
Stage et mémoire : Comment les femmes perçoivent-elles et mobilisent-elles l'offre de soins maternels au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement? Application en zones rurales autour de Thiès, Sénégal

Auteur : Ancion, Eloise

Promoteur(s) : Vandeninden, Frieda

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée
Coopération Nord-Sud

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25690>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

NOM : ANCION

Prénom : Éloise

Matricule : S203630

Filière d'études : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée en Coopération Nord-Sud.

Mémoire de fin d'études

Comment les femmes perçoivent-elles et mobilisent-elles l'offre de soins maternels au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement ?

Application en zones rurales autour de Thiès, Sénégal

Mai 2026

Promotrice : Mme VANDENINDEN Frieda

Lectrices : Mme FECHER-BOURGEOIS Fabienne & Mme
RAZY Élodie

Table des matières

Liste des acronymes	4
Remerciements	5
Résumé	6
Introduction	7
1. Santé maternelle et néonatale : enjeux globaux et défis sénégalais	7
2. Le système de santé sénégalais et ses dispositifs de protection maternelle	8
3. De l'accès formel à l'accès effectif aux soins	10
4. Recours aux soins, genre et agentivité	12
5. Quand l'expérience des soins fragilise la confiance	13
6. Acteurs communautaires et médiations dans les parcours de soins maternels	14
7. Positionnement de la recherche	15
Méthodologie	16
1. Approche et posture de recherche	16
2. Collecte des données	17
a. Entretiens semi-directifs	17
b. Observation flottante, immersion de terrain et analyse documentaire	17
3. Corpus d'entretiens et profils des enquêtées	18
4. Analyse des données	19
5. Limites et biais	19
6. Schématisation	20
Résultats	20
1. Parcours de soins connu mais inégalement suivi	20
2. Gratuité partielle et coûts persistants	21
3. Distance géographique et contraintes de transport	22
4. Qualité perçue : entre confiance et expériences repoussantes	23
5. Décisions familiales, soutien et marge d'autonomie	25
6. Médiations communautaires et pratiques locales	26
7. Expérience corporelle et émotionnelle de la grossesse et de l'accouchement	27
Discussion	29
1. Accès effectif aux soins maternels	29
2. Confiance et expérience des soins	31

3. Décisions de soins négociées	33
4. Synthèse transversale : de l'offre disponible au recours effectivement mobilisable	35
<i>Conclusion</i>	36
<i>Bibliographie</i>	37

Liste des acronymes

ACF	Action Contre la Faim
ARV	Antirétroviral
ASC	Agent de Santé Communautaire
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CEDAF	Centre Départemental d'Assistance et de Formation pour la femme
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Prénatale
CREG	Consortium Régional pour la Recherche en Économie Générationnelle
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAF	Direction Administrative et Financière
DHIS2	<i>District Health Information Software 2</i>
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
EPS	Établissement Public de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
ICP	Infirmière Cheffe de Poste
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS / <i>WHO</i>	Organisation Mondiale de la Santé / <i>World Health Organization</i>
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PGAC	Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SA	Semaines d'Aménorrhée
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
USD	<i>United States Dollar</i>
VAD	Visites À Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma promotrice, Madame Frieda Vandeninden, pour avoir accepté d'accompagner ce mémoire. Vos conseils, vos remarques et votre disponibilité m'ont permis de progresser dans ma réflexion. Je vous remercie également de m'avoir donné l'opportunité de réaliser un stage au Sénégal. Cette expérience a marqué mon parcours, tant sur le plan académique que personnel.

Je remercie sincèrement les femmes rencontrées au Sénégal, qui ont accepté de me partager leur expérience et de consacrer du temps à cette recherche. Je remercie également mon organisme de stage pour leur accueil, leurs conseils et les échanges qui ont contribué à nourrir ma réflexion.

Je tiens aussi à remercier mes lectrices, Madame Élodie Razy et Madame Fabienne Fecher-Bourgeois, d'avoir accepté de lire ce mémoire et d'y consacrer du temps.

Mes remerciements vont également à mes parents, pour leur soutien, leurs relectures et pour m'avoir donné la possibilité de partir au Sénégal et en Italie. Je remercie tout particulièrement ma maman pour ses nombreuses relectures, sa patience et son aide précieuse tout au long de mes études.

Une place à part pour ma sœur, ma complice de toujours, avec qui j'ai partagé tous mes blocus. Toi qui me rappelais de boire de l'eau et avec qui on partageait toujours "un truc bon". Ce mémoire porte aussi un peu de toi.

Enfin, je remercie mes amis et amies, mes véritables piliers, qui comptent et qui, je le sais, compteront pour toujours. Leurs relectures, leur soutien et leur présence ont rendu ce parcours plus léger, plus drôle et plus doux. Cette expérience n'aurait pas été la même sans vous.

Résumé

Introduction : Au Sénégal, pays confronté à une mortalité maternelle élevée, les politiques de gratuité et la Couverture Sanitaire Universelle constituent un cadre formel dont la mobilisation effective reste inégale. Cette recherche interroge comment les femmes perçoivent et mobilisent l'offre de soins maternels au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement, dans des zones rurales autour de Thiès.

Méthodologie : La recherche adopte une démarche qualitative à visée compréhensive. Elle repose sur 23 entretiens semi-directifs, complétés par une observation flottante dans trois centres de santé, une analyse documentaire et une analyse thématique.

Résultats : Si le parcours de soins recommandé est globalement connu, son utilisation effective est inégale. Des coûts persistants limitent l'accès réel malgré la gratuité, tandis que la distance constitue un obstacle supplémentaire. La qualité de l'accueil influence la confiance envers les structures et les décisions de recours. Les parcours s'inscrivent dans des dynamiques familiales (financement du mari) et communautaires (médiations des *Bajenu Gox*¹ et matrones).

Discussion : L'accès aux soins maternels résulte d'une articulation entre contraintes financières, géographiques, relationnelles et institutionnelles. L'analyse mobilise Levesque *et al.*, Thaddeus et Maine et Kabeer, afin de montrer que les femmes négocient leurs parcours sous conditions.

Conclusion : Les données montrent que l'offre de soins n'est pas seulement disponible ou absente : elle est évaluée, mobilisée ou contournée selon les coûts, la distance, l'accueil et les appuis familiaux ou communautaires. Ce travail permet de penser l'accès aux soins maternels à partir des parcours vécus et des marges d'action des femmes.

Mots-clés : Santé maternelle, Accès aux soins, Qualité perçue des soins, Agentivité féminine, Parcours de soins.

¹ Sans être issue du corps médical, la *bajenu gox* (marraine de quartier en wolof) est avant tout une femme de confiance, reconnue et écoutée dans sa communauté. Elle perpétue une belle tradition de solidarité sénégalaise en transmettant son expérience aux adolescentes, aux jeunes épouses et aux mères. Source : Centre de recherches pour le développement international (2021), *Les bajenu gox, ces gardiennes de la santé au Sénégal*, <https://idrc-crdi.ca/fr/histoires/les-bajenu-gox-ces-gardiennes-de-la-sante-au-senegal>

Introduction

L'existence d'une offre de soins maternels ne garantit pas nécessairement sa mobilisation effective. Dans le domaine de la grossesse et de l'accouchement, cette distinction est centrale : une consultation peut être disponible sans être financièrement accessible, une politique de gratuité peut exister tout en laissant subsister des coûts, directs et indirects ainsi que des coûts d'opportunité. Ensuite, une structure de santé peut être proche tout en restant difficile à atteindre ou peu investie par les femmes. L'accès aux soins ne se réduit donc pas à la présence d'une offre médicale ; il dépend aussi de la manière dont cette offre est connue, perçue, évaluée et mobilisée par les femmes et leur entourage.

Ce *working paper* s'intéresse ainsi à l'écart entre l'offre de soins maternels telle qu'elle est prévue par les politiques publiques et la manière dont elle est concrètement mobilisée par les femmes au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement. À partir d'une enquête qualitative menée dans des zones rurales autour de Thiès, au Sénégal, il s'agit de comprendre comment les femmes identifient les services de soins disponibles, comment elles les évaluent, quels obstacles elles rencontrent pour y avoir accès et quelles ressources elles mobilisent pour accéder à ceux-ci. Bien que les enjeux néonataux et infantiles constituent un arrière-plan important de ce travail, l'analyse empirique porte principalement sur les soins maternels liés à la grossesse et à l'accouchement.

Pour saisir comment les femmes vivent, évaluent et mobilisent concrètement l'offre de soins au fil de leur grossesse et de leur accouchement, ce *working paper* propose d'abord une mise en contexte théorique et empirique des défis de santé maternelle au Sénégal et des principaux débats scientifiques relatifs à l'accès aux soins. Le positionnement de la recherche et la question de recherche sont présentés à l'issue de cette revue de littérature. Viennent ensuite la méthodologie, les résultats de la recherche, leur discussion au regard de la littérature et enfin une conclusion.

1. Santé maternelle et néonatale : enjeux globaux et défis sénégalais

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont contribué à faire de la santé maternelle et infantile une priorité internationale, mais les progrès réalisés sont restés insuffisants dans de nombreux pays. Les Objectifs de Développement Durable (ODD) ont prolongé et élargi ces ambitions. L'ODD 3, intitulé « bonne santé et bien-être », a pour ambition de garantir une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge. (Nations Unies, 2015) (annexe 1). Dans ce cadre, la communauté internationale s'est engagée à réduire la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes (World Health Organization, 2019 ; Nations Unies, 2015).

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Afrique subsaharienne demeure la région du monde la plus touchée par la mortalité maternelle. En 2017, le taux de mortalité maternelle y était estimé à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes (World Health Organization, 2019)². Plus largement, les estimations internationales les plus récentes confirment que les décès maternels restent très fortement concentrés dans cette région, qui représentait environ 70 % des décès maternels mondiaux en 2020 (World Health Organization *et al.*, 2023).

Au Sénégal, en 2023, le taux de mortalité maternelle est égal à 237 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale est égal à 20,9 pour 1 000 naissances vivantes (UNICEF, 2025b). Si les indicateurs de mortalité infantile et infanto-juvénile ont nettement diminué au cours des 15 dernières années, la mortalité néonatale connaît une baisse plus lente et reste plus élevée en milieu rural qu'en

² Sans les décès maternels indirects liés au VIH, ce taux serait de 533 pour 100 000 naissances vivantes (WHO, 2019).

milieu urbain. Les données détaillées relatives à l'évolution des indicateurs de mortalité et aux principales causes de décès néonataux sont présentées en annexe 2 (ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie) & ICF, 2012 ; ANSD & ICF, 2023).

Le Sénégal, située en Afrique de l'Ouest, couvre une superficie de 196 722 km². La population totale est estimée à 18,5 millions d'habitants en 2024, avec une croissance annuelle de 2,3 % (World Bank, 2024). La population reste majoritairement rurale : environ 55 % des Sénégalais vivent en milieu rural, contre 45 % en milieu urbain (ministère de la Santé et de l'action sociale, 2019). Cette dimension est importante pour l'analyse de l'accès aux soins maternels, dans la mesure où les distances, les coûts de transport et la répartition territoriale des services peuvent peser sur les parcours de soins. La région de Thiès se situe à l'ouest du Sénégal, à environ 70 kilomètres à l'est de Dakar.

Sur le plan économique, le Produit Intérieur Brut (PIB) est estimé à 32,81 milliards USD en 2024 (United States Dollar), avec une croissance annuelle de 6,1 %, tandis que le PIB par habitant atteint environ 1.773 USD (World Bank, 2024). Selon la Banque mondiale (2024), près de 17,9 % de la population sénégalaise vivait encore sous le seuil international d'extrême pauvreté, fixé à 3,00 dollars par personne et par jour en parité de pouvoir d'achat de 2021. Ces contraintes économiques limitent la capacité des ménages à mobiliser les services de santé, notamment lorsque le recours aux soins suppose des dépenses directes ou indirectes. Ly *et al.* (2022) montrent que l'assurance maladie communautaire subventionnée améliore l'accès aux soins et réduit les dépenses à charge pour les personnes non pauvres. Pour les personnes pauvres, en revanche, aucun effet significatif n'est observé sur l'accès aux soins, le renoncement à ceux-ci ou les « dépenses de santé catastrophiques » (Ly *et al.*, 2022, p. 2). Ces résultats soulignent la persistance d'inégalités dans l'accès effectif aux soins (Ly *et al.*, 2022).

2. Le système de santé sénégalais et ses dispositifs de protection maternelle

Au Sénégal, l'accès aux soins se situe dans un système de santé organisé de manière pyramidale, articulé autour de trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central (Touré *et al.*, 2012 ; ANSD, 2019 ; annexe 3). Cette organisation institutionnelle traduit une volonté de structurer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 s'insère dans cette perspective, en visant l'amélioration de l'accès à des services de santé et d'action sociale de qualité, sans exclusion, et en soulignant la nécessité de réduire les inégalités d'accès, notamment entre milieux urbains et ruraux (ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2019). Dans un contexte où les populations rurales restent particulièrement exposées aux risques, le PNDSS identifie en effet la persistance de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile comme un défi majeur du système de santé sénégalais (annexe 4). « Globalement, le risque de décès varie de 63‰ en milieu rural, contre 43‰ en milieu urbain » (PNDSS, 2019, p. 22).

En matière de santé maternelle, plusieurs politiques publiques ont été mises en place afin de réduire les barrières à l'accès aux soins. La Politique de Gratuité des Accouchements et des Césariennes (PGAC) a été instaurée en janvier 2005 dans cinq régions du Sénégal (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam). Cette mesure visait à lever les barrières financières au recours aux soins maternels, particulièrement pour les femmes plus pauvres vivant en région rurale (Ngoa, 2020). Cette mesure a ensuite été étendue à l'ensemble du territoire dès janvier 2006 (Ngoa, 2020) mais elle ne couvre pas les frais de transport des patientes vers les structures de santé, limitant ainsi son accessibilité pour les femmes vivant en zones rurales éloignées (Dumont, 2015). Ravit *et al.* (2018) analysent les effets des politiques d'exemption des frais de césarienne mises en place au Bénin et au Mali, en les comparant à

des pays témoins, le Cameroun et le Nigeria. Leur étude montre que la suppression des paiements directs peut contribuer à améliorer l'accès à la césarienne et produire des effets positifs pour les femmes et les nouveau-nés, même si ces résultats doivent être interprétés en tenant compte des contextes locaux de mise en œuvre (Ravit *et al.*, 2018). Ces politiques de gratuité s'inscrivent dans un mouvement plus large de réforme du financement de la santé en Afrique subsaharienne. Les travaux de Leone *et al.* (2016), menés dans cinq pays d'Afrique subsaharienne (Ghana, Burkina Faso, Zambie, Cameroun et Nigeria), montrent que les réformes d'exemption des frais peuvent avoir des effets sur l'accouchement en structure et le recours à la césarienne, mais que ces effets sont différenciés selon les pays, le niveau socio-économique et le niveau d'éducation.

Parallèlement à la PGAC, le Sénégal a développé une politique de Couverture Sanitaire Universelle (CSU), fondée notamment sur l'extension des mutuelles de santé communautaires. L'OMS définit la CSU comme une politique « *garantissant que toutes les personnes ont accès à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et de réadaptation de qualité, quand et où elles en ont besoin, sans difficulté financière* » (OMS, 2025). Ce concept poursuit trois objectifs, à savoir « *l'utilisation en fonction des besoins, la qualité des services et la protection financière* » (Deville, 2020, p. 42). La CSU pourrait contribuer à « *partager le risque* » (Deville, 2020, p. 42) entre les riches et les plus vulnérables, entre les malades et les non-malades (Deville, 2020). Au Sénégal, cette ambition de couverture sanitaire universelle s'est notamment traduite par le lancement de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2013. Celle-ci vise à étendre la protection contre le risque de maladie des populations jusque-là peu couvertes, en particulier celles du secteur informel et du monde rural. Son déploiement repose en grande partie sur les mutuelles de santé communautaires, conçues comme des instruments de financements décentralisés et solidaires. À côté des mutuelles, d'autres dispositifs d'exemptions ciblés ont également été mis en place, tels que la gratuité de la césarienne, les soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans ou le Plan Sésame³. Les mutuelles sont ainsi devenues l'un des piliers de l'extension de la couverture sanitaire au Sénégal (ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2013 ; Deville *et al.*, 2018).

