

Faculté de santé publique

Comment le programme interfédéral des « 1000 premiers jours » est-il implémenté pour assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière à Bruxelles ?

Mémoire réalisé par
Liliana Barros et Pernelle Ebouele

Promoteur·rice(s)
Camille Duveau : promotrice
Cecilia Scacchitti : copromotrice

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

Faculté de santé publique

Comment le programme interfédéral des « 1000 premiers jours » est-il implémenté pour assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière à Bruxelles ?

Mémoire réalisé par
Liliana Barros et Pernelle Ebouele

Promoteur·rice(s)
Camille Duveau : promotrice
Cecilia Scacchitti : copromotrice

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

Remerciements :

Tout d'abord, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à notre promotrice, Madame Duveau, ainsi qu'à notre copromotrice, Madame Scacchitti. Nous les remercions sincèrement pour leur aide précieuse, leur disponibilité et leur accompagnement tout au long de ce travail.

Nous tenons également à remercier tous les participant·es à ce mémoire pour leur disponibilité et pour la richesse des échanges réalisés.

Un grand merci également à tous nos amis et amies, qui nous ont soutenues lors de la relecture, ainsi qu'à nos chères familles pour leur soutien quotidien durant ces deux années d'études.

Enfin, nous souhaitons nous remercier mutuellement pour notre collaboration tout au long de ce mémoire. Notre complémentarité, notre dynamisme et notre soutien réciproque nous ont permis de nous motiver l'une l'autre dans les moments plus difficiles et de mener ce travail à son terme.

Le plagiat :

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été rédigé par nos soins, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite. Il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, citations, figures, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants 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.

Nous précisons avoir utilisé de manière ponctuelle et encadrée des outils d'intelligence artificielle (Piccolo et OpenAI), pour des corrections orthographiques et des reformulations afin d'amélioration de la lisibilité du texte, sachant que la production du texte est totalement personnelle.

Liste des abréviations :

AMU : Aide médicale urgente

BIB : Born in Belgium Professionals

COCOM : Commission communautaire commune

COCOF : Commission communautaire française

CPAS : Centre public d'action sociale

CPP : Consultation de conseil prénatale personnalisée

EPIS : Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

NISS : Numéro d'identification de la sécurité sociale

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations unies

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

PPP : Parcours prénatal personnalisé

Table des matières

RESUME/ ABSTRACT	10
INTRODUCTION	11
CADRE THEORIQUE	14
1. Contexte et cadre de référence.....	14
1.1. Droit à la santé et droits sexuels et reproductifs.....	14
1.2. Accès aux soins des personnes en séjour irrégulier	15
1.3. Fragilités de l'accès à l'AMU et du suivi périnatal.....	16
2. Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours	17
2.1. Présentation du programme	17
2.2. Mise à l'agenda du programme - Modèle de Kingdon	18
3. Cadre d'analyse de l'implémentation	18
3.1. Présentation du modèle EPIS.....	18
3.2. Phase d'implémentation active	20
3.3. Facteurs contextuels du modèle EPIS.....	20
4. Analyse des parties prenantes	21
4.1. Théorie des stakeholders	21
4.2. Niveaux de gouvernance	21
4.3. Attributs des parties prenantes	22
4.4. Collaboration entre parties prenantes	24
5. Conclusion de la partie théorique.....	25
MATERIEL ET METHODE	27
1. Collecte des données.....	28
1.1. Entretiens semi-directifs	28
1.2. Observations des espaces de rencontre.....	29
2. Outils de collecte des données	31
2.1. Entretiens semi-directifs	31
2.2. Observations des espaces de rencontre.....	31
3. Analyse des données	32
4. Considérations éthiques	33
RESULTATS.....	34
1. IMPLEMENTATION DU PROGRAMME.....	34
1.1. Déploiement des dispositifs	34

