

Article original

## **Accessibilité aux services de santé et déterminants de la fréquentation des structures sanitaires dans la ville de Sarh (Tchad)**

**DOMBOR Djikouloum Dingao**

Ecole Normale Supérieure d'Abéché

**Auteur correspondant :** E-mail : [dddombor@gmail.com](mailto:dddombor@gmail.com)

Article soumis le 29/04/2026 et accepté le 11/05/2026

**AUM13-0248**

### **Résumé :**

Cette étude analyse les déterminants de la fréquentation des structures sanitaires dans la ville de Sarh (Tchad), en mettant l'accent sur l'accessibilité aux services de santé dans un contexte urbain marqué par de fortes inégalités socio-spatiales. Elle s'inscrit dans une approche hypothético-déductive combinant méthodes quantitatives (questionnaires auprès de 260 usagers) et qualitatives (entretiens, observation de terrain), appuyées par des analyses statistiques et spatiales via SPSS et SIG (QGIS). Les résultats montrent d'abord une inégale répartition des infrastructures sanitaires, concentrées dans les quartiers centraux, laissant une large partie des quartiers périphériques sans couverture adéquate. Cette configuration engendre des difficultés d'accès, notamment des distances supérieures à 3 km pour une grande partie des usagers, ce qui constitue une barrière majeure au recours aux soins. L'étude met également en évidence une forte contrainte économique : les coûts de consultation et des médicaments sont jugés élevés par plus de 60 % des enquêtés, entraînant des stratégies d'évitement, de retard de consultation ou de recours à l'automédication. Sur le plan institutionnel, les résultats révèlent un déficit important en ressources humaines de santé, avec des ratios médecins/patients, infirmiers et sages-femmes largement inférieurs aux normes de l'OMS, affectant la qualité et la disponibilité des soins. L'analyse souligne également que la qualité perçue des services, notamment la compétence du personnel et l'efficacité des soins, constitue un facteur déterminant de la fréquentation des structures sanitaires. Toutefois, cette

perception est fragilisée par des insuffisances structurelles (ruptures de médicaments, surcharge de travail, équipements limités).

**Mots clés :** Accessibilité aux soins, Fréquentation des services de santé, structures de santé, Sarh (Tchad)

***Accessibility to health services and determinants of attendance at health facilities in the city of Sarh (Chad)***

**Abstract :**

*This study analyzes the factors influencing the use of health facilities in the city of Sarh (Chad), with a focus on access to health services in an urban context marked by significant socio-spatial inequalities. It employs a hypothetical-deductive approach combining quantitative methods (questionnaires administered to 260 users) and qualitative methods (interviews, field observation), supported by statistical and spatial analyses using SPSS and GIS (QGIS). The results first reveal an uneven distribution of health infrastructure, concentrated in central neighborhoods, leaving a large portion of peripheral neighborhoods without adequate coverage. This configuration creates access difficulties, notably distances exceeding 3 km for a large proportion of users, which constitutes a major barrier to seeking care. The study also highlights a significant economic constraint: consultation and medication costs are considered high by more than 60% of respondents, leading to strategies of avoidance, delayed consultation, or self-medication. At the institutional level, the results reveal a significant shortage of healthcare personnel, with doctor-to-patient, nurse-to-patient, and midwife-to-patient ratios well below WHO standards, affecting the quality and availability of care. The analysis also highlights that the perceived quality of services particularly staff competence and the effectiveness of care is a key determinant of health facility utilization. However, this perception is undermined by structural shortcomings (drug shortages, excessive workloads, and limited equipment).*

**Keywords:** Access to care, Use of health services, health facilities, SARH (Chad)

## **Introduction**

La santé est un droit fondamental reconnu par la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens. Elle constitue le point saignant des Objectifs Millénaires pour le Développement. Objectif dont l'atteinte nécessite une politique de financement, une organisation des systèmes de santé ainsi qu'une répartition spatiale équitable des structures sanitaires et permettant une fréquentation de tous aux services de soins (Mahamat, 2020, p 18). La formulation des politiques et des stratégies dans le secteur de la santé dépendent de l'analyse des déterminants de la demande de soins. Il en est de même pour la garantie d'une utilisation effective des services et

l'amélioration de la qualité des services (Munyamahoro et Ntaganira, 2012, p 29). On constate à travers le monde, malgré des améliorations significatives de l'état de santé globale des populations, l'existence de disparités majeures liées à l'accès inéquitable aux soins. Ce problème dépend largement du type de système de santé, de son organisation, de son financement et du fait qu'il favorise ou non les régimes de protection sociale quelques soit leur mode de financement. En Afrique, les analyses des réformes sanitaires des dernières décennies aboutissent toutes à la même conclusion : l'aspect équitable des politiques publiques de santé a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs se sont concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place.

L'accès équitable aux soins de santé constitue un enjeu majeur des politiques sanitaires, particulièrement dans les pays en développement. Le Tchad, bien qu'engagé dans des réformes structurelles visant à améliorer les conditions sanitaires des populations, fait face à des défis persistants liés à l'insuffisance des infrastructures médicales, à la faiblesse des ressources humaines qualifiées, aux contraintes financières des ménages et aux inégalités territoriales d'accès aux services de santé. Au Tchad, les indicateurs sanitaires restent parmi les plus faibles de la région, malgré les efforts engagés dans le cadre des politiques nationales de développement sanitaire. Les différentes évaluations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) soulignent notamment une faible utilisation des structures de santé, due à un ensemble de contraintes structurelles, économiques et socioculturelles qui limitent le recours effectif aux soins. Comprendre les facteurs qui influencent la fréquentation des services de santé apparaît dès lors comme un enjeu majeur pour orienter les stratégies de renforcement du système de santé. Selon Arditi (1995, p 6), au Tchad, la décision de recours aux services de santé ne dépend pas seulement de la disponibilité des infrastructures, mais résulte d'une combinaison de facteurs socio-économiques, culturels et organisationnels. Le niveau d'instruction, les représentations sociales de la maladie, la qualité perçue des soins et la confiance envers les prestataires jouent un

rôle déterminant dans le choix des patients. Ces observations, bien que centrées sur N'Djamena, constituent un cadre théorique pertinent pour comprendre les dynamiques de fréquentation dans d'autres centres urbains du pays.

