

Faculté de santé publique

**Comment des femmes âgées de 24 à 36 ans en
situation de précarité vivent-elles leur
préparation à la maternité ?**

**-Enquête sur le programme des 1000 premiers
jours en Région de Bruxelles-Capitale-**

Mémoire réalisé par :
Laetitia Lacomte

Promoteur :
William D'Hoore
Co-promotrice :
Maëva Famelaer

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur de mémoire, William D'Hoore. Je le remercie sincèrement pour son encadrement, sa patience et sa confiance tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier sincèrement Madame Maëva Famelaer, co-promotrice de ce mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils précieux et ses retours constructifs tout au long de ce travail.

Je remercie aussi Monsieur Pablo Nicaise d'avoir accepté d'être le lecteur de ce travail de fin d'études.

Je souhaite remercier chaleureusement les quinze femmes ayant accepté de participer à cette étude. Par la confiance qu'elles m'ont accordée en partageant une partie de leur vécu, elles ont profondément enrichi ce travail et ont contribué à nourrir ma réflexion ainsi qu'à faire évoluer ma problématique de mémoire.

Un merci tout particulier à mes partenaires d'étude et amies, Gülsen, Hasna, Sarah et Valérie, pour leur présence, leur soutien, leurs encouragements et tous les échanges partagés au fil de cette aventure. Merci pour les moments de doute traversés ensemble, les fous rires, les discussions enrichissantes et cette belle solidarité qui a rendu ce parcours plus léger et plus humain.

Je ne saurai oublier mes filles, Louise et Romane, qui ont été une véritable source de force et de motivation tout au long de ce parcours. Leur amour, leurs encouragements et leur présence m'ont portée dans les moments de doute comme dans les moments de joie. Leur soutien a compté énormément dans l'aboutissement de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier B.M., pour son soutien moral et affectif tout au long de ce parcours. Par sa présence, sa bienveillance, sa confiance en moi et ses encouragements, elle a contribué, de près comme de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain

L'intelligence artificielle

Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, je déclare avoir utilisé de manière ponctuelle des outils d'intelligence artificielle, dans le respect des règles d'intégrité académique. Ces outils ont été mobilisés comme supports rédactionnels, principalement pour la reformulation de phrases, la correction orthographique et l'amélioration de la syntaxe, ainsi que pour aider à formuler des mots-clés et à orienter la recherche de littérature scientifique. Ils ont également été utilisés comme outils de recherche afin d'obtenir rapidement des informations générales sur certains sujets, comme outils de préparation à la rédaction pour aider à structurer certaines parties du travail, comme outils de réflexion en permettant de faire émerger des pistes d'approfondissement, ainsi que ponctuellement comme outils de traduction de textes contextualisés. Les informations proposées ont systématiquement été vérifiées, croisées et validées à partir de sources scientifiques fiables.

J'atteste que l'ensemble des idées, des observations de terrain, des analyses et des conclusions présentées dans ce travail sont issues de ma propre réflexion et de mon expérience. Les contenus générés ont été vérifiés, adaptés et intégrés de manière critique. Aucun outil d'intelligence artificielle n'a été utilisé pour l'analyse des données. L'utilisation de ces outils n'a en aucun cas remplacé mon travail d'analyse ni ma production personnelle.

Je reste pleinement responsable du contenu de ce mémoire.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CADRE THÉORIQUE	3
2.1. Enjeux des 1000 premiers jours	3
2.1.1. Développement de l'enfant durant les 1000 premiers jours.....	3
2.1.2. Vulnérabilités sociales et psychosociales en période périnatale	4
2.1.3. Inégalités sociales en période périnatale.....	4
2.2. Prévention, politiques publiques et communication en santé périnatale	6
2.2.1. Prévention et promotion périnatales	6
2.2.2. Communication et appropriation en santé périnatale.....	7
2.3. Le programme périnatal des 1000 premiers jours	8
2.3.1. Présentation et organisation	8
2.3.2. Outils et dispositifs du programme	9
2.3.3. Mise en œuvre en Région de Bruxelles-Capitale.....	9
2.4. Objectifs de recherche	11
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
3.1. Choix du type d'étude	13
3.2. Echantillonnage	14
3.3. Collecte des données	15
3.4. Déroulement des entretiens	18
3.5. Considérations éthiques	18
3.6. Méthode d'analyse des entretiens.....	18
RÉSULTATS	20
4.1. Présentation de l'échantillon	20
4.2. Description des résultats par catégories	23
4.2.1. Projet de maternité et conditions de réalisation	24
4.2.2. Ressources et accès aux services	26
4.2.3. Interactions avec les services et obstacles au recours	30
4.2.4. Besoins et attentes des participantes en matière d'accompagnement	32
DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	34
5.1. Question de recherche et objectifs de l'étude	34

5.2. Synthèse des résultats	35
5.3. Discussion	37
5.3.1. L'impact des conditions de vie	37
5.3.2. Mobilisation des ressources et conditions d'accès aux services	39
5.3.3. Méfiance et accès aux services.....	41
5.3.4. Enjeux d'accompagnement au regard des besoins exprimés	43
5.3.5. Limites de la recherche	45
5.3.6. Recommandations et perspectives.....	47
 BIBLIOGRAPHIE	 50
 7.1. Annexe 1 : Le fonctionnement et les rôles des outils Born in Belgium Professionals.....	 59
7.2. Annexe 2 : Avis favorable Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire	64
7.3. Annexe 3 : Guide d'entretien	65
7.4. Annexe 4 : Annonce réseaux sociaux	68

Liste des tableaux

Tableau 1 : Scénarios d’accompagnement du programme périnatal des 1000 premiers jours selon les indicateurs de vulnérabilité. Adapté de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI, 2024).

Tableau 2 : Caractéristiques de l’échantillon.

Introduction

La période périnatale¹ constitue un moment clé du parcours de vie, marqué par des enjeux importants en matière de santé maternelle et infantile. À l'échelle internationale, cette période reste associée à des risques pour la santé des mères et des nouveau-nés, y compris dans les pays à hauts revenus, ce qui souligne l'importance d'un accompagnement précoce, coordonné et adapté (Papanicolas et al., 2024 ; Euro-Peristat Project, 2022).

Dans ce contexte, les vulnérabilités psychosociales apparaissent comme un enjeu majeur en raison de leurs répercussions sur la santé maternelle, le développement de l'enfant et l'accès aux soins. En Belgique, environ un enfant sur huit naît dans un contexte de précarité, avec des disparités régionales marquées : cette proportion est estimée à environ 17 % en Wallonie, 21 % en Région de Bruxelles-Capitale et 8 % en Flandre (Guio & Van Lancker, 2023). À ces inégalités sociales s'ajoutent des vulnérabilités psychologiques. En effet, près d'une femme sur cinq présente des troubles de santé mentale au cours de la période périnatale (Howard et Khalifeh, 2017).

Les données issues du CEpiP² confirment également l'importance des déterminants sociaux dans les parcours périnataux. En Région de Bruxelles-Capitale, 15,2 % des mères ont déclaré vivre seules, 63,6 % n'avaient pas suivi d'études supérieures et 36,2 % n'exerçaient pas d'activité professionnelle au moment de l'accouchement (CEpiP, 2024). Ces éléments mettent en évidence l'intérêt d'analyser l'accès aux soins périnataux à la lumière des déterminants sociaux de la santé (Azria, 2015 ; Marmot, 2005 ; Solar & Irwin, 2010).

Les 1000 premiers jours constituent une période de grande vulnérabilité, mais également une fenêtre d'opportunité majeure pour la santé et le développement de l'enfant (Suri et al., 2025 ; Black et al., 2017). Les événements survenant durant cette période peuvent avoir des répercussions durables sur le développement cognitif, psychomoteur et social de l'enfant (WHO, 2014 ; Black et al., 2017 ; Draper et al., 2024).

¹ Selon l'OMS, la période périnatale débute à 22 semaines complètes de gestation (154 jours) et se termine à 7 jours révolus après la naissance (OMS, 1992).

² Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP). Disponible sur : <https://www.cepip.be/>

Cette question apparaît d'autant plus importante que l'organisation des soins périnataux en Belgique soulève des enjeux d'accessibilité, de continuité et de coordination, en particulier pour les publics les plus vulnérables (Devos et al., 2019). La littérature souligne par ailleurs que peu d'études ont exploré le vécu et les perceptions des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale, malgré l'importance de mieux comprendre leurs besoins et leurs expériences (Lognos et al., 2024).

À Bruxelles, l'âge moyen des femmes lors de leur premier accouchement est de 30,7 ans (CEpiP, 2024). Le choix de se concentrer sur les femmes âgées de 24 à 36 ans s'explique par le fait que cette tranche d'âge se situe autour de l'âge moyen observé lors du premier accouchement à Bruxelles. La littérature montre par ailleurs que le report du projet parental peut être lié à des facteurs sociaux, économiques, professionnels ou relationnels, ce qui justifie d'analyser la maternité comme un projet inscrit dans des conditions de vie concrètes (Mills et al., 2011).

Dans ce contexte, ce projet de mémoire porte sur la perception des femmes âgées de 24 à 36 ans, résidant en Région de Bruxelles-Capitale et en projet de première maternité, du programme périnatal interfédéral : « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours ». Ce programme s'inscrit dans le Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés (PIF-SI) et constitue le premier des trois programmes interfédéraux développés en Belgique pour renforcer la continuité et l'équité des soins.

Ce mémoire adopte une approche qualitative et vise à comprendre comment ces femmes vivent leur préparation à la maternité, à travers leurs expériences, leurs représentations et leurs besoins. Il cherche à identifier les ralentisseurs et les ressources qui influencent l'accès et le recours aux services dans un contexte de vulnérabilité sociale, afin d'apporter des éléments utiles à l'adaptation des politiques périnatales.

Cadre théorique

Ce premier chapitre consiste à établir un état de la littérature actuelle à partir de publications scientifiques et institutionnelles en lien avec le sujet étudié. Dans un premier temps, nous aborderons les enjeux liés à la période des 1000 premiers jours. Dans un second temps, nous examinerons les vulnérabilités sociales et les inégalités sociales de santé pouvant influencer cette période. Ensuite, nous nous intéresserons à la prévention, aux politiques publiques et aux enjeux de communication en santé périnatale, avant de présenter le programme des 1000 premiers jours. Enfin, sur base de ces apports théoriques, nous concluons ce chapitre en formulant nos objectifs et notre question de recherche.

2.1. Enjeux des 1000 premiers jours

2.1.1. Développement de l'enfant durant les 1000 premiers jours

Les 1000 premiers jours représentent une phase déterminante du développement humain, largement reconnue comme une période critique pour la santé et le développement à long terme (Black et al., 2017 ; Brines et al., 2022). Cette période s'avère fondamentale pour la santé, le développement, l'épanouissement et le bien-être futur de l'enfant. Il s'agit d'une étape de développement accéléré durant laquelle le cerveau, l'organisme et le système immunitaire connaissent une maturation particulièrement significative. Ceci met en évidence l'importance de cette phase pour le développement des aptitudes cognitives, éducatives, ainsi que pour l'évolution sociale et affective (Britto et al., 2017).

Cette croissance rapide rend l'enfant particulièrement sensible, tant sur le plan physique que mental. L'environnement exerce une influence déterminante : un cadre sûr, stable et soutenant, un environnement matériel adéquat, une nutrition appropriée ainsi que des interactions de qualité avec les parents ou les proches contribuent à un développement optimal (Draper et al., 2024). À l'inverse, des déterminants sociaux défavorables tels que la pauvreté, l'insécurité, la violence ou la précarité peuvent entraver la capacité des familles à soutenir ce développement et entraîner des répercussions négatives à long terme (Marmot, 2005 ; Solar et Irwin, 2010). Dans cette perspective, un investissement précoce au cours de cette période apparaît essentiel pour améliorer la santé et le bien-être futurs (Heckman et Carneiro, 2003).

2.1.2. Vulnérabilités sociales et psychosociales en période périnatale

Au cours de la période périnatale, les vulnérabilités psychosociales sont fréquentes et exercent une influence significative sur la santé maternelle et le développement de l'enfant (Amuli et al., 2021). Dans ce travail, les vulnérabilités psychosociales renvoient à l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, relationnels et psychologiques susceptibles d'affecter le bien-être de la mère et de l'enfant, ainsi que leur accès aux ressources de soins et de soutien (Azria, 2015).

Les inégalités sociales de santé apparaissent dès la grossesse et influencent les risques périnataux, notamment à travers les conditions matérielles de vie, le niveau d'éducation, l'isolement social ou encore l'accès aux services (Simoncic et al., 2022). En Belgique, ces enjeux se traduisent par des disparités importantes, particulièrement à Bruxelles où une proportion notable de naissances survient dans un contexte de précarité (Guio et Van Lancker, 2023 ; CEpiP, 2024).

Ces vulnérabilités sociales peuvent se combiner à des vulnérabilités psychologiques. En effet, les troubles de santé mentale durant la période périnatale concernent une proportion importante de femmes, particulièrement en termes de dépression et d'anxiété, et peuvent fragiliser le vécu de la grossesse, la relation aux services et les possibilités de soutien (Howard et Khalifeh, 2017 ; Smythe et al., 2022). Le suicide maternel représente également une part manifeste de la mortalité périnatale dans des pays comparables (MBRRACE-UK, 2015).

Dans le cadre de notre étude, ces vulnérabilités sont essentielles à considérer, car elles peuvent influencer la manière dont les femmes se projettent dans la maternité, accèdent aux services et mobilisent les ressources disponibles.

2.1.3. Inégalités sociales en période périnatale

Les travaux du Centre fédéral d'expertise des soins de santé relatifs au parcours prénatal et à l'organisation des soins après l'accouchement (Benahmed et al., 2019 ; KCE, 2014) mettent en évidence plusieurs lacunes dans l'organisation des soins. En effet, les besoins en matière de soins des femmes enceintes, des enfants et de leurs familles ne sont pas systématiquement couverts. Une proportion non négligeable de femmes bénéficie d'un suivi prénatal insuffisant, voire inexistant, ou y accède de manière tardive. Ces retards sont particulièrement

préjudiciables pour les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale, pour lesquelles une absence ou une insuffisance de suivi augmente les risques pour la santé maternelle et néonatale (Kapaya et al., 2015 ; Crequit et al., 2023).

Le KCE³ souligne également l'existence d'un « vide de soins », notamment depuis la réduction de la durée de séjour en maternité au cours de la période postnatale immédiate. Or, cette phase constitue un moment crucial pour la santé de la mère et du nouveau-né, nécessitant un accompagnement adapté et continu.

Ces constats mettent en évidence des inégalités d'accès et de continuité des soins. En Belgique, près de 4 % des femmes enceintes ne bénéficient pas du nombre minimal recommandé de consultations prénatales, et environ 3 % n'ont aucun contact avec un professionnel de santé durant les vingt premières semaines de grossesse (SPF Santé Publique, 2024). Les femmes en situation de vulnérabilité sont particulièrement concernées par ces retards d'accès aux soins.

L'ensemble de ces éléments souligne la nécessité de renforcer les mesures de prévention et de soutien durant la période périnatale, période où les premières inégalités de santé apparaissent. Le Plan Santé Bruxellois met en évidence qu'une intervention précoce et adaptée auprès des femmes en situation de vulnérabilité est associée à de meilleurs résultats, tant pour la mère que pour l'enfant (COCOM, 2019).

Ces constats plaident en faveur du développement de dispositifs de soutien continus, coordonnés et adaptés aux besoins des familles, tout au long de la période périnatale. Ils mettent en évidence l'importance d'une approche globale et intégrée, permettant d'agir à la fois sur les dimensions médicales, sociales et psychosociales.

Dans le cadre de notre étude, ces éléments soulignent l'importance d'analyser l'accès aux services périnataux non seulement en termes d'offre, mais également à partir des conditions de vie des femmes, qui influencent leur recours aux soins et leur parcours de maternité. Ils permettent aussi de comprendre l'importance des dispositifs d'accompagnement proposés

³ Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://socialsecurity.belgium.be/fr/reseau/centre-federal-dexpertise-des-soins-de-sante-kce>

durant les 1000 premiers jours, ainsi que les enjeux liés à leur accessibilité et à leur appropriation par les femmes.

2.2. Prévention, politiques publiques et communication en santé périnatale

2.2.1. Prévention et promotion périnatales

Le début de la vie constitue une période particulièrement propice à la mise en place d'une approche globale et préventive. Selon les travaux de Heckman et Carneiro (2003), plus une intervention est mise en œuvre précocement dans le cycle de vie, plus son impact est important en termes de développement des compétences, de bien-être et de trajectoires sociales. L'investissement précoce contribue non seulement au développement de l'enfant, mais peut également participer à la réduction des inégalités sociales de santé, les bénéfices apparaissant souvent plus importants chez les enfants issus de milieux défavorisés (Heckman, 2006 ; Moore et al., 2015 ; Magnuson & Duncan, 2016).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les soins prénatals constituent « une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage et le diagnostic, et la prévention des maladies [...] [et] offrent l'opportunité de communiquer avec les femmes enceintes, les familles et les communautés » (OMS, 2016).

La grossesse constitue une période déterminante pour la santé de la mère et de l'enfant à naître, nécessitant des interventions continues et coordonnées afin d'améliorer les résultats périnataux et de soutenir le bien-être des femmes. Dans cette perspective, la prévention périnatale comprend à la fois des interventions médicales et des actions visant à promouvoir un environnement favorable, telles que l'accès à une information claire et adaptée, le soutien social, la réduction du stress et le repérage précoce des vulnérabilités psychosociales.

Les inégalités sociales influencent de manière significative les issues de la grossesse. Certaines études montrent que des approches globales, incluant un soutien psychosocial, un accès facilité aux soins ainsi qu'une coordination interdisciplinaire, sont nécessaires pour réduire ces inégalités dès la période périnatale (Simoncic et al., 2022 ; Benahmed et al., 2019).

Dans une perspective de parcours de vie, le développement de l'enfant durant les 1000 premiers jours est étroitement lié à l'état de santé maternel, aux conditions de vie et de travail ainsi qu'aux caractéristiques de l'environnement dans lequel évoluent les familles. Comme le soulignent Simoncic et al. (2022), les déterminants sociaux, qu'ils soient individuels, familiaux ou contextuels, influencent les issues de grossesse et la santé de l'enfant dès la période intra-utérine. Les auteurs mettent également en évidence que les inégalités sociales de santé se construisent à travers différents mécanismes structurels et intermédiaires, soulignant ainsi l'importance de politiques publiques et de dispositifs d'accompagnement capables d'agir de manière continue sur les conditions de vie, l'accès aux ressources et le soutien apporté aux familles au-delà de la seule période périnatale.

2.2.2. Communication et appropriation en santé périnatale

Le programme des 1000 premiers jours ne se limite pas à un ensemble de prestations, mais s'inscrit dans une logique de coordination et de communication en santé visant à structurer le parcours périnatal. Il s'adresse à la fois aux femmes, à leur entourage et aux professionnels, dans un contexte où l'organisation des soins peut apparaître complexe pour les usagers.

Dans le cadre du programme des 1000 premiers jours, différents outils (brochures, plateforme numérique, consultations) permettent de diffuser des messages de santé cohérents et fondés sur des données scientifiques. Ces dispositifs visent à améliorer la compréhension des enjeux périnataux et à soutenir les femmes dans leur prise de décision, en favorisant une information accessible et adaptée.

Le développement de la plateforme Born in Belgium Professionals⁴ (BiB), les concertations multidisciplinaires et les consultations personnalisées participent à structurer la communication entre les acteurs du soin et du social. Cette coordination favorise l'émergence d'un langage commun et contribue à limiter le risque de messages contradictoires, facilitant ainsi la compréhension du parcours de soins et l'appropriation des recommandations.

Les outils et dispositifs développés dans le cadre du programme, dont Born in Belgium Professionals, seront présentés plus en détail dans la section 2.3.2 consacrée aux outils et dispositifs du programme.

⁴ <https://borninbelgiumpro.be/fr/>

Dans une perspective de santé publique, ces dispositifs contribuent également au renforcement de la littératie en santé, entendue comme la capacité à accéder, comprendre et utiliser les informations relatives à la santé (Nutbeam et Lloyd, 2021). En rendant ces informations plus accessibles et adaptées aux contextes de vie, ils peuvent également participer à la réduction des inégalités sociales de santé et soutenir les publics en situation de vulnérabilité (Schillinger, 2020).

Dans le cadre de notre étude, ces enjeux sont centraux, car la manière dont les femmes comprennent, interprètent et s'approprient les messages de santé influence directement leur accès aux services, leur recours aux soins et leur expérience de la préparation à la maternité.

2.3. Le programme périnatal des 1000 premiers jours

2.3.1. Présentation et organisation

Le programme de soins périnataux des 1000 premiers jours s'inscrit dans le cadre du Plan interfédéral Soins intégrés, issu d'un protocole d'accord signé entre l'autorité fédérale et les entités fédérées le 8 novembre 2023. Ce plan vise le développement d'une politique plus durable et mieux coordonnée en matière de soins intégrés, notamment par le renforcement de la continuité des soins et de l'accompagnement en Belgique (INAMI, 2024).

Il constitue l'un des trois domaines prioritaires identifiés dans ce cadre, aux côtés des personnes vulnérables et de la prise en charge de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Ce programme cible spécifiquement les femmes enceintes, leurs enfants et leur entourage, depuis la conception jusqu'aux deux premières années de vie de l'enfant, période reconnue comme déterminante pour le développement et la santé à long terme (INAMI, 2025).

L'objectif du programme est d'organiser un parcours d'accompagnement structuré, continu et coordonné, en s'appuyant à la fois sur des dispositifs existants et sur de nouvelles prestations. Il vise à améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement, en particulier pour les femmes confrontées à des vulnérabilités psychosociales, et à renforcer la cohérence des interventions entre les différents acteurs de la santé et du social (INAMI, 2024).

Dans cette perspective, le programme repose sur une logique de soins intégrés impliquant une collaboration renforcée entre les professionnels, une articulation entre les différents niveaux d'intervention (micro, méso et macro) ainsi qu'une attention particulière portée à la continuité

du parcours. Il s'agit moins de créer de nouveaux dispositifs que de structurer et coordonner les pratiques existantes afin de limiter les ruptures de suivi et de favoriser une prise en charge globale des besoins des familles (INAMI, 2024).

Concrètement, le programme s'organise autour de quatre prestations principales : le dépistage des vulnérabilités psychosociales, les consultations prénatales personnalisées, la coordination des soins et de l'aide, ainsi que la concertation multidisciplinaire. Ces prestations visent à améliorer l'identification précoce des besoins, à renforcer la coordination entre les acteurs et à soutenir l'orientation vers les ressources disponibles.

L'organisation du programme repose ainsi sur une articulation entre les acteurs du soin et du social, favorisant une approche globale des situations rencontrées et un accompagnement adapté aux besoins des femmes et de leurs familles.

2.3.2. Outils et dispositifs du programme

La plateforme numérique Born in Belgium Professionals (BiB) constitue un outil central du programme périnatal des 1000 premiers jours. Développée à partir de l'outil initial « Born in Brussels », elle vise à soutenir les professionnels de la santé et du secteur social dans l'identification précoce des situations à risque sur le plan psychosocial au cours de la grossesse.

BiB permet un repérage structuré des situations rencontrées et facilite la coordination des soins et de l'accompagnement grâce à un partage sécurisé des informations entre les différents intervenants, dans le respect du consentement et de la vie privée des femmes enceintes. Elle contribue ainsi à renforcer la continuité du parcours de soins et à orienter de manière plus adaptée les femmes et leur entourage vers les ressources disponibles.

Les modalités de fonctionnement détaillées de la plateforme BiB, les indicateurs de vulnérabilité psychosociale ainsi que les différents scénarios d'accompagnement sont présentés dans l'annexe 1.

2.3.3. Mise en œuvre en Région de Bruxelles-Capitale

Les travaux internationaux soulignent que l'efficacité des interventions menées durant les 1000 premiers jours repose non seulement sur leur fondement scientifique, mais également sur leurs modalités de mise en œuvre au sein des systèmes de santé et d'action sociale. Ils mettent en évidence l'importance d'approches coordonnées et multisectorielles intégrant les

dimensions de santé, de développement et de soutien aux familles dès la période périnatale (Britto et al., 2017 ; WHO et al., 2018).

La mise en œuvre de ces interventions suppose également une coordination intersectorielle, le renforcement des capacités des systèmes ainsi que des partenariats avec les communautés et les familles afin de favoriser leur intégration dans les structures existantes et leur durabilité (Nores et Fernandez, 2018).

Ces constats soulignent l'importance de développer des programmes capables de traduire ces connaissances en actions concrètes, adaptées aux réalités des territoires et aux besoins des familles. L'objectif est de favoriser un parcours de soins accessible, continu et coordonné.

Dans cette perspective, le programme belge des 1000 premiers jours s'inscrit dans une logique de soins intégrés et de coordination entre les secteurs de la santé et du social. Bien qu'il relève d'un cadre interfédéral et soit déployé à l'échelle nationale, son implémentation varie selon les régions en fonction des organisations institutionnelles et des dynamiques locales.

Dans le cadre de cette recherche, une attention particulière est portée à la Région de Bruxelles-Capitale, qui constitue le terrain de l'étude.

À Bruxelles, l'implémentation du programme périnatal des 1000 premiers jours s'inscrit dans un paysage institutionnel caractérisé par une densité d'acteurs, une gouvernance territorialisée et une volonté de coordination renforcée entre les secteurs de la santé et du social.

À partir de 2024, le programme périnatal est progressivement déployé au sein des cinq bassins d'aide et de soins de la Région bruxelloise. La méthodologie adoptée est volontairement progressive et ancrée dans le territoire : chaque bassin collabore avec les acteurs de terrain (hôpitaux, maisons médicales, sages-femmes, ONE⁵/K&G⁶, associations et services sociaux) afin d'adapter le programme aux particularités locales et de développer des modalités opérationnelles communes.

⁵ ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance. <https://www.one.be/public/>

⁶ K&G :Kind en Gezin. <https://www.kindengezin.be/nl>

En septembre 2024, une nouvelle étape débute avec la mise en application concrète du programme. À partir de cette date, les prestataires agréés peuvent facturer quatre nouveaux types d'actes : le dépistage BiB, les consultations périnatales individualisées, ainsi que la coordination et la concertation multidisciplinaires.

Au cours de la période 2024-2025, la mise en œuvre du programme gagne en intensité. La formation des professionnels à l'outil BiB et aux nouvelles prestations se déploie progressivement, tandis que les liens entre les hôpitaux, la première ligne et les secteurs sociaux se consolident. Dans ce contexte, les cinq zones bruxelloises mettent en place des circuits de collaboration, expérimentent différents outils d'orientation et organisent des réunions régulières afin d'identifier les obstacles rencontrés, d'ajuster les partenariats et d'optimiser les procédures.

Afin de soutenir la mise en œuvre du programme en Région de Bruxelles-Capitale, Brusano⁷ a publié en mai 2025 un rapport consacré à l'offre de soutien et d'accompagnement en périnatalité. Ce document propose une cartographie des acteurs et des services disponibles ainsi que des repères opérationnels destinés à accompagner les professionnels dans leur pratique. Élaboré progressivement en collaboration avec les bassins d'aide et de soins, il s'inscrit dans une logique d'amélioration continue du dispositif (Brusano, 2025).

La période 2025-2026 est consacrée à la consolidation du programme, notamment par la stabilisation des partenariats, la simplification des parcours d'orientation et la poursuite des ajustements nécessaires à son déploiement et à son fonctionnement.

2.4. Objectifs de recherche

Le cadre théorique a permis de mettre en évidence plusieurs constats. Tout d'abord, la littérature souligne l'importance de la période des 1000 premiers jours pour la santé et le développement de l'enfant, ainsi que l'intérêt d'interventions précoces et coordonnées durant la période périnatale. Elle met également en évidence le rôle des déterminants sociaux de la santé et des vulnérabilités psychosociales dans les parcours de maternité, notamment à travers les conditions de vie, l'accès aux soins, le soutien social et les inégalités sociales de santé.

⁷Brusano : organisation bruxelloise qui soutient la coordination des soins et de l'aide en Région de Bruxelles-Capitale. <https://www.brusano.brussels/>

Par ailleurs, les travaux relatifs à la santé périnatale montrent que certaines femmes rencontrent des difficultés d'accès aux services et aux ressources disponibles, particulièrement dans les contextes de vulnérabilité. Dans cette perspective, le programme interfédéral des 1000 premiers jours vise à renforcer la coordination des soins et l'accompagnement des femmes et de leurs familles.

Ces constats ont conduit à définir différents objectifs de recherche. Dans un premier temps, cette étude vise à explorer la manière dont des femmes en projet de première maternité vivent leur préparation à la maternité. Dans un second temps, elle cherche à comprendre les conditions d'accès aux services et les difficultés éventuellement rencontrées au cours de cette période. Ensuite, elle vise à analyser la manière dont les femmes mobilisent les ressources disponibles, qu'elles soient formelles, informelles ou communautaires. Enfin, l'étude cherche à examiner ces expériences au regard du programme interfédéral des 1000 premiers jours et des enjeux d'accompagnement qui y sont associés.

La question de recherche est la suivante :

« Comment des femmes âgées de 24 à 36 ans en situation de précarité vivent-elles leur préparation à la maternité ? ».

-Enquête sur le programme des 1000 premiers jours en Région de Bruxelles-Capitale-

Matériel et méthode

Dans ce chapitre, nous présentons la démarche méthodologique mise en œuvre afin de répondre à la question de recherche énoncée précédemment.

Ce mémoire s'inscrit dans une approche qualitative centrée sur l'expérience de femmes âgées de 24 à 36 ans, résidant en Région de Bruxelles-Capitale et en projet de maternité.

L'objectif de notre étude est d'explorer leur expérience concrète de la préparation à la maternité, à travers leurs interactions avec les services, les dispositifs et les acteurs impliqués dans l'offre périnatale. Une attention particulière est portée à l'accessibilité des services, à la qualité perçue des accompagnements, à la prise en compte des dimensions sociales et de santé, ainsi qu'à la continuité des parcours.

Notre étude s'intéresse également aux ressources communautaires et aux réseaux sociaux, qu'ils soient formels et informels, mobilisés dans le cadre de ce projet.

Le programme des 1000 premiers jours est mobilisé comme cadre contextuel et analytique, permettant d'éclairer les expériences recueillies, sans supposer une connaissance explicite de celui-ci par les participantes.

3.1. Choix du type d'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'adopter une approche qualitative. Ce choix méthodologique nous permet de recueillir des données sur les expériences vécues et les parcours de femmes âgées de 24 à 36 ans, résidant en Région de Bruxelles-Capitale et en projet de maternité.

Cette approche apparaît particulièrement adaptée à l'objet de l'étude, dans la mesure où elle permet d'explorer la manière dont les participantes vivent leur préparation à la maternité, leurs interactions avec les services, ainsi que les ressources qu'elles mobilisent dans ce contexte, en offrant une compréhension approfondie des expériences et des perceptions des individus dans leur environnement (Tenny et al., 2022).

L'unité d'analyse repose sur les expériences de femmes en projet de maternité, en particulier dans des contextes caractérisés par des inégalités sociales de santé, ainsi que sur les ressources qu'elles mobilisent. Nous nous intéressons à la manière dont ces femmes perçoivent, vivent et organisent leur préparation à la maternité, notamment à travers leurs interactions avec les services, les dispositifs et leur environnement social.

Afin de recueillir ces données, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif (cf. annexe 3).

Celui-ci est structuré en plusieurs parties. Il se divise comme suit :

- « Introduction : cette partie permet d'établir un premier contact avec la participante et de présenter le contexte de l'étude. De plus, avant de commencer chaque entretien semi-directif, nous avons systématiquement sollicité le consentement des participantes pour l'enregistrement audio »
- « Situation personnelle et contexte de vie »
- « Émergence du projet de maternité »
- « Représentations et ressentis autour de la maternité »
- « Préparation à la maternité et premières démarches envisagées »
- « Ressources professionnelles et formelles »
- « Ressources informelles et environnement social »
- « Soutien, continuité et sécurité dans l'accompagnement »
- « Vision d'un accompagnement idéal »
- « Clôture de l'entretien et ouverture sur le programme des 1000 premiers jours »

L'ensemble de ce dispositif permet de prendre en compte la complexité des situations et des trajectoires, en intégrant les dimensions sociales, relationnelles et institutionnelles dans lesquelles s'inscrivent les projets de maternité.

3.2. Echantillonnage

Dans le cadre de cette recherche, la taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance. Cette étude étant de nature exploratoire, la collecte des données s'inscrit dans une logique de saturation, correspondant au moment où les nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations significativement différentes, mais viennent plutôt confirmer ou affiner les

éléments déjà identifiés. La taille de l'échantillon demeure limitée, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population concernée.

La population cible de notre étude est constituée de femmes âgées de 24 à 36 ans, résidant en Région de Bruxelles-Capitale et se percevant comme étant en projet de première maternité. La tranche d'âge retenue s'appuie sur des données épidémiologiques indiquant un âge moyen de 30,7 ans pour les mères primipares à Bruxelles (CEpiP, 2024), et permet de couvrir une diversité de situations autour de cette moyenne. De légères déviations concernant la nulliparité ont été tolérées au cas par cas en fonction de l'intérêt de la parole des participantes. Dans une approche territoriale, nous avons orienté le recrutement vers des territoires présentant des indicateurs socio-économiques moins favorables. Ce repérage s'est appuyé sur des données produites par l'IBSA (Institut bruxellois de statistique et d'analyse, 2024), telles que le revenu médian des ménages ou la proportion de personnes bénéficiant du statut BIM⁸. Ces indicateurs permettent d'objectiver les inégalités sociales de santé à l'échelle du territoire, en écho aux travaux de Marmot (2005) sur le gradient social de santé, sans recourir à une catégorisation individuelle des participantes, et s'inscrivent dans une approche des déterminants sociaux de la santé telle que développée par Solar et Irwin (2010).

Les critères d'inclusion de l'étude sont :

- Être une femme âgée de 24 à 36 ans
- Résider en Région de Bruxelles-Capitale
- Se percevoir comme étant en projet de première maternité
- Vivre une situation de précarité ou de vulnérabilité sociale, matérielle ou résidentielle

Les critères d'exclusion de notre étude concernent les femmes ne répondant pas à ces éléments, notamment celles ne résidant pas en Région de Bruxelles-Capitale ou ne se trouvant pas en projet de maternité au moment de l'entretien.

3.3. Collecte des données

Le recrutement des participantes pour cette étude s'est appuyé sur plusieurs canaux complémentaires, afin d'atteindre un public diversifié de femmes en projet de maternité résidant en Région de Bruxelles-Capitale

⁸ BIM : bénéficiaire de l'intervention majorée

Concrètement, nous avons réalisé ce recrutement via trois canaux principaux : la salle de consommation à moindre risque⁹ (SCMR Gate), qui a permis de recruter la majorité des participantes (n = 12), un groupe Facebook intitulé « Paiement CPAS, Article 60, Mutuelle, Chômage » (n = 2), ainsi qu'un groupe Hoplr, réseau social de voisinage (n = 1).

Dans le cadre du recrutement au sein de la SCMR Gate, nous avons établi une prise de contact préalable avec le coordinateur de la structure. Un contact antérieur, dans le cadre d'un stage, a facilité cette démarche. Le recrutement s'est déroulé lors d'ateliers hebdomadaires « Espace Femmes », organisés au sein de la structure et rassemblant un public féminin régulier. À ces occasions, nous nous rendions sur place afin de présenter la recherche aux participantes présentes. Les femmes intéressées pouvaient se proposer spontanément pour participer à l'entretien. Certaines, déjà en contact avec la chercheuse, ont également manifesté leur intérêt de manière spontanée.

Par ailleurs, nous avons diffusé des annonces d'appel à participation (cf. Annexe 4) sur les réseaux sociaux mentionnés. Aucun matériel n'a été mis en place. Le message de recrutement, que nous avons élaboré, présentait de manière concise l'objectif de l'étude, les critères d'éligibilité et les modalités pratiques pour entrer en contact. Les femmes intéressées pouvaient se manifester spontanément, soit par courrier électronique, soit via un message privé. Aucune sollicitation individuelle ou ciblée n'a été réalisée.

Avant chaque entretien, nous avons transmis aux participantes les informations relatives à l'étude, afin qu'elles puissent prendre une décision libre et éclairée quant à leur participation. Celle-ci reposait sur un consentement éclairé, avec la possibilité de se retirer à tout moment, sans justification.

Bien que le recrutement ait été principalement orienté vers certains contextes socio-économiques, l'inclusion d'une participante recrutée via un réseau de voisinage local a permis d'introduire un élément de contraste au sein de l'échantillon.

Dans un second temps, nous avons appuyé la collecte des données sur la réalisation d'entretiens qualitatifs semi-directifs. Ce choix méthodologique nous a permis de recueillir

⁹ <http://fr.transitasbl.be/scmr-gate/>

des récits riches, nuancés et ancrés dans l'expérience vécue des participantes, tout en leur laissant une liberté d'expression quant à la manière de relater leur parcours et leur projet de maternité.

Les entretiens ont été conduits à partir d'un guide composé de questions ouvertes, organisé autour de thématiques larges en lien avec la question de recherche. Ces thématiques portaient notamment sur l'émergence du projet de maternité, les premières démarches envisagées ou entreprises pour s'y préparer, les interactions avec les services et les professionnels de santé, ainsi que les ressources mobilisées, qu'elles soient formelles (professionnels, dispositifs) ou informelles (entourage, réseau social).

L'objectif n'était pas d'interroger directement l'opinion des participantes sur le programme des 1000 premiers jours, mais d'explorer leur expérience concrète dans un contexte où ce programme structure l'offre périnatale.

Nous avons conçu un guide d'entretien visant à assurer une cohérence entre les différents entretiens, tout en laissant une marge de souplesse suffisante pour s'adapter au rythme et au parcours singulier de chaque participante. L'ordre des questions n'était pas strictement prédéfini et pouvait être ajusté en fonction du déroulement de l'échange.

Dans une logique itérative propre à la recherche qualitative, le guide a été ajusté progressivement au cours de la collecte, certains thèmes étant approfondis au fil des entretiens en fonction des éléments émergents, tout en conservant une structure globale cohérente.

Avec l'accord des participantes, les entretiens ont été enregistrés en format audio afin de permettre une retranscription fidèle des échanges. Dans un cas, une participante n'a pas souhaité être enregistrée ; l'entretien a alors été consigné sous forme de notes prises manuellement.

Enfin, nous avons anonymisé les données, notamment par l'attribution de codes aux participantes, afin de garantir leur confidentialité.

3.4. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels ont débuté le 27 mars 2026 et se sont achevés le 17 avril 2026. Ils ont tous été conduits en suivant le guide d'entretien établi préalablement. La majorité des entretiens ont eu lieu en présentiel, à l'exception de deux, qui se sont déroulés par téléphone. Quatorze entretiens sur quinze ont été enregistrés, avec l'accord préalable des participantes.

3.5. Considérations éthiques

Notre étude a été soumise au Comité d'Éthique Hospitalo Facultaire de l'UCLouvain¹⁰ (CEHF), qui a estimé qu'un avis formel n'était pas requis au regard de la nature de la recherche (cf. annexe 2).

L'ensemble de la démarche a néanmoins été conduit dans le respect des principes éthiques en vigueur, notamment en ce qui concerne l'information des participantes, leur consentement et la protection de leurs données.

Avant chaque entretien, les participantes ont été informées des objectifs de l'étude et des modalités de participation. Leur participation reposait sur un consentement libre et éclairé, avec la possibilité de se retirer à tout moment sans justification.

Nous avons veillé à garantir la confidentialité des données recueillies conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi qu'à la législation belge en vigueur (loi du 30 juillet 2018). Chaque participante s'est vu attribuer un code (P1, P2, etc.) afin de garantir son anonymat.

Les retranscriptions des entretiens ne sont pas jointes au présent mémoire, mais peuvent être consultées sur demande motivée auprès de l'autrice.

3.6. Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse des données s'est appuyée sur une approche thématique inductive, visant à faire émerger des thèmes à partir des discours des participantes, en lien avec la question de recherche.

¹⁰ <https://www.saintluc.be/fr/comite-dethique-cehf>

Les entretiens ont été retranscrits intégralement pour de préserver la richesse des propos. Une première lecture du corpus a permis d'en dégager une compréhension globale. Un codage inductif a ensuite été réalisé, consistant à identifier des unités de sens pertinentes, puis à les regrouper en catégories et en thèmes, élaborés directement à partir des données, sans grille préétablie (Paillé et Mucchielli, 2012).

L'analyse s'est inscrite dans un processus itératif, marqué par des allers-retours entre les données et les thèmes émergents, permettant d'affiner progressivement l'interprétation. Les thèmes ont été construits à partir de la comparaison des données entre les entretiens.

Une attention particulière a été portée à la rigueur analytique, notamment par des lectures répétées du corpus, la confrontation des interprétations aux données, ainsi que la recherche d'éléments dissonants.

Des extraits de discours (verbatim) ont été sélectionnés afin d'illustrer les résultats, tout en respectant l'anonymat des participantes.

Enfin, une posture réflexive a été adoptée tout au long de l'analyse, pour de prendre en compte l'influence potentielle du positionnement de la chercheuse sur l'interprétation des données.

Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats issus de l'analyse des 15 entretiens réalisés auprès de femmes en projet de maternité résidant en Région de Bruxelles-Capitale.

Dans un premier temps, nous proposons une brève description de l'échantillon, afin de situer les participantes au regard de leur parcours et de leur contexte de vie.

Dans un second temps, les résultats sont présentés de manière thématique, à partir des catégories émergentes issues de l'analyse inductive des données. Ces thématiques permettent de mettre en lumière les expériences vécues par les participantes, les ressources mobilisées ainsi que les obstacles rencontrés dans la préparation à la maternité.

Chaque thème est illustré par des extraits de discours (verbatim), que nous avons sélectionnés afin de rendre compte de manière fidèle des propos des participantes, tout en respectant leur anonymat.

4.1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon final analysé se compose de 15 participantes, âgées de 26 à 36 ans, ayant leur lieu de vie en Région de Bruxelles-Capitale et se percevant comme étant en projet de maternité.

Les participantes présentent une diversité de parcours et de situations de vie. La majorité a été recrutée au sein de la salle de consommation à moindre risque (Gate), ce qui a permis d'inclure des femmes évoluant dans des contextes de vie marqués par des contraintes psychosociales et sanitaires. Plusieurs participantes se trouvent notamment dans des situations caractérisées par une instabilité du logement, des ressources financières limitées, ainsi que des parcours de vie parfois marqués par des ruptures, des expériences de violence ou des situations d'isolement social.

Par ailleurs, certaines participantes présentent des parcours migratoires, ayant quitté leur pays d'origine pour s'installer en Belgique. Ces trajectoires peuvent influencer leur accès aux ressources, leur connaissance du système de soins ainsi que leur expérience de la préparation à la maternité.

En complément, quelques participantes ont été recrutées via des réseaux sociaux (groupe Facebook et réseau de voisinage Hoplr), permettant d'introduire des profils présentant des situations plus diversifiées et d'apporter un contraste au sein de l'échantillon.

Bien que les critères d'inclusion aient initialement ciblé des femmes se percevant comme étant en projet de première maternité, nous avons choisi de maintenir certaines participantes ayant déjà vécu une grossesse dans l'analyse, en raison de leur vécu subjectif de la maternité, notamment lorsque celui-ci ne correspondait pas à une expérience pleinement vécue.

Cette diversité de situations nous permet d'explorer différentes expériences de préparation à la maternité, en fonction des contextes de vie, des ressources disponibles et des trajectoires individuelles.

Tableau 2 : « Caractéristiques de l'échantillon »

Le tableau 2 ci-dessous présente les principales caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'étude.

L'échantillon est composé de femmes âgées de 26 à 36 ans, avec une moyenne d'âge d'environ 32 ans. Toutes les participantes s'identifient comme femmes.

En ce qui concerne le statut résidentiel, l'échantillon se caractérise par une forte précarité. La majorité des participantes sont sans chez-soi, tandis que d'autres vivent dans des conditions instables, telles que des squats, des hébergements chez des proches ou des logements précaires.

Sur le plan socio-économique, les participantes disposent majoritairement de ressources limitées, reposant principalement sur le revenu d'intégration sociale, l'absence de revenus ou, dans certains cas, des indemnités liées à une situation de santé. Une participante se distingue toutefois par une situation financière plus stable liée à un emploi.

Pour respecter l'anonymat, chaque participante s'est vu attribuer un code alphanumérique (P1 à P15), utilisé tout au long de l'analyse.

Participant	Age	Statut résidentiel	Revenus	Réseau social	Particularité	Recrutement
P1	35 ans	Hébergement d'urgence	RIS ¹¹	Entourage limité	1 enfant placé	Gate
P2	32 ans	Sans chez-soi	/	Isolée		Gate
P3	35 ans	Sans chez-soi	RIS	Isolée	Parcours migratoire	Gate
P4	29 ans	Hébergement d'urgence	RIS	Isolée	3 enfants placés	Gate
P5	35 ans	Hébergement d'urgence	ARR ¹²	Isolée		Gate
P6	26 ans	Sans chez-soi	/	Isolée		Gate
P7	28 ans	Sans chez-soi	RIS	Isolée	1 enfant placé	Gate
P8	31 ans	Squat	/	Isolée	1 enfant placé	Gate
P9	35 ans	Sans chez-soi	RIS	Isolée		Gate
P10	36 ans	Sans chez-soi	ARR	Isolée	Parcours migratoire	Gate
P11	26 ans	Sans chez-soi	/	Isolée	Parcours migratoire	Gate
P12	36 ans	Sans chez-soi	RIS	Isolée	Parcours migratoire	Gate
P13	26 ans	Hébergement familiale	RIS	Entourage présent		Réseau social Facebook
P14	34 ans	Collocation	RIS	Isolée	Parcours migratoire	Réseau social Facebook
P15	32 ans	Propriétaire de son logement	Revenus stables	Entourage présent		Réseau de voisinage Hoplr

Outre les caractéristiques sociodémographiques, l'échantillon se caractérise par la présence de multiples facteurs de vulnérabilité susceptibles d'influencer le vécu du projet de maternité.

¹¹ RIS revenu d'intégration sociale

¹² ARR allocation de remplacement de revenus

La majorité des participantes se trouvent en situation d'instabilité résidentielle, plusieurs étant sans chez-soi ou vivant dans des conditions précaires (squat, hébergement d'urgence, hébergement familial). Sur le plan socio-économique, une grande partie des participantes dépend de ressources limitées, telles que le revenu d'intégration sociale ou l'absence de revenus, tandis que certaines bénéficient d'indemnités liées à une situation de santé.

Par ailleurs, de nombreuses participantes présentent un isolement social marqué, caractérisé par l'absence ou la fragilité du soutien de l'entourage. Certaines trajectoires sont également marquées par des expériences de violences, des problématiques de santé physique ou mentale, de consommation de substances, ainsi que des parcours migratoires pour certaines d'entre elles.

Ces conditions peuvent constituer des freins à l'accès aux ressources en périnatalité. L'intégration de ces facteurs permet de mieux comprendre la diversité des situations vécues par les participantes.

4.2. Description des résultats par catégories

Dans cette partie, nous présentons les résultats issus des entretiens selon une organisation thématique, construite à partir de l'analyse inductive des données.

Dans un premier temps, nous examinons le projet de maternité des participantes, ainsi que les conditions qu'elles estiment nécessaires à sa réalisation.

Nous analysons ensuite les ressources mobilisées dans la préparation à la maternité, qu'elles soient formelles, à travers les professionnels et les dispositifs existants, ou informelles, via l'entourage et les réseaux sociaux.

Dans un troisième temps, nous nous intéressons aux interactions des participantes avec les services et les professionnels de santé, en mettant en évidence les expériences vécues ainsi que les perceptions associées.

Nous abordons ensuite les obstacles à l'accès aux services et au recours à l'aide, en lien avec les contextes de vie, les parcours individuels et les représentations des institutions.

Enfin, nous présentons les besoins et attentes exprimés par les participantes en matière d'accompagnement, permettant d'identifier des pistes d'amélioration des dispositifs existants.

4.2.1. Projet de maternité et conditions de réalisation

Dans cette première partie, nous présentons l'émergence du projet de maternité chez les participantes, ainsi que les conditions qu'elles estiment nécessaires à sa réalisation.

Émergence du projet de maternité

Les entretiens mettent en évidence une diversité de situations quant à l'émergence du désir d'enfant.

Pour certaines participantes, ce désir semble présent de longue date et s'inscrit dans une continuité de leur parcours de vie.

« [...] J'ai toujours eu envie d'avoir un enfant, ça n'a jamais vraiment commencé, ça a toujours été là. » (P12)

Pour d'autres participantes, le désir de maternité apparaît de manière plus progressive et s'inscrit dans un moment particulier de leur trajectoire de vie.

« [...] Pas depuis toujours. Enfin, je me disais toujours “ plus tard, plus tard”. Mais maintenant je me dis pourquoi pas... » (P13)

Certaines participantes évoquent également des expériences antérieures de maternité vécues comme incomplètes ou interrompues, notamment en lien avec des situations de placement d'enfant. Ces expériences marquent durablement leur rapport à la maternité et influencent leurs projections. Malgré cela, plusieurs participantes continuent à se percevoir dans une première expérience maternelle.

« [...] J'ai déjà été enceinte avant, mais ma fille m'a été retirée. De ce fait, je considère ne pas avoir réellement vécu une maternité. » (P7)

« [...] J'ai déjà vécu une grossesse qui s'est terminée par un retrait de mon enfant à la naissance [...] aujourd'hui, je ne le vois plus. » (P1)

Conditions de réalisation

Au-delà du désir d'enfant, les participantes insistent sur les conditions nécessaires à la réalisation de leur projet de maternité. La notion de stabilité apparaît comme centrale dans les discours.

Pour certaines participantes, cette stabilité apparaît déjà partiellement présente, particulièrement à travers un emploi stable, un logement, une relation de couple sécurisante et un entourage soutenant.

« [...] Le fait d'avoir une stabilité financière, un logement, un couple solide et un bon réseau de soutien. Je me sens globalement prête et en confiance. » (P15)

Cette stabilité est d'abord évoquée en termes de logement et, plus largement, de conditions matérielles.

« [...] D'abord retrouver une stabilité. Avoir un appartement. Retrouver un travail. » (P8)

Elle est également associée à des dimensions de santé, notamment en lien avec l'arrêt ou la diminution des consommations.

« [...] Dans la situation dans laquelle je suis, pour moi ce serait criminel. [...] Il faudrait que j'arrête totalement la consommation. » (P2)

Ce verbatim met en évidence que l'état de santé et les consommations constituent des éléments centraux dans la réflexion des participantes. La maternité est ainsi envisagée comme un projet conditionné, dont la réalisation dépend étroitement des conditions matérielles, de l'état de santé et du contexte relationnel des participantes. Ces éléments montrent que la maternité n'est généralement pas envisagée à la légère par les participantes, qui expriment le souhait de réunir certaines conditions avant de devenir mères.

La question de la stabilité relationnelle est par ailleurs mentionnée, plusieurs participantes soulignant l'importance d'un environnement affectif sécurisant.

« [...] Je dois d'abord me sortir de mes problèmes avant de tomber enceinte pour pas que ce soit ma mère qui gère tout. » (P4)

Ce verbatim met en évidence que la maternité est pensée en lien avec une capacité à assumer un rôle parental de manière autonome. Les participantes expriment ainsi le besoin d'un cadre relationnel et personnel suffisamment stable pour pouvoir accueillir un enfant.

Dans l'ensemble, ces éléments montrent que la maternité est envisagée comme un projet conditionné, dont la réalisation dépend étroitement des conditions matérielles, de l'état de santé et du contexte relationnel des participantes.

4.2.2. Ressources et accès aux services

Dans cette deuxième partie, nous analysons les ressources mobilisées par les participantes dans la préparation à la maternité, ainsi que les conditions d'accès à ces ressources. Nous distinguons les ressources informelles, communautaires et formelles, qui jouent un rôle central dans leurs parcours. Nous mettons également en évidence les obstacles rencontrés dans leur mobilisation, notamment en lien avec les conditions de vie, les représentations des institutions et les expériences vécues. Enfin, nous examinons les stratégies mises en place par les participantes pour faire face à ces difficultés et accéder, malgré tout, à un accompagnement mettant en lumière les dynamiques de recours et de non-recours aux services.

Les ressources informelles

Les participantes mobilisent en premier lieu des ressources informelles dans leur préparation à la maternité. L'entourage proche, qu'il s'agisse du partenaire, de la famille ou des proches, constitue un premier point d'appui, bien que ce soutien soit très variable selon les situations.

Pour certaines participantes, l'entourage joue un rôle de soutien important, spécialement à travers la présence de la famille.

« [...] Ma mère, mon père et ma sœur. Ils m'aident, ils m'accompagnent. » (P2)

Une participante décrit également un entourage familial, affectif et social fortement mobilisable, perçu comme une ressource importante dans la préparation à la maternité.

« [...] Mon compagnon et ma mère sont très importants. Je peux facilement me tourner vers eux pour poser des questions. » (P15)

Cependant, ce soutien n'est pas homogène. Certaines participantes évoquent un entourage prêt à apporter un soutien ponctuel, tout en exprimant certaines réserves quant à l'implication quotidienne que représenterait l'arrivée d'un enfant.

« [...] Elle m'a dit qu'elle serait heureuse si j'avais encore un enfant mais qu'elle ne voulait pas de 4^e sur le dos [...] je sais que ma mère pourrait m'aider de temps en temps [...] » (P4)

Par ailleurs, plusieurs participantes évoquent une situation d'isolement important, marquée par l'absence de soutien familial ou social, ce qui limite fortement le recours à ces ressources informelles.

« [...] Je suis seule ici. Je n'ai pas de famille proche ni vraiment d'amis en Belgique. » (P3)

Certaines participantes soulignent aussi que leur entourage est physiquement éloigné, ce qui réduit les possibilités de soutien concret au quotidien.

« [...] Ma famille est à l'étranger [...] donc elle n'est pas proche de moi. » (P14)

Dans ce contexte, cet éloignement limite concrètement les possibilités de mobilisation effective de l'entourage.

Enfin, dans d'autres situations, l'entourage est présent mais peu mobilisé en raison d'un manque de confiance ou de craintes liées au jugement ou à une éventuelle intervention.

« Ma sœur et ma belle-mère voudront placer le bébé, donc si je tombe enceinte, je ne leur dis pas. » (P1)

Ces éléments montrent que le recours aux ressources informelles est fortement conditionné par la qualité des relations sociales et par les trajectoires de vie, pouvant aller du soutien structurant à un isolement marqué.

Les ressources communautaires

Les participantes mobilisent également des ressources communautaires dans leur préparation à la maternité. Ces ressources prennent la forme de structures d'accueil, de lieux de vie ou d'espaces collectifs permettant de créer du lien social et de rompre l'isolement.

Pour certaines participantes, ces espaces constituent avant tout un lieu de rencontre et de soutien entre femmes, favorisant les échanges et le sentiment de ne pas être seule.

« [...] Ici je me sens moins seule, on me comprend, ça me rassure de venir à Gate. » (P3)

Ces espaces permettent des moments de partage informels et constituent des lieux d'échange entre femmes, privilégiant le sentiment d'appartenance et la rupture de l'isolement.

Ces ressources apparaissent ainsi comme des espaces intermédiaires entre l'isolement vécu dans le quotidien et les services plus institutionnels. Elles offrent un cadre perçu comme plus accessible, moins formel et davantage sécurisant.

Cependant, toutes les participantes n'y ont pas recours ou n'en ont pas connaissance. Certaines expriment une absence de liens avec d'autres femmes ou un isolement persistant malgré la présence de ces structures.

« [...] Non. Je suis seule et puis je ne m'entends pas avec les autres femmes [...] » (P6)

Dans l'ensemble, les ressources communautaires jouent un rôle important dans le soutien émotionnel, le partage d'expériences et la création de lien social, en particulier pour les participantes en situation d'isolement ou de vulnérabilité, mais leur mobilisation reste inégale selon les participantes. Elles peuvent ainsi constituer une porte d'entrée vers les services plus formels, bien que cette fonction ne soit pas systématique.

Les ressources formelles

Les participantes mobilisent également des ressources formelles dans leur préparation à la maternité. Celles-ci renvoient principalement aux professionnels de santé, aux services sociaux et aux institutions, tels que les hôpitaux, les maisons médicales, le CPAS¹³ ou encore l'ONE¹⁴.

¹³ Centre Public d'Action Sociale

¹⁴ Office de la Naissance et de l'Enfance

Pour plusieurs participantes, les professionnels de santé constituent un point de référence central, en particulier le gynécologue, perçu comme un interlocuteur clé dans le suivi d'une grossesse.

« [...] Le gynécologue déjà, ça c'est sûr. » (P1)

De manière plus large, certaines participantes envisagent un accompagnement pluridisciplinaire, incluant différents professionnels.

« [...] Une sage-femme, une assistante sociale, quelqu'un qui puisse m'accompagner aux rendez-vous. » (P3)

Les services sociaux, notamment le CPAS, apparaissent également comme des ressources importantes, en particulier pour les participantes en situation de précarité. Ils sont perçus comme des lieux d'aide concrète et d'accompagnement administratif.

« [...] Je suis aussi suivie par une assistante sociale du CPAS [...] elle comprend ma situation. » (P3)

Cependant, le recours à ces ressources formelles est parfois limité par des ralentisseurs importants, notamment la peur d'être jugée ou stigmatisée par les institutions et les professionnels.

« [...] J'ai peur qu'on me juge [...] qu'on utilise tout contre moi. » (P1)

Cette crainte est fréquemment associée à la peur du placement de l'enfant, vécu par certaines participantes comme une menace importante ou une forme de dépossession.

« [...] On m'a demandé de quitter l'hôpital [...] aujourd'hui je ne le vois plus [...] j'ai peur qu'on me vole mon bébé. » (P1)

Ce ressenti constitue un frein majeur au recours aux dispositifs d'accompagnement et participe à des situations de non-recours aux services.

Certaines participantes évoquent également des difficultés d'accès plus concrètes, liées à leur situation de vie.

« [...] Parfois je n'y vais pas car mes affaires ne sont pas surveillées [...] » (P3)

Enfin, le manque d'information sur les dispositifs existants constitue un frein supplémentaire. Plusieurs participantes déclarent ne pas connaître certains programmes ou structures d'accompagnement.

« [...] Non, jamais entendu parler. » (P2)

Dans l'ensemble, les ressources formelles apparaissent comme essentielles dans l'accompagnement à la maternité, mais leur mobilisation reste conditionnée par des enjeux de confiance, d'accessibilité et d'information, révélant des inégalités d'accès et des situations de non-recours chez certaines participantes.

4.2.3. Interactions avec les services et obstacles au recours

Les interactions avec les services et les professionnels de santé occupent une place centrale dans la préparation à la maternité des participantes. Ces interactions influencent directement le recours aux dispositifs d'accompagnement, voire leur non-recours. Elles apparaissent fortement marquées par des expériences contrastées, mêlant à la fois des relations de confiance, des craintes importantes, des contraintes matérielles et des situations de non-recours.

Pour certaines participantes, la relation avec les professionnels peut constituer un véritable soutien. Lorsque les professionnels adoptent une posture perçue comme bienveillante et respectueuse, cela favorise le sentiment de sécurité et encourage le recours aux services.

*« [...] Les professionnels sont gentils, humains et respectueux. Je m'y sens bien accueillie. »
(P8)*

Cette qualité relationnelle apparaît comme un élément central dans l'engagement des participantes, en particulier dans des parcours marqués par des expériences de vie difficiles.

À l'inverse, plusieurs participantes expriment une forte méfiance vis-à-vis des services, souvent liée à des expériences passées ou à la crainte d'être jugées ou stigmatisées par les institutions.

« [...] Franchement, tant que je suis encore dans le crack, rentrer dans le système de soins classique, ça me fait peur [...] j'ai peur qu'on me juge, qu'on note tout, qu'on utilise tout contre moi. » (P1)

Cette crainte s'inscrit fréquemment dans des expériences vécues ou observées, contribuant à renforcer un sentiment d'insécurité et de méfiance face aux institutions.

« [...] Les femmes enceintes n'y vont pas car c'est trop tard pour elles, on va leur prendre le bébé, alors elles restent en rue. » (P4)

Ces éléments traduisent une méfiance importante envers les institutions, qui peut être alimentée par des expériences antérieures, par les conditions de vie des participantes ainsi que, dans certains cas, par des contextes de vulnérabilité psychique ou de consommation.

Les conditions de vie des participantes constituent également un obstacle majeur dans leurs interactions avec les services. L'instabilité résidentielle, la vie à la rue ou l'absence de sécurité matérielle rendent difficile la participation aux rendez-vous et la continuité du suivi.

« [...] Je dois aller chez eux, ils ne viennent pas à la rue [...] parfois je n'y vais pas car mes affaires ne sont pas surveillées [...] » (P3)

Ce verbatim met en évidence une réalité concrète : l'accès aux soins suppose des conditions minimales de stabilité, qui ne sont pas réunies pour toutes les participantes.

D'autres obstacles structurels, tels que la langue ou le manque d'adaptation des services, peuvent ainsi freiner les interactions.

« [...] La langue est mon plus gros problème [...] parfois on ne me comprend pas [...] alors je laisse tomber. » (P3)

Ces difficultés linguistiques constituent également un frein à la continuité du suivi.

À l'inverse, certaines participantes estiment ne pas avoir besoin d'un accompagnement supplémentaire, en raison d'un entourage soutenant et d'un suivi médical déjà bien établi.

« [...] Je ne vois pas forcément ce que cela m'apporterait en plus de mon entourage et de mon suivi médical. » (P15)

Enfin, certaines participantes se trouvent dans des situations de non-recours, liées à l'isolement, au découragement ou à un sentiment d'exclusion des dispositifs.

« [...] Je suppose que je suis trop loin pour en bénéficier [...] dans le crack, et puis j'ai pas d'adresse, je dors dehors. » (P6)

Ce sentiment d'être « trop loin » des dispositifs semble renvoyer à un cumul de facteurs, tels que la consommation, l'absence de logement stable et des conditions de vie très précaires, qui contribuent à un sentiment d'éloignement vis-à-vis des services.

Ces différents éléments mettent en évidence des freins importants au recours aux services. Ils permettent également de mieux comprendre les attentes exprimées par les participantes en matière d'accompagnement, présentées dans la partie suivante.

4.2.4. Besoins et attentes des participantes en matière d'accompagnement

Dans ce contexte, les participantes expriment différents besoins et attentes en matière d'accompagnement dans leur préparation à la maternité. Ces attentes concernent à la fois la nature du suivi, la relation avec les professionnels et les modalités d'accès aux services. Elles reflètent souvent un décalage entre les dispositifs existants et les réalités.

Plusieurs participantes expriment le besoin d'un accompagnement continu, stable et personnalisé. La continuité des intervenants apparaît comme un élément central, permettant d'éviter de devoir répéter sans cesse leur histoire et de promouvoir une relation de confiance.

« [...] D'aide. Mais surtout de quelqu'un qui soit vraiment là, du début à la fin de la grossesse, pas changer tout le temps de personne. C'est bien quand ce sont toujours les

mêmes personnes, ils nous connaissent, il ne faut pas à chaque fois tout répéter et recommencer son histoire, c'est usant... » (P5)

Certaines participantes soulignent la difficulté de se déplacer ou de s'inscrire dans des dispositifs nécessitant des démarches actives. Elles expriment ainsi le besoin de services plus accessibles, voire de dispositifs allant directement vers elles.

« [...] Je dois aller chez eux, ils ne viennent pas à la rue [...] » (P3)

Ce type de discours met en évidence l'importance de modalités d'accompagnement plus souples, adaptées aux réalités des participantes.

La qualité de la relation avec les professionnels apparaît également comme un élément central. Plusieurs participantes insistent sur l'importance d'un accompagnement sans jugement, centré sur l'aide plutôt que sur la sanction ou la moralisation.

« [...] Être prise en charge par un centre qui ne juge pas ce que je fais et qui me conseille au lieu de me faire la morale. » (P11)

Dans certains cas, ces attentes sont directement influencées par des expériences antérieures négatives avec les institutions, notamment des situations de retrait de l'enfant à la naissance, qui renforcent le besoin d'un accompagnement perçu comme sécurisant et non menaçant.

Enfin, certaines participantes expriment des difficultés à entreprendre seules des démarches administratives ou de soins, et mettent en avant le besoin d'un accompagnement plus actif, incluant un soutien concret.

« [...] Faire la démarche seule est très difficile. Alors j'abandonne. » (P5)

Ce besoin souligne l'importance de dispositifs d'accompagnement proactifs, capables d'aller vers les participantes et de les soutenir concrètement dans leurs démarches, particulièrement dans des contextes de grande vulnérabilité. Ces attentes font écho aux objectifs du programme des 1000 premiers jours, qui vise à proposer un accompagnement plus coordonné, continu et adapté aux besoins des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale

Discussion, conclusion et perspectives

Dans ce dernier chapitre, nous rappelons brièvement les objectifs de l'étude. Nous présentons ensuite une synthèse des principaux résultats obtenus. Nous poursuivons par une interprétation de ces résultats, en les examinant à la lumière du cadre théorique, spécialement en lien avec les enjeux du programme interfédéral des 1000 premiers jours, les déterminants sociaux de la santé et les questions d'accès aux services.

Nous cherchons ainsi à mieux comprendre comment les expériences vécues par les participantes, dans leur préparation à leur maternité, notamment, en termes de parcours de vie, de vulnérabilités, de ressources disponibles et de relations aux institutions, —s'inscrivent ou non— dans les objectifs du programme interfédéral.

Une attention particulière sera également portée aux dynamiques de recours ou de non-recours aux services, ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'influencer la confiance envers les dispositifs d'accompagnement.

Dans un second temps, nous présentons les forces et les limites de cette recherche. Enfin, nous concluons ce travail en proposant des pistes d'amélioration des dispositifs d'accompagnement, ainsi que des perspectives pour de futures recherches.

5.1. Question de recherche et objectifs de l'étude

Pour rappel, notre étude porte sur la question de recherche suivante :

« Comment des femmes âgées de 24 à 36 ans en situation de précarité vivent-elles leur préparation à la maternité ? »

-Enquête sur le programme des 1000 premiers jours en Région de Bruxelles-Capitale-

Afin de répondre à cette question, nous avons défini plusieurs objectifs de recherche.

Tout d'abord, nous visons à comprendre la manière dont ces femmes vivent et construisent leur préparation à la maternité, en amont d'une première maternité.

Ensuite, nous cherchons à analyser les ressources mobilisées dans ce cadre, qu'il s'agisse des ressources formelles, informelles ou communautaires, ainsi que les modalités d'accès aux services et les obstacles éventuels rencontrés.

Enfin, nous explorons les représentations, les attentes et les besoins exprimés par les participantes en matière d'accompagnement, en lien avec leurs expériences et leurs interactions avec les dispositifs existants, afin de mieux comprendre dans quelle mesure ces expériences s'inscrivent — ou non — dans les objectifs du programme des 1000 premiers jours.

Dans ce cadre, bien que la recherche ait initialement ciblé des femmes nullipares, certaines participantes ayant déjà vécu une grossesse ont été maintenues dans l'analyse, dans la mesure où leur vécu subjectif ne correspondait pas à une expérience de maternité pleinement vécue.

5.2. Synthèse des résultats

Les résultats de notre étude mettent en évidence une grande diversité dans la manière dont les participantes envisagent leur préparation à la maternité.

Même si la majorité des participantes vit dans des situations de grande précarité, certaines disposent d'un environnement plus stable, que ce soit au niveau du logement, des ressources financières ou du soutien de l'entourage. Cette diversité permet de mieux saisir les différentes façons de vivre et de préparer un projet de maternité.

Dans une première partie, les résultats montrent que le désir d'enfant occupe une place variable dans les trajectoires des participantes. Pour certaines, il est présent depuis longtemps, tandis que pour d'autres, il apparaît plus récemment, en lien avec leur situation personnelle ou relationnelle.

Cependant, au-delà de ce désir, la maternité est largement perçue comme un projet conditionné. Les participantes insistent sur l'importance de certaines conditions préalables, spécialement en termes de logement, de stabilité financière, de santé et d'environnement relationnel. Ces éléments apparaissent comme indispensables avant d'envisager concrètement une grossesse, ce qui peut conduire à un report du projet. Les résultats montrent également que certaines expériences antérieures de maternité, notamment marquées par des situations de

retrait de l'enfant, influencent durablement les représentations et les projections des participantes vis-à-vis d'une nouvelle grossesse.

Dans une deuxième partie, les résultats montrent que les participantes mobilisent différentes ressources dans leur préparation à la maternité. Les ressources informelles, telles que la famille, le partenaire ou les proches, constituent un premier soutien, bien que leur disponibilité soit très variable. Certaines participantes bénéficient d'un accompagnement important, tandis que d'autres évoquent des situations d'isolement ou des relations plus distantes.

Les ressources communautaires jouent également un rôle, notamment en permettant de rompre l'isolement et de créer du lien social, même si leur mobilisation reste inégale selon les situations.

Enfin, les ressources formelles, telles que les services et les professionnels de santé, occupent une place importante mais ambivalente dans les parcours des participantes, à la fois comme sources de soutien et comme objets de méfiance, pouvant limiter leur mobilisation.

Dans une troisième partie, les résultats mettent en évidence que les interactions avec les services sont marquées par des expériences contrastées. Certaines participantes décrivent une relation de confiance avec les professionnels, tandis que d'autres expriment des craintes liées au jugement, à la confidentialité ou à un risque perçu d'intervention, notamment en lien avec le placement de l'enfant. Ces éléments peuvent ralentir le recours aux services, voire conduire à des stratégies d'évitement.

La peur du placement de l'enfant apparaît comme un élément central structurant le rapport aux institutions, influençant fortement les décisions de recours ou de non-recours aux services.

Par ailleurs, plusieurs obstacles concrets à l'accès aux services ont été identifiés, notamment en lien avec les conditions de vie des participantes. L'absence de logement stable, les difficultés matérielles ou encore certaines barrières pratiques limitent leur capacité à se rendre aux rendez-vous et à bénéficier d'un suivi régulier. Dans certains cas, ces obstacles s'accompagnent de situations de non-recours, liées à un sentiment d'exclusion ou à une difficulté à se percevoir comme légitime à demander de l'aide, mettant en évidence des inégalités d'accès aux services. Malgré ces difficultés, les discours des participantes

témoignent souvent d'une réflexion nuancée et d'une forte conscience des responsabilités liées à la maternité.

Enfin, dans une quatrième partie, les participantes expriment des attentes claires en matière d'accompagnement. Elles insistent notamment sur l'importance d'un suivi continu, stable et personnalisé, ainsi que sur la nécessité d'un accompagnement accessible et adapté à leurs réalités de vie. La qualité de la relation avec les professionnels, en particulier le non-jugement et l'écoute, apparaît comme un élément central pour favoriser le recours aux services, et comme une condition essentielle à l'instauration d'un climat de confiance avec les institutions.

5.3. Discussion

5.3.1. L'impact des conditions de vie

Les résultats mettent en évidence que le projet de maternité des participantes est fortement lié à leurs conditions de vie, en particulier en termes de logement, de stabilité matérielle et de sécurité. La maternité apparaît ainsi comme un projet dont la réalisation dépend souvent de certaines conditions préalables, pouvant être reporté tant que celles-ci ne sont pas réunies. Ces éléments montrent à quel point les conditions sociales influencent la possibilité de se projeter dans la maternité.

Ces résultats rejoignent plusieurs travaux qui montrent que les femmes en situation de grande précarité sont confrontées à des contraintes importantes, notamment en matière de logement, de sécurité et de ressources économiques, ce qui influence leurs trajectoires de vie et leurs possibilités de projection dans l'avenir (Blogie, 2022 ; Loison-Leruste et Perrier, 2019). Cette dimension apparaît particulièrement importante dans notre échantillon, majoritairement composé de participantes confrontées à des situations de précarité marquée.

Toutefois, certaines participantes décrivent des conditions de vie plus stables, notamment en termes de logement, de ressources financières ou de soutien de l'entourage. Ces éléments semblent favoriser une projection plus sereine dans la maternité, ainsi qu'un sentiment de plus grande autonomie dans la réalisation du projet parental, sans que les institutions soient perçues comme une menace potentielle dans le parcours de maternité. Leur rapport à la maternité apparaît également moins marqué par l'urgence ou l'insécurité. Les résultats

montrent ainsi que la manière d'envisager le projet de maternité varie fortement selon les ressources et les conditions de vie disponibles.

Le logement apparaît comme une dimension centrale. En effet, l'absence de logement stable ne limite pas uniquement les conditions matérielles de vie, mais affecte aussi la possibilité de se sentir en sécurité et de se projeter dans un projet de maternité. Dans cette perspective, certains travaux montrent que le logement peut être compris comme un véritable support de care¹⁵, permettant de créer des conditions favorables à la stabilité et à l'accompagnement (Even, 2026). Cette centralité du logement rejoint par ailleurs les approches de type Housing First¹⁶, qui considèrent l'accès à un logement stable comme une base essentielle permettant une stabilisation plus globale des conditions de vie (Padgett et al., 2016).

Dans notre étude, cette question revient de manière récurrente, les participantes associant directement la possibilité d'envisager une grossesse à l'accès à un logement stable, ce qui souligne le caractère préalable de certaines conditions matérielles dans la construction du projet de maternité.

Par ailleurs, ces constats font écho aux objectifs du programme interfédéral des 1000 premiers jours, qui souligne l'importance de garantir un accès effectif aux soins et un accompagnement adapté aux besoins des femmes, en particulier dans des situations de vulnérabilité, en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. Ce programme met particulièrement en avant la nécessité d'une approche intégrée et coordonnée, visant à soutenir les femmes dès la période préconceptionnelle et à réduire les inégalités d'accès aux services.

Toutefois, les résultats de notre étude montrent que, malgré ces orientations, les conditions de vie des participantes continuent de constituer un facteur déterminant dans la possibilité de se projeter dans une maternité, suggérant un décalage entre les objectifs institutionnels et les réalités vécues. Ce décalage met en évidence les limites de la mise en œuvre opérationnelle des politiques publiques, singulièrement dans leur capacité à atteindre les publics les plus vulnérables.

¹⁵ Le care désigne une activité visant à prendre soin des autres et du monde, en répondant aux besoins dans une perspective relationnelle et contextualisée (Tronto, 2009).

¹⁶ Housing First : approche d'accompagnement reposant sur le principe du « logement d'abord », considérant l'accès stable au logement comme préalable à l'accompagnement social, sanitaire et psychosocial.
<https://www.mi-is.be/fr/themes/lutter-contre-le-sans-abrisme-et-labsence-de-chez-soi/housing-first-belgium>

Les participantes semblent ainsi intégrer ces contraintes dans leur réflexion. Le projet de maternité est ainsi envisagé comme nécessitant une certaine stabilité, notamment sur les plans financier, sanitaire et relationnel. Cela traduit une forme d'intériorisation des contraintes sociales, les participantes ajustant leurs aspirations en fonction de leurs conditions de vie, et développant des stratégies de report ou de renoncement temporaire.

Cela montre que ce projet ne relève pas uniquement d'un choix individuel, mais s'inscrit dans un ensemble de conditions sociales qui influencent directement sa réalisation, ce qui invite à dépasser une lecture strictement individualisante des trajectoires de maternité.

Les entretiens montrent également l'importance de proposer un accompagnement plus accessible et adapté aux réalités des participantes, tout en respectant leur autonomie dans leurs choix et leurs démarches.

5.3.2. Mobilisation des ressources et conditions d'accès aux services

Les résultats montrent que les participantes mobilisent différentes ressources dans leur préparation à la maternité, bien que cette mobilisation soit inégale selon les situations. Les ressources informelles, telles que la famille, le partenaire ou les proches, constituent souvent un premier soutien, mais leur disponibilité varie fortement. Certaines participantes bénéficient d'un entourage soutenant, tandis que d'autres évoquent des situations d'isolement.

Dans certains cas, la présence d'un entourage stable et mobilisable semble favoriser un vécu plus serein du projet de maternité. À l'inverse, les situations d'isolement ou de fragilité relationnelle peuvent limiter les possibilités de soutien et renforcer certaines difficultés déjà présentes dans les parcours de vie.

Ces observations rejoignent la littérature sur le sans-abrisme au féminin, qui souligne que les trajectoires des femmes sont fréquemment marquées par des ruptures relationnelles, des expériences de violence et un isolement social important (Lanzarini, 2003 ; Loison-Leruste et Perrier, 2019). Dans ce contexte, l'accès à un réseau de soutien ne va pas de soi et dépend largement des parcours de vie.

Par ailleurs, les ressources communautaires apparaissent comme des espaces importants, permettant de rompre l'isolement et de créer du lien social. Ces espaces peuvent jouer un rôle

essentiel en offrant des lieux sécurisants et adaptés aux besoins spécifiques des femmes en situation de précarité. Plusieurs travaux montrent que ces dispositifs peuvent constituer de véritables espaces de care, favorisant le soutien, la reconstruction et l'accès à des ressources (Even, 2026 ; Marcillat et Maurin, 2018).

Ces éléments font écho au cadre des 1000 premiers jours, qui met en avant l'importance d'une approche intégrée et coordonnée, reposant sur la collaboration entre les différents acteurs de l'aide et des soins, ainsi que sur le renforcement des réseaux autour des femmes et des familles. Ce cadre insiste notamment sur la nécessité de soutenir la coordination des intervenants et de favoriser la continuité de l'accompagnement, afin de répondre aux besoins spécifiques des femmes, en particulier en situation de vulnérabilité. Toutefois, les difficultés décrites par les participantes montrent que ce type d'accompagnement coordonné reste encore peu visible dans certains parcours.

Cependant, la mobilisation de ces ressources reste inégale. Certaines participantes y ont recours, tandis que d'autres en restent éloignées, soit par manque d'information, soit en raison de leurs conditions de vie. Cette inégalité d'accès aux ressources s'inscrit dans un contexte plus large d'invisibilisation et de stigmatisation des femmes en situation de précarité, dont les besoins spécifiques sont encore insuffisamment pris en compte dans les dispositifs existants (Lelubre, 2012 ; Wagener, 2014).

Ainsi, bien que ce programme vise à renforcer la coordination et l'accessibilité des ressources, nos résultats suggèrent que ces dispositifs ne parviennent pas toujours à atteindre les femmes les plus éloignées des services, révélant des limites dans leur mise en œuvre et dans leur capacité à réduire les inégalités d'accès.

À l'inverse, certaines participantes disposant déjà d'un entourage soutenant et d'un suivi médical structuré expriment moins le besoin d'un accompagnement supplémentaire. Cela montre que les attentes vis-à-vis des dispositifs d'aide varient également selon les ressources déjà disponibles dans l'environnement des participantes.

Enfin, les ressources formelles, telles que les services sociaux et de santé, occupent une place ambivalente dans les parcours des participantes. Si elles peuvent constituer un soutien

important, leur mobilisation dépend de nombreux facteurs, notamment des conditions d'accès, de la confiance envers les institutions et des expériences passées.

Ainsi, nos résultats mettent en évidence que la mobilisation des ressources ne dépend pas uniquement de leur existence, mais également de leur accessibilité, de leur adéquation aux besoins des participantes et de la possibilité d'y accéder sans conditions excluantes, ce qui montre que l'existence des ressources ne garantit pas, à elle seule, un accès réel et équitable aux services.

5.3.3. Méfiance et accès aux services

Les résultats mettent en évidence que les interactions avec les services sociaux et de santé sont marquées par une certaine ambivalence. Si ces dispositifs peuvent constituer un soutien, ils sont également associés à des craintes importantes, qui peuvent ralentir leur mobilisation, voire conduire à un non-recours aux services.

En effet, une grande partie des participantes expriment une méfiance envers les institutions, notamment liée à la peur du jugement, à l'utilisation des informations recueillies ou encore au risque perçu d'intervention, en particulier en lien avec le placement de l'enfant. Ces éléments rejoignent les travaux de Lanzarini (2003), qui montrent que les relations entre les femmes en situation de grande précarité et les institutions d'aide sont souvent marquées par des expériences de violence, de contrôle ou d'incompréhension. Dans ce contexte, le recours aux services ne va pas de soi et peut être perçu comme potentiellement risqué, ce qui transforme l'offre d'aide en une source d'incertitude plutôt que de sécurité.

Toutefois, certaines participantes décrivent également des relations plus positives avec les professionnels et les services, notamment lorsqu'elles se sentent écoutées, respectées et accompagnées sans jugement. Ces expériences semblent favoriser un rapport plus serein aux dispositifs d'aide et encourager le recours aux services.

Cette méfiance peut également s'expliquer par des expériences de contrôle ou d'intervention perçues comme intrusives. Certaines recherches montrent que les femmes usagères de drogues peuvent être confrontées à des pratiques telles que des hospitalisations contraintes, des césariennes imposées ou des mesures de placement d'enfants, ce qui peut renforcer la peur des institutions et éloigner ces femmes des services socio-sanitaires (Richelle et al., 2022).

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence que les dispositifs d'aide ne sont pas toujours adaptés aux réalités spécifiques des femmes en situation de précarité. Plusieurs travaux soulignent en effet que les institutions sociales et de santé peuvent reproduire certaines formes d'inégalités ou de normes, notamment en lien avec le genre, ce qui peut contribuer à renforcer un sentiment de distance ou de non-reconnaissance (MIPES, 2012 ; Mayol, 2012), ce qui peut créer un sentiment de distance avec les services et compliquer la réponse aux besoins des femmes.

Ces constats peuvent être mis en perspective avec le cadre institutionnel du programme des 1000 premiers jours, qui vise à améliorer l'accès aux soins et à renforcer la coordination des services autour des femmes et des familles, en proposant un accompagnement intégré, continu et centré sur les besoins des personnes. Le programme insiste notamment sur l'importance d'une collaboration étroite entre les acteurs et d'une approche centrée sur la personne afin de favoriser le recours aux services, en intégrant les dimensions relationnelles et contextuelles de l'accompagnement.

Cette situation peut conduire à des formes de non-recours, où les personnes, bien qu'ayant besoin d'aide, n'entrent pas dans les dispositifs existants. Comme le souligne Namian (2011), les approches centrées sur l'accompagnement individuel peuvent parfois renforcer une logique de responsabilisation, qui ne tient pas toujours compte des contraintes structurelles vécues par les personnes en situation de précarité, ce qui peut accentuer leur éloignement des services.

Par ailleurs, des inégalités dans la prise en charge ont également été documentées, notamment en ce qui concerne l'accès aux traitements recommandés pendant la grossesse. Certaines recherches montrent que des politiques pénalisantes peuvent limiter le recours aux traitements, tandis que d'autres mettent en évidence des conséquences sur la santé maternelle et néonatale (Angelotta et al., 2016 ; Goodman et al., 2019). Ces résultats invitent également à réfléchir aux effets potentiellement dissuasifs de certaines pratiques institutionnelles et modalités d'intervention sur le recours aux soins et à l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité.

Toutefois, nos résultats montrent que la méfiance envers les institutions constitue un frein important au recours aux services. Pour plusieurs participantes, les dispositifs existants ne parviennent pas toujours à instaurer un climat de confiance suffisant, en particulier dans des parcours marqués par la précarité, les expériences de placement ou les consommations.

Enfin, la méfiance envers les services s'inscrit dans des parcours de vie marqués par des expériences de violence et de rupture. Dans ce contexte, certaines participantes développent des stratégies d'évitement ou de dissimulation, afin de se protéger. Ces résultats font écho aux travaux récents sur le sans-abrisme féminin, qui mettent en évidence l'importance de prendre en compte les expériences vécues et les rapports aux institutions dans la compréhension du recours aux services (Blogie, 2022 ; Allart et De Backer, 2020).

Ainsi, nos résultats montrent que l'accès aux services ne dépend pas uniquement de leur disponibilité, mais également de la manière dont ils sont perçus par les participantes. La confiance, le sentiment de sécurité et l'absence de jugement apparaissent comme des conditions essentielles pour favoriser le recours aux dispositifs d'accompagnement. Ces résultats invitent à réfléchir à des modalités d'intervention plus inclusives et davantage adaptées aux réalités vécues par les femmes en situation de vulnérabilité.

5.3.4. Enjeux d'accompagnement au regard des besoins exprimés

Les résultats mettent en évidence des attentes claires en matière d'accompagnement, qui dépassent la simple mise à disposition de services. Les participantes insistent notamment sur l'importance d'un suivi continu, stable et personnalisé, ainsi que sur la qualité de la relation avec les professionnels.

En effet, la continuité des intervenants apparaît comme un élément central dans les discours. Le fait d'être accompagnée par les mêmes professionnels dans la durée promeut l'instauration d'un climat de confiance et évite la répétition constante de leur histoire. Cette dimension relationnelle est d'autant plus importante dans des parcours marqués par des ruptures, de l'instabilité ou des expériences de vie difficiles.

Ces résultats rejoignent les travaux portant sur l'accompagnement dans le champ social, qui soulignent l'importance de la relation et de la confiance dans l'efficacité des dispositifs. Comme le montre Namian (2011), les approches centrées sur l'accompagnement doivent tenir

compte des trajectoires des personnes et éviter une logique uniquement individualisante, afin de proposer des réponses plus adaptées aux besoins réels.

Ces éléments font écho à ce cadre institutionnel, qui met en avant l'importance d'un accompagnement intégré, continu et coordonné, reposant sur une collaboration entre les professionnels et visant à répondre de manière adaptée aux besoins des femmes et des familles. Le programme souligne notamment la nécessité d'assurer une continuité des soins et de renforcer la coordination entre les intervenants afin d'éviter les ruptures dans les parcours.

Par ailleurs, les participantes expriment un besoin d'accompagnement plus accessible et mieux adapté à leurs conditions de vie. Certaines évoquent des difficultés liées aux déplacements ou à la réalisation de démarches seules, ce qui met en évidence les limites de dispositifs reposant uniquement sur une logique de recours individuel. Ces éléments font écho aux travaux sur le sans-chez-soirisme¹⁷, qui montrent l'importance de développer des approches plus proactives, de type "aller vers" (outreach), afin de réduire les inégalités d'accès aux services (Brousse, 2006 ; FEANTSA, 2021).

La question du non-jugement apparaît également comme centrale. Les participantes expriment le besoin d'être accompagnées dans un cadre bienveillant, centré sur l'aide plutôt que sur la sanction. Cette attente renvoie aux enjeux de stigmatisation et aux rapports de pouvoir pouvant exister dans les interactions avec les services, déjà mis en évidence dans la littérature (Allart et De Backer, 2020).

Toutefois, les résultats de notre étude montrent que, malgré ces orientations, les participantes continuent d'exprimer des besoins importants en matière de continuité, d'accessibilité et de qualité relationnelle, suggérant que les dispositifs actuels ne répondent pas encore pleinement à ces attentes, particulièrement pour les femmes en situation de précarité.

Enfin, les résultats soulignent l'importance de proposer des espaces sécurisants, dans lesquels les participantes peuvent se sentir en confiance et reconnues dans leur singularité. Dans ce cadre, certains travaux montrent que des dispositifs adaptés, notamment pensés pour les femmes ou tenant compte de leurs besoins spécifiques, peuvent favoriser l'engagement dans

¹⁷ Le terme « sans-chez-soirisme » renvoie à une approche plus large que le seul sans-abrisme, intégrant également l'absence d'un lieu stable, sécurisant et approprié pour vivre et se sentir chez soi (FEANTSA, 2021).

les services et soutenir les processus de reconstruction (Even, 2026 ; Marcillat & Maurin, 2018).

Ainsi, nos résultats invitent à repenser les modalités d'accompagnement, en mettant l'accent sur la continuité, l'accessibilité, le non-jugement et l'adaptation aux réalités vécues, mettant en lumière la nécessité de renforcer l'effectivité des dispositifs existants afin qu'ils puissent réellement répondre aux besoins des publics les plus vulnérables.

5.3.5. Limites de la recherche

Il est important de reconnaître les limites d'une recherche pour une interprétation pertinente des résultats.

Tout d'abord, il apparaît important de rappeler que l'interprétation des entretiens peut être influencée par les expériences, les identités, les croyances et les valeurs du chercheur (Paillé et Mucchielli, 2003). L'exposition à certaines normes sociales et culturelles peut également influencer, parfois de manière implicite, l'interprétation des résultats. Il est dès lors essentiel de prendre conscience de sa positionnalité et d'en considérer les effets potentiels sur l'analyse.

Ensuite, bien que l'échantillon présente une diversité de profils en termes de parcours de vie, de situations socio-économiques et de modalités de recrutement, celui-ci reste limité à 15 participantes dont 12 en situation d'assuétude et de grande précarité. Ce nombre restreint ne permet pas de prétendre à une généralisation des résultats. Néanmoins, l'objectif de cette recherche qualitative n'est pas de produire des résultats généralisables, mais bien de comprendre en profondeur des expériences singulières.

Ensuite, un autre point important à aborder concerne la question de la saturation des données. La saturation correspond au moment où les entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux à l'analyse (Morse, 1995). Toutefois, celle-ci reste difficile à déterminer de manière absolue en recherche qualitative (Guest et al., 2006 ; Saunders et al., 2018).

Dans le cadre de cette étude, la saturation peut être considérée comme partielle. Au cours de la collecte, certains thèmes sont apparus de manière récurrente dans les discours des participantes, suggérant un processus de saturation thématique. Ces observations rejoignent des travaux montrant qu'une grande partie des thèmes peut émerger dès les premiers

entretiens, sans pour autant que l'ensemble des dimensions du phénomène soit entièrement exploré (Guest et al., 2006). Néanmoins, la diversité des situations et des expériences rencontrées suggère que cette saturation reste relative. Il est dès lors possible que certaines dimensions du phénomène n'aient pas été pleinement explorées et que de nouvelles données auraient pu enrichir davantage l'analyse.

Par ailleurs, le mode de recrutement constitue une limite. En effet, il peut introduire un biais de sélection, dans la mesure où le choix des participantes influence les résultats et les perspectives recueillies (Collier et Mahoney, 1996). La majorité des participantes a été recrutée au sein de la SCMR Gate, ce qui ancre les résultats dans des contextes de vulnérabilité. Le recours aux réseaux sociaux a permis d'introduire des profils plus variés, mais repose sur une participation volontaire, pouvant introduire un biais de sélection (Elston, 2021). L'intégration d'une participante présentant des conditions de vie plus stables sur les plans résidentiel, relationnel et financier a toutefois permis d'apporter un élément de contraste dans l'analyse, en mettant en évidence des expériences différenciées de la préparation à la maternité ainsi que des rapports variés aux ressources et aux services. Malgré cette hétérogénéité des profils, la taille de l'échantillon reste limitée et ne permet pas de généraliser les résultats.

En outre, certaines limites sont liées aux conditions de réalisation des entretiens. Plusieurs participantes étant en situation de consommation active, leurs propos ont pu être influencés par les effets des substances, par des difficultés de concentration ou par une variabilité émotionnelle. De plus, comme cela a été rapporté par les professionnels de terrain, il n'est pas toujours possible de vérifier l'exactitude des informations recueillies, certaines participantes pouvant omettre ou modifier certains éléments de leur récit, notamment par crainte du jugement ou des conséquences institutionnelles. Ces éléments renvoient plus largement aux limites inhérentes aux données qualitatives, qui sont situées, subjectives et influencées par le contexte de production du discours (Miles et Huberman, 2014).

La relation enquêtrice-participante constitue également une source potentielle de biais. Le fait d'avoir déjà rencontré certaines participantes dans le cadre d'expériences antérieures a pu influencer la dynamique des entretiens, soit en facilitant la parole, soit en orientant certains discours. En effet, l'entretien qualitatif repose sur une interaction au cours de laquelle les données sont co-construites entre le chercheur et le participant, dans un contexte relationnel spécifique (Kvale, 1996). Aussi, un entretien a été réalisé avec l'aide d'une tierce personne

bilingue, ce qui a pu introduire un biais de traduction et influencer la dynamique de l'échange, la littérature soulignant que les processus de traduction et d'interprétation peuvent modifier le sens des données et affecter leur validité (Kirkpatrick et Van Teijlingen, 2009).

Dans cette perspective, les résultats apportent une compréhension fine du vécu de femmes en projet de première maternité dans la Région de Bruxelles-Capitale, notamment en ce qui concerne l'accès aux services, la mobilisation des ressources et les formes de soutien.

Par ailleurs, une triangulation des sources a été mobilisée en croisant les données issues des entretiens avec la littérature scientifique et le cadre institutionnel du programme interfédéral des 1000 premiers jours. Cette démarche permet de situer les expériences des participantes à la fois au regard des connaissances existantes et des dispositifs mis en place, renforçant ainsi la crédibilité et la profondeur de l'analyse, tout en mettant en évidence d'éventuels décalages entre les besoins exprimés, les recommandations scientifiques et les objectifs institutionnels.

Enfin, une autre limite de la recherche est qu'elle ne rend pas compte de l'ensemble des expériences possibles, spécialement celles de femmes ne fréquentant pas les structures d'aide ou appartenant à d'autres groupes minoritaires. De plus, les discours recueillis reposent en partie sur des projections liées à un projet de maternité, susceptibles de différer des pratiques effectives en situation réelle.

Malgré ces limites, cette recherche apporte des éléments de compréhension précieux sur les besoins, les représentations et les freins rencontrés, et ouvre des pistes de réflexion pour l'adaptation des dispositifs d'accompagnement.

5.3.6. Recommandations et perspectives

Pour conclure ce mémoire, nous allons présenter des recommandations et des perspectives tirées de nos propres résultats. Celles-ci s'appuient sur les expériences vécues par les participantes et visent à améliorer l'accompagnement des femmes en projet de maternité, en particulier dans des contextes de vulnérabilité.

Tout d'abord, les résultats mettent en évidence l'importance de développer des modalités d'accompagnement plus accessibles et adaptées aux conditions de vie des participantes. Dans ce cadre, le renforcement de dispositifs dits « aller vers », permettant de rencontrer les femmes dans leurs lieux de vie, apparaît comme une piste pertinente afin de réduire les inégalités d'accès aux services.

Ensuite, les résultats soulignent la nécessité de renforcer la continuité et la coordination des accompagnements. Le fait d'être suivie par les mêmes professionnels dans la durée constitue un élément central pour instaurer une relation de confiance et favoriser l'engagement dans les dispositifs. Il apparaît dès lors important de développer des pratiques permettant de limiter les ruptures dans les parcours et d'assurer un suivi plus stable et cohérent.

Par ailleurs, la question de la relation entre les participantes et les institutions apparaît comme un enjeu majeur. Les craintes liées au jugement et aux interventions institutionnelles peuvent freiner le recours aux services. Dans cette perspective, il semble essentiel de promouvoir des approches fondées sur le non-jugement, la bienveillance et la reconnaissance des parcours de vie, afin de renforcer la confiance envers les dispositifs d'accompagnement.

Enfin, les résultats mettent en évidence la nécessité d'adapter davantage les dispositifs aux réalités vécues par les femmes, notamment en prenant en compte les contraintes matérielles, les situations d'isolement et les difficultés à entreprendre des démarches seules. Cela suppose de développer des formes d'accompagnement plus personnalisées, intégrant un soutien concret dans les démarches et une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Ces recommandations s'inscrivent dans les orientations de ce cadre institutionnel, qui vise à améliorer l'accès aux soins, à renforcer la coordination des services et à proposer un accompagnement adapté aux besoins des femmes et des familles. Les résultats de cette étude permettent ainsi d'illustrer concrètement ces enjeux et d'en préciser certaines dimensions, singulièrement en termes de relation de confiance, de continuité et d'accessibilité.

En termes de perspectives de recherche, plusieurs pistes peuvent être envisagées. Il serait particulièrement pertinent d'explorer les expériences de femmes ne fréquentant pas les structures d'aide, pour mieux comprendre les situations de non-recours. De plus, une analyse plus approfondie de la mise en œuvre concrète de ce programme permettrait de mieux saisir les écarts éventuels entre les orientations institutionnelles et les réalités du terrain.

Enfin, des recherches complémentaires pourraient s'intéresser à l'évolution des parcours après l'entrée dans la maternité, afin d'analyser la continuité des accompagnements dans le temps. Ces résultats soulèvent également la question de la manière dont les professionnels

s'approprient le programme et adaptent leurs pratiques aux réalités des femmes en situation de vulnérabilité. Une meilleure compréhension de ces dynamiques permettrait de compléter l'analyse des écarts observés entre les orientations institutionnelles et les expériences de terrain. Il serait également pertinent d'adopter le point de vue des professionnels et des acteurs de terrain impliqués dans la mise en œuvre du programme, dans le but de mieux comprendre les logiques d'action, les contraintes organisationnelles et les marges d'adaptation possibles.

Pour finir, ce mémoire souligne l'importance de proposer un accompagnement adapté et fondé sur la confiance, afin de mieux répondre aux besoins des femmes en projet de maternité, en particulier dans des contextes de vulnérabilité.

Toutefois, les résultats mettent en évidence une prise de conscience croissante des enjeux liés à l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité, notamment à travers les orientations de ce cadre institutionnel. Ces évolutions ouvrent des perspectives intéressantes pour le développement de dispositifs plus adaptés, à condition de renforcer leur mise en œuvre effective et leur accessibilité pour les publics les plus vulnérables.

Bibliographie

- Allart, M. & De Backer, M. (2020). *Violences dans les institutions d'aide et de soins: une réflexion systémique et des pistes d'intervention*. SMES – Transit asbl. https://smes.be/wp-content/uploads/2020/05/smes_02_web_fr_final.pdf
- Amuli, K., Decabooter, K., Talrich, F., Renders, A., & Beeckman, K. (2021). Born in Brussels screening tool : The development of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. *BMC Public Health*, 21(1), 1522. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11463-8>
- Angelotta, C., Weiss, C. J., Angelotta, J. W., & Friedman, R. A. (2016). A Moral or Medical Problem? The Relationship between Legal Penalties and Treatment Practices for Opioid Use Disorders in Pregnant Women. *Women's Health Issues*, 26(6), 595-601. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.002>
- Autorité de protection des données. (2018). *Déclaration de protection des données (APD) de Belgique*. <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/professionnel/themes/le-droit-a-l-image/la-nouvelle-loi-du-30-juillet-2018>
- Azria, E. (2015). Inégalités sociales en santé périnatale. *Archives de Pédiatrie, Néonatalogie*, 22(10), 1078-1085. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.006>
- Azria, É. (2015). Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances & Psy*, 67(3), 13-31. <https://doi.org/10.3917/ep.067.0013>
- Baudin, B. (2012). « Le genre dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ». *MIPES*. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/Actes_MIPES_Genre_et_pauvrete_mars2012-2.pdf
- Benahmed, N. (s. d.). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). *De organisatie van de zorg na een bevalling : Synthese* (1^{re} éd.). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). <https://doi.org/10.57598/R232AS>
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*.
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque : Synthèse* (1^{re} éd.). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://doi.org/10.57598/R326BS>

- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-McGregor, S., & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Early childhood development coming of age : Science through the life course. *Lancet (London, England)*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Blogie, E. (2022). *Sans-abrisme au féminin : Sortir de l'invisibilité. Recherche-action sur les violences faites aux femmes les plus précaires (sans abri) et préfiguration d'un centre de jour pour femmes*. L'ilot. <https://cbcs.be/wp-content/uploads/2022/01/Ilot-asbl-Sans-abrisme-au-feminin-sortir-de-linvisibilite-Rapport-final.pdf>
- Brines, J., Rigourd, V., & Billeaud, C. (2022). The First 1000 Days of Infant. *Healthcare*, 10(1), 106. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010106>
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., Bhutta, Z. A., & Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Nurturing care : Promoting early childhood development. *Lancet (London, England)*, 389(10064), 91-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Broadhurst, K., & Mason, C. (2013). Maternal outcasts : Raising the profile of women who are vulnerable to successive, compulsory removals of their children – a plea for preventative action. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 35(3), 291-304. <https://doi.org/10.1080/09649069.2013.805061>
- Broadhurst, K., & Mason, C. (2020). Child removal as the gateway to further adversity : Birth mother accounts of the immediate and enduring collateral consequences of child removal. *Qualitative Social Work*, 19(1), 15-37. <https://doi.org/10.1177/1473325019893412>
- Brousse, C. (2006). *Le réseau d'aide aux sans-domicile : Un univers segmenté*. (391-392). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376413?sommaire=1376427>
- Brusano. (2025). *Périnatalité : Offre de soutien et d'accompagnement en Région bruxelloise, Information pour les professionnel·les*. Brusano. https://www.brusano.brussels/layout/uploads/2025/06/Focus07_perinatalite-1.pdf
- Buckler, T. (2025). Understanding the therapeutic needs of mothers affected by infant removals : How can Maternal Mental Health Services best support them? *the Cognitive Behaviour Therapist*, 18. <https://doi.org/10.1017/S1754470X25100354>

- Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., & Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors : A multicentre study in Italy. *European Psychiatry*, 63(1), e84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82>
- CEpiP. (2024). *Santé périnatale en Région bruxelloise*. Centre d'Épidémiologie Périnatale. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2024-fr.pdf
- COCOM. (2019). *Plan Santé Bruxellois : Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. https://perspective.brussels/sites/default/files/documents/plan_sante_bruxellois_-_ccc_2019.pdf?utm
- Collier, D., & Mahoney, J. (1996). Insights and Pitfalls : Selection Bias in Qualitative Research. *World Politics*, 49(1), 56-91.
- Crequit, S., Chatzistergiou, K., Bierry, G., Bouali, S., La Tour, A. D., Sgihouar, N., & Renevier, B. (2023). Association between social vulnerability profiles, prenatal care use and pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 465. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05792-2>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., & Bouckaert, N. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019 | KCE*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/performance-du-systeme-de-sante-belge-rapport-2019>
- Draper, C. E., Yousafzai, A. K., McCoy, D. C., Cuartas, J., Obradović, J., Bhopal, S., Fisher, J., Jeong, J., Klingberg, S., Milner, K., Pisani, L., Roy, A., Seiden, J., Sudfeld, C. R., Wrottesley, S. V., Fink, G., Nores, M., Tremblay, M. S., & Okely, A. D. (2024). The next 1000 days : Building on early investments for the health and development of young children. *The Lancet*, 404(10467), 2094-2116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01389-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01389-8)
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (4-Hiver), 47-58. {hal-00657925}.
- Elston, D. M. (2021). Participation bias, self-selection bias, and response bias. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.025>
- EPRS. (2020). *Lutter contre les inégalités en matière de santé dans l'Union européenne : Concepts, action, état des lieux : analyse approfondie*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2861/48994>
- Euro-Peristat Project. (2022). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019*. Euro-Peristat Project.

https://www.europeristat.com/wp-content/uploads/2022/11/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf

- Even, S. (2026). Un temps chez soi. Analyse d'un centre de jour comme espace de care pour femmes en situation de grande précarité. *Brussels Studies. La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles / Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel / The Journal of Research on Brussels*. <https://doi.org/10.4000/15zka>
- FEANTSA. (2021). *Guide for developing effective gender-responsive support and solutions for women experiencing homelessness*. <https://www.feantsa.org/files/Themes/Women/2021/Guide-supporting-and-solutions-for-women.pdf>
- Francis-Oliviero, F. (2022). *Universalisme proportionné : Évolution, appropriation et mise en place du principe, vers une réduction des inégalités sociales de santé* [Phdthesis, Université de Bordeaux]. <https://doi.org/10/document>
- Girault, E. (2010). Un monde vulnérable. Pour une politique du care, de Joan Tronto. *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, (n°9). <https://journals.openedition.org/>
- Goldenberg, R. L., & McClure, E. M. (2015). Maternal, fetal and neonatal mortality : Lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 1, 3. <https://doi.org/10.1186/s40748-014-0004-z>
- Goodman, D., Whalen, B., & Hodder, L. C. (2019). It's Time to Support, Rather Than Punish, Pregnant Women With Substance Use Disorder. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914135. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14135>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guio A-C. & Van Lancker, W. (2023). *La déprivation des enfants en Belgique et dans ses régions: que disent les nouvelles données?* Fondation Roi Baudouin.
- Heckman, J., & Carneiro, P. (2003). *Human Capital Policy* (Working Paper N° 9495; 9495). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://doi.org/10.3386/w9495>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health : A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

- IBSA. (2024). *Mini-Bru 2024 : Statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale*. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse.
https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/MiniBru_24-FR.pdf
- INAMI. (2024). *Convention relative au programme de soins intégrés « 1000 premiers jours »*. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/programme_soins_integres_convention_SI_E1000_BXL.pdf
- INAMI. (2025). *Circulaire INAMI relative aux prestations du programme de soins périnataux des 1000 premiers jours*.
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_2025_171_soins_accompagnement_femmes_enceintes.pdf
- INAMI & Médecins du Monde. (2014). *Livre-blancs sur l'accès aux soins en Belgique*.
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>
- Kapaya, H., Mercer, E., Boffey, F., Jones, G., Mitchell, C., & Anumba, D. (2015). Deprivation and poor psychosocial support are key determinants of late antenatal presentation and poor fetal outcomes—A combined retrospective and prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 309. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0753-3>
- KCE. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse* (N° 232Bs).
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf
- Kirkpatrick, P., & van Teijlingen, E. (2009). Lost in Translation : Reflecting on a Model to Reduce Translation and Interpretation Bias. *The Open Nursing Journal*, 3, 25-32.
<https://doi.org/10.2174/1874434600903010025>
- Kvale, S. (1996). *InterViews : An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SAGE Publications.
- Lanzarini, C. (2003). Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale. *Cahiers du Genre*, 35(2), 95-115. <https://doi.org/10.3917/cdge.035.0095>
- Lognos, B., Engberink, A. O., Gonzalez, L., Leandri, J., Pisoni, C. C., Rachedi, N., Clary, B., Bourrel, G., Bayen, S., & Million, E. (2024). Meeting the needs of pregnant women in socially vulnerable situations : A phenomenological qualitative study. *Heliyon*, 10(3).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24881>
- Loison, M., & Perrier, G. (2019). Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : Entre vulnérabilité et protection. *Déviance et Société*, 43(1).
<https://doi.org/10.3917/ds.431.0077>

- Magnuson, K., & Duncan, G. J. (2016). Can Early Childhood Interventions Decrease Inequality of Economic Opportunity? *RSF: The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*, 2(2). <https://doi.org/10.7758/RSF.2016.2.2.05>
- Mahoney, J., & Collier, D. (1996). Research Note : Insights and Pitfalls: Selection Bias in Qualitative Research. *World Politics*, 49(1), 56-91.
- Marcillat, A., & Maurin, M. (2018). Singularisation, différenciation : Pratiques de la (non)mixité dans l'intervention sociale auprès des personnes sans abri. *Nouvelles Questions Féministes*, 37(2), 90-105. <https://doi.org/10.3917/nqf.372.0090>
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Maureen M, Black, Susan P, Walker, Lia C H, Fernald, Christopher T, Andersen, Ann M, DiGirolamo, & Chunling, Lu. (2017). *Early childhood development coming of age : Science through the life course—The Lancet*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31389-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31389-7/abstract)
- Mayol, S. (2012). *Devenir un bon pauvre. Analyse genrée de la prise en charge des personnes sans domicile*. Université Paris Descartes.
- Memarnia, N., Nolte, L., Norris, C., & Harborne, A. (2015). 'It felt like it was night all the time' : Listening to the experiences of birth mothers whose children have been taken into care or adopted. *Adoption & Fostering*, 39(4), 303-317. <https://doi.org/10.1177/0308575915611516>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis*. SAGE.
- Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., te Velde, E., & on behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6), 848-860. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr026>
- Moore, T. G., McDonald, M., Carlon, L., & O'Rourke, K. (2015). Early childhood development and the social determinants of health inequities. *Health Promotion International*, 30(suppl_2), ii102-ii115. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav031>
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Namian, D. (2011). Psychologisation ou singularisation ? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement. *Reflets*, 17(1).
- Nores, M., & Fernandez, C. (2018). Building capacity in health and education systems to deliver interventions that strengthen early child development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1419(1), 57-73. <https://doi.org/10.1111/nyas.13682>

- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(Volume 42, 2021), 159-173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- OMS. (2016). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf7079c8-5740-4f75-a133-4a714eb925a6/content>
- OpenAI. (2026). ChatGPT(version GPT-4o mini) [Modèle de langage IA]. <https://openai.com/>
- Padgett, D. K., Henwood, B. F., & Tsemberis, S. J. (2015). *Housing First : Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199989805.001.0001>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (Armand Colin).
- Papanicolas, I., Berenson, R. A., Sawaya, T., & Skopec, L. (2024). Maternal outcomes and pre, syn, and post-partum care in the united states and five high-income countries : An exploratory comparative qualitative study. *Health Policy*, 149, 105154. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105154>
- Richelle, L., Dramaix-Wilmet, M., Roland, M., & Kacenelenbogen, N. (2022). Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Medical Education*, 22(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03394-8>
- R.L. Freedman & D.N., L. (2015). *MBRRACE-UK: Saving Lives, Improving Mothers' Care – implications for anaesthetists—International Journal of Obstetric Anesthesia*. 24, 161-173.
- Russell, K. (2017). *Maternal-mental-health-womens-voices*. RCOG. <https://www.rcog.org.uk/media/3ijbpfvi/maternal-mental-health-womens-voices.pdf>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research : Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schillinger, D. (2020). The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. In *Health Literacy in Clinical Practice and Public Health* (p. 22-41). IOS Press. <https://doi.org/10.3233/SHTI200020>
- Schofield, G., Moldestad, B., Höjer, I., Ward, E., Skilbred, D., Young, J., & Havik, T. (s. d.). *Managing Loss and a Threatened Identity : Experiences of Parents of Children Growing Up in Foster Care, the Perspectives of their Social Workers and Implications for Practice*. <https://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcq073>

- Simoncic, V., Deguen, S., Enaux, C., Vandentorren, S., & Kihal-Talantikite, W. (2022). A Comprehensive Review on Social Inequalities and Pregnancy Outcome—Identification of Relevant Pathways and Mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16592. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416592>
- Smythe, K. L., Petersen, I., & Schartau, P. (2022). Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(6), e2218969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18969>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (Social Determinants of Health Discussion Paper 2) [Debates, Policy & Practice, Case Studies]. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- SPF Santé publique. (2024). *Le programme interfédéral périnatal et 1000 premiers jours est lancé*. <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/fr/le-programme-interf-d-ral-p-rinatal-et-1000-premiers-jours-est-lanc.html?utm>
- Suri, S., Verlato, G., & Ray, S. (2025). Editorial : The first 1000 days: window of opportunity for child health and development. *Frontiers in Nutrition*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1673003>
- Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2026). Qualitative Study. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
- The Lancet. (2017). *Women's voices : Speaking up about perinatal mental health*. 389(10072). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30642-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30642-6/fulltext)
- Waerden, J. V. D., Sutter-Dallay, A. L., Dugravier, R., Bales, M., Barandon, S., Charles, M. A., Bois, C., Glangeaud, N., Verdoux, H., & Melchior, M. (2015). Dépression maternelle : Facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention. *European Psychiatry*, 30(S2), S33-S34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.099>
- Wagener, M. (2014). Le sans-abrisme à Bruxelles : Une (in)visibilité toute relative.... *Bruxelles Informations Sociales*, (172). <https://hdl.handle.net/2078.5/52630> (Original work published 2014)
- WHO. (2014). *The effects of investing in early childhood development*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337993/64ml02e-EarlyChildhood-140516.pdf?sequence=1>

- WHO. (2016a). *Framework on integrated, people-centred health services : Report by the Secretariat* (Extra/Series A69/39). World Health Organization.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
- WHO. (2016b). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- WHO. (2019). *Survive and thrive : Transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326495>
- WHO. (2020). *Improving Early Childhood Development : WHO Guideline*. World Health Organization.
- WHO. (2026). *Perinatal conditions* [WHO Mortality Database]. Mortality DB.
<https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/perinatal-conditions>

Annexes

7.1. Annexe 1 : Le fonctionnement et les rôles des outils Born in Belgium Professionals

Description détaillée de la plateforme Born in Belgium Professionals (BiB)

La plateforme numérique Born in Belgium Professionals (BiB) est une évolution directe de l'outil « Born in Brussels ». Ce premier outil provenait du Livre Blanc (INAMI, Médecins du Monde Belgique), qui définissait cinq étapes clés pour faciliter l'accès aux soins.

La plateforme BiB repose sur des données scientifiques solides et a été conçue par et pour les professionnels des services sociaux et de santé. L'idée est simple : soutenir le programme de périnatalité des 1000 premiers jours. Grâce à BiB, les professionnels peuvent identifier et suivre trois niveaux de vulnérabilité psychosociale susceptibles d'apparaître pendant la grossesse. Ces difficultés peuvent affecter la santé de la mère et de son bébé, parfois immédiatement, parfois beaucoup plus tard.

Les problèmes psychosociaux entraînent souvent une augmentation de naissances prématurées, des troubles du comportement, la dépression, voire des difficultés d'accès aux soins.

Certains de ces risques peuvent être plus importants, aggravant les maladies maternelles et néonatales, et dans certains cas, faisant augmenter la mortalité. C'est pourquoi il est crucial que les professionnels détectent ces risques précocement et assurent un suivi rigoureux. Cela leur permet de se concentrer sur la prévention et de proposer des trajets de soins adaptés à chaque situation. Ils bénéficient d'une vue d'ensemble claire de la situation, des actions entreprises et des intervenants, tout au long de la grossesse.

La plateforme numérique étant partagée entre les différents professionnels de santé et de travailleurs sociaux, tous restent informés. Cela facilite la coordination des soins tout en respectant la vie privée de chaque femme enceinte. BiB est accessible soit via le dossier patient informatisé (DPI), soit par un lien internet.

En définitive, la plateforme BiB fédère les professionnels. Elle les aide à travailler en équipe, assure la coordination des soins et fait une réelle différence pour les mères, les bébés et les familles, pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Données collectées et consentements

Dans le cadre du programme interfédéral des soins périnataux des 1000 premiers jours, la plateforme Born in Belgium (BiB) sert d'outil de collecte de données, de dépistage des vulnérabilités psychosociales et de coordination des acteurs. Les moyens d'identification, de consentement et les indicateurs ci-dessous s'inscrivent dans ce contexte.

Identification et consentements :

L'identification de la femme se fait grâce à son Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale (NISS). En l'absence de celui-ci, est utilisé un numéro Bis. En l'absence des deux, est prévu un enregistrement alternatif, en lien avec le SamuSocial, la Croix-Rouge ou Médecins du Monde. Cela crée une « séquence unique » basée sur des questions standardisées posées pendant la consultation. Un jumelage ultérieur de la séquence à un NISS ou à un numéro Bis sera possible.

Trois types de consentement sont prévus dans le cadre de la plateforme BiB.

Le consentement principal couvre la participation au programme ainsi que le traitement des données nécessaires à l'accompagnement.

Un consentement facultatif autorise l'utilisation des données à des fins d'analyses territoriales.

Enfin, un troisième consentement confirme l'existence de la relation thérapeutique entre la femme et le professionnel.

En cas de refus, seule la prise en charge du jour est assurée ; la femme peut toutefois revenir sur sa décision à tout moment. Une fois le consentement accordé, elle accède à différents supports d'information.

Indicateurs de vulnérabilité psychosociale :

L'accompagnement est structuré autour d'une équipe multidisciplinaire comprenant les mutualités, un médecin généraliste, un obstétricien et une sage-femme.

Afin de déceler les vulnérabilités, la plateforme soumet vingt-quatre questions au cours de l'entretien. Ces interrogations, fréquemment nuancées, permettent d'identifier les situations psychosociales requérant un accompagnement spécifique. Elles reposent sur quinze indicateurs de vulnérabilité psychosociale, à savoir : la communication, le pays de naissance, le statut de résidence, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, l'emploi du partenaire, les revenus, le logement, le soutien social, les antécédents psychologiques, la dépression, l'anxiété, la consommation et l'abus de substances, ainsi que la violence.

Au sein des quinze indicateurs de vulnérabilité psychosociale, un groupe de travail constitué par le Centre fédéral d'expertise (KCE) a formulé huit critères d'inclusion au programme. Il s'agit d'indicateurs relatifs aux difficultés financières, aux troubles de la santé mentale, aux problèmes de logement, à l'insuffisance du soutien social ou à l'isolement social, à la consommation de substances psychoactives, aux barrières à la communication, à la victimisation par la violence et à l'absence de statut de résidence légal.

Scénarios d'accompagnement du programme périnatal des 1000 premiers jours

Sur la base des résultats du dépistage des vulnérabilités réalisé jusqu'à sept jours après l'accouchement, et avec possibilité de réévaluation en cas d'évolution des besoins, la convention distingue deux types de scénarios (A et B) pour chacune des phases du programme.

Tableau 1 : Scénarios d'accompagnement du programme périnatal des 1000 premiers jours selon les indicateurs de vulnérabilité (INAMI, 2024)

Période prénatale : Principe de base : fournitures d'information(s) et /ou orientation vers un professionnel des soins ou d'accompagnement ou vers un organisme compétent (par exemple, le CPAS) (avec appui de la plateforme BiB et de l'outil de plan d'action) et suivi par le professionnel de soins ou de l'accompagnement qui a effectué le dépistage.		
Scénarios	Indicateur de vulnérabilité	Activité(s) de soins et d'accompagnement
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soutien standard au(x) futur(s) parent(s) + Soutien dans des situations spécifiques (adapté aux besoins sur la base d'indicateur(s) identifié(s)) + 2 consultations de conseil prénatal personnalisé

Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Possibilité de la coordination des soins et de l'aide (remboursable) + Possibilité de concertation multidisciplinaire
------------	---	--

Période postnatale

→ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale, avec réévaluation périodique. Détection des vulnérabilités avec un outil/des outils à déterminer est souhaitable en cas de modification des besoins. Cela peut conduire à un ajustement des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale.

Scénarios	Indicateur de vulnérabilité	Activité(s) de soins et d'accompagnement
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soins et soutien universels au(x) parent(s) et à l'enfant + Soutien spécifique au(x) parent(s) et à l'enfant (adapté aux besoins de soins et d'aide spécifiques)
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Poursuite de la coordination des soins et de l'aide (remboursable) ou, le cas échéant, l'initier + Possibilité de concertation multidisciplinaire

Période de la petite enfance

→ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période postnatale, avec réévaluation périodique. Détection des vulnérabilités avec un outil/des outils à déterminer est souhaitable en cas de modification des besoins. Cela peut conduire à un ajustement des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période postnatale.

Scénarios	Indicateur de vulnérabilité	Activité(s) de soins et d'accompagnement
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soins et soutien universels de l'enfant et sa famille + Soutien spécifique du petit enfant et de la famille (adapté aux besoins de soins et d'aide spécifiques)
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Poursuite de la coordination des soins et de l'aide (remboursable), ou, le cas échéant, l'initier + Possibilité de concertation multidisciplinaire

Conseil prénatal personnalisé (CPP) : plan coconstruit de soins et d'accompagnement en lien avec le projet de vie et de grossesse de la femme enceinte et de son entourage proche.

Coordination de soins : articulation de tous les professionnels impliqués y compris le coordinateur confidentiel pour assurer l'accompagnement et l'explication du fonctionnement du plan de soins de la femme enceinte et de sa famille proche.

7.2. Annexe 2 : Avis favorable Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 9 mars 2026

A l'investigateur responsable:
Mme Laetitia LACOMTE
Avenue Chant d'oiseau 124
1150 Bruxelles

AVIS ETHIQUE

Concerne : 2026/29JAN/057

Intitulé : Comment des femmes âgées de 24 ans à 36 ans, nullipares, résidant en Région de Bruxelles-Capitale et en projet de première maternité vivent-elles leur préparation à la maternité, notamment au regard des conditions d'accès aux services, de la mobilisation de ressources communautaires et des soutiens formels et informels, dans un contexte marqué par le programme interfédéral des 1000 premiers jours ?

Cher Collègue,

Le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Après examen détaillé et discussion, nous concluons que votre projet ne tombe pas sous le champ d'application de la loi belge du 07.05.2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nous donnons un avis éthique favorable à votre projet.

Néanmoins, nous vous recommandons, si d'application :

- de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité des données en accord avec le RGPD
- d'informer correctement les participants sur le but de leur participation et sur ce qui est attendu d'eux
- de prévenir le participant s'il est prévu ou non des enregistrements audio ou vidéo et de prévoir la destruction de ceux-ci le cas échéant
- d'utiliser les plateformes sécurisées Qualtrix ou LimeSurvey pour les enquêtes en ligne car elles sont considérées comme respectant l'anonymat des données
- d'informer le participant de la durée de conservation des données récoltées

Dans le cas précis de votre projet, nous vous recommandons de tenir compte également de ce qui suit dans le document d'information et de consentement (DIC):

- la prise d'une assurance n'est pas obligatoire pour ce projet. Veuillez ne pas mentionner l'existence d'une assurance dans le DIC.
- Veuillez préciser l'absence de compensation financière dans le document.
- Veuillez préciser la durée de conservation des données dans le document.

Ces remarques ne sont pas contraignantes mais pourront améliorer votre projet.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pharm. C. VERBIST
Coordinatrice scientifique CEHF

Prof. B. BRICHARD
Présidente CEHF

7.3. Annexe 3 : Guide d'entretien

Introduction

Bonjour, je m'appelle Laetitia Lacomte et je suis actuellement étudiante en master en sciences de la santé publique. Je suis également diététicienne-nutritionniste de formation.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une recherche sur la préparation à la maternité chez des femmes résidant en Région de Bruxelles-Capitale, en m'intéressant notamment aux conditions d'accès aux services, aux ressources mobilisées et aux formes de soutien disponibles.

L'entretien que nous allons avoir durera environ 20 à 40 minutes. Il est conçu comme une discussion ouverte : je vais vous poser quelques questions, mais l'idée est surtout d'échanger autour de votre expérience et de votre parcours. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue.

Votre anonymat et la confidentialité de vos réponses seront bien entendu respectés. Les informations partagées seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche.

Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment, sans avoir à vous justifier.

Avec votre accord, j'aimerais enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire vos propos de manière fidèle et être pleinement disponible pendant la discussion.

Est-ce que cela vous convient ?

Merci beaucoup pour votre participation.

Guide

1. Introduction

- Avant de commencer, est-ce que vous avez des questions à me poser sur l'entretien ou sur mon travail ?

2. Situation personnelle et contexte de vie

- Pouvez-vous me parler un peu de vous et de votre situation actuelle ?
(Age, situation professionnelle, logement, entourage, etc.)
- Comment décririez-vous votre situation actuelle ?
(Période stable, en transition, en questionnement ?)
- Y a-t-il eu des événements récents importants dans votre vie ?

3. Émergence du projet de maternité

- À quel moment l'idée d'avoir un enfant a-t-elle commencé à prendre de la place pour vous ?
(Est-ce récent ou ancien ? lié à un événement, à l'âge, à l'entourage ?)
- Aujourd'hui, comment situez-vous ce projet de maternité dans votre vie ?
(Est-ce une priorité ? un projet parmi d'autres ? un projet encore flou ?)

4. Représentations et ressentis autour de la maternité

- Quand vous pensez à la maternité ou au fait de devenir mère, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
(Images, émotions, attentes, inquiétudes)
- Qu'est-ce qui vous rassure dans cette perspective ?
Qu'est-ce qui vous inquiète ou vous fait hésiter ?

5. Se préparer à la maternité : premières démarches

- Si vous vous projetez dans une future grossesse, qu'est-ce que vous pensez qu'il faudrait mettre en place ou préparer en amont ?
(Santé, organisation, démarches, préparation émotionnelle)
- Avez-vous déjà entrepris certaines démarches ou réfléchi à des choses pour vous préparer ?
(Consultations, changements de mode de vie, discussions, lectures...)

6. Ressources professionnelles et formelles

- Si vous aviez besoin d'aide ou de conseils, vers qui penseriez-vous vous tourner ?
(Professionnels de santé, structures, services...)
- Connaissez-vous des dispositifs ou des lieux qui pourraient vous accompagner dans cette période ?

7. Ressources informelles et entourage

- Quelle place votre entourage joue-t-il dans votre réflexion autour de la maternité ?
(Famille, amis, collègues...)
- Échangez-vous avec d'autres femmes ou futurs parents à propos de ces questions ?
(Discussions, groupes, réseaux...)
- Ces échanges vous apportent-ils quelque chose ?

8. Freins et leviers à l'accompagnement

- Qu'est-ce qui vous ferait vous sentir rassurée et soutenue dans un accompagnement ?
(Présence d'un professionnel, continuité, écoute...)
- À l'inverse, qu'est-ce qui pourrait vous freiner à demander de l'aide ou à participer à un accompagnement ?
(Peur du jugement, manque de temps, complexité...)

9. Vision d'un accompagnement idéal

- Si vous pouviez imaginer un accompagnement idéal pour vous préparer à devenir mère, à quoi ressemblerait-il ?
(Type de soutien, professionnels, moments clés...)
- Quelle importance accordez-vous au fait de ne pas vivre cette période seule ?
(Soutien, isolement, rôle de l'entourage...)

10. Conclusion

- Avez-vous déjà entendu parler des “1000 premiers jours” ?
(Si oui, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?)
- Y a-t-il quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé et que vous aimeriez ajouter ?

Comment avez-vous vécu cet entretien ? L'entretien est terminé. Merci pour votre participation.

7.4. Annexe 4 : Annonce réseaux sociaux

PARTICIPEZ À UNE ÉTUDE SUR LA MATERNITÉ

Projet de recherche – UCLouvain
Master en Santé Publique



Vous habitez Bruxelles ?

Vous avez entre 24 et 36 ans ?



Vous envisagez une première maternité ?

→ **Votre expérience nous intéresse !**

En quoi consiste l'étude ?



Un entretien individuel



45 à 60 minutes



Confidentiel et anonyme

Pourquoi participer ?

Pour mieux comprendre les besoins
et les ressources des femmes
dans leur parcours vers la maternité.



Qui peut participer ?

- Femmes de 24 à 36 ans
- Habitant Bruxelles
- Sans enfant, avec un projet de maternité

Intéressée ? Contactez :

Laetitia Lacomte
Étudiante – Master en Santé Publique
UCLouvain

✉ laetitia.lacomte@student.uclouvain.be

68