1.2.	Appropriation du Programme	38
1.3.	Stratégies d'adaptations.....	40
2.	FACTEURS CONTEXTUELS.....	41
2.1.	Contexte externe	41
2.2.	Contexte interne.....	43
3.	Dynamiques transversales	45
3.1.	Conditions d'accès aux soins.....	45
3.2.	Effets du Programme observés.....	46
4.	Dynamiques de pouvoir.....	46
4.1.	Pouvoir coercitif	47
4.2.	Pouvoir utilitaire	47
4.3.	Pouvoir normatif.....	48
5.	Les formes de légitimité	49
5.1.	Légitimité institutionnelle et professionnelle	49
5.2.	Légitimité sociale et cognitive	50
6.	L'urgence.....	51
6.1.	Urgence temporelle.....	51
6.2.	Urgence sociale.....	51
6.3.	Urgence relationnelle.....	52
	DISCUSSION	53
1.	Réponse synthétique à la question de recherche	53
2.	Une réponse institutionnelle à des constats déjà identifiés par le KCE	54
3.	Le paradoxe de l'universalisme proportionné.....	55
4.	Born in Belgium et le dépistage : outil de visibilité, mais aussi enjeu éthique.....	57
5.	Les frontières administratives de l'accès aux soins : entre droit formel et accès effectif.....	59
6.	La coordination comme infrastructure relationnelle de l'accès effectif	62
7.	Les professionnel·les de terrain : pouvoir limité, légitimité de terrain et urgence d'agir	64
8.	Le postpartum : un test de cohérence du Programme.....	67
9.	Forces et limites de l'étude	69
10.	Utilité des résultats pour la santé publique et pistes futures de recherche	71
	CONCLUSION.....	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	76

ANNEXES	83
Annexe 1 : Born in Belgium.....	83
Annexe 2 – Analyse de la mise à l’agenda du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à partir du modèle de Kingdon.....	85
Annexe 3 : Guide d’entretien	88
Annexe 4 : Fiche d’observation.....	100
Annexe 5 : Arbres thématiques	102

RESUME/ ABSTRACT

Introduction : La période des 1 000 premiers jours constitue une phase critique pour la santé des mères, des enfants et des familles. Pourtant, l'accès aux soins périnataux reste marqué par des inégalités persistantes, en particulier pour les femmes migrantes en situation irrégulière. En Belgique, le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, adopté en 2024, vise à renforcer le dépistage des vulnérabilités, la coordination des soins et la continuité du suivi. Ce mémoire analyse son implémentation à Bruxelles pour évaluer dans quelle mesure il garantit un accès effectif aux soins pour ce public. L'étude s'appuie sur les cadres théoriques du modèle EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) et la théorie des parties prenantes pour examiner les dynamiques d'acteurs influençant sa mise en œuvre.

Méthode : Une démarche qualitative a été menée à partir de dix entretiens semi-directifs auprès d'acteur·rices du système périnatal bruxellois et de deux observations d'espaces de rencontre interprofessionnels. A partir des deux cadres théoriques mobilisés, l'analyse thématique des données a permis d'examiner la phase d'implémentation active du Programme, ses facteurs contextuels influençant sa mise en œuvre, les dynamiques de collaboration inter-acteurs, ainsi que les rapports de pouvoir, de légitimité et d'urgence autour de l'accès aux soins périnataux.

Résultats : L'analyse thématique révèle que le Programme favorise une approche plus intégrée du parcours périnatal, en renforçant le repérage des vulnérabilités psychosociales et la collaboration entre professionnel·les. Les espaces de concertation observés améliorent l'interconnaissance des structures et la visibilité des ressources locales. Cependant, son implémentation reste hétérogène et confrontée à des obstacles majeurs pour les femmes migrantes en situation irrégulière : complexité administrative, manque de temps des professionnel·les et saturation du réseau. L'accès aux soins dépend ainsi des stratégies d'adaptation développées par les acteur·rices de terrain pour contourner les limites du dispositif. L'analyse des parties prenantes met en lumière des asymétries de pouvoir, de légitimité et d'urgence : certaines acteur·rices disposent d'un pouvoir sur les conditions d'accès aux dispositifs et aux ressources, tandis que d'autres s'appuient sur une légitimité de proximité, fondée sur leur ancrage de terrain et la relation de confiance avec les publics accompagnés. Ces différences se reflètent également dans la prise en charge des situations d'urgence qui englobent autant les enjeux médicaux que sociaux, administratifs et relationnels.

Conclusion : Le Programme représente une avancée majeure dans la structuration d'un accompagnement périnatal plus intégré et coordonné à Bruxelles. Toutefois, son implémentation met en évidence des limites structurelles freinant l'accès effectif aux soins pour ce public. Si le Programme vise à mieux identifier et accompagner les situations de vulnérabilité, son efficacité reposera sur sa capacité à dépasser les frontières institutionnelles et à s'adapter aux réalités des femmes concernées. Cette recherche souligne ainsi que l'équité en santé périnatale ne repose pas uniquement sur l'existence d'un dispositif, mais sur des conditions réelles d'accès et une reconnaissance des acteur·rices de première ligne. L'enjeu n'est pas seulement d'être repérées par le système, mais de pouvoir bénéficier d'un accompagnement accessible et sécurisant tout au long de la période périnatale. Le Programme offre ainsi un cadre prometteur, dont la réussite dépendra d'une politique d'équité capable de concilier le principe d'universalisme proportionné avec les besoins spécifiques des publics les plus précarisés.

Mots-clés : Sans-papiers ; Femmes migrantes ; Accès aux soins ; Health Services Accessibility ; Périnatalité ; Perinatal Care ; Inégalités sociales de santé ; Parties prenantes ; Stakeholder Participation ; Modèle EPIS ; EPIS Framework ; Bruxelles ; Politique de santé ; Health Policy ; Dépistage des vulnérabilités ; Vulnerability Screening ; Coordination des soins ; Care Coordination ; Parcours de soins

INTRODUCTION

La période périnatale, allant de la conception aux deux premières années de vie de l'enfant, constitue une période déterminante pour la santé physique, mentale et sociale des mères, des enfants et des familles. La qualité du suivi durant cette période peut influencer durablement le développement de l'enfant, la santé maternelle, les trajectoires familiales ainsi que les inégalités sociales de santé (SPF Sécurité sociale, 2024). Malgré les progrès réalisés en matière de santé sexuelle et reproductive, de nombreuses recherches soulignent la persistance d'inégalités importantes dans l'accès aux soins périnataux, particulièrement marquée selon le statut socio-économique, l'origine migratoire ou le statut administratif des personnes concernées (Bastick et al., 2024 ; Center for Reproductive Rights, 2020 ; Mandrou et al., 2024 ; OMS, 2025).

La littérature internationale souligne que les politiques périnatales tendent de plus en plus à s'inscrire dans une logique de soins intégrés, en raison de la complexité des besoins rencontrés durant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant. Les travaux sur le *nurturing care* montrent que le développement précoce dépend d'une combinaison de facteurs médicaux, sociaux, psychologiques et environnementaux, ce qui justifie des interventions coordonnées entre secteurs (Britto et al., 2017). Plusieurs études européennes montrent également que l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité nécessite une collaboration étroite entre les soins de santé, les services sociaux, la santé publique et les acteur·rices communautaires (Feijen-de Jong et al., 2022 ; Smeets-Curvers et al., 2024). Cette logique est particulièrement importante pour les femmes migrantes en séjour irrégulier, dont l'accès aux soins maternels et infantiles reste marqué par des barrières administratives, sociales et institutionnelles spécifiques (De Jong et al., 2017 ; Gieles et al., 2019).

Cette attention portée à la période des 1 000 premiers jours s'inscrit dans un mouvement plus large observé en Europe, où plusieurs initiatives cherchent à renforcer la prévention précoce, le soutien à la parentalité et la coordination entre acteur·rices. La France par exemple, a développé une politique publique des 1 000 premiers jours visant à améliorer l'accompagnement des familles durant cette période clé du développement. Aux Pays-Bas, l'approche *Solid Start* met également l'accent sur la collaboration intersectorielle autour des femmes enceintes et des familles en situation de vulnérabilité. Ces initiatives traduisent une évolution des politiques périnatales vers des approches plus préventives, territorialisées, coordonnées et centrées sur les besoins des familles (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020 ; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018 ; Molