yaoundé et Douala avec le déguerpissement pour « occupation illégale et anarchique de l'espace urbain », la paupérisation, l'analphabétisme, la performance du système de santé, la démotivation des personnels de la santé et la fuite des cerveaux, la faible absorption des financements mis en place.

### **Les groupes vulnérables**

Les personnes les plus touchées par la non réalisation du droit à la santé sont les femmes, les enfants et les jeunes filles. Les traditions et même la législation nationale ne reconnaissent pas de droit de propriété aux femmes et aux jeunes filles. Madeleine, étudiante en droit (Université de Yaoundé II),

affirme que ses grands frères ne cessent de lui rappeler qu'elle est faite pour le mariage et qu'après le décès de leurs parents elle devra quitter la maison, parce qu'elle n'est pas héritière. Le droit à l'éducation des enfants, à un environnement sain sont parfois violés avec la bénédiction des traditions malsaines. Anne Laure une jeune Dame veuve nous dit que sa belle famille s'était accaparée des biens de son ménage après le décès de son époux. Sa résistance et ses multiples plaintes n'y feront rien, car plus tard sa belle famille viendra arracher toutes les tôles pour les mettre dehors, les enfants et elle. Aujourd'hui elle vit en concubinage avec un homme qui l'a accepté avec sa progéniture. Mais cette dernière est psychologiquement traumatisée.

### **Les handicapés**

Ils sont des éternels exclus dans nos sociétés africaines et vus d'un mauvais œil. Les handicapés sont parfois taxés de sorciers, qualificatif qui les met automatiquement au ban de la société. Seuls sont pris véritablement en charge ceux qui se retrouvent dans des centres spécialisés à cet effet et ceux pour qui les familles ont le sens de la responsabilité. La politique sociale ne prévoit pas de cadre de vie pour eux, ni des soins de santé gratuits.

### **Les malades du SIDA**

Il n'est pas rare de trouver des malades de SIDA abandonnés par leurs familles dans nos hôpitaux, un plaidoyer devrait être renforcé au niveau de la stigmatisation et la prise en charge des personnes vivantes avec les VIH/SIDA surtout des services adaptés pour les orphelins du SIDA et les veuves. La prise en charge d'une personne positive coûte une fortune surtout ajouté à cela les conditions de vie, une nutrition et les examens nécessaires et obligatoires. La prise en charge juridique en est une des méthodes de lutte à vulgariser suivi des sanctions qui la constitue.

### **Les réticences populaires**

Elles sont le résultat de préjugés. Dans la ville de Yaoundé, certaines personnes réfutent l'utilisation de la moustiquaire imprégnée pour plusieurs raisons : Blaise nous dit qu'elle lui donne de la chaleur et transpire pendant son sommeil. Tandis qu'Annie déclare : « sous une moustiquaire, je me vois comme un cadavre dans un cercueil ».

De même la vaccination est parfois boudée dans la région du littoral (Nyanon) ou certains parents affirment que les occidentaux viennent faire des tests de leurs produits médicaux sur leurs enfants et leur inoculent plutôt des maladies.

### **Le secteur de santé privé**

Le secteur sanitaire privé se constitue d'institutions sanitaires à but non lucratif (confessions religieuses, associations et ONG) et des institutions à but lucratif. Ce secteur échappe au contrôle des autorités sanitaires à tous les niveaux et ses données statistiques ne sont pas suffisamment intégrées dans le système d'information sanitaire. Ce secteur est plus fréquenté que le secteur public par les pauvres qui perçoivent une meilleure qualité d'accueil et de service ce qui les encourage à visiter ces centres de soins privés. Mais notons qu'aucun de ces deux services privés est gratuit; pour y avoir accès, il faut payer et ca est une barrière économique pour les plus pauvres. Dans ce secteur, la prise en charge et l'accueil sont plus chaleureux ce qui met plus en confiance le malade; dans la plus part des temps, le traitement est fonction des moyens financiers donc disposent les patients, mais aucun service n'est gratuit à 100% en dehors des consultations gratuites dans certains centres. La politique du secteur privé est différente de celle du secteur publique, c'est-à-dire au lieu de payer avant d'être suivi même dans les cas les plus urgents, on peut être suivi avant de payer par la suite.