Les mutuelles de santé reposent sur une logique de prévoyance, d'entraide et de solidarité. Alenda-Demoutiez (2016) analyse les mutuelles de santé comme des instruments de solidarité et souligne que « *les liens familiaux, le soutien de la communauté ou l'aide des responsables de l'économie populaire permettent de contribuer à la santé* » (p. 80). Juridiquement, elles sont définies comme des organisations à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, visent à assurer une prise en charge des frais de santé et à faciliter l'accès à des soins de qualité. Ce principe repose donc sur une logique contributive : l'adhésion est volontaire et la prise en charge suppose le paiement d'une cotisation (ministère de la Santé et de la Prévention, 2003 cités par Doppagne, 2018).

Cette logique mutualiste fait partie d'une histoire plus ancienne au Sénégal, marqué notamment par la création de la mutuelle de Fandène, dans la région de Thiès, généralement considérée comme la première mutuelle de santé communautaire du pays (Doppagne, 2018 ; Deville *et al.* 2018). Le développement des mutuelles s'est ensuite progressivement institutionnalisé, notamment avec l'engagement accru de l'État, des ONG et des partenaires internationaux (Deville, Fecher-Bourgeois & Poncelet, 2018) (annexe 5).

³ Le Plan Sésame a été mis en place par les autorités en 2006. Il garantit la gratuité des soins à tous les niveaux du système de santé pour les personnes âgées de 60 ans et plus ne bénéficiant d'aucune couverture sociale (Kâ, 2016).

Toutefois, cet ancrage historique et institutionnel ne garantit pas nécessairement leur appropriation effective par les populations. Malgré cette augmentation significative du nombre de mutuelles, seulement 33 % des bénéficiaires cotisaient effectivement en 2016 (Agence de la CMU, 2017 citée par Deville *et al.*, 2018). La majorité des adhérents sont des populations vulnérables enrôlées grâce à des subventions étatiques. La participation volontaire reste faible, en raison notamment d'un manque d'attractivité des prestations et de faiblesses en gouvernance et professionnalisation des structures (Deville *et al.*, 2018). De plus, une coalition de cause s'est formée autour de ce modèle mutualiste, réunissant des acteurs variés (État, organisations non gouvernementales, bailleurs, chercheurs), partageant un même cadre idéologique quant à la mutualité comme meilleur vecteur de solidarité et d'accès aux soins dans le secteur informel (Deville *et al.*, 2018).

La CSU circule comme une norme internationale visant à garantir l'accès aux services de santé nécessaires sans exposer les individus à des difficultés financières (OMS, 2025)⁴. Au Sénégal, cette couverture est traduite à travers plusieurs dispositifs, notamment le développement des mutuelles de santé communautaires, la gratuité de la cotisation et la prise en charge complète des personnes indigentes ainsi que différentes politiques de gratuité ciblant certains publics ou soins comme les enfants de moins de cinq ans, le plan Sésame, la césarienne et la dialyse (Agence de la Couverture Maladie Universelle, s. d. ; ministère de la Santé et de l'Action sociale, s. d.). Au sens d'Olivier de Sardan (2021), la CSU peut être catégorisée comme un modèle voyageur, c'est-à-dire des dispositifs ou méthodologies élaborés dans un contexte donné, qui voyagent d'un pays à l'autre sans nécessairement tenir compte des réalités sociales et culturelles locales dans lesquelles ils s'insèrent. Son effectivité dépend donc moins de son existence formelle que de la manière dont elle est comprise, appliquée et mobilisée localement (Olivier de Sardan, 2021).

3. De l'accès formel à l'accès effectif aux soins

Afin d'analyser les trajectoires de soins maternels, il importe d'abord de préciser ce que recouvre la notion d'accès aux soins. Celle-ci ne peut être réduite à la seule présence d'infrastructures sanitaires ou à l'existence formelle de politiques publiques visant à améliorer la couverture sanitaire. Levesque *et al.* (2013) proposent à ce titre une conceptualisation particulièrement utile de l'accès, entendue comme le résultat d'une interaction entre les caractéristiques des services de santé et les capacités des individus à mobiliser ces services. Dans cette perspective, l'accès ne désigne pas uniquement le fait qu'un service existe, mais la possibilité concrète pour une personne d'identifier un besoin de soins, de rechercher une prise en charge, d'atteindre physiquement une structure, de payer les coûts associés et de s'engager dans une relation de soins.

Les auteurs précités distinguent ainsi cinq dimensions de l'accessibilité des services : l'*approachability* (approchabilité), c'est-à-dire la possibilité d'identifier qu'un service existe et peut répondre à un besoin de santé. L'*acceptability* (acceptabilité) renvoie à la compatibilité sociale, culturelle et relationnelle des services avec les attentes des usagers. L'*availability and accommodation* (disponibilité et adaptation) concernent l'existence concrète des structures, du personnel et des modalités d'organisation permettant d'obtenir des soins. L'*affordability* (accessibilité financière) inclut les coûts directs, indirects et le temps nécessaire pour recourir aux services. Enfin, l'*appropriateness* (pertinence) désigne l'ajustement entre les services reçus, les besoins des usagers et la qualité de la prise en charge. Ces dimensions du côté de l'offre correspondent à cinq capacités du côté des usagers : la capacité à percevoir ; la capacité à chercher ; la capacité à atteindre ; la capacité à payer et la capacité à s'engager

⁴ OMS (2025), *Couverture Sanitaire Universelle (CSU)*, [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

(annexe 6). Cette approche permet donc de penser l'accès comme une relation dynamique entre une offre de soins et des ressources inégalement distribuées au sein des populations. Elle invite à dépasser une lecture strictement institutionnelle de l'accès, qui consisterait à mesurer seulement la présence de structures, de personnels ou de dispositifs de gratuité.

Plusieurs travaux consacrés aux politiques de gratuité montrent d'abord que la suppression des frais officiels ne suffit pas toujours à supprimer les coûts réellement supportés par les femmes. L'étude qualitative de Ganle *et al.* (2014), menée au Ghana après l'abolition des frais d'utilisation pour les soins maternels et néonataux, met en évidence cette tension. Les auteurs montrent que, malgré la suppression des frais officiels, les femmes continuent à rencontrer plusieurs barrières dans l'accès et l'utilisation des services : éloignement des structures, difficultés de transport, manque d'équipement, indisponibilité de certains médicaments, coûts indirects et problèmes liés à l'attitude du personnel soignant.

L'article de Debie *et al.* (2025) (annexe 7), bien qu'il concerne l'Afrique de l'Est, montre que les modalités de financement favorables à la santé maternelle, à savoir la gratuité des soins, les subventions d'assurance ou les transferts directs aux structures de santé, peuvent faciliter le recours aux services. Cependant, leur efficacité est limitée lorsque persistent des coûts directs résiduels, des frais de transport, des paiements informels, des retards de remboursement ou des problèmes de gestion des fonds. Ces obstacles contribuent à produire un décalage entre l'intention institutionnelle de gratuité et l'expérience concrète des usagers.

Cette articulation entre gratuité formelle, qualité perçue et accès effectif fait également partie de la revue exploratoire d'Ansu-Mensah *et al.* (2020), consacrée aux perceptions maternelles de la qualité des soins dans le cadre des politiques de gratuité en Afrique subsaharienne. Ces auteurs rappellent que la gratuité des soins maternels s'inscrit dans l'objectif plus large de CSU, en visant à supprimer les barrières financières afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Ils définissent les soins maternels gratuits comme des politiques permettant aux femmes enceintes de recevoir des consultations prénatales, un accouchement assisté et des soins postnataux sans frais pour elles ou leur famille. Les paiements illégaux, la vente de médicaments pourtant censés être gratuits ou encore les ruptures de médicaments peuvent produire le sentiment que la gratuité n'est pas réelle. De même, les attitudes négatives des prestataires peuvent empêcher les femmes d'exprimer leurs inquiétudes ou leurs plaintes, et fragiliser la relation entre patientes et soignants (Ansu-Mensah *et al.*, 2020).

Pour organiser ces différents obstacles, le modèle des « trois retards » proposé par Thaddeus et Maine (1994) constitue un cadre d'analyse utile. Il permet de préciser les mécanismes par lesquels les femmes peuvent rencontrer des obstacles dans leur parcours de soins. Les auteurs distinguent trois moments critiques : le retard dans la décision de chercher des soins, le retard dans l'accès physique à une structure de santé, et le retard dans la réception d'une prise en charge adéquate une fois la structure atteinte. Ce modèle est particulièrement pertinent pour analyser la mortalité maternelle, car il montre que les complications obstétricales ne deviennent fatales qu'à travers une série de défaillances cumulées : retard dans l'identification du danger, difficulté à obtenir l'accord ou les ressources nécessaires pour consulter, distance ou manque de transport, puis insuffisance de la qualité ou de la rapidité des soins reçus (Thaddeus & Maine, 1994).

Les trois retards permettent ainsi de relier les dimensions individuelles, familiales, économiques et institutionnelles du recours aux soins. Le premier retard renvoie notamment aux représentations de la

grossesse, à la perception du risque, au niveau d'information, au rôle du conjoint ou de la belle-famille dans la décision de consulter. Le deuxième retard concerne les conditions matérielles d'accès : distance, transport, état des routes, coût du déplacement ou disponibilité d'un accompagnant. Le troisième retard se concentre sur le fonctionnement du système de santé lui-même : disponibilité du personnel, accueil, matériel, médicaments, rapidité de la prise en charge et qualité des interactions avec les soignants (Thaddeus & Maine, 1994).

4. Recours aux soins, genre et agentivité

Après les obstacles liés au financement, à la distance ou au fonctionnement des services, une autre dimension concerne les conditions sociales dans lesquelles les femmes prennent leurs décisions de santé. Dans ce travail, le parcours de soins maternels désigne le cheminement concret par lequel les femmes entrent en contact avec l'offre de soins au cours de la grossesse et de l'accouchement. Il ne renvoie pas seulement au parcours recommandé par les institutions sanitaires, mais à l'ensemble des étapes, décisions, déplacements, interactions et ajustements qui rendent ce recours possible, incomplet ou interrompu. Cette définition rejoint les travaux de Rothier Bautzer et Troiseufs (2023), qui soulignent que la notion de parcours peut renvoyer à la fois à un déplacement dans le temps et l'espace, à une succession d'étapes et à une relation entre usagers et professionnels.

Les parcours de soins maternels ne peuvent être compris comme des trajectoires individuelles, comme le montrent les travaux de Ganle *et al.* (2015), menés au Ghana, sur le rôle de la prise de décision intrafamiliale dans le recours aux soins maternels qualifiés. Les auteurs analysent l'autonomie des femmes à partir de trois dimensions : leur participation aux décisions familiales, leur liberté de mobilité et leur capacité à s'affirmer lorsqu'elles souhaitent accéder aux soins. Leur étude montre que le recours aux soins maternels n'est pas seulement déterminé par les préférences individuelles des femmes, mais par un ensemble de rapports familiaux et communautaires dans lesquels interviennent notamment les maris, les belles-mères, les accoucheuses traditionnelles et d'autres membres de l'entourage.

Pour analyser cette dimension décisionnelle, les travaux de Kabeer (1999) sur l'*empowerment* permettent de penser l'autonomie des femmes non comme une propriété individuelle fixe, mais comme une capacité à faire des choix dans un contexte donné. L'autrice rappelle que parler de choix implique de s'interroger sur les options effectivement disponibles : une décision n'a de portée réelle que si d'autres possibilités étaient concrètement envisageables. Elle distingue trois dimensions interdépendantes : les *ressources* (ressources), l'*agency* (agentivité) et les *achievements* (accomplissements). Les *ressources* désignent les moyens matériels, sociaux et humains qui rendent le choix possible. L'*agency* renvoie à la capacité d'orienter son action en fonction de ses propres objectifs ; elle ne se réduit toutefois pas à la prise de décision visible, puisqu'elle peut aussi prendre la forme de négociations, de résistances ou de formes plus discrètes d'influence. Enfin, les *achievements* correspondent aux résultats effectivement obtenus. Appliquée aux parcours de soins maternels, cette approche invite à ne pas réduire l'autonomie à la seule décision individuelle : une femme peut souhaiter consulter, mais ne pas disposer de l'argent nécessaire, ne pas pouvoir se déplacer seule ou devoir négocier avec son conjoint ou sa belle-famille.

Dahab et Sakellariou (2020) montrent que le manque d'autonomie décisionnelle, l'absence de soutien familial, la dépendance financière vis-à-vis du conjoint ou encore certaines normes socioculturelles peuvent retarder ou limiter le recours aux soins. Les auteurs soulignent que, dans plusieurs contextes, les femmes doivent obtenir l'accord ou l'appui pratique de leur mari pour se rendre

dans une structure de santé, notamment lorsque le transport, les frais médicaux ou la garde des enfants dépendent du ménage dans son ensemble.

Dans les situations où les femmes déclarent ne pas avoir pu accéder aux soins maternels lors de leur dernière grossesse, la décision finale a été prise par le mari dans 49,2 % des cas, par la belle-mère dans 16,2 % des cas, et conjointement par le mari et la belle-mère dans 12,4 % des cas, tandis que les femmes elles-mêmes n'ont eu le dernier mot que dans 2,7 % des cas (Ganle *et al.*, 2015).

De plus, les inégalités socioéconomiques renforcent également ces écarts d'accès. Ogundele, Pavlova et Groot (2020), dans leur étude sur les inégalités d'usage des soins reproductifs dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest, montrent que les femmes issues des ménages les plus pauvres restent désavantagées dans l'accès aux services de santé reproductive. Les auteurs soulignent que, même dans les pays ayant supprimé totalement les frais d'utilisation des soins maternels, comme le Ghana, le Niger et le Sénégal, les résultats en matière de réduction des inégalités entre groupes socio-économiques restent variables. Dans le cas du Sénégal, les inégalités apparaissent particulièrement marquées pour l'utilisation de la contraception moderne et le recours à la césarienne. Les auteurs expliquent que la gratuité des soins ne suffit pas à lever l'ensemble des obstacles : les frais de transport, les coûts résiduels dans les structures de santé, le manque d'information sur les soins de grossesse, la nécessité d'obtenir une autorisation pour consulter, ainsi que la répartition géographique inégale des services continuent de limiter l'accès des femmes les plus pauvres aux soins de santé reproductive (Ogundele *et al.*, 2020).

5. Quand l'expérience des soins fragilise la confiance

Même lorsque les femmes parviennent à accéder aux structures de santé, l'expérience vécue dans ces services peut influencer leur confiance et leur recours ultérieur. Cette dimension prolonge la conceptualisation de Levesque *et al.* (2013), qui définissent l'accès aux soins comme le résultat d'une interaction entre les caractéristiques des services de santé et les capacités des usagères à les identifier, les atteindre, les payer et s'y engager. Dans ce cadre, la qualité de l'accueil et des interactions avec les soignants renvoie plus particulièrement aux dimensions d'acceptabilité et de pertinence des soins.