Dans la ville de Sarh, chef-lieu de la province du Moyen-Chari, ces difficultés prennent une dimension particulière en raison de la croissance démographique, de l'extension spatiale de la ville et de la diversité des conditions socio-économiques des populations. La ville dispose de plusieurs structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles qui offrent des services de soins variés. Cependant, la fréquentation de ces établissements demeure inégale selon les quartiers, les catégories sociales et les types de pathologies. Le recours aux services de santé ne dépend pas uniquement de la disponibilité des infrastructures. Il est influencé par un ensemble complexe de facteurs démographiques, économiques, géographiques, culturels et institutionnels. Parmi ces facteurs figurent notamment le niveau de revenu des ménages, le coût des consultations et des médicaments, la distance séparant les patients des centres de santé, la qualité perçue des soins, le niveau d'instruction des populations, les croyances traditionnelles ainsi que la confiance accordée au personnel médical.

Dans plusieurs villes africaines, les études ont montré que l'existence d'un centre de santé dans une localité ne garantit pas nécessairement son utilisation effective par les populations. Les choix thérapeutiques sont souvent orientés par les ressources financières disponibles, les habitudes culturelles, l'expérience antérieure des patients et l'accessibilité physique des établissements de santé (McTavish, 2010, p 1961). Cette réalité est particulièrement observable dans les villes secondaires où coexistent médecine moderne, automédication et recours aux praticiens traditionnels.

À Sarh, malgré les efforts des pouvoirs publics et des partenaires techniques et financiers pour renforcer l'offre de soins, certaines structures connaissent une forte affluence tandis que d'autres enregistrent une fréquentation relativement faible. Cette situation

soulève plusieurs interrogations relatives aux déterminants du recours aux services de santé dans le contexte urbain tchadien. Quels sont les principaux facteurs qui influencent la fréquentation des structures de santé à Sarh ? Dans quelle mesure les caractéristiques socio-économiques des ménages, l'accessibilité géographique et la qualité des services influencent-elles les comportements de recours aux soins ?

La compréhension de ces facteurs apparaît essentielle pour améliorer la planification sanitaire, renforcer l'efficacité des interventions publiques et contribuer à l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude, qui vise à analyser les déterminants de la fréquentation des structures de santé dans la ville de Sarh afin d'identifier les contraintes majeures et de proposer des pistes d'amélioration adaptées au contexte local. La fréquentation des structures de santé à Sarh est principalement influencée par les conditions socio-économiques des ménages, l'accessibilité géographique des établissements sanitaires et la qualité perçue des soins offerts.

## **1. Matériels et méthode**

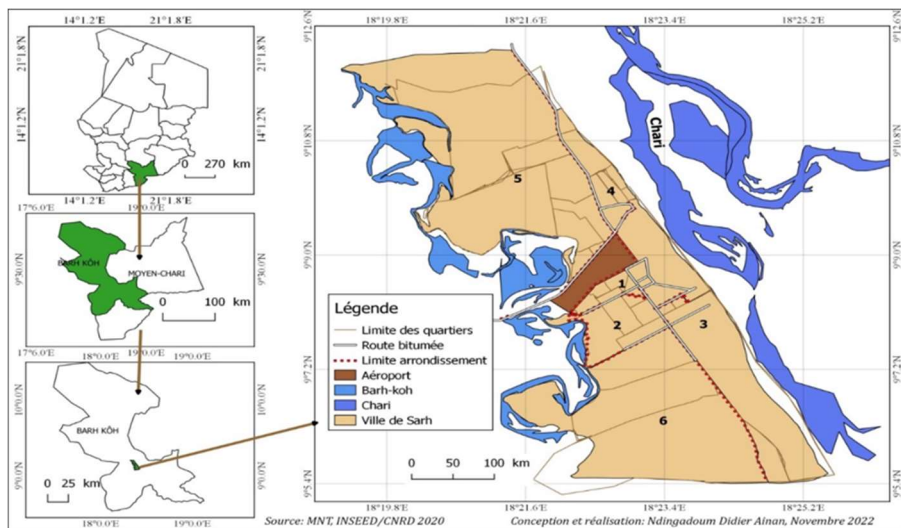
### **1.1- Présentation de la ville de Sarh**

#### **1.1.1- Situation géographique**

La ville de Sarh est le chef-lieu du département du Barh-Kôh et de la province du Moyen-Chari. Elle est située dans la partie méridionale du Tchad, à environ 565 km de N'Djamena, la capitale du pays, et à près de 120 km de la frontière avec la République centrafricaine. Sur le plan géographique, Sarh est localisée entre les latitudes 9°05' et 9°11' Nord et les longitudes 18°19' et 18°25' Est (Figure 1). Elle est délimitée à l'est par le fleuve Chari et à l'ouest par le Barh-Kôh, son principal affluent. Au sud, elle est bordée par les cantons de Banda et de Koumogo, tandis qu'au nord elle est limitée par le canton de Kokaga. La ville est implantée dans une vaste plaine alluviale soumise à des phénomènes périodiques

d'inondation. Son extension spatiale couvre plus de 12 km du nord au sud et s'étend sur une superficie estimée à environ 3 000 hectares. L'altitude moyenne est de l'ordre de 370 mètres au-dessus du niveau de la mer.

La position géographique de Sarh, associée à la présence des cours d'eau qui l'entourent, constitue un facteur favorable au développement des activités agricoles, pastorales et halieutiques. Cependant, cette situation expose également la ville à divers risques environnementaux, notamment les inondations et les maladies liées à l'eau.



**Figure 1 : Localisation géographique de la ville de Sarh.**

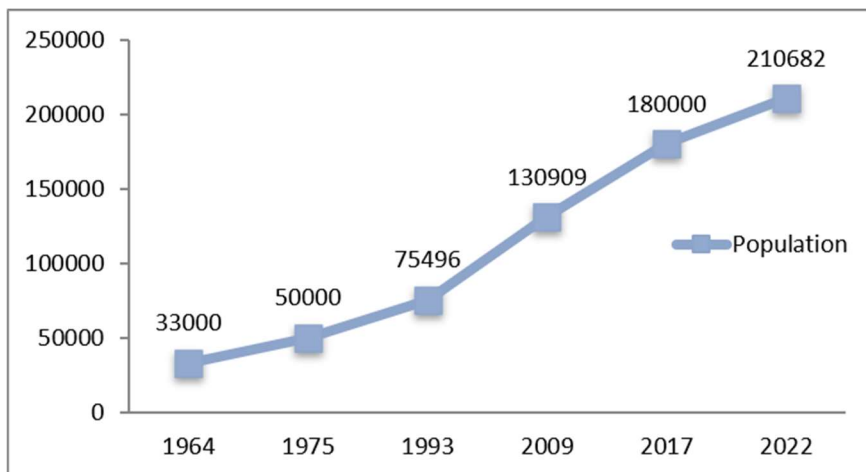
### 1.1.2- Évolution démographique de la ville de Sarh

La ville de Sarh connaît depuis plusieurs décennies une croissance démographique soutenue. Cette dynamique s'explique principalement par l'accroissement naturel de la population, l'exode rural ainsi que l'attractivité économique et administrative de la ville à l'échelle provinciale. En 1995, Sarh comptait environ 81 400 habitants répartis sur une superficie de 2 217 hectares, soit une

densité moyenne d'environ 37 habitants par hectare. En 2014, la population était estimée à près de 160 000 habitants pour une superficie urbaine d'environ 3 000 hectares, correspondant à une densité de 54 habitants par hectare. Ainsi, en moins de vingt ans, la population de la ville a pratiquement doublé (Bétinbaye et al., 2015, p 93).

Selon les données du Plan de Développement Communal (PDC/Sarh, 2018), la population urbaine a été multipliée par cinq en près d'un demi-siècle. En appliquant le taux annuel moyen de croissance démographique de 3,6 % issu du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2, 2009), la population de Sarh était estimée à environ 210 682 habitants en 2022, pour une densité avoisinant 71 habitants par hectare.

Cette forte croissance démographique exerce une pression croissante sur les infrastructures urbaines et les services sociaux de base, notamment les établissements scolaires, les réseaux d'approvisionnement en eau potable, les systèmes d'assainissement et les structures de santé. Elle constitue ainsi un facteur déterminant dans l'analyse des besoins sanitaires et de la fréquentation des services de santé par les populations.



**Figure 1 : évolution de la population de Sarh**

Source : Bétinbaye, 2019 et enquête de terrain 2022

### 1.1.3- Climat, végétation et environnement naturel

Le climat constitue un facteur déterminant dans l'organisation des activités humaines, l'occupation de l'espace ainsi que l'état de santé des populations. La ville de Sarh appartient au domaine climatique soudanien, caractérisé par une alternance entre une saison pluvieuse et une saison sèche relativement marquées. Les températures moyennes annuelles observées à Sarh ont varié entre 24,15 °C et 28,9 °C au cours de la période 1997-2019 (Bétinbaye et al., 2015). La saison la plus chaude s'étend généralement de février à avril, période durant laquelle les températures maximales moyennes atteignent ou dépassent 37 °C.

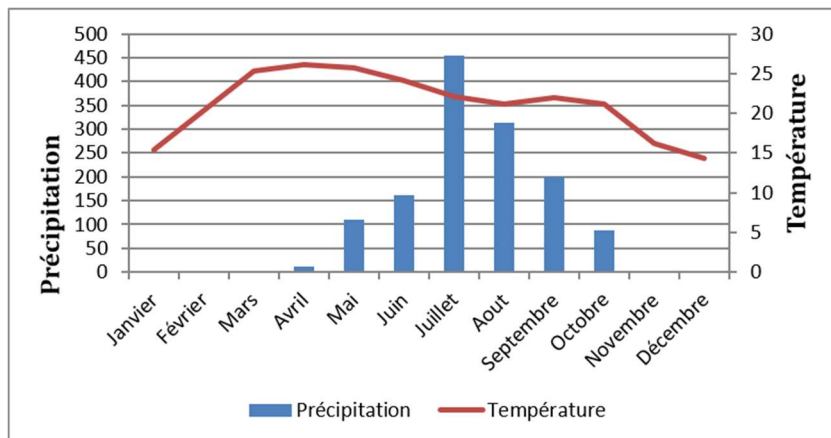
Au cours de l'année, les températures oscillent généralement entre 18 °C et 39 °C. Les valeurs inférieures à 15 °C ou supérieures à 41 °C demeurent relativement rares.

Le régime pluviométrique est caractérisé par deux saisons distinctes:

- une saison des pluies qui s'étend de mai à octobre, avec un maximum pluviométrique observé en août ;

- une saison sèche qui couvre la période de novembre à avril.

Les précipitations annuelles dépassent généralement 700 mm et peuvent atteindre 1 200 à 1 300 mm certaines années. Le mois d'août est le plus arrosé, avec une pluviométrie moyenne d'environ 216 mm.



**Figure 2 : Précipitation et température de la ville de Sarh en 2021**

Source : Service Météorologie, Aéroport de Sarh 2022

Les caractéristiques pédologiques de Sarh reflètent l'influence des cours d'eau qui entourent la ville. Les secteurs sud et sud-est sont dominés par des sols hydromorphes, favorables aux cultures de décrue et au maraîchage. En revanche, les sols sableux prédominent dans les parties nord et nord-ouest de l'agglomération.

La végétation appartient principalement à la zone soudanienne et se compose de savanes arborées, de galeries forestières le long des cours d'eau et d'une végétation herbacée dense durant la saison des pluies. Cette couverture végétale joue un rôle important dans la régulation des équilibres écologiques locaux.

La ville de Sarh est entourée par deux importants cours d'eau : le fleuve Chari à l'est et le Barh-Kôh à l'ouest. Ces ressources hydriques

constituent un atout majeur pour l'approvisionnement en eau, la pêche, l'agriculture irriguée et diverses activités économiques. Les zones humides associées à ces cours d'eau abritent une biodiversité riche, comprenant une avifaune diversifiée ainsi que d'importantes ressources halieutiques (PDC/Sarh, 2018).

Toutefois, l'abondance des eaux de surface et l'humidité élevée favorisent également la prolifération de certains vecteurs de maladies, notamment les moustiques responsables de la transmission du paludisme. L'humidité relative de l'air influence directement la survie, la reproduction et l'activité de ces vecteurs, ce qui fait du paludisme l'une des principales préoccupations sanitaires de la région.

Ainsi, les caractéristiques climatiques et environnementales de Sarh exercent une influence significative sur les conditions de vie des populations et sur la répartition spatiale de certaines maladies, ce qui justifie leur prise en compte dans toute analyse de la fréquentation des structures de santé.

## **1.2- Approche méthodologique**

Cette étude s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive visant à identifier et analyser les facteurs qui influencent la fréquentation des structures de santé dans la ville de Sarh. Cette approche permet de confronter les hypothèses formulées aux réalités observées sur le terrain à travers la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. L'étude combine plusieurs méthodes de recherche afin d'obtenir une compréhension globale du phénomène étudié.

Les données primaires ont été recueillies au moyen de l'observation directe de terrain, qui a permis d'apprécier l'environnement des structures sanitaires, leur accessibilité et les conditions d'accueil des patients ; des entretiens semi-directifs réalisés auprès des responsables des structures de santé afin de recueillir des informations sur le fonctionnement des établissements, leur capacité d'accueil et les difficultés rencontrées et des enquêtes par

questionnaire administrées aux patients fréquentant les différentes structures sanitaires de la ville. Ces enquêtes ont porté sur les caractéristiques socio-économiques des usagers, les motifs de consultation, les moyens de transport utilisés, les distances parcourues, les coûts des soins ainsi que la perception de la qualité des services reçus. Au total 260 patients répartis dans différentes structures sanitaires de la ville de Sarh ont été enquêtés. L'enquête a concerné vingt-cinq (25) structures sanitaires comprenant des établissements publics et privés. La répartition des patients enquêtés est présentée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1 : Répartition de l'échantillon par type de structure sanitaire**

Type de structure	Nombre de structures enquêtées	Nombre de patients enquêtés
Hôpitaux publics	2	40
Centres de santé	6	60
Hôpital privé	1	20
Cabinets médicaux privés	12	120
Pharmacies	4	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>260</b>

Les cabinets médicaux privés représentent la catégorie la plus importante de l'échantillon, traduisant leur forte présence dans l'offre de soins de la ville de Sarh.

Les données secondaires ont été obtenues à partir, des rapports du Ministère de la Santé Publique ; des statistiques sanitaires disponibles auprès de la Délégation Provinciale de la Santé du Moyen-Chari ; des documents de planification urbaine et sanitaire et des travaux scientifiques, mémoires, thèses et articles portant sur l'accès aux soins et la géographie de la santé au Tchad et en Afrique subsaharienne.

### **1.3- Traitement et analyse des données**

Les données quantitatives collectées ont été saisies, codifiées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23. Les analyses ont porté sur les fréquences et pourcentages, les tableaux croisés, les mesures descriptives, l'identification des relations entre les variables socio-économiques, spatiales et sanitaires. Les données qualitatives issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu permettant de compléter et d'interpréter les résultats statistiques.

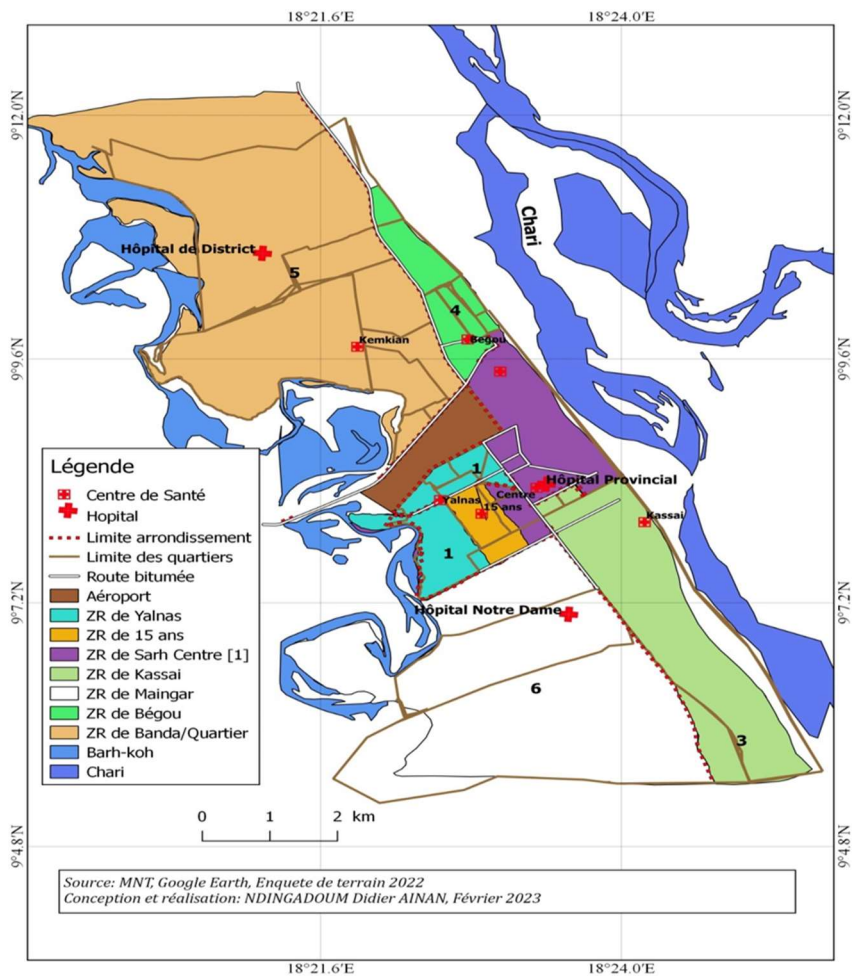
Les données géographiques ont été intégrées dans un Système d'Information Géographique (SIG). Les cartes thématiques, les représentations spatiales et les analyses de localisation ont été réalisées à l'aide du logiciel QGIS version 2.14.12, permettant de mettre en évidence les disparités spatiales de fréquentation des structures sanitaires dans la ville de Sarh.

## **2- Résultats**

### **2.1- Inégale répartition des infrastructures sanitaires**

L'analyse de la répartition spatiale des structures de santé dans la ville de Sarh révèle de profondes disparités territoriales. En effet, sur les vingt-neuf (29) quartiers que compte la ville, seuls neuf (9) disposent d'au moins une structure de santé, tandis que vingt (20) quartiers en sont totalement dépourvus. Cette situation met en évidence une forte concentration de l'offre de soins dans certains secteurs urbains au détriment d'autres espaces résidentiels.

Cette répartition inégale constitue un facteur majeur d'inaccessibilité géographique aux soins. Or, la croissance rapide de la ville de Sarh et l'extension de nouveaux quartiers périphériques n'ont pas toujours été accompagnées d'une planification adéquate des infrastructures sanitaires. Il en résulte une discordance entre la dynamique urbaine et l'offre de soins disponible.



**Figure 4 : Spatialisation des structures de santé publique**

Les observations de terrain montrent que les structures sanitaires sont principalement concentrées dans les quartiers centraux et les zones anciennement urbanisées, où se trouvent également les principales infrastructures administratives et économiques. À l'inverse, plusieurs quartiers périphériques connaissent une faible couverture sanitaire,

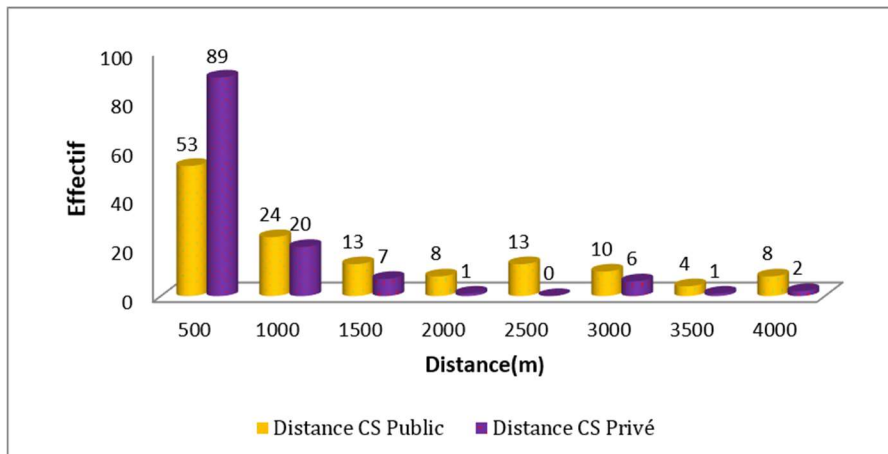
obligeant les populations à parcourir de longues distances pour accéder aux soins.

Cette situation engendre plusieurs conséquences. D'une part, elle augmente le temps et le coût de déplacement des patients, particulièrement pour les ménages à faibles revenus. D'autre part, elle contribue à la surcharge des établissements situés dans les zones les mieux équipées, tandis que certaines parties de la ville restent insuffisamment desservies. Les difficultés de mobilité, l'état parfois dégradé des voies de communication et le manque de moyens de transport renforcent davantage ces inégalités d'accès.

## **2.2- Distance entre le domicile et la structure de santé la plus proche**

La distance séparant le domicile des patients des structures de santé constitue l'un des principaux déterminants de la fréquentation des services de soins dans la ville de Sarh. En géographie de la santé, l'accessibilité géographique est souvent considérée comme une condition essentielle du recours aux soins, dans la mesure où l'éloignement des infrastructures peut décourager ou retarder la consultation médicale.

Les résultats de l'enquête révèlent qu'une proportion importante des patients parcourt plus de 3 km pour atteindre la structure sanitaire la plus proche. Certains enquêtés déclarent même effectuer des déplacements supérieurs à 5 km avant d'accéder à un établissement de santé (figure 5). Cette situation est particulièrement observée dans les quartiers périphériques où les infrastructures sanitaires sont peu nombreuses ou totalement absentes.



**Figure 5 : Représentation de la distance domicile - CS le plus proche selon l'estimation des enquêtés**

*Source : enquête de terrain, février 2022*

L'étude montre également que la majorité des déplacements s'effectue à pied, faute de moyens de transport motorisés ou en raison du coût élevé des déplacements urbains. Cette contrainte affecte davantage les populations vulnérables, notamment les personnes âgées, les femmes enceintes, les enfants et les ménages à faibles revenus. Dans certains cas, les patients sont contraints de parcourir de longues distances malgré leur état de santé, ce qui peut entraîner un retard dans la prise en charge médicale.

### **2.3- Accessibilité économique des services de santé**

L'accessibilité économique constitue un facteur déterminant du recours aux soins dans la ville de Sarh. Elle renvoie à la capacité financière des ménages à supporter les coûts liés à la consultation, aux examens médicaux, à l'achat des médicaments et, le cas échéant, aux frais de transport vers les structures sanitaires. Les données recueillies montrent une importante variation des tarifs de consultation selon le type de structure sanitaire fréquentée. Dans les établissements publics, les frais de consultation oscillent

généralement entre 1 000 et 2 000 FCFA, ce qui les rend relativement plus accessibles aux populations à faibles revenus. En revanche, dans les structures privées, les coûts peuvent atteindre 10 000 FCFA, voire davantage lorsque des examens complémentaires ou des soins spécialisés sont prescrits.

Cette différence tarifaire influence directement le choix des patients. Les ménages disposant de ressources financières limitées privilégient généralement les centres de santé et les hôpitaux publics, tandis que les structures privées sont davantage fréquentées par les personnes recherchant une prise en charge plus rapide ou estimée de meilleure qualité.

Les résultats de l'enquête confirment cette contrainte financière. En effet, près de la moitié des personnes interrogées (46,5 %) considèrent les tarifs pratiqués dans les structures sanitaires comme « trop chers », tandis que 18,1 % les jugent « très chers ». Au total, 64,6 % des enquêtés expriment donc une perception négative du coût des soins. À l'inverse, seulement 28,3 % estiment les tarifs abordables et 7,1 % déclarent bénéficier de services gratuits.

**Tableau 3 : Appréciation des tarifs de consultation par les enquêtés**

<b>Perception</b>	<b>Pourcentage</b>
Trop cher	46,5
Abordable	28,3
Très cher	18,1
Gratuit	7,1

**Source : enquête de terrain 2022**

#### **2.4- Coût des produits de santé : une contrainte supplémentaire à l'accès aux soins**

Au-delà des frais de consultation, le coût des médicaments constitue une composante essentielle des dépenses de santé supportées par les ménages. Dans la ville de Sarh, les résultats de l'enquête montrent que les charges liées à l'achat des produits

pharmaceutiques représentent un obstacle majeur à l'accès aux soins. Les données recueillies révèlent que 42,3 % des personnes interrogées considèrent le prix des médicaments comme excessivement élevé. Cette perception est particulièrement marquée chez les ménages à faibles revenus, dont les ressources financières sont souvent insuffisantes pour couvrir l'ensemble des dépenses médicales prescrites après consultation.

L'analyse croisée entre le niveau de revenu et l'appréciation du coût des produits de santé montre une relation étroite entre la situation économique des ménages et leur capacité à accéder aux médicaments. Les personnes appartenant aux catégories les plus modestes sont les plus nombreuses à déclarer des difficultés pour acheter l'intégralité des traitements prescrits. À l'inverse, les ménages disposant de revenus plus élevés déclarent moins fréquemment être confrontés à cette contrainte.

L'analyse du tableau met en évidence que la perception du coût des médicaments varie en fonction du pouvoir d'achat des enquêtés. Plus le revenu du ménage est faible, plus les médicaments sont perçus comme financièrement inaccessibles. Cette situation accroît les risques de renoncement aux soins, de non-respect des prescriptions médicales ou de recours à l'automédication.

**Tableau 14 : Appréciation du coût des produits de santé selon le niveau de revenu**

<b>Appréciation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Cher	110	42,3
Très cher	87	33,5
Abordable	43	16,5
Moins cher	20	7,7
Total	260	100

*Source : enquête de terrain, février 2022*

## **2.5- Performance sanitaire du district de Sarh au regard des normes de l'OMS**

L'évaluation des ressources humaines de santé constitue un indicateur important de la performance d'un système sanitaire. La disponibilité du personnel soignant conditionne en effet la qualité des soins, la capacité d'accueil des patients et l'efficacité des services de santé. L'analyse des données du district sanitaire de Sarh met en évidence un déficit important en personnel médical comparativement aux normes recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

**Tableau 15 : Comparaison des ratios du personnel de santé entre les normes de l'OMS et le district sanitaire de Sarh**

<b>Personnel</b>	<b>OMS</b>	<b>Sarh</b>
Médecin	1/10 000	1/51 633
Infirmier	1/5 000	1/14 753
Sage-femme	1/5 000	1/10 327

Les écarts observés sont particulièrement importants pour les médecins. Alors que l'OMS recommande un médecin pour 10 000 habitants, le district sanitaire de Sarh ne dispose que d'un médecin pour 51 633 habitants, soit un déficit supérieur à cinq fois la norme internationale. Cette situation traduit une insuffisance chronique du personnel médical qualifié. Les ratios relatifs aux infirmiers et aux sages-femmes présentent également des écarts significatifs. Le nombre d'infirmiers disponibles demeure près de trois fois inférieur aux recommandations internationales, tandis que le ratio des sages-femmes est plus de deux fois inférieur à la norme préconisée.

## **2.6- Perception des usagers et déterminants du choix des structures de santé**

La fréquentation des structures sanitaires ne dépend pas uniquement de leur disponibilité ou de leur accessibilité financière. Elle est également influencée par la perception que les usagers ont de la

qualité des services offerts. Cette perception joue un rôle déterminant dans les comportements de recours aux soins et dans le choix des établissements fréquentés.

### **2.6.1- Satisfaction des usagers à l'égard des services de santé**

Les résultats de l'enquête montrent que les patients portent une appréciation contrastée sur les prestations offertes par les structures sanitaires de la ville de Sarh. La Figure 11 révèle que 55,8 % des enquêtés se déclarent satisfaits de l'accueil reçu au sein des établissements de santé. Ce résultat témoigne d'une appréciation globalement positive des relations entre les patients et le personnel de santé. L'accueil constitue en effet un élément essentiel dans l'expérience des usagers. Un personnel disponible, respectueux et à l'écoute favorise la confiance des patients et encourage le recours aux soins modernes. Cette satisfaction relative à l'accueil traduit les efforts réalisés par les agents de santé pour maintenir une relation de proximité avec les usagers malgré les contraintes liées à la surcharge de travail et à l'insuffisance des effectifs. Cependant, le niveau de satisfaction concernant l'offre globale de soins demeure nettement plus faible. Seuls 32,3 % des enquêtés déclarent être satisfaits des services médicaux proposés. Cette différence importante entre la satisfaction liée à l'accueil et celle liée aux soins met en évidence certaines insuffisances du système sanitaire local. Cette faible satisfaction peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les ruptures fréquentes de médicaments, l'insuffisance du personnel qualifié, les délais d'attente parfois prolongés, le manque d'équipements médicaux spécialisés et les difficultés d'accès à certains examens complémentaires. Ces contraintes réduisent la capacité des structures sanitaires à répondre pleinement aux attentes des patients.

Les résultats confirment ainsi que la qualité perçue des soins constitue un déterminant majeur de la fréquentation des établissements sanitaires. Lorsque les patients estiment que les services reçus sont satisfaisants, ils développent davantage de confiance envers les

structures de santé et sont plus enclins à les fréquenter régulièrement.

## **2.6.2- Raisons principales de fréquentation des structures de santé**

L'analyse des motivations ayant conduit les patients à choisir une structure sanitaire particulière permet de mieux comprendre les facteurs qui orientent les comportements de recours aux soins. Selon les résultats présentés dans la Figure 12, la principale raison de fréquentation est la qualité des soins, citée par 48 % des enquêtés. Ce résultat montre que les patients accordent une importance prioritaire à l'efficacité du diagnostic, à la compétence du personnel soignant et aux chances de guérison offertes par les établissements de santé.

La proximité géographique apparaît comme le deuxième facteur explicatif avec 42 % des réponses. Ce résultat confirme l'importance de l'accessibilité spatiale dans le recours aux soins. Les patients privilégient généralement les structures situées à proximité de leur lieu de résidence afin de réduire les coûts, le temps et les difficultés liés aux déplacements.

Par ailleurs, 26 % des enquêtés déclarent fréquenter les structures sanitaires en raison de leur préférence pour la médecine moderne. Cette proportion montre que les représentations culturelles et les choix thérapeutiques continuent d'influencer les comportements sanitaires des populations. Malgré l'existence de pratiques traditionnelles de soins, une part importante des habitants de Sarh reconnaît l'efficacité de la médecine moderne pour le traitement des maladies.

## **3. Discussion**

Les résultats montrent que l'accès aux structures sanitaires est façonné par des facteurs structurels. Les quartiers de la ville de Sarh ne disposent pas tous de centres de santé et les distances dépassent souvent les normes recommandées par l'OMS ( $\leq 5$  km ou  $\leq 2$  heures de marche). Les résultats montrent ainsi que l'accessibilité

géographique demeure un déterminant essentiel de la fréquentation des structures de santé à Sarh. Plus la distance entre le domicile et le centre de santé est importante, plus la probabilité de recours aux soins modernes diminue. Cette réalité confirme les travaux de Picheral (2001, p 20) et de Penchansky et Thomas (1981, p132), selon lesquels l'accessibilité géographique constitue l'une des dimensions fondamentales de l'accès aux soins. Elle rejoint également les analyses de Faye et al. (2013, 497) qui montrent que la distance demeure l'un des principaux obstacles au recours aux services de santé dans les pays en développement.

Par ailleurs, cette inégale répartition des infrastructures sanitaires traduit une forme d'injustice spatiale dans l'accès aux services de santé. Comme le souligne Bassounda (2020, p 39), les inégalités de santé s'expriment souvent à travers les disparités territoriales qui limitent les possibilités de recours aux soins pour certaines catégories de populations. Dans le cas de Sarh, les habitants des quartiers éloignés sont davantage exposés aux risques de renoncement aux soins, de recours à l'automédication ou à la médecine traditionnelle, faute d'une offre sanitaire suffisamment proche et accessible. La faible couverture spatiale des structures de santé apparaît ainsi comme l'une des principales contraintes à la fréquentation des services sanitaires dans la ville de Sarh.

Les résultats de l'enquête révèlent qu'une proportion importante des patients parcourt plus de 3 km pour atteindre la structure sanitaire la plus proche. L'éloignement géographique agit comme une véritable barrière à l'accès aux soins. Plus la distance à parcourir est importante, plus le temps, l'effort physique et les dépenses nécessaires augmentent. Cette situation favorise souvent le recours à l'automédication, aux pharmacies informelles ou à la médecine traditionnelle, considérées comme des alternatives plus accessibles. Ces résultats corroborent les travaux de Penchansky et Thomas (1981, p 82), selon lesquels l'accessibilité repose non seulement sur la distance physique, mais également sur le temps de trajet, les moyens de transport disponibles et le coût du déplacement. Ils

confirment également les observations de Picheral (2001, 20) qui considère l'accessibilité géographique comme la capacité matérielle des populations à atteindre les services de santé.

Les résultats traduisent également la vulnérabilité économique d'une grande partie de la population de Sarh. Dans un contexte marqué par la faiblesse des revenus et l'absence d'une couverture maladie généralisée, les dépenses de santé constituent souvent une charge importante pour les ménages. Cette situation peut conduire au report des consultations médicales, à l'automédication ou au recours à la médecine traditionnelle. Ces conclusions rejoignent les travaux de Doumbouya (2008, p 18) selon lesquels l'accès aux services de santé dépend largement de la compatibilité entre le coût des prestations et le pouvoir d'achat des populations. Elles corroborent également les analyses de Mathonnat (2008, p 36) et de Peters et al. (2008, p 168) qui montrent que les paiements directs des ménages constituent l'un des principaux obstacles à l'utilisation des services de santé en Afrique subsaharienne.

Dans plusieurs cas, les patients consultent effectivement un professionnel de santé mais ne parviennent pas à acheter l'ensemble des médicaments prescrits. La consultation ne débouche donc pas toujours sur une prise en charge thérapeutique complète. Cette réalité réduit l'efficacité des traitements et contribue à la persistance de certaines pathologies. Ces résultats rejoignent les conclusions de Mathonnat (2008, p 36) qui souligne que le coût élevé des médicaments et des soins constitue une contrainte majeure pour les ménages pauvres. Ils confirment également les analyses de Peters et al. (2008) relatives aux barrières financières qui limitent l'accès effectif aux traitements dans les pays en développement.

Les résultats mettent également en évidence un déficit important en médecins, infirmiers et sages-femmes. Cette insuffisance réduit la qualité de l'accueil et la confiance des usagers envers les structures sanitaires. Elle se traduit par une surcharge de travail du personnel soignant, des temps d'attente prolongés et parfois une diminution de la qualité des prestations offertes. Ces observations sont

cohérentes avec les rapports de l'Organisation mondiale de la Santé (2023) qui soulignent que la pénurie de ressources humaines constitue l'un des principaux défis des systèmes de santé africains. Elles confirment également les analyses du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention du Tchad (2023) concernant l'insuffisance du personnel qualifié dans plusieurs districts sanitaires du pays.

L'analyse de ces résultats révèle que la fréquentation des structures sanitaires à Sarh résulte de l'interaction de plusieurs facteurs complémentaires. La qualité des soins apparaît comme un facteur d'attraction majeur, tandis que la proximité géographique facilite l'accès aux services. Les préférences culturelles et les perceptions individuelles contribuent également à orienter les choix des patients. Ces observations corroborent les travaux de Munyamahoro et Ntaganira (2012, p 13) selon lesquels l'utilisation des services de santé dépend à la fois de la qualité perçue des prestations, de l'accessibilité des structures et des caractéristiques socioculturelles des populations. Elles rejoignent également le modèle comportemental d'Andersen (1995) qui explique le recours aux soins par l'interaction entre les caractéristiques individuelles, les ressources disponibles et l'organisation du système de santé.

Les résultats montrent finalement que la fréquentation des structures de santé à Sarh résulte de l'interaction de quatre catégories de facteurs : les facteurs géographiques, les facteurs économiques, les facteurs institutionnels et les facteurs liés à la qualité perçue des soins. Cette situation confirme les approches théoriques de l'accessibilité développées par Aday et Andersen (1974, p 219) ainsi que par Penchansky et Thomas (1981, 138), selon lesquelles le recours aux soins dépend simultanément de la disponibilité des services, de leur accessibilité physique, de leur accessibilité financière et de leur acceptabilité par les usagers.

## **Conclusion**

Cette étude a permis d'analyser les déterminants de la fréquentation des structures sanitaires dans la ville de Sarh en

mettant en évidence le rôle central de l'accessibilité aux soins dans les comportements de recours aux services de santé. Les résultats montrent que la fréquentation des établissements sanitaires ne dépend pas uniquement de leur présence sur le territoire, mais résulte de l'interaction de facteurs géographiques, économiques, institutionnels et socioculturels. L'analyse spatiale révèle une répartition inégale des infrastructures sanitaires, concentrées dans quelques quartiers de la ville, laissant de vastes zones périphériques insuffisamment desservies. Cette situation contraint de nombreux habitants à parcourir de longues distances pour accéder aux soins, ce qui constitue un frein important à l'utilisation des services de santé. Les difficultés de déplacement sont renforcées par la faiblesse des moyens de transport et l'état parfois précaire des voies de communication. Les contraintes économiques apparaissent également comme un facteur déterminant. Les coûts de consultation, auxquels s'ajoutent les dépenses liées à l'achat des médicaments, représentent une charge importante pour les ménages, en particulier les plus modestes. Cette réalité favorise le report des consultations, le recours à l'automédication ou à la médecine traditionnelle, limitant ainsi l'accès effectif aux soins. Par ailleurs, l'étude met en évidence un déficit significatif en personnel de santé comparativement aux normes recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé. Cette insuffisance affecte la qualité des prestations offertes, allonge les délais de prise en charge et contribue à réduire la satisfaction des usagers. Malgré ces contraintes, la qualité perçue des soins demeure un facteur majeur d'attractivité des structures sanitaires, aux côtés de la proximité géographique. En définitive, l'amélioration de l'accès aux soins à Sarh nécessite une approche intégrée fondée sur le renforcement de la couverture sanitaire des quartiers périphériques, l'augmentation des ressources humaines qualifiées, la réduction des barrières financières à l'accès aux soins et l'amélioration continue de la qualité des services. De telles mesures contribueraient non seulement à accroître la fréquentation des structures sanitaires, mais également à renforcer l'équité territoriale en matière de santé et à

progresser vers l'objectif de couverture sanitaire universelle au Tchad. Cette recherche ouvre également des perspectives pour de futures études portant sur l'impact des facteurs culturels, des stratégies thérapeutiques des ménages et des dynamiques urbaines sur l'accès aux soins dans les villes secondaires tchadiennes, afin d'approfondir la compréhension des inégalités sanitaires et d'éclairer davantage les politiques publiques de santé.

### **References bibliographiques**

- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51(1), 95–124.
- Arditi Claude 1995. L'utilisation des services de santé à N'Djaména. *Journal des anthropologues*, n°60, Printemps 1995
- Bassounda, J. P. (2020). *Inégalités territoriales de santé et accessibilité aux services sanitaires en Afrique subsaharienne*. Paris : L'Harmattan.
- Boukoulou Phares. Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne: le cas de la république du Congo. Droit. Université de Bordeaux, 2017. Français. (NNT: 2017BORD0827). (tel-02441627).
- Brunet, R., & Jailly, M. (2003). *Géographie universelle : Les mots de la géographie*. Paris : Belin.
- Doumbouya, M. L. (2008). *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*. Document de travail, Université Lumière Lyon 2, Lyon, France.

Doumbouya, M. L. (2008). *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*. Lyon : Université Lumière Lyon 2.

Faye, A., Faye, M. D., & Tal-Dia, A. (2013). Accessibilité géographique aux soins de santé dans les pays en développement : enjeux et perspectives. *Santé Publique*, 25(4), 493-500.

Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED). (2023). *Annuaire statistique du Tchad*.

M. Munyamahoro Et J. Ntaganira, 2012, « déterminants de l'utilisation des services de sante par les ménages du district de rubavu », revue médicale rwandaise, vol. 69 (1), 2012, pp. 24 - 31.

MAHAMAT NOUR Malik, 2020, "croissance urbaine et problématique de l'accès aux soins de santé dans la ville d'Abéché à l'Est du Tchad", Mémoire de Master, Université de N'Gaoundéré. 103 p.

Mathonnat, J. (2008). Financement public des soins de santé en Afrique, contraintes budgétaires et paiements directs des usagers. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 942–951.

McTavish, S., Moore, S., Harper, S. and Lynch, J. (2010) National Female Literacy, Individual Socio-Economic Status, and Maternal Health Care Use in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 71, 1958-1963.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.007>

Ministère de la Santé Publique et de la Prévention du Tchad. (2023). *Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad*.

Ministère de la Santé Publique et de la Prévention du Tchad. (2022). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)*.

Munyamahoro, M., & Ntaganira, J. (2012). Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu. *Rwanda Medical Journal*, 69, 24–31.

Munyamahoro, M., & Ntaganira, J. (2012). Determinants of use of health services by households in Rubavu District, Rwanda. *Rwanda Medical Journal*, 69(3), 12–17.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). (2010–2020). Normes de dotation en personnel de santé et couverture sanitaire universelle. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Profil sanitaire du Tchad*.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171.

Picheral Henri, « Mots et concepts de la géographie de la santé », *Revue Espace, Territoires Sociétés et Santé*, cahier GEOS, n°2, 1985, pp 4-30..

Picheral Henri., « Dictionnaire raisonné de géographie de la santé », *Bulletin amades, anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé*, Université de Montpellier, 2001, p. 307..

Picheral, Henri (1981). *Espace et santé : la géographie médicale et sanitaire*. Montpellier : Université Paul-Valéry.

Picheral, Henri . (2001). Accessibilité géographique aux soins : concepts et méthodes. *Espace, Populations, Sociétés*, 19(1-2), 15–26.

RICHARD Jean-Luc., 2001, *Accès et recours aux soins de santé dans la Sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*. Thèse de Géographie de la santé, Université de Neuchâtel, 1064 p.

Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37–51.

Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., ten Have, A., & Baltussen, R. (2012). The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(9), 685–692.

United Nations Development Programme (UNDP). (2023). *Human Development Report 2023*. New York: UNDP.

World Health Organization. (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2024). *Global Health Observatory Data Repository*. Geneva: WHO.

Yamingué Béтинbaye, Ngaressesem Goltob Mbaye et Michel Tchotsoua, 2015, « Acteurs urbains et gestion de l'eau dans la ville de Sarh (sud du Tchad) », *Syllabus Review* 6 (1), pp: 69 – 98