## **VII- CONCLUSIONS**

Au terme de nos investigations nous sommes en droit d'affirmer que le Cameroun fait des efforts à prendre en considération pour un accès à la santé de toutes ses populations. Mais sa politique se heurte souvent aux pesanteurs nationales telles que la corruption, et extérieures (les décisions des partenaires extérieurs portant atteinte au droit à la santé par exemple l'arrêt ou suspension de certains fonds



comme le fond SIDA par le Global Fund), mauvaise gouvernance caractérisé par une concentration des ressources matérielles, humaines et technique dans les zones urbaines.

Des avancées notables suivantes ont été faites :

- la gratuité de la vaccination pour les moins de 5 ans
- la gratuité des ARV pour les malades du SIDA
- la gratuité des moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et les moins de 5 ans
- gratuité de l'enseignement primaire public
- la prise en compte de la médecine traditionnelle dans la politique de la santé nationale
- élaboration d'une stratégie sectorielle de santé.

Les insuffisances à notre système de santé sont les mêmes dans toutes les régions du pays :

- Indisponibilité des services essentiels de santé dans les localités enclavées
- Leur inaccessibilité par les couches sociales vulnérables en ville à cause du manque de moyen financier
- Les coûts des soins toujours onéreux.
- Non respect du plan de coordination nationale à cause de la mauvaise gouvernance et manque de volonté politique des décideurs.
- Absence de recours en justice en cas de contentieux médical et violations du droit à la santé
- Insuffisance de financement dans la santé et gestion rationnelle des fonds disponibles
- Insuffisante mobilisation des bénéficiaires pour demander ces droits.

Au regard de cette situation deux causes essentielles méritent d'être mises en exergue : insuffisance de l'offre et de la qualité des soins pour les populations (surtout en zone rurale) par manque de renforcement des capacités du personnel médical en formation sur les nouvelles méthodes et techniques de travail, de prévention et de guérison de certaines maladies,

A l'origine de tous ces manquements nous pouvons citer des facteurs suivants : la pauvreté des populations, l'insuffisance du budget national sectoriel à la santé qui atteint à peine la moitié de celui proposé par l'OMS, l'absence d'informations sanitaires à l'endroit des populations, l'absence des connaissances pour guérir certains maux courant par manque de formation sans oublier la manque d'un effort sérieux de mobilisation sociale par la société civile.

## **VIII- RECOMMANDATIONS**

Nous orientons nos recommandations vers trois directions : le gouvernement, les OSC et les partenaires au développement.

### **Le gouvernement**

L'atteinte de l'objectif de réalisation du droit à la santé en faveur de tous les camerounais, il faudra :

- Mobiliser les populations pour lutter pour faire de la santé et de l'éducation des priorités
- Susciter activement la participation de tous dans le planning, l'exécution et le monitoring de la stratégie sectorielle de la santé
- Demander que les mécanismes de coordination/pilotage du secteur de la santé doivent être renforcés.
- Insister que le système d'information sanitaire soit fait plus performant et qu'il l'élargisse au secteur sanitaire privé
- Lutter pour la mise en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable (répondant aux attentes légitimes des populations et qui soient financièrement équitables) ; cesa car le pays est signataire des conventions des Nations Unies qui l'obligent a respecter le droit à la santé
- Mobiliser la société civile pour demander un 'approvisionnement en médicaments de première nécessité subventionné
- Insister a la collaboration intersectorielle pour résoudre les problèmes de santé liés à l'eau, à l'assainissement et à l'environnement.

**La société civile**

- Lancer une campagne pour éduquer les populations sur leurs droits
- organiser un lobbying actif pour demander la meilleure application des programmes du gouvernement
- établir une base de dialogue entre le gouvernement (porteur des obligations selon la loi internationale), et les bénéficiaires au développement (porteurs des droits).

**Les autres partenaires au développement**

- Éviter une décentralisation des interventions dans le pays sans des procédures précises pour être plus efficace et être capable de suivre les résultats des interventions de santé des populations.
- Réfuter toute politique Onusienne ou des institutions de Bretton Woods qui ne respecte pas le droit à la santé
- Faire pression au gouvernement pour le respect de ses engagements en ce qui concerne l'accès aux soins de santé pour tous.

**Les populations**

- Adopter le rôle de vrai porteurs de droits selon le cadre des DDHH et s'engager à faire de demandes responsables du gouvernement
- Exiger des programmes gouvernementaux de formation, d'information et d'éducation en DDHH
- Exiger la participation populaire à la prise des décisions.