Les travaux de Vasseur, Kane et Le Grand Fosso (2022) permettent de prolonger cette analyse dans des contextes ouest-africains. À partir d'observations ethnographiques et d'entretiens menés dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, dont le Sénégal, les auteurs montrent que les soins à l'accouchement peuvent être différenciés selon les statuts sociaux attribués aux parturientes : « *Les attitudes corporelles ou de présentation de soi, l'apparence ou encore l'analphabétisme constituent un ensemble d'indices de richesse ou de pauvreté qui, selon le déroulement des événements, peuvent susciter la reconnaissance ou au contraire le mépris des soignants. La pauvreté qui accentue l'asymétrie sociale de la relation de soins peut aussi détériorer la prise en charge thérapeutique* » (Vasseur *et al.*, 2022, §27). Les auteurs montrent également que ces différenciations peuvent prendre la forme de violences verbales, de mépris, de négligences, d'absence d'information ou encore de pratiques de racket, qui affectent directement l'expérience des femmes dans les structures de soins (Vasseur *et al.*, 2022).

Cette dimension est également mise en évidence par Ansu-Mensah *et al.* (2020), dont la revue exploratoire montre que la qualité perçue des soins constitue un enjeu central. Sur les 13 études incluses, menées dans 7 pays d'Afrique subsaharienne, 8 rapportent une perception négative de la qualité des soins maternels gratuits par les femmes. Les principales raisons évoquées sont les longs temps d'attente, les attitudes négatives ou irrespectueuses des soignants, les ruptures ou l'insuffisance de médicaments

essentiels, le manque d'eau potable, la répartition inégale du personnel qualifié, les paiements directs persistants et l'absence de mécanisme efficace de plainte. Les auteurs rappellent que la perception maternelle de la qualité est liée aux décisions futures d'utilisation des services et à la confiance globale envers le système de santé (Ansu-Mensah *et al.*, 2020).

Dans une perspective socio-anthropologique, Jaffré et Olivier de Sardan (2003) ont proposé une analyse pionnière des relations soignants-soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, dont Dakar. Leur ouvrage collectif met en évidence ce qu'ils nomment une « *médecine inhospitalière* » : un ensemble de pratiques et d'attitudes institutionnelles comme l'indifférence, la brutalité verbale, la négligence ou la corruption transforment les structures de santé en espaces perçus comme hostiles ou peu accueillants par les patients. Les auteurs montrent que ces comportements ne résultent pas simplement d'une mauvaise volonté individuelle des soignants, mais s'inscrivent dans des logiques professionnelles, organisationnelles et morales plus larges : des normes pratiques qui régissent le fonctionnement ordinaire des services de santé publics, souvent en décalage marqué avec les normes officielles et les standards biomédicaux.

Ces constats s'inscrivent dans une littérature plus large sur les mauvais traitements pendant l'accouchement. Bohren *et al.* (2015), dans une revue systématique mixte menée à l'échelle internationale, identifient plusieurs formes de mauvais traitements en établissement de santé : violences physiques, violences verbales, stigmatisation, discrimination, non-respect des standards professionnels, négligence, mauvaise communication, absence de soutien, perte d'autonomie et conditions matérielles. Ceci ne permet pas toujours le respect de l'intimité ou de la dignité des femmes.

Ces mauvais traitements ne constituent pas seulement des incidents isolés ; ils peuvent s'inscrire dans des rapports de pouvoir plus larges entre institutions médicales, soignants et patientes. Jewkes et Penn-Kekana (2015) invitent ainsi à analyser les mauvais traitements pendant l'accouchement comme une dimension des violences faites aux femmes. Elles soulignent que les femmes se trouvent souvent en position de dépendance face aux professionnels de santé, particulièrement au moment de l'accouchement, où leur capacité à contester ou à négocier la prise en charge est fortement limitée. Cette perspective permet de comprendre les violences obstétricales non seulement comme un problème de comportement individuel, mais aussi comme un phénomène lié aux rapports de genre, aux hiérarchies professionnelles, aux conditions de travail et aux normes institutionnelles.

6. Acteurs communautaires et médiations dans les parcours de soins maternels

Certaines femmes disposent de réseaux sociaux, d'un soutien familial ou conjugal, d'une reconnaissance communautaire ou de relations dans le milieu médical qui facilitent leur prise en charge. D'autres, au contraire, se trouvent davantage exposées à l'anonymat, à la précarité économique, à l'isolement familial ou à la stigmatisation sociale, ce qui peut limiter leur recours aux soins ou dégrader leur expérience dans les services de santé (Faye, 2008). Dans son étude qualitative menée à Malicounda, au Sénégal, auprès de femmes enceintes et parturientes, Faye (2008) insiste sur le fait que les femmes ne se présentent pas dans les structures sanitaires avec les mêmes ressources sociales, familiales ou relationnelles, ce qui produit des expériences de soins différenciées (Faye, 2008).

Les structures de santé ne sont pas seulement des lieux d'application de règles médicales ou administratives. Faye (2008) les décrit aussi comme des espaces de médiation, de négociation et de personnalisation de la relation de soins. La manière dont une femme est reçue, écoutée, orientée ou prise

en charge dépend alors en partie de la façon dont elle est socialement reconnue, de ses relations, de son statut matrimonial, du soutien de son mari ou de sa famille, mais aussi de sa capacité à ne pas apparaître comme une patiente anonyme. L'auteur souligne ainsi que « *parce qu'être anonyme est désavantageux face aux structures sanitaires, alors la situation sociale, en termes de ressources ou d'attributs capitalisés, devient assez déterminante de la façon dont on accède au soin, dont on est pris en charge et traité* » (Faye, 2008, p. 179).

Les travaux de MacDonald et Sene Diallo (2019), consacrés à une intervention mobile de santé maternelle en milieu rural sénégalais, montrent l'importance des médiations communautaires dans les trajectoires de santé maternelle. Dans le cadre du dispositif *CommCare*, des téléphones équipés d'une application sont confiés à des matrones, qui enregistrent et suivent les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elles leur transmettent des informations de santé, rappellent les rendez-vous, apportent un soutien moral et peuvent, si nécessaire, orienter vers les structures formelles de soins. Cependant, l'intérêt de l'article ne réside pas seulement dans la dimension technologique du dispositif. Les autrices montrent que son fonctionnement dépend d'un ensemble de relations sociales associant matrones, groupes de femmes, femmes plus âgées, familles et professionnels de santé. Les matrones occupent ainsi une position particulière : elles sont proches des communautés tout en étant reliées, de manière plus ou moins formelle, aux dispositifs de santé. Leur rôle ne se limite pas à l'assistance autour de la grossesse ou de l'accouchement ; elles participent aussi à la circulation locale des savoirs biomédicaux et à leur ajustement aux réalités sociales des femmes et de leur entourage (MacDonald & Sene Diallo, 2019).

7. Positionnement de la recherche

Les travaux recensés permettent ainsi d'établir plusieurs constats transversaux. Premièrement, l'existence de politiques de gratuité, de couverture sanitaire ou de mutuelles de santé ne garantit pas automatiquement un accès effectif aux soins maternels. La littérature montre en effet que des barrières financières, géographiques et institutionnelles persistent, notamment à travers les coûts directs et indirects, les frais de transport, les paiements résiduels, les ruptures de médicaments ou encore les difficultés de fonctionnement des structures de santé. Deuxièmement, l'accès aux soins ne dépend pas seulement de la disponibilité formelle des services, mais aussi de la manière dont ceux-ci sont perçus, évalués et expérimentés par les femmes. La qualité de l'accueil, les interactions avec les soignants, la confiance envers les structures et les expériences antérieures peuvent influencer les décisions de recours. Troisièmement, les parcours de soins maternels s'inscrivent dans des dynamiques familiales et communautaires complexes : les décisions de consulter, les possibilités de déplacement et la mobilisation des ressources dépendent souvent de l'entourage, du conjoint, des réseaux sociaux et des médiations locales.

Si ces travaux permettent de mieux comprendre les obstacles structurels, relationnels et sociaux qui pèsent sur l'accès aux soins maternels, plusieurs limites demeurent. Une partie de la littérature mobilisée porte sur d'autres contextes africains, tandis que les travaux consacrés au Sénégal abordent davantage les dispositifs institutionnels, les inégalités d'accès ou certaines formes de médiation communautaire. La manière dont les femmes elles-mêmes perçoivent, évaluent et mobilisent concrètement l'offre de soins au fil de leur parcours de grossesse et d'accouchement reste moins directement analysée, en particulier à l'échelle qualitative et à partir de parcours individuels situés dans les zones rurales autour de Thiès.

C'est cette lacune que ce travail entend explorer, à travers la question suivante : **comment les femmes perçoivent-elles et mobilisent-elles l'offre de soins maternels au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement ?** Application en zone rurale autour de Thiès (Sénégal).

Méthodologie

1. Approche et posture de recherche

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative à visée compréhensive, qui cherche à comprendre la manière dont les acteurs pensent, interprètent et orientent leurs actions, en tenant compte du contexte dans lequel celles-ci prennent sens (Dumez, 2011). Elle s'appuie sur des hypothèses formulées à partir de la littérature scientifique. Ces hypothèses n'ont pas été envisagées comme des propositions à tester au sens strict, mais comme des fils conducteurs permettant d'orienter les entretiens et l'analyse. La démarche adoptée articule ainsi une logique déductive, à travers la connaissance de littérature préalable au terrain, et une logique inductive, dans la mesure où l'analyse des entretiens a permis de faire émerger des dimensions propres aux parcours et aux expériences des femmes rencontrées.

Plus précisément, trois hypothèses de travail ont guidé la recherche :

- H1 : Le recours aux services de santé maternelle ne dépend pas uniquement de leur gratuité, mais aussi de la perception de leur qualité, de leur accessibilité et du respect reçu dans les structures de soins.
- H2 : Les rumeurs, expériences négatives passées et dysfonctionnements organisationnels (retards, manque de médicaments, coûts cachés) fragilisent la confiance envers les politiques de gratuité et limitent leur utilisation réelle.
- H3 : La décision de recourir aux soins n'est pas uniquement individuelle : elle est influencée par le conjoint, la famille et les normes sociales locales, ce qui peut freiner ou faciliter l'usage des services gratuits.

Ces hypothèses ne visaient pas à être testées au sens expérimental du terme, mais à servir de fils conducteurs pour explorer les perceptions, les pratiques et les contraintes rencontrées par les femmes dans leur parcours de soins.

Sur le plan épistémologique, cette recherche se situe dans une approche socio-anthropologique attentive aux situations ordinaires, aux pratiques et au « *point de vue de l'acteur* » (Olivier de Sardan, 1995). L'objectif n'est pas de produire des données statistiquement représentatives, mais de comprendre les logiques sociales à l'œuvre dans les parcours de soins maternels en milieu rural sénégalais.

Cette recherche repose sur une approche qualitative combinant une analyse documentaire, des entretiens semi-directifs et une immersion de terrain. D'une part, une revue approfondie de la littérature permet d'éclairer le cadre conceptuel et de situer la recherche dans les débats scientifiques actuels. D'autre part, le travail empirique s'appuie sur des entretiens réalisés auprès de mères d'enfants de moins de deux ans, de professionnelles de santé et d'une experte en santé publique. Il se base aussi sur notre terrain de stage, mené au sein du Consortium régional pour la recherche en économie générationnelle (CREG), ainsi que dans trois centres ou postes de santé situés en milieu rural autour de Thiès.

Enfin, l'organisation de la recherche suit une logique séquentielle, composée de quatre activités successives (Lejeune, 2025) : la problématisation, la collecte du matériau empirique, l'analyse du matériau collecté, et la rédaction des résultats de l'analyse.

2. Collecte des données

a. Entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif a constitué un outil central de cette démarche qualitative. Comme le souligne Pin (2023, p. 1), il « *consiste en une interaction verbale sollicitée par l'enquêteur-trice auprès d'un-e enquêté-e, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple. L'entretien vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde dans une optique compréhensive* » (Pin, 2023, p.1).

Cette méthode a permis d'instaurer un dialogue ouvert et approfondi avec les participantes, favorisant l'exploration détaillée de leurs expériences de la grossesse et de l'accouchement, de leurs représentations des services de santé et de leurs perceptions des politiques de santé maternelle et infantile.

Quatre guides d'entretien distincts ont été élaborés selon les profils des personnes interrogées, afin d'adapter les questions à leur rôle et à leur positionnement au sein du système de santé. Ils ont été construits sous forme de grands-thèmes, eux-mêmes ensuite déclinés en sous-questions. Les retranscriptions complètes de nos entretiens sont disponibles en annexe 11.a et les quatre guides sont disponibles en annexe 11.b.

b. Observation flottante, immersion de terrain et analyse documentaire

En complément des entretiens semi-directifs, cette recherche s'appuie sur une immersion de terrain réalisée dans le cadre du stage effectué au CREG, du 24 janvier au 27 mars 2026. Ce stage s'est déroulé principalement au sein du centre de recherche, mais a également donné lieu à des présences régulières dans des structures de santé situées en milieu rural autour de Thiès, à raison d'environ une journée par semaine. Ces journées ont principalement eu lieu au centre de santé de Fandène, ainsi que plus ponctuellement à Bandia et à Ndiakahou-Khombole (annexe 12).

L'observation, selon Chevalier et Stenger (2018, p. 95), « *consiste à récolter les pratiques concrètes d'acteurs situés dans des contextes précis, à aller comprendre [...] sur place le déroulement de la vie dans une organisation sans trop en perturber les activités ordinaires et à chercher la signification de ce qui se passe entre les acteurs concernés* ». Dans le cadre de cette recherche, l'observation réalisée s'apparente toutefois davantage à une observation flottante, au sens de Pétonnet (1982), qu'à une observation participante. Elle visait plutôt à permettre une familiarisation progressive avec le contexte de l'enquête, les lieux de soins, les rythmes des structures sanitaires et les interactions ordinaires entre professionnelles de santé, femmes enceintes, mères et enfants.

À Fandène, cette présence a notamment permis d'assister à des consultations ainsi qu'à des séances de vaccination des bébés. À Ndiakahou-Khombole, la visite de la salle d'accouchement a également permis de mieux situer matériellement les conditions dans lesquelles s'organisent certains soins maternels. Ces observations n'ont pas été traitées comme un corpus autonome équivalent aux entretiens. Elles ont plutôt joué un rôle d'appui contextuel et réflexif, en nourrissant l'interprétation des discours recueillis. Conformément à l'approche décrite par Van Campenhoudt *et al.* (2017), la recherche a reposé

sur un va-et-vient constant entre les données empiriques et les connaissances issues de la littérature scientifique, afin de favoriser une compréhension progressive et contextualisée du phénomène étudié.

À cette observation flottante s'ajoutent les observations réalisées lors des journées d'enquête dans les villages. Les déplacements pour rencontrer les femmes, les modalités d'entrée en relation avec elles, les lieux dans lesquels se déroulaient les entretiens et les échanges informels avant ou après ceux-ci ont également constitué des moments importants de compréhension du terrain. Ces situations ont permis de saisir certains éléments du quotidien des femmes rencontrées, notamment les conditions matérielles de vie, l'environnement familial, la présence d'intermédiaires locaux, ainsi que les effets possibles de ma propre position d'enquêtrice extérieure.

Enfin, l'analyse documentaire a occupé une place importante dans la démarche. Elle a permis de construire le cadre théorique, d'identifier les principaux débats relatifs à l'accès aux soins maternels, et de replacer les politiques étudiées dans leur contexte institutionnel et scientifique.

3. Corpus d'entretiens et profils des enquêtées

Au total, 23 entretiens ont été mobilisés dans le cadre de cette recherche. La majorité du corpus repose sur 21 entretiens menés lors de notre stage, entre janvier et mars 2026, dans huit villages ruraux situés autour de Thiès, au Sénégal (Fandène, Keur Lika, Bandia, Ndié – Khombole, Keur Mor Ndiaye, Mbaye, Fandène-centre, Ndiobene). Ces villages ont été identifiés grâce aux réseaux du CREG. Leur sélection n'a pas suivi un plan d'échantillonnage raisonné, mais les situations rencontrées couvrent une gamme de contextes variés : des villages avec une structure de santé de proximité, d'autres dépendants du transport vers Thiès, des villages avec des *Bajenu Gox* et des matrones et d'autres où leur rôle est quasi inexistant. Nos entretiens se répartissent comme suit :

- 19 entretiens avec des mères d'enfants de moins de deux ans
- 1 entretien avec une infirmière d'état
- 1 entretien avec une matrone.

À ce corpus principal s'ajoutent deux entretiens issus du pré-mémoire réalisé durant l'année académique 2024-2025, réutilisés en raison de leur pertinence directe pour la question de recherche :

- 1 entretien avec une sage-femme originaire de Diassap
- 1 entretien avec une experte en santé publique travaillant au sein d'Action Contre la Faim (ACF).

Cette réutilisation de données antérieures s'inscrit dans une logique de continuité entre les deux travaux et permet d'enrichir la perspective institutionnelle et professionnelle, en complément des témoignages des mères. Elle est justifiée dans la mesure où ces entretiens avaient été menés selon les mêmes standards éthiques et méthodologiques, et que leur contenu reste directement pertinent au regard de la question de recherche actuelle (Van Campenhoudt *et al.*, 2017).

La diversité des profils enquêtés permet une triangulation des sources, entendue comme le croisement de plusieurs informateurs afin de ne pas dépendre d'une seule parole ou d'un seul type de regard. Dans cette recherche, les témoignages des mères sont ainsi mis en relation avec ceux de professionnelles de santé et d'une experte institutionnelle. Cette démarche permet à la fois de recouper certaines informations et de faire apparaître des points de vue différenciés selon la position des acteurs face aux soins maternels (Olivier de Sardan, 2008).

Toutes les mères ont été sélectionnées sur le critère d'avoir au moins un enfant de moins de deux ans, garantissant une expérience récente du parcours de grossesse et d'accouchement dans les zones rurales autour de Thiès.

Afin de rendre le corpus plus lisible, un tableau récapitulatif des entretiens a été ajouté en annexe 10. Il présente, pour chaque entretien, les principales informations disponibles : l'âge de la mère, l'âge du dernier enfant, le contexte de l'entretien, le village, la date et la durée de l'entretien, ainsi que le recours éventuel à une mutuelle de santé. Ces données ont été anonymisées afin de respecter les principes éthiques de la recherche. Ce tableau vise avant tout à rendre plus transparente la composition du corpus et les conditions de production des données (annexe 10.a & 10.b).

4. Analyse des données

L'analyse des entretiens s'est faite selon une analyse thématique. Après retranscription, les entretiens ont été relus à plusieurs reprises afin de s'imprégner du matériau et d'identifier les éléments récurrents dans les discours. Un codage manuel par couleurs a ensuite été réalisé directement dans les retranscriptions, afin de repérer les passages liés aux principaux thèmes de la recherche. Ces premiers codes ont été regroupés dans un tableau de synthèse permettant de comparer les entretiens entre eux, de faire émerger des régularités, mais aussi des différences entre les situations rencontrées. Enfin, ces catégories ont été retravaillées sous forme écrite afin de structurer la présentation des résultats. Cette méthode permet ainsi de réduire et d'organiser les données qualitatives, tout en faisant ressortir les dimensions les plus significatives au regard de la question de recherche (Paillé & Mucchielli, 2021).

5. Limites et biais

Il est important de mettre en avant les limites et biais inhérents à cette recherche. Une première limite concerne les conditions linguistiques et relationnelles de production des données. Dans six des huit villages, les entretiens avec les mères ont nécessité le recours à un traducteur ou une traductrice, les participantes s'exprimant en wolof. Or, la traduction dans la recherche qualitative ne constitue pas une simple opération neutre de transmission du discours : elle participe à la construction des données, dans la mesure où le passage d'une langue à l'autre implique des choix de formulation, d'interprétation et de représentation (Temple & Young, 2004). Dans certains cas, il a également été observé que le traducteur répondait directement à la place de la participante, sans lui laisser le temps de s'exprimer. À cela s'ajoute la présence d'un accompagnateur masculin lors de plusieurs entretiens, qui a pu influencer la manière dont certaines participantes se sont exprimées, notamment sur des expériences liées à la grossesse, à l'accouchement ou aux relations familiales.

Une deuxième limite tient aux conditions de sélection des répondantes et aux biais propres à la situation d'entretien. Les participantes ont été rencontrées en fonction de leur disponibilité et de leur volonté de participer, ce qui ne permet pas d'exclure un biais de sélection. Les réponses ont également pu être marquées par un biais de désirabilité sociale, les répondantes pouvant chercher à fournir des réponses socialement acceptables ou à se présenter sous un jour favorable (Crowne & Marlowe, 1960, cités par Butori & Parguel, 2010). Plus largement, les biais d'interaction liés à la présence de l'enquêtrice ont pu influencer la qualité des réponses, notamment lorsque les participantes adaptaient leur discours à la situation d'enquête ou aux attentes supposées de la chercheuse (Parotte, 2024). Dans certains cas, les réponses sont aussi restées courtes et peu développées, ce qui a limité la profondeur de certains récits.

Enfin, l'analyse thématique comporte elle-même une part de subjectivité. Bien qu'elle repose sur une lecture attentive des verbatims, la catégorisation dépend du regard de la chercheuse, de ses hypothèses initiales et de ses cadres d'analyse préexistants (Paillé & Mucchielli, 2021). Notre propre posture d'enquêtrice doit également être prise en compte : en tant qu'étudiante en master, issue du Nord et extérieure au contexte rural sénégalais, nous occupions une position d'outsider, ne partageant ni l'appartenance sociale des participantes, ni leurs expériences de maternité. Cette position a pu influencer la formulation des questions, la compréhension des réponses et l'orientation de l'analyse. Dès lors, une posture réflexive s'est imposée tout au long de la recherche, afin de rendre visibles ces effets plutôt que de prétendre les neutraliser entièrement. Un développement complémentaire des principaux biais identifiés est proposé en annexe 8.

6. Schématisation

Une schématisation des principaux freins, leviers et dimensions ambivalentes identifiés dans les parcours de soins a été construite à partir des entretiens (annexe 9).

Résultats

Cette section présente les principaux résultats issus de nos entretiens. Ceux-ci sont organisés autour des dimensions qui structurent les parcours de soins maternels : le suivi du parcours recommandé, les contraintes financières et géographiques, la qualité perçue des soins, les décisions familiales, les médiations communautaires ainsi que le vécu corporel et émotionnel de la grossesse et de l'accouchement.

1. Parcours de soins connu mais inégalement suivi

Les entretiens suggèrent que les principales étapes du suivi de grossesse, à savoir consultations prénatales (CPN), les examens biologiques, l'échographie et l'accouchement en structure, sont globalement connues par les femmes rencontrées. Ce parcours est présenté, par les professionnelles de santé et par les mères elles-mêmes, comme une norme connue. Toutefois, sa connaissance ne garantit pas son application complète : le nombre de consultations effectuées, la réalisation des examens et le lieu d'accouchement varient selon les ressources disponibles, les contraintes géographiques et les expériences passées.

Du côté des professionnelles de santé, les CPN constituent l'entrée formelle dans le parcours de grossesse. L'infirmière interrogée explique qu'au premier contact, « *tu commences les CPN, la consultation prénatale* » (i. 28 – 29 ; entretien i, lignes 28 à 29), avant de préciser qu'« *actuellement au Sénégal, il y a les 9 CPN, qu'on fait chaque mois* » (i. 35). Les récits des mères confirment que ce parcours est généralement connu et suivi, même si le nombre de consultations réalisées varie d'un parcours à l'autre. Une participante mentionne avoir réalisé six CPN et deux échographies (xvi. 175 – 177), tandis qu'une autre décrit un suivi plus complet : « *j'ai fait toutes les 8 CPN* » (xi. 117) et « *j'ai fait les 5 échographies* » (xi. 119). Dans d'autres entretiens, les femmes évoquent quatre consultations, ce qui indique que le suivi effectivement réalisé reste souvent en deçà des recommandations officielles.

L'échographie occupe une place particulière dans ce parcours. Elle est associée à la surveillance du fœtus, à l'identification de complications (i. 47 – 48) et à l'anticipation du type d'accouchement. Une participante explique ceci : « *J'ai fait 3 ou 4 échographies. C'est la dernière, je l'ai fait à Saint-Jean. C'était pour savoir si c'était... [...] Si j'allais accoucher normal ou césarienne* » (xvii. 123 – 134). Dans un autre entretien, une mère dit que l'échographie a permis de suivre la progression du bébé : « *Après*

les consultations, le gynéco utilise l'échographie pour voir la progression de l'enfant » (xiii. 79 – 80). Toutefois, sa réalisation est directement liée aux ressources économiques du ménage. L'infirmière indique qu'elle adapte ses recommandations en conséquence : *« l'échographie deux ou trois fois, ça dépend des malades. [...] Mais parfois si tu vois que le malade n'a pas les moyens [...] Tu peux lui demander l'échographie une seule fois ou deux fois »* (i. 41 – 45). Le parcours médicalement recommandé est ainsi ajusté en fonction de ce que les familles peuvent concrètement mobiliser.

Le suivi prénatal ne suit pas toujours une trajectoire linéaire. Certaines femmes commencent leur suivi dans un poste de santé de proximité avant d'être orientées vers un niveau supérieur en cas de complication. L'une d'elles explique ainsi qu' : *« elle avait démarré au poste de santé de [nom d'un village] et on l'a référé à Saint-Jean De Dieu⁵ »* (xiii. 37 – 38). Une autre décrit un réajustement lié à son déménagement en cours de grossesse : *« je suis venue ici et j'ai continué les CPN au district sanitaire de Khombole. J'ai accouché là-bas »* (xi. 129 – 130). Ces trajectoires suggèrent que le parcours peut se réorganiser en fonction des complications survenues ou du lieu de résidence de la femme au moment de l'accouchement.

Enfin, si le parcours de soins est globalement connu, il n'est pas toujours suivi dans son intégralité. L'infirmière souligne que certaines femmes viennent tardivement et que d'autres *« ne font pas l'échographie jusqu'à accoucher »* en raison du manque de moyens de leur mari (i. 188). Elle évoque également un autre motif de non-recours, lié à l'expérience des grossesses précédentes : certaines femmes se négligent en se disant que *« mon enfant l'aîné que j'avais je n'avais pas fait de CPN, je n'avais fait aucune analyse et elle est venue en paix »* (i. 195 – 198).

2. Gratuité partielle et coûts persistants

La gratuité est rarement vécue par les femmes rencontrées comme une absence totale de dépenses. Cette réalité est d'abord soulignée par les professionnelles de santé elles-mêmes. L'infirmière interrogée précise que l'accouchement n'est pas gratuit dans la structure privée où elle travaille, contrairement à ce que certaines familles supposent : *« l'accouchement n'est pas gratuit »* (i. 214). Elle ajoute que des prises en charge gratuites existent néanmoins pour les personnes les plus démunies, selon une appréciation au cas par cas de la situation économique (i. 254 – 255), ce qui montre que la gratuité peut être vécue de manière incertaine par les familles.

Du côté des mères, la gratuité partielle apparaît d'abord autour des consultations et des médicaments. L'une d'elles explique que dans les hôpitaux publics, *« pratiquement tu ne payes pas, à part les médicaments »* (viii. 183) mais il faut tout de même s'acquitter de *« 500 francs »*⁶ (viii. 185) par consultation, auxquels s'ajoutent les ordonnances perçues comme le poste de dépense le plus lourd : *« ce sont le prix des médicaments qui coutent chers »* (vii. 457 ; xix. 101 ; viii. 189).

Les coûts deviennent encore plus visibles au moment de l'accouchement. Une participante explique que *« l'accouchement, c'est payable, parce que tu vas payer le lit »* (viii. 194), avant de préciser que ce paiement ne couvre pas tout : *« C'est uniquement pour le lit d'accouchement. Après, tu vas payer les médicaments pour toi et pour le bébé »* (viii. 199 – 200). L'accouchement apparaît donc comme un moment où plusieurs frais s'accumulent successivement : lit, médicaments de la mère, médicaments du bébé, et éventuellement frais d'hospitalisation si la femme reste plusieurs jours. Ce cumul est

⁵ Saint-Jean de Dieu est un hôpital dans le centre de la ville de Thiès

⁶ Pour information, un euro équivalait à environ 650 francs CFA.

particulièrement visible dans l'entretien 21, où la participante évalue le coût total de son parcours de grossesse à « *presque 100.000 francs* » (xxi. 247), en détaillant : « *l'accouchement [...] c'était 30.000. Les frais de déplacement, chaque visite, les tickets là-bas, les frais de sage-femme et les ordonnances aussi, ça a coûté plus cher, ça avoisinait les 15 000 voire les 20 000* » (xxi. 247 – 249).

Les frais de consultation, pris isolément, peuvent sembler modestes, mais leur accumulation au fil du parcours alourdit considérablement la charge totale. Une participante détaille : « *La consultation c'est 500. Le ticket c'est 600. Ça fait 1100 francs chaque consultation, plus les frais de transports, plus les ordonnances qu'elle achetait à chaque rendez-vous et l'accouchement* » (xxi. 254 – 255), soit une dépense récurrente à chaque consultation.

Ces coûts peuvent conduire à différer, voire à éviter le recours aux soins. Une participante décrit sa réaction face à l'instabilité financière de son mari : « *quand tu sens que tu es malade, tu préfères rester à la maison au lieu d'aller à l'hôpital pour éviter les frais* » (ix. 320 – 321). La matrone confirme cette dynamique : même après avoir reçu les conseils nécessaires, certaines femmes ne se rendent pas à l'hôpital et répondent simplement « *j'ai pas d'argent* » (ii. 413 – 414). Les dépenses de santé ne constituent donc pas seulement une charge économique après la consultation ; elles interviennent aussi en amont, dans la décision même de consulter.

L'épargne constitue ainsi une stratégie anticipatoire partagée par de nombreuses femmes, mais elle reste fragile face aux imprévus. Dans l'entretien 21, une participante qui avait épargné en vue de son accouchement a vu cette réserve épuisée par une hospitalisation survenue en cours de grossesse : *Elle avait épargné mais avec la brûlure, elle avait brûlé donc c'était pas évident [...]. Donc elle a dû payer cher avec les épargnes qu'elle avait [...] pour la grossesse* » (xxi. 259 – 263).

La mutuelle de santé apparaît dans certains entretiens comme un mécanisme de réduction des coûts, mais son accès et son efficacité restent inégaux. Une participante décrit la mutuelle locale comme un dispositif de partage des frais : « *la mutuelle paye la moitié et toi tu payes la moitié* » (iii. 437). Une autre, affiliée à une mutuelle privée, bénéficie d'une couverture plus favorable, à hauteur de 80 % des soins (xiii. 196). Cependant, même cette couverture présente des limites : dans le même entretien, la participante précise que le nouveau-né n'était pas pris en charge par la mutuelle, ce qui a conduit à des frais supplémentaires de 50 000 francs pour l'enfant seul, portant le total à 125 000 francs (xiii. 279 - 280).

Enfin, la connaissance des dispositifs de couverture sanitaire universelle reste variable parmi les femmes rencontrées. Certaines en ont entendu parler sans en bénéficier concrètement : « *je n'ai pas compris la politique. C'est pourquoi je ne me suis pas intéressée* » (viii. 216 – 217). Une autre, dont le mari travaille dans une agence de la CMU, souligne les limites géographiques du dispositif : « *il y a pas encore le programme qui est ici. Donc la CMU, il y a pas encore. Donc, même si son mari travaille à Kaffrine sur la CMU, il a pas le droit d'inscrire ses enfants, qui vivent ici* » (ix. 230 – 232). Ces témoignages suggèrent que l'existence formelle des dispositifs de couverture ne garantit pas leur accessibilité effective pour toutes les femmes.

3. Distance géographique et contraintes de transport

L'accès aux structures de santé ne dépend pas uniquement des ressources financières des ménages : la distance géographique constitue un obstacle structurel à part entière, qui traverse presque

l'ensemble des entretiens réalisés en milieu rural. Le transport vers les structures de santé représente à la fois un coût récurrent et une contrainte logistique qui peut, dans certaines situations, retarder ou empêcher le recours aux soins.

Les moyens de transport mentionnés dans les entretiens varient selon les contextes et les ressources disponibles. Dans les villages les mieux desservis, les femmes empruntent des taxis ou des *clandos*⁷, pour des tarifs allant de 1000 francs (x. 73) à 4 000 francs aller-retour lorsque la structure est plus éloignée (xvii. 99). Dans des contextes plus isolés, la charrette reste un des moyens disponibles le jour : « *il y a des heures où on peut prendre une charrette. Si c'est la nuit, il faut prendre un taxi* » (ii. 286). Plusieurs villages ne disposent d'aucune ambulance (iii. 563) ce qui signifie que les accouchements nocturnes ou les urgences obstétricales dépendent entièrement de la capacité du ménage à mobiliser un véhicule privé ou à négocier un taxi dans l'urgence.

La possession d'un véhicule par le mari constitue un avantage significatif dans ce contexte. Une participante dont le mari possède une voiture explique qu'il l'emmène directement aux consultations, et qu'en son absence, « *il me donne de l'argent et je pars et je paie tout* » (xiv. 372). Dans l'entretien 7, une participante a dû être transférée en ambulance vers un hôpital de référence à la suite d'une complication (vii. 162). Si ce transfert peut être lu comme un signe de fonctionnement du système d'orientation, il montre aussi que la prise en charge des complications repose sur la capacité à organiser rapidement un déplacement vers une structure mieux équipée.

De même, la distance influe sur le choix de la structure. Plusieurs femmes décrivent avoir opté pour un poste de santé ou un centre plus proche, même si ce dernier offre une qualité perçue moindre, simplement pour éviter le coût et la fatigue du trajet. Une participante précise que, pour les vaccinations de son enfant, elle va dans la structure la plus proche : « *C'est pourquoi je viens ici [dans un poste de santé]. Au lieu d'amener l'enfant à l'hôpital aller et revenir, il sera un peu fatigué* » (iii. 300 – 301). À l'inverse, d'autres femmes acceptent des déplacements plus longs pour accéder à une structure qu'elles considèrent comme plus fiable, traduisant un arbitrage entre distance, coût et confiance (xv. 367 – 369).

Pour les femmes des villages les plus éloignés, la distance peut conduire à des situations critiques au moment de l'accouchement. Une mère interrogée rapporte qu'une femme a accouché dans la voiture avant même d'atteindre la structure (iii. 147 – 148). Face à ces réalités, certaines participantes et professionnelles de santé formulent des recommandations explicites : doter les villages d'une ambulance ou d'un véhicule qui ferait le tour des villages pour acheminer les femmes vers les structures (xxiii. 243).

4. Qualité perçue : entre confiance et expériences repoussantes

La mobilisation des soins dépend également de la relation de confiance que les femmes entretiennent avec les structures et les professionnels de santé. Les femmes rencontrées ne décrivent pas les soins uniquement à partir de leur disponibilité ou de leur prix, mais aussi à partir de la manière dont elles sont accueillies, écoutées et rassurées.

Plusieurs participantes décrivent des expériences positives dans lesquelles la qualité de l'accueil a contribué à rendre le recours aux soins rassurant. L'une d'elles insiste sur la relation établie avec la

⁷ Taxis clandestins – voiture particulière qui fait offre de taxi informel

sage-femme de la structure qu'elle a fréquentée : « *L'accueil était chaleureux vraiment. Ils accueillent les personnes malades et autres, les femmes enceintes [...]. Parce que quand tu entres dans le bureau de la sage-femme, elle discute avec toi, elle parle avec toi, elle te rassure, elle te montre de l'empathie* » (iii. 81 – 84). Une autre participante décrit une expérience similaire dans son poste de santé de référence : « *la sage-femme va t'accueillir vraiment et elle t'encourage* » (iv. 108).

Cette dimension relationnelle influe directement sur les choix de structures. Plusieurs entretiens montrent que les femmes comparent les lieux de soins à partir de leur vécu et peuvent réorienter leur parcours en fonction de la confiance acquise ou perdue. Une participante raconte ainsi qu'une sage-femme lui a signifié qu'elle pouvait « *reprendre [ses] papiers et partir là où [ça lui] chante* » (xi. 286). Elle a donc décidé de ne plus retourner dans cette structure et a choisi de se déplacer jusqu'à Dakar pour ses consultations suivantes. La distance géographique, pourtant considérable, est devenue secondaire par rapport à la confiance accordée aux soignants. Une autre participante exprime la même logique à propos du choix d'une structure plus coûteuse : « *On épargnera plus et on partira là-bas pour être plus en sécurité là-bas* ». Lorsqu'il lui est demandé ce que signifie cette sécurité, elle précise : « *Dans le sens de l'hygiène et de l'accueil aussi* » (xv. 367 – 369). La qualité perçue ne se réduit donc pas aux compétences médicales : l'hygiène, la propreté et l'attitude du personnel entrent également en ligne de compte.

Les récits négatifs concernent en particulier les cris, les paroles blessantes et les attitudes jugées irrespectueuses. Une participante décrit une expérience qui a fragilisé sa confiance dès la première consultation « *en première consultation, au lieu de m'accueillir bien et d'instaurer un climat de confiance, ils le font pas* » (v. 220 – 221). Une autre évoque les comportements de certaines sage-femmes dans une maternité publique : « *Il y a certaines sage-femmes, vraiment, si tu pars là-bas, tu ne te sens pas accueillie. Ils vont te crier, elles te dire certains noms* » (xiv. 551 – 552). Ces expériences circulent entre femmes et influencent les représentations collectives des structures : *des fois des gens disent "moi, je veux pas aller à l'hôpital régional parce que ces femmes-là sont impolies et te disent certaines choses"* » (xiv. 552 – 554).

Dans les cas les plus graves, les mauvais traitements prennent une forme physique. Une participante rapporte qu'au moment de l'accouchement lors de sa première grossesse, alors qu'elle exprimait sa douleur en criant, la sage-femme l'a giflée (xii. 155). Ce type d'expérience, raconté avec une certaine retenue, illustre la vulnérabilité particulière des femmes au moment de l'accouchement, lorsque leur capacité à réagir ou à se défendre est fortement limitée. Une participante formule à cet égard une recommandation explicite : « *Il faut que les femmes prennent bien soin des patients. Qu'ils ne les crient pas surtout. Des fois tu tombes sur des sage-femmes qui sont désagréables aussi* » (xv. 401 – 402).

Les temps d'attente et les conditions matérielles des structures complètent le tableau de la qualité perçue. Dans les hôpitaux publics à forte fréquentation, l'attente est régulièrement décrite comme longue : « *pour l'attente, ça dure trop longtemps* » (xi. 608). « *L'attente était trop longue [...] parce que le personnel était insuffisant* » (xii. 319 – 321). Ce critère pèse dans le choix des structures : plusieurs femmes mentionnent avoir préféré une structure privée ou un poste de santé rural précisément parce que l'attente y était moindre. De plus, les conditions matérielles sont évoquées, notamment lors des hospitalisations. Une participante décrit la présence de moustiques dans la salle d'accouchement et juge l'eau mise à disposition impropre à la consommation (xi. 616 – 624).

Ces récits montrent que la qualité perçue ne relève pas seulement de la satisfaction après coup. Elle devient une condition pratique du recours aux soins, dans la mesure où les expériences positives encouragent le retour vers certaines structures, tandis que les expériences négatives ou les récits de mauvais accueil peuvent orienter les femmes vers d'autres lieux, voire retarder le recours.

5. Décisions familiales, soutien et marge d'autonomie

Le recours aux soins maternels s'inscrit rarement dans une décision strictement individuelle. Dans les entretiens, le mari, la mère, la belle-famille ou d'autres proches apparaissent régulièrement comme des acteurs du parcours de soins : ils accompagnent, financent, conseillent, rassurent, mais peuvent aussi conditionner l'accès aux structures selon les ressources disponibles et les rapports familiaux en place.

Le mari est la figure la plus souvent mentionnée dans les récits des femmes. Son rôle se manifeste d'abord sur le plan pratique et financier. Dans plusieurs entretiens, il est décrit comme celui qui accompagne la femme aux consultations et prend en charge les dépenses : « *c'est son mari souvent qui l'accompagne. C'est lui qui l'accompagne prendre ses visites* » (vii. 265 – 266). Dans d'autres situations, il intervient en amont ou en aval du soin : une participante explique qu'elle tient une épicerie et que, si elle doit aller à l'hôpital, elle prend l'argent disponible, mais que « *son mari la rembourse* » (ix. 325-326). Une autre dit simplement qu'« *elle [ne] sait pas combien elle a payé, c'est son mari qui a payé* » (vii. 325 – 326). Ces récits invitent à penser que la dépense de santé reste souvent inscrite dans une économie du ménage où l'homme est le principal pourvoyeur de ressources, même lorsque la femme prend l'initiative de consulter.

Le soutien du mari peut prendre une forme morale et émotionnelle, notamment dans les situations où il ne peut pas être physiquement présent. Une participante dont le mari se trouvait en Casamance⁸ durant sa grossesse décrit un accompagnement à distance : « *il me soutenait beaucoup, vraiment [...] Par des conseils, des appels, des messages à chaque fois [...] Il n'est pas là physiquement, mais il est présent. [...] Il est présent. Il m'a soutenue et la famille aussi* » (viii. 284 – 290). Dans l'entretien 21, une autre participante décrit un soutien plus concret : c'est son mari qui prend en charge certaines tâches ménagères pour l'aider pendant la grossesse (xxi. 334 – 335). L'implication masculine dans le suivi prénatal apparaît ainsi variable dans ses formes, mais transversale dans les récits.

La mère de la femme, la belle-famille et d'autres proches interviennent également, notamment pour les conseils et le soutien émotionnel. Une participante explique que lorsque son mari ne comprend pas une situation, « *[elle] appelle directement la sage-femme. Ou bien sa propre maman* » (xii. 225 – 226). Dans l'entretien 15, une femme dit se sentir bien pendant sa grossesse parce que « *qu'il y avait le soutien de ma famille. Ils ne me laissaient pas seule. Ils m'appelaient de temps en temps* » (xv. 67 – 68). La belle-mère peut aussi jouer un rôle direct dans le parcours de soins : dans l'entretien 11, c'est elle qui accompagne la participante pour ses analyses et la préparation à la césarienne (xi. 151).

Toutefois, cette implication de l'entourage peut aussi limiter la capacité des femmes à décider par elles-mêmes. Une experte en santé publique souligne que, dans certaines ethnies, « *[une femme enceinte] doit demander l'autorisation de son mari ou bien de la belle-mère pour aller accoucher par exemple dans un centre de santé* » (xxii. 182 – 183). Cette autorisation n'est pas toujours formelle, mais

⁸ La Casamance se situe au Sud du Sénégal, à environ 400 kilomètres de Thiès.

elle structure les décisions de recours aux soins de manière plus ou moins explicite selon les contextes familiaux. La dépendance devient particulièrement visible lorsque les soins nécessitent une dépense : l'infirmière explique que certaines femmes ne réalisent pas les examens demandés « *parce que leur mari n'a pas de moyen* » (i. 190). La difficulté ne relève donc pas uniquement de la volonté individuelle ; elle dépend de la capacité du ménage, et souvent du mari, à mobiliser les ressources nécessaires au moment voulu. Une participante formule cette dépendance de manière directe : « *ça dépend de la situation financière [...] si le mari est financièrement stable, dès que tu sens que tu es malade, tu vas à l'hôpital [...] si le mari n'est pas financièrement stable, quand tu sens que tu es malade, tu préfères rester à la maison au lieu d'aller à l'hôpital pour éviter les frais* » (ix. 312 – 321).

Ces données ne doivent cependant pas conduire à réduire les femmes à un rôle passif. Plusieurs entretiens montrent qu'elles disposent de marges d'initiative et d'arbitrage, notamment lorsqu'elles ont un accès direct à de l'argent ou lorsque leur santé est en jeu. Dans l'entretien 10, le traducteur précise que « *c'est elle qui décide quoi. Le jour où il faut aller [au centre de santé], c'est elle qui va prendre la décision* » (x. 229). Dans l'entretien 14, une participante décrit une négociation avec son mari : « *si je pars à l'hôpital, si je reviens, je lui montre mon carnet, je lui dis "ah, le mois prochain, j'ai rendez-vous, demain, je dois acheter ça, je dois faire ça et ça". Après, on discute après, il me dit : "ah, c'est pas grave"* » (xiv. 368 – 370). Le recours aux soins apparaît ainsi comme une pratique négociée, dans laquelle l'accord familial existe sans toujours prendre la forme d'une autorisation explicite.

Les entretiens dessinent ainsi une réalité double. L'entourage familial constitue une ressource importante dans le parcours de soins : il accompagne, finance, conseille et rassure. Mais il peut aussi représenter une contrainte lorsque la femme dépend de l'autorisation, de l'argent ou du soutien pratique du conjoint ou de la famille pour accéder aux soins.

6. Médiations communautaires et pratiques locales

Les parcours de grossesse, d'accouchement et de suivi infantile ne se construisent pas uniquement dans les structures de santé formelles. Ils s'inscrivent aussi dans un ensemble de médiations communautaires et de pratiques locales qui accompagnent les femmes tout au long de la grossesse. Ces médiations impliquent différentes actrices : *Bajenu Gox*, matrones, relais communautaires ; dont les rôles se distinguent, se complètent parfois et restent inégalement présents selon les villages.

Les *Bajenu Gox* et les relais communautaires sont les premières figures mentionnées par les professionnelles de santé lorsqu'il s'agit de décrire l'accompagnement communautaire. L'infirmière interrogée explique que « *il y a Bajenu et les relais, les mères-guides* » (i. 479), et que leur rôle se déploie notamment lors des campagnes de sensibilisation : « *quand il y a une campagne, c'est ces femmes-là qui vont t'aider, t'aider dans la sensibilisation en faisant les portes à porte* » (i. 485 – 486). Elles occupent une position intermédiaire entre les structures de santé formelles et les populations, en relayant les messages de prévention dans les foyers et en encourageant les femmes à respecter leur suivi prénatal. Une participante décrit leur mode d'action de manière concrète : « *elles viennent ici te demander "est-ce que tu as respecté les visites ? Je vois le carnet, qu'est-ce que tu as fait ? Qu'est-ce que tu n'as pas fait ?" Mais après l'accouchement, elles te suivent. Chaque mois, tu vas partir là-bas pour faire le pesage pour le bébé, elles vont voir le poids, et si le bébé évolue ou pas* » (viii. 297 – 300). Ce suivi régulier, à la fois prénatal et postnatal, illustre la place que peuvent occuper les *Bajenu Gox* dans la continuité des soins au-delà des consultations médicales.

La présence et l'efficacité de ces actrices communautaires varient considérablement d'un village à l'autre. Dans certains villages, les *Bajenu Gox* sont décrites comme actives et bien connues des femmes ; dans d'autres, leur rôle est quasi inexistant. Une participante rapporte que dans son village, les *Bajenu Gox* « *ne font pas bien leur travail. [...] Elles sont pas très actives. Les Bajenu Gox, c'est [elles] qui [font] les causeries et ici elles ne font pas* » (v. 175 – 178). Une troisième précise que dans son village, la mairie ne reconnaît pas les *Bajenu Gox* et n'organise pas de formation à leur intention : « *c'est dans les villes [qu'] on fait des formations pour les Bajenu Gox pour qu'elles soutiennent émotionnellement et parler avec les femmes enceintes mais ici, les mairies que nous avons ici, n'organisent pas de formations pour les Bajenu Gox. Je pense même qu'ils ne reconnaissent pas les Bajenu Gox* » (ix. 279 – 282). Ces témoignages suggèrent que l'efficacité de ces médiations communautaires dépend moins de leur existence formelle que des ressources locales, de la formation disponible et de l'engagement des acteurs institutionnels au niveau du village.

À côté de ces médiations organisées, certaines pratiques locales continuent d'accompagner la grossesse sans s'opposer nécessairement aux soins médicaux. L'infirmière évoque le port d'amulettes pendant la grossesse : « *quand la femme est enceinte, on lui porte les amulettes là, on dit ça la protège* » (i. 458 – 459). Dans plusieurs entretiens, les femmes mentionnent également des massages pratiqués par des femmes du village, présentés comme des ressources complémentaires aux soins médicaux. Une participante décrit des massages prénataux réalisés par une matrone : « *des massages, comme ça, elle va te faire, comme ça, ça soulage des douleurs et tout ça.* » (xi. 221). Une autre précise qu'il existe « *des mamans qui sont spécialisées dans ça* » et qui « *vont faire des massages pour faire descendre le bébé* » (xix. 197 – 198). Dans l'entretien 15, une participante mentionne des massages postnataux réalisés avec des feuilles d'arbres (xv. 294–295).

Dans la majorité des récits, ces pratiques coexistent avec les consultations prénatales, les échographies et l'accouchement en structure. Elles ne sont pas décrites comme une alternative au système de santé, mais plutôt comme une manière complémentaire de prendre soin de la grossesse et d'apporter un soutien moral et spirituel.

7. Expérience corporelle et émotionnelle de la grossesse et de l'accouchement

La grossesse et l'accouchement ne sont pas vécus par les femmes rencontrées uniquement à travers le suivi médical qui les accompagne. Ils s'inscrivent dans une expérience corporelle et émotionnelle qui traverse l'ensemble du parcours, de la découverte de la grossesse jusqu'au post-partum. Ceci influence la manière dont les femmes perçoivent les soins disponibles, évaluent le risque, choisissent les structures et vivent les interactions avec les professionnels de santé.

Sur le plan physique, la grossesse est fréquemment associée à la fatigue, aux nausées et à une forme d'inconfort quotidien. Une participante décrit sa première grossesse comme difficile : « *à ce moment il y a tu es fatigué, voilà, il y a les nausées qui sont là, il y a le stress de l'accouchement. Tu penses à l'accouchement si ça va bien se passer* » (iii. 22 – 23). Une autre mentionne simplement : « *de la fatigue et les vomissements* » (x. 34) comme les principales manifestations physiques de sa grossesse. Dans l'entretien 9, une participante souffrait d'anémie : « *elle ressentait trop la fatigue [...], et elle avait pas d'appétit* » (ix. 258). Ces symptômes ne sont pas décrits comme exceptionnels, mais comme une réalité ordinaire de la grossesse autour de laquelle certaines femmes continuent d'articuler leur vie professionnelle et domestique. Plusieurs participantes précisent avoir travaillé jusqu'aux derniers mois de leur grossesse (xi. 49), certaines jusqu'au tout dernier mois (iii. 324).

Dans le processus de la grossesse, la peur est une émotion transversale dans les récits, présente sous différentes formes et à différents moments du parcours. Elle est souvent liée à l'accouchement lui-même, perçu comme un moment à risque. Une participante explique que « *quand l'accouchement approche, elles se sentent menacées [...]. On peut dire que c'est un risque l'accouchement ici au Sénégal par rapport aux infrastructures, à la santé* » (ix. 66 – 68). Une autre, après avoir attendu trois jours en structure avant d'accoucher, décrit le moment où les soignants lui ont annoncé qu'elle devait rester hospitalisée : « *là, j'ai eu peur, j'ai dit "explique-moi, explique-moi, c'est parce que c'est risqué"* » (xiv. 135 – 136). Face à cette angoisse, elle a immédiatement appelé sa tante sage-femme à Tambacounda⁹ pour obtenir des explications (xiv. 137 – 138), illustrant comment le réseau familial peut constituer une ressource émotionnelle face à l'incertitude médicale.

Dans l'entretien 7, une participante ayant vécu plusieurs hospitalisations au cours de sa deuxième grossesse en raison d'une hypertension artérielle décrit un suivi médical intense et éprouvant : « *sa deuxième grossesse c'était compliqué, elle a été hospitalisée 3x* » (vii. 111–112). Elle ajoute avoir interpellé les soignants : « *"pourquoi vous m'avez pas dit que j'avais de l'hypertension ?"* » (vii. 212), ceci montre que l'absence d'information claire peut renforcer l'angoisse plus encore que la complication elle-même. Certaines femmes portent également des expériences de perte ou de grossesses difficiles qui marquent durablement leur rapport aux soins. Une participante confie avoir attendu cinq ans après son mariage avant de concevoir. Après une fausse couche survenue à quatre mois de grossesse, elle est tombée sur son lieu de travail au cours de sa seconde gestation, confiant sa crainte : « *j'avais eu peur que y ait un problème* » (xi. 249). Une autre exprime une inquiétude semblable autour de la césarienne, malgré qu'elle y ait eu recours une première fois (xiii. 51 – 61).

En revanche, les femmes décrivent des moments de joies, notamment au moment de l'accouchement et de la naissance. Plusieurs participantes expriment un soulagement et une fierté à l'accouchement : « *j'étais tellement contente* » (viii. 442), « *c'était une expérience magnifique* » (xi. 234), « *j'étais très contente* » (iv. 55), « *Ici, au Sénégal, être enceinte, c'est une fierté. Dans le mariage, c'est une fierté* » (xx. 83). Ces émotions positives sont souvent associées à la présence de proches.

Enfin, la honte constitue une dimension émotionnelle plus silencieuse, évoquée à propos des grossesses hors mariage ou issues de violences. Une mère interrogée explique que certaines jeunes femmes, enceintes à la suite d'un viol ou d'une relation hors mariage, « *[attendent] jusqu'à l'accouchement pour pas que [leurs] parents sachent que [elles étaient] enceintes* » (v. 126 – 127) ou, selon l'infirmière, « *elles se marient avant d'accoucher* » (i. 401). La honte fonctionne ici comme une barrière invisible qui s'ajoute aux obstacles économiques et géographiques déjà documentés.

Ces dimensions corporelles et émotionnelles ne constituent pas un arrière-plan anecdotique des parcours de soins. Elles interviennent dans la perception des soins disponibles : la peur de l'accouchement peut conduire à chercher une structure perçue comme plus sécurisante, quitte à accepter un coût ou une distance plus importants ; la honte peut décourager le recours avant même que les obstacles économiques ou géographiques ne se manifestent ; et les expériences passées de perte ou de complications conditionnent l'évaluation des risques lors des grossesses suivantes. Ces émotions participent ainsi à l'ensemble des arbitrages qui rendent l'offre de soins effectivement mobilisable ou non.

⁹ Tambacounda est une des 14 régions administratives du Sénégal, elle est située à environ 400 kilomètres au sud-est de Dakar.

Discussion

Dans cette discussion, nous mettrons en relation les données empiriques issues des entretiens avec les apports de la littérature scientifique. À partir des entretiens menés, il s'agira de discuter la manière dont l'offre de soins maternels est perçue, évaluée et mobilisée par les femmes au cours de leur parcours de grossesse et d'accouchement. Le cadre conceptuel de l'accès aux soins de Levesque *et al.* (2013) est mobilisé ici comme une grille de lecture transversale. Ce modèle comprend l'accès comme le résultat d'une interaction entre, d'une part, les caractéristiques des services de santé, à savoir leur approchabilité, acceptabilité, disponibilité, accessibilité financière et pertinence et, d'autre part, les capacités des individus à percevoir un besoin de soins, à chercher une prise en charge, à atteindre les services, à payer les coûts associés et à s'engager dans la relation de soin. Il permet ainsi de montrer que l'offre de soins maternels n'est pas seulement perçue à partir de son existence formelle, mais à partir des conditions concrètes qui la rendent identifiable, atteignable, financièrement accessible, acceptable et jugée suffisamment adaptée pour être mobilisée. La discussion sera structurée autour de trois axes : l'accès effectif aux soins, la confiance et l'expérience des soins, puis l'agentivité et les médiations qui structurent les parcours de recours.

1. Accès effectif aux soins maternels

Ce que révèlent en premier lieu les entretiens, c'est moins une ignorance du parcours recommandé qu'une difficulté à le convertir en pratique effective. En reprenant les termes de Levesque *et al.* (2013), l'approchabilité des services semble partiellement assurée : les femmes rencontrées identifient les CPN, les examens biologiques, les échographies et l'accouchement en structure comme des étapes attendues et légitimes. L'infirmière interrogée précise que le protocole appliqué localement prévoit désormais neuf consultations prénatales mensuelles (i.35). Cette évolution s'inscrit plus largement dans le renforcement du suivi prénatal recommandé par l'OMS (2018), qui préconise au moins huit contacts pendant la grossesse. Pourtant, cette capacité à percevoir l'utilité des soins ne garantit pas leur mobilisation effective. Les récits des mères révèlent un décalage persistant entre ce parcours recommandé et sa réalisation effective : certaines femmes décrivent 4 consultations (iv. 92 ; v. 64), d'autres 6 (xv. 56) ou 8 (xi. 117), rarement 9 (xii. 64, xiii. 27, xiv. 90 – 91). Cette variation ne signifie pas seulement que certaines femmes "suivent moins" les recommandations. Elle montre que chaque étape du parcours dépend de conditions concrètes : disponibilité de l'argent, possibilité de se déplacer, coût des examens, soutien du conjoint ou expériences antérieures dans les structures.

Ce constat rejoint Ganle *et al.* (2014), qui montrent, dans le cas ghanéen, que la suppression des frais officiels pour les soins maternels et néonataux ne supprime pas l'ensemble des barrières concrètes rencontrées par les femmes, notamment les coûts indirects, l'éloignement des structures ou l'indisponibilité de certains médicaments. Les données recueillies dans nos entretiens permettent toutefois de préciser ce constat : les obstacles ne se présentent pas séparément mais s'accumulent dans les trajectoires individuelles. Une femme qui sait qu'elle doit faire une échographie ou consulter peut y renoncer parce que son mari n'a pas les moyens, parce que la structure est éloignée, ou parce qu'une expérience antérieure l'a découragée. Trois freins distincts, qui, combinés, rendent le parcours de soins impraticable.

Cette articulation entre coûts, distance et anticipation invite à revisiter le modèle des trois retards de Thaddeus et Maine (1994). Ce cadre analytique distingue trois moments critiques dans les trajectoires de soins obstétricaux : le retard dans la décision de chercher des soins, le retard dans l'accès physique à la structure, et le retard dans la prise en charge médicale une fois la structure atteinte. Les données

recueillies autour de Thiès confirment la pertinence de ce modèle, mais en révèlent une limite : la logique séquentielle qu'il suppose. Avant même le déplacement, la décision de consulter est déjà traversée par l'évaluation du coût du transport, de la disponibilité d'un moyen de déplacement, du temps nécessaire, de la possibilité de mobiliser de l'argent et du soutien du conjoint ou d'un proche. La distance n'est donc pas seulement géographique : elle est aussi économique, logistique et sociale.

De façon plus frappante encore, nos données montrent que le troisième retard peut produire des effets bien en amont du premier par deux mécanismes distincts. Le premier est expérientiel : une mauvaise expérience vécue dans une structure conditionne directement les décisions de recours lors des grossesses ultérieures. Une participante décrit après qu'une sage-femme lui ait signifié de « *reprendre [ses] papiers et partir là où [ça lui] chante* » (xi. 286), qu'elle a choisi de conduire l'intégralité de sa grossesse suivante à Dakar, renonçant aux structures de proximité. Le second mécanisme est réputationnel : des femmes évitent une structure non pas sur la base de leur propre expérience, mais à partir des récits circulant dans leur entourage. Une participante rapporte ainsi ce qu'elle entend autour d'elle : « *"moi, je veux pas aller à l'hôpital régional parce que ces femmes-là sont impolies et te disent certaines choses"* » (xiv. 552 – 554). Dans ce second cas, le troisième retard opère collectivement et par anticipation : c'est l'expérience socialement partagée d'autres femmes qui oriente la décision individuelle de recours, avant même que la structure ait été fréquentée.

Sur notre terrain, le modèle des trois retards gagne donc à être mobilisé de manière dynamique et non linéaire. Les contraintes ne se succèdent pas : elles s'anticipent et se renforcent mutuellement. Le coût du transport pèse sur la décision de partir, la distance rend la gratuité partielle moins effective, et les dysfonctionnements réels ou rapportés du système de soins alimentent une méfiance qui peut décourager le recours avant même qu'il ne soit initié. Les « retards » apparaissent ainsi moins comme des moments séparés que comme un système de contraintes interdépendantes qui sont évaluées simultanément par les femmes et leur entourage.

En outre, cette lecture est renforcée par les données relatives à la gratuité. Loin d'être vécue comme une absence totale de dépenses, la gratuité apparaît dans nos entretiens comme une prise en charge partielle, variable selon les structures, les soins concernés et les situations individuelles. Par exemple, certaines mutuelles prennent en charge les ordonnances, mais la plupart du temps, les analyses, les médicaments, les frais de transport, les tickets d'entrée et les soins du nouveau-né restent à la charge des familles. Comme le montrent Ly *et al.* (2022) au Sénégal, l'assurance maladie communautaire n'a pas d'effet significatif sur l'accès aux soins pour les personnes les plus pauvres, en raison précisément de la persistance de ces coûts résiduels. Debie *et al.* (2025) confirment cette dynamique à l'échelle de l'Afrique de l'Est : les facilitateurs financiers à la santé maternelle voient leur efficacité limitée dès lors que subsistent des coûts médicaux directs, tels que les médicaments, les examens ou les échographies, ainsi que des coûts non médicaux, notamment le transport, l'alimentation, l'hébergement ou les fournitures nécessaires à l'accouchement. Ces coûts résiduels contribuent à limiter l'accès effectif aux soins, en particulier pour les femmes les plus vulnérables.

Ici, notre terrain permet de préciser un mécanisme que la littérature sur les politiques de gratuité aborde de manière plus indirecte : les dépenses de santé interviennent en amont de la consultation, dans la décision même de consulter. L'infirmière nous décrit que certaines femmes préfèrent rester à la maison lorsque la situation financière du ménage est instable, non par méconnaissance du risque, mais par anticipation rationnelle des coûts à venir.

Ainsi, les femmes perçoivent l'offre de soins maternels comme utile et nécessaire, mais elles ne la mobilisent que lorsque celle-ci devient possible. L'accès effectif aux soins autour de Thiès peut être compris comme le résultat d'une série d'arbitrages entre distance, coûts, urgence perçue, qualité anticipée et soutien disponible. La mobilisation de l'offre ne dépend donc pas seulement de la reconnaissance de sa légitimité, mais de la possibilité de la transformer en recours réellement accessible.

2. Confiance et expérience des soins

La perception de l'offre de soins maternels ne se construit pas uniquement à partir de son existence institutionnelle, de sa proximité ou de son coût. Les entretiens montrent qu'elle se construit aussi fortement à partir de l'expérience relationnelle dans les structures. Les femmes évaluent les services selon l'accueil, le respect, l'hygiène, la sécurité, la disponibilité des soignants, mais aussi selon les récits qui circulent dans leur entourage. L'offre de soins n'est donc pas perçue comme un dispositif abstrait : elle est associée à des lieux, à des personnes, à des réputations et à des expériences passées.

Les entretiens confirment ainsi que la confiance envers les structures constitue une dimension centrale du recours. Une structure peut être proche, disponible, officiellement gratuite, et néanmoins être évitée si elle est associée, dans l'expérience ou dans la réputation locale, à un accueil désagréable ou à une prise en charge jugée irrespectueuse. Les dimensions d'acceptabilité et de pertinence proposées par Levesque *et al.* (2013) permettent ici de comprendre que la qualité perçue n'intervient pas seulement après l'accès aux soins : elle conditionne aussi les recours futurs. Les expériences vécues ou racontées participent à rendre certaines structures désirables, évitables ou contournables.

Les récits positifs issus de nos entretiens permettent de saisir ce que les femmes attendent des soignants. Lorsqu'une participante décrit la sage-femme de sa structure comme quelqu'un qui « *discute avec toi, elle parle avec toi, elle te rassure, elle te montre de l'empathie* » (iii. 81 – 84), elle ne décrit pas un service médical mais une relation. La qualité attendue n'est donc pas uniquement technique. Elle est aussi relationnelle, émotionnelle et morale : être rassurée, écoutée, respectée et traitée avec considération participe pleinement à l'évaluation de l'offre de soins par les femmes. Cette dimension relationnelle de la qualité perçue rejoint les analyses d'Ansu-Mensah *et al.* (2020), qui montrent que la perception maternelle de la qualité des soins gratuits est directement liée aux décisions futures d'utilisation des services et à la confiance globale envers le système de santé. Sur les treize études incluses dans leur revue, huit rapportent une perception négative de la qualité, en raison notamment des attitudes irrespectueuses des soignants, des temps d'attente, des ruptures de médicaments et des paiements directs persistants. Ces éléments résonnent avec les entretiens réalisés autour de Thiès, où les femmes ne jugent pas seulement l'offre à partir de son coût, mais aussi à partir des conditions concrètes de la prise en charge.

Les récits négatifs montrent que les expériences de soins peuvent prendre plusieurs formes, allant du mauvais accueil à des situations plus directement violentes. Une femme rapporte par exemple avoir été giflée par une sage-femme au moment de l'accouchement. Ce type de récit ne peut pas être réduit à une simple maladresse relationnelle : il renvoie à des formes de mauvais traitements en structure de santé. La typologie proposée par Bohren *et al.* (2015) permet ici de situer ces expériences dans un cadre plus large. Les autrices distinguent sept domaines de mauvais traitements pendant l'accouchement : les violences physiques, les violences sexuelles, les violences verbales, la stigmatisation et la discrimination, le non-respect des standards professionnels de soins, la mauvaise relation entre femmes et soignants, ainsi que les conditions et les contraintes liées au système de santé.

Cette approche est pertinente par rapport à notre terrain, car elle montre que les expériences négatives ne relèvent pas uniquement de comportements individuels ou d'incidents isolés. Elles peuvent aussi être liées à des conditions plus structurelles, comme le manque de personnel, les pénuries de médicaments, l'insuffisance des infrastructures ou des cultures institutionnelles qui marginalisent les femmes. Ces conditions de prise en charge influencent la confiance accordée aux structures de santé et peuvent orienter le recours aux soins dans le futur. Dans le prolongement de cette lecture, Jewkes et Penn-Kekana (2015) invitent à comprendre ces mauvais traitements comme une dimension des violences faites aux femmes, inscrites dans des rapports de pouvoir entre professionnels de santé et patientes, et plus largement dans des inégalités structurelles de genre.

Notre terrain apporte ici un éclairage supplémentaire : ces expériences ne restent pas individuelles. Elles circulent entre femmes, alimentent des réputations et orientent collectivement les choix de structures. Plusieurs propos recueillis montrent que certaines structures, notamment l'hôpital régional, peuvent être associées à des expériences négatives rapportées par d'autres femmes, en particulier autour de l'accueil et des attitudes du personnel soignant (xiv. 552 – 554). La mauvaise expérience d'une femme devient un signal d'alerte partagé qui peut décourager le recours à une structure. Ce mécanisme montre que l'offre de soins est aussi évaluée à travers des récits sociaux : les femmes ne se fondent pas uniquement sur leur propre expérience, mais aussi sur ce qu'elles entendent d'autres femmes.

Cette circulation des récits joue un rôle important dans la mobilisation de l'offre. Elle peut encourager le recours à certaines structures, en décourager d'autres, ou conduire les femmes à accepter un coût ou une distance supplémentaire pour obtenir une prise en charge jugée plus sûre. Une mère interrogée a choisi une structure privée plus coûteuse au nom de la « *sécurité* », qu'elle définit comme relevant de « *l'hygiène et de l'accueil* » (xv. 367 – 369). Dans ces cas, la confiance supplante la distance et le coût comme déterminant du choix de structure.

Cette capacité de réorientation reste toutefois inégalement distribuée. Toutes les femmes ne disposent pas des mêmes ressources pour éviter une structure jugée peu accueillante, choisir un établissement plus éloigné ou payer une prise en charge privée. C'est ici que les travaux de Faye (2008) et de Vasseur *et al.* (2022) permettent d'approfondir l'analyse. Faye (2008) montre que l'accès aux soins ne dépend pas seulement de l'existence formelle d'une offre sanitaire, mais aussi de la position sociale des patientes, de leurs relations et de leur capacité à ne pas apparaître comme anonymes dans les structures de santé. Les travaux de Vasseur *et al.* (2022) permettent de prolonger cette réflexion en montrant que les soins à l'accouchement peuvent être différenciés selon des marqueurs sociaux attribués aux parturientes : l'âge, la parité, le statut matrimonial, l'apparence, la pauvreté, l'interconnaissance ou encore la manière de supporter la douleur peuvent orienter les attitudes professionnelles. Cette différenciation ne conduit pas nécessairement à des maltraitements, mais elle rappelle que l'accueil, la parole, l'attention et le respect accordés aux femmes sont socialement situés. Il ne s'agit donc pas d'affirmer que les entretiens permettent d'identifier systématiquement les mêmes mécanismes de différenciation que ceux décrits par Vasseur *et al.* (2022). En revanche, ils montrent que les femmes ne sont pas également armées face aux expériences négatives de soin. Celles qui disposent de ressources économiques, relationnelles ou géographiques peuvent davantage contourner une structure dévalorisée ; celles qui en disposent moins risquent de rester dépendantes d'une offre pourtant jugée insatisfaisante.

La confiance envers les structures ne relève donc pas seulement d'une perception individuelle : elle se construit dans des expériences partagées, des réputations locales et des possibilités inégales de

réorientation. Comprendre le recours aux soins maternels suppose dès lors de prendre en compte non seulement la présence et le coût des services, mais aussi les relations de confiance ou de méfiance qui se construisent autour des structures et des professionnels de santé.

3. Décisions de soins négociées

Les entretiens montrent enfin que la mobilisation de l'offre de soins maternels ne relève pas d'un choix individuel. Même lorsque les femmes perçoivent les soins comme nécessaires, leur utilisation des services de santé dépend souvent de ressources détenues ou facilitées par d'autres : l'argent du mari, l'accompagnement d'un membre de la famille, les conseils d'une matrone, l'intervention d'une *Bajenu Gox* ou l'orientation par une connaissance. Mobiliser l'offre suppose donc d'activer un ensemble de relations.

Pour autant, les femmes ne doivent pas être réduites à une position passive. Le terrain met plutôt en évidence leur capacité à composer avec des contraintes multiples, à négocier certaines décisions et à mobiliser les marges d'action dont elles disposent. Cette capacité peut être lue, à la suite de Kabeer (1999), comme une forme d'agentivité exercée sous conditions. De ce point de vue, l'autrice distingue trois dimensions interdépendantes de l'*empowerment* : les *ressources*, l'*agency* et les *achievements*. À partir de cette grille, la question n'est donc pas seulement de savoir qui prend la décision finale, mais de comprendre quelles alternatives sont réellement ouvertes aux femmes. Une femme peut souhaiter consulter sans pouvoir le faire immédiatement, préférer une structure mieux réputée sans avoir les moyens de s'y rendre, ou connaître le parcours recommandé sans disposer des ressources nécessaires pour le suivre entièrement. Dans ces situations, l'absence de recours ne traduit pas nécessairement une absence de volonté ou d'information, mais plutôt une restriction des possibilités concrètes d'action.

Les ressources identifiées dans les entretiens ne sont pas uniquement économiques. L'argent reste central, notamment pour payer le transport, les ordonnances, les examens ou les tickets d'entrée, mais les ressources relationnelles jouent également un rôle important. L'appui du mari, l'accompagnement d'une mère ou d'une belle-mère, le conseil d'une matrone ou la présence d'une connaissance dans une structure peuvent faciliter le recours aux soins. À l'inverse, l'absence de soutien ou la dépendance à l'égard d'un tiers peut retarder la consultation.

Cette lecture permet de préciser la notion de "capacités" proposée par Levesque *et al.* (2013). Dans les parcours étudiés, la capacité à chercher, atteindre ou payer les soins ne dépend pas uniquement de la femme enceinte. Elle repose souvent sur le mari, la famille, les accompagnants, les matrones ou les *Bajenu Gox*. La capacité à payer peut dépendre du conjoint ; la capacité à atteindre les soins suppose parfois un accompagnement ou un transport organisé par l'entourage ; la capacité à chercher les soins est influencée par les conseils reçus, les normes familiales ou les médiations communautaires. Les capacités d'accès apparaissent ainsi comme relationnelles et socialement distribuées.

L'agentivité des femmes apparaît alors dans des formes parfois discrètes. Certaines femmes ne décident pas seules au sens formel, mais elles discutent avec leur mari, sollicitent une aide familiale ou choisissent d'éviter une structure associée à une mauvaise expérience. Plusieurs entretiens montrent ainsi que les femmes, qui prennent l'initiative de consulter, informent leur mari après coup ou cadrent la discussion de manière à obtenir un accord : « *si je pars à l'hôpital, si je reviens, je lui montre mon carnet, je lui dis "ah, le mois prochain, j'ai rendez-vous, demain, je dois acheter ça, je dois faire ça et ça". Après, on discute après, il me dit : "ah, c'est pas grave"* » (xiv. 368 – 370). Ces pratiques montrent

que l'action des femmes ne prend pas toujours la forme d'une décision autonome et explicite. Elle se manifeste plutôt dans des négociations, des ajustements et des stratégies de contournement, à l'intérieur même des relations conjugales et familiales.

Cette analyse permet de dialoguer avec les travaux de Ganle *et al.* (2015), qui montrent, à partir du cas ghanéen, que l'accès aux soins maternels qualifiés est fortement structuré par la décision intrafamiliale, la mobilité des femmes et leur capacité à s'affirmer. Sur notre terrain, lorsque la décision de consulter est évoquée, elle apparaît tantôt comme relevant principalement du mari, tantôt comme discutée au sein du couple et, plus rarement, comme prise principalement par la femme seule. En revanche, le financement des soins reste plus fréquemment associé au mari. Ce décalage entre décision et financement est analytiquement important : il indique que la dépendance observée ne se joue pas uniquement au niveau de la décision finale, mais aussi dans les conditions matérielles de sa mise en œuvre. Une femme peut souhaiter consulter, voire avoir déjà engagé la démarche, tout en dépendant encore de son mari pour payer le transport, les ordonnances ou les examens.

Cette capacité d'action se manifeste aussi dans certains récits autour de la planification familiale, où des femmes prennent des décisions en dehors du regard de leur mari lorsque celui-ci s'y oppose (i. 662 – 664). Ces pratiques de contournement ne doivent pas être interprétées comme une autonomie pleine et entière, mais comme des formes d'agentivité exercées dans les marges des rapports conjugaux. Elles montrent que les femmes peuvent agir, négocier ou contourner certaines contraintes, sans pour autant disposer toujours des ressources nécessaires pour transformer leurs préférences en recours effectif. Cette ambivalence rejoint les constats de Dahab et Sakellariou (2020), dont la revue systématique montre que l'accès aux soins maternels dans les pays africains à faible revenu est limité par une combinaison de barrières économiques, géographiques, familiales et socioculturelles, auxquelles s'ajoutent des problèmes de qualité des soins.

Les médiations communautaires constituent une autre dimension de cette organisation collective des parcours de soins. Les *Bajenu Gox*, les matrones et les relais communautaires n'apparaissent pas seulement comme des acteurs extérieurs au système de santé formel, mais comme des interfaces entre les femmes, les familles et les structures sanitaires. Elles transmettent des informations, rappellent certains rendez-vous, conseillent les femmes, accompagnent parfois les décisions et peuvent, en cas d'urgence, orienter vers les soins formels. Cette fonction rejoint les analyses de MacDonald et Sene Diallo (2019), qui montrent que les interventions de santé maternelle en milieu rural sénégalais ne fonctionnent pas comme des dispositifs techniques isolés, mais comme des assemblages sociaux fondés sur des relations de confiance, des groupes de femmes, des matrones, des soignants et des figures familiales reconnues. Dans leur étude, les matrones et les *Care Groups*¹⁰ participent à la circulation locale des normes biomédicales, mais aussi à leur appropriation pratique par les femmes et leur entourage.

Le terrain nuance toutefois l'image d'une médiation communautaire homogène et systématiquement efficace. La présence et l'engagement des *Bajenu Gox* varient fortement d'un village à l'autre. Dans certains contextes, elles assurent un suivi régulier, prénatal et postnatal, et sont identifiées par les femmes comme des ressources accessibles (vi. 217 ; viii. 295 – 300). Dans d'autres, leur rôle apparaît

¹⁰ Dans l'article de MacDonald et Sene Diallo (2019), les *Care Groups* désignent des groupes communautaires de femmes qui combinent sensibilisation à la santé maternelle, soutien social et épargne collective destinée à couvrir certains frais liés à la grossesse, à l'accouchement et au recours aux soins.

beaucoup plus limité, voire quasi absent, faute de formation, de reconnaissance institutionnelle ou d'engagement local (v. 175 – 178 ; ix. 279 – 282 ; xi. 477 – 485). Cette variabilité montre que les dispositifs communautaires ne produisent pas automatiquement leurs effets : leur efficacité dépend des ressources locales, des dynamiques institutionnelles et des engagements individuels.

Les entretiens dessinent ainsi une réalité ambivalente. L'entourage familial et les médiations communautaires constituent des ressources importantes dans les parcours de soins : ils accompagnent, financent, orientent, conseillent et rassurent. Mais ils peuvent aussi représenter une contrainte lorsque la femme dépend de l'autorisation, de l'argent ou du soutien pratique du conjoint ou de la famille pour accéder aux soins. Les décisions de santé apparaissent donc comme des décisions négociées, situées dans des rapports familiaux et communautaires. Cette lecture permet de dépasser l'opposition entre autonomie et dépendance : les femmes rencontrées ne sont ni pleinement autonomes, ni simplement soumises. Leur agentivité est réelle, mais elle s'exerce sous conditions, selon les ressources disponibles, les soutiens mobilisables et les marges de manœuvre que leur laisse leur entourage.

4. Synthèse transversale : de l'offre disponible au recours effectivement mobilisable

Les trois axes d'analyse développés dans cette discussion convergent vers un même constat : l'accès effectif aux soins maternels ne résulte pas de l'un ou l'autre facteur isolé, mais de leur articulation concrète dans les trajectoires des femmes. La gratuité formelle ne suffit pas à garantir l'accès effectif aux soins lorsque persistent des coûts résiduels, des contraintes de transport et des dépenses anticipées. De même, la confiance envers les structures ne relève pas seulement d'expériences individuelles, mais se construit et se fragilise à travers des récits partagés, des réputations locales et des expériences de prise en charge. Enfin, le rôle de l'entourage familial et communautaire ne peut être réduit à une contrainte : il constitue aussi une ressource, même si cette ressource reste inégalement accessible et peut maintenir les femmes dans une dépendance financière, logistique ou relationnelle.

L'apport de cette recherche ne consiste donc pas dans l'identification isolée de barrières déjà largement documentées par la littérature, telles que les coûts, la distance, la qualité perçue des soins ou le rôle de l'entourage familial. L'intérêt principal est de montrer la manière dont les entretiens permettent de saisir l'articulation concrète de ces dimensions dans des parcours situés. Les femmes rencontrées ne se trouvent pas simplement face à une offre de soins qu'elles utiliseraient ou non ; elles évaluent en permanence les conditions dans lesquelles cette offre peut devenir praticable. La gratuité est appréciée à travers les dépenses qui subsistent : la distance à travers le coût du transport et la disponibilité d'un accompagnement ; la qualité des soins à travers les expériences passées et les récits circulant dans l'entourage ; et l'autonomie décisionnelle à travers les ressources effectivement mobilisables.

Ainsi, les femmes perçoivent globalement l'offre de soins maternels comme utile, légitime et sécurisante, mais elles la mobilisent de manière conditionnelle, négociée et située. L'offre de soins maternels apparaît dès lors moins comme un dispositif simplement disponible que comme une ressource à rendre effectivement mobilisable dans des conditions sociales, économiques et relationnelles concrètes. C'est en ce sens que le terrain autour de Thiès permet de déplacer légèrement l'analyse : il ne s'agit pas seulement de montrer que l'accès aux soins maternels est contraint, mais de comprendre comment ces contraintes sont anticipées, combinées et négociées dans les décisions ordinaires de recours aux soins.

Conclusion

Ce *working paper* s'est intéressé à la manière dont les femmes vivant dans des zones rurales autour de Thiès perçoivent et mobilisent l'offre de soins maternels au cours de leur grossesse et de leur accouchement. L'enquête qualitative montre que le parcours recommandé est globalement connu : les consultations prénatales, les examens, l'échographie et l'accouchement en structure sont identifiés comme des étapes importantes du suivi de grossesse. Les structures de soins sont ainsi perçues comme des lieux de protection, notamment face aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Toutefois, cette reconnaissance ne se traduit pas toujours par un recours régulier, complet ou linéaire aux soins. Les femmes rencontrées composent avec des coûts persistants, des distances parfois importantes, des ruptures de médicaments et des arbitrages financiers au sein du ménage. Leurs décisions de soins ne relèvent donc pas uniquement d'un choix individuel : elles s'inscrivent dans des relations familiales et communautaires où les maris, les proches, les matrones et les *Bajenu Gox* peuvent à la fois faciliter, orienter ou retarder le recours aux soins. Les femmes disposent bien de marges d'action, mais celles-ci restent inégalement distribuées selon les ressources économiques, relationnelles et logistiques dont elles disposent.

Cette recherche comporte toutefois plusieurs limites. Le terrain reste situé dans un nombre restreint de villages ruraux autour de Thiès et ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes vivant en zone rural au Sénégal. Les entretiens ont également été marqués par les conditions concrètes de l'enquête, notamment les médiations nécessaires à l'accès aux villages, la traduction partielle de certains échanges et notre position d'étudiante étrangère réalisant un terrain dans le cadre d'un stage. Ces éléments ne diminuent pas l'intérêt des matériaux recueillis, mais invitent à les comprendre comme des données situées, produites dans une relation d'enquête spécifique.

Plusieurs pistes pourraient prolonger ce travail. La première concerne la place des hommes dans les parcours de soins maternels. Les entretiens montrent que les maris occupent souvent une position centrale dans le financement, l'organisation du transport ou la décision de consulter. Une enquête spécifique auprès d'eux permettrait de mieux comprendre leur rôle, leurs contraintes et leurs représentations de la santé maternelle. Une seconde piste porterait sur les conditions matérielles et organisationnelles des structures de soins, notamment l'accueil, l'hygiène, la disponibilité des médicaments, l'information donnée aux patientes et les mécanismes de plainte. Ces dimensions apparaissent centrales dans la confiance accordée aux structures et mériteraient d'être analysées plus directement.

En définitive, ce *working paper* questionne l'accès aux soins maternels à partir des expériences concrètes des femmes. Améliorer cet accès ne suppose pas seulement d'étendre l'offre ou de renforcer les dispositifs de gratuité, mais aussi de prendre au sérieux les conditions dans lesquelles cette offre devient réellement accessible, acceptable et mobilisable. C'est dans cette attention aux parcours vécus, aux contraintes ordinaires et aux marges d'action des femmes que les politiques de santé maternelle peuvent se rapprocher des besoins auxquels elles entendent répondre.

Bibliographie

Agence de la Couverture Maladie Universelle. (s. d.). *Assistance médicale*. <https://sencsu.sn/>

Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], & ICF. (2023). *Enquête démographique et de Santé continue (Enquête-Continue de 2023)*. ANSD et ICF. https://www.ansd.sn/sites/default/files/202510/EDSC%202023_Rapport%20final_30_Octobre_2025_OK.pdf

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] & ICF International. (2012). *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. ANSD et ICF International. https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Senegal%20DHS%202010-11.pdf

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] & ICF International. (2015). *Sénégal : Enquête démographique et de santé continue (EDS-Continue 2014)*. ANSD et ICF International. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR305/FR305.pdf>

Alenda-Demoutiez, J. (2016). Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal. Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire. [Thèse de doctorat, Université de Lille]. [50374-2016-Alenda.pdf](#)

Ansu-Mensah, M., Udoh, R. H., Tahiru, M., Bawontuo, V., & Kuupiel, D. (2020). Maternal perceptions of the quality of care in the free maternal care policy in sub-Saharan Africa: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 20, Article 911. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05755-9>

Balla, S. (2020). Positionnalité et réflexivité : retour sur quelques incidents ethnographiques sur des terrains du "proche" (Yaoundé) et du "lointain" (Montréal). *ethnographiques.org*, 39. <https://doi.org/10.25667/ethnographiques/2020-39/004>

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), Article e1001847. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001847&type=printable>

Bukamal, H. (2022). Deconstructing insider–outsider researcher positionality. *British Journal of Special Education*, 49(3), 327–349. [10.1111/1467-8578.12426](https://doi.org/10.1111/1467-8578.12426)

Butori, R., Parguel, B. (2010). Les biais de réponse – Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. <https://shs.hal.science/halshs-00636228v1/document>

Centre de recherches pour le développement international (2021), *Les bajenu gox, ces gardiennes de la santé au Sénégal*, <https://idrc-crdi.ca/fr/histoires/les-bajenu-gox-ces-gardiennes-de-la-sante-au-senegal>

Chevalier, F., Stenger, S. (2018). L'observation. Dans F. Chevalier & S. Stenger (dir.), *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 94–107). <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0094>

Dahab, R., & Sakellariou, D. (2020). Barriers to accessing maternal care in low income countries in Africa: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), Article 4292. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124292>

Debie, A., Wilson, A., Bishaw Geremew, A., Roberts, C. T., Wassie, M.M., Stephens, J.H. (2025). Facilitators and barriers of healthcare financing modalities for universal maternal healthcare services in East Africa: A qualitative systematic review. *BMC Health Services Research* <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13010-2>

Deville, C. (2020). Vers la Couverture Santé universelle en Afrique de l'Ouest ? *Revue Quart Monde*. <https://www.revue-quartmonde.org/10027>

Deville, C., Fecher, F., & Poncelet, M. (2018). *Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal*. [Communication présentée à la Rencontre des Études Africaines en France, Marseille, France]. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/226717/1/Les%20mutuelles%20de%20sant%C3%A9%20subventionn%C3%A9es%20comme%20instruments%20de%20la%20CMU%20au%20S%C3%A9n%C3%A9gal.pdf>

Doppagne, M. (2018). *La politique de prise en charge des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale par les mutuelles de santé au Sénégal : recherche socio-anthropologique sur son application auprès des mutuelles de santé du district sanitaire de Thiès*, [mémoire de maîtrise, Université de Liège] MathéO, <http://hdl.handle.net/2268.2/4362>

Dumez. H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (4 - Hiver), pp.47-58. https://hal.science/hal-00657925v1/file/pages_47_A_58_-_Dumez_H._-2011_-_Qu_est-ce_que_la_recherche_qualitative_-_Libellio_vol._7_nA_4.pdf

Dumont, A. (2015). 21. La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique. *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.3661>

Faye, F. M. (2021). *Couverture sanitaire universelle au Sénégal : Évaluation d'impact et analyse des politiques de financement de la santé* [Thèse de doctorat, Université Clermont Auvergne & Université Cheikh Anta Diop]. [Couverture sanitaire universelle au Sénégal : évaluation d'impact et analyse des politiques de financement de la santé - TEL - Thèses en ligne](#)

Faye, P.-M., Dieng, Y.-J., Diagne-Guèye, N.-R., Guèye, M., Bâ, A., Seck, M.-A., Fattah, M., Sow, N.-F., Thiongane, A., Basse, I., Fall, A.-L., Diouf, S., NDiaye, O., Sy-Signaté, H. & Sarr, M. (2016). Problématique des transferts néonataux dans la région de Dakar (Sénégal). *Revue de Médecine Périnatale*, 8, 37-45. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12611-016-0353-4>.

Faye, S. L. (2008). Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Santé*, 18(3), 175–183, <https://urls.fr/c6OPan>

Ganle, J. K., Obeng, B., Segbefia, A. Y., Mwinyuri, V., Yeboah, J. Y., & Baatiema, L. (2015). How intra-familial decision-making affects women's access to, and use of maternal healthcare services in Ghana: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, Article 173. doi: 10.1186/s12884-015-0590-4.

Ganle, J. K., Parker, M., Fitzpatrick, R., & Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, Article 425. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-014-0425-8>

Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01>.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLOS Medicine*, 12(6), Article e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>

Kâ, O., Mbaye, E.-H., Mbacké Leye, M.-M., Faye, A., Tall, A.-B., Gaye, A., Ndiaye, A.-A., Sow, P.-G., Touré, P.-M.-A. et Dia, A.-T. (2016). Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité. *Santé Publique*, 28(1), 91-101. <https://doi.org/10.3917/spub.161.0091>.

Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>

Lejeune C. (2025). Manuel d'analyse qualitative – analyser sans compter ni classer, *Méthodes en sciences humaines*. De Boeck Supérieur.

Leone, T., Cetorelli, V., Neal, S., & Matthews, Z. (2016). Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: A quasi-experimental analysis. *BMJ Open*, 6, Article e009692. [doi:10.1136/bmjopen-2015-009692](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009692)

Levesque, J.-F., Harris, M.F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health*, 12:18 <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>

Ly, M. S., Faye, A., & Ba, M. F. (2022). Impact of community-based health insurance on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures for the poor in Senegal. *BMJ Open*, 12, Article e063035. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/12/e063035.full.pdf>

MacDonald, M. E., & Sene Diallo, G. (2019). Socio-cultural contextual factors that contribute to the uptake of a mobile health intervention to enhance maternal health care in rural Senegal. *Reproductive Health*, 16, Article 141. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0800-z>

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (s. d.). *Couverture maladie universelle*. République du Sénégal. https://www.sante.gouv.sn/grands_dossiers/couverture-maladie-universelle

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (2019). *Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028*. République du Sénégal. [1 MSAS PNDSS 2019 2028 Version Finale.pdf](#)

Ngoa, N. G. B. (2020). Gratuité des soins et utilisation des services de santé maternelle : Une analyse d'impact au Sénégal. *L'Actualité économique*, 96(2), 159-193. <https://www.erudit.org/fr/revues/ae/2020-v96-n2-ae05967/1076510ar.pdf>

Ogundele, O. J., Pavlova, M., & Groot, W. (2020). Inequalities in reproductive health care use in five West-African countries: A decomposition analysis of the wealth-based gaps. *International Journal for Equity in Health*, 19, Article 44. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01167-7>

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain, *Enquête*. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>

Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala.

Olivier de Sardan, J.-P., (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Bruylant-Academia, Louvain-la-Neuve.

Organisation mondiale de la Santé. (2018), *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive : résumé*, Maternal and Child Survival Program, <https://healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/ANC-OverviewBriefer-letter-FR.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Couverture sanitaire universelle*. (CSU) [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 269-357). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr>.

Parotte, C. (2023). *Analyse des politiques publiques* [Notes de cours]. Université de Liège.

Parotte, C. (2024). *Manuel critique de recherche qualitative en sciences politiques et sociales* [Syllabus de cours]. Presses Universitaires de Liège.

Pétonnet, C. (1982). L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien. In: *L'Homme*, tome 22 n°4. Etudes d'anthropologie urbaine. pp. 37-47. <https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323>

Pin, C. (2023). L'entretien semi-directif. Fiche méthodologie n°3 (LIEPP). [L'entretien semi-directif - Sciences Po](#)

- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., de Loenzien, M., Schantz, C., & Dumont, A. (2018). Removing user fees to improve access to caesarean delivery: A quasi-experimental evaluation in western Africa. *BMJ Global Health*, 3, Article e000558. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000558>
- Rothier Bautzer, E., & Troisoefus, A. (2023) De quoi le parcours de soins est-il le nom ?, *Sciences de la société*. <https://doi.org/10.4000/sds.12938>
- Sundström, A., & Stockemer, D. (2022). Measuring Support for Women's Political Leadership: Gender of Interviewer Effects Among African Survey Respondents. *Public opinion quarterly*, 86(3), 668–696. <https://doi.org/10.1093/poq/nfac031>
- Temple, B., & Young, A. (2004). Qualitative research and translation dilemmas. *Qualitative Research*, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468794104044430>
- Testa, M., Livingston, J. A., & VanZile-Tamsen, C. (2011). Advancing the study of violence against women using mixed methods: Integrating qualitative methods into a quantitative research program. *Violence Against Women*, 17(2), 236–250. <https://doi.org/10.1177/1077801210397744>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110. https://mamazur.org/wp-content/uploads/2021/03/Thaddeau_1994_TooFarToWalk.pdf
- Touré, L., Wane, D., Alford, S., & Taylor, R. (2012). *Santé maternelle et néonatale au Sénégal. Succès et défis*. <https://medbox.org/document/sante-maternelle-et-neonatale-au-senegal-succes-et-defis>
- UNICEF. (2025a). *Levels and trends in child mortality: Report 2025*. United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2025/>
- UNICEF. (2025b). *Maternal mortality*. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. <https://unric.org/fr/odd-3/>
- Van campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01>
- Vasseur, P., Kane, H., & Le Grand Fosso, A. (2022). Des soins différenciés aux violences en salle de naissance : Études en Afrique de l'Ouest et du Centre. *Anthropologie & Santé*, 24. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11399>
- World Bank. (2024). *DataBank: Senegal*. <https://data.worldbank.org/country/senegal>

World Bank. (2024). *Saisir l'opportunité : Rapport sur la situation économique au Sénégal, juin 2024*.

World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099061024131049923/pdf/P500482-f1acdf34-6e91-4332-9197-c6fbeb498e07.pdf>

World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>

World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3957b94-cdd5-47d7-85f8-6202be229f8e/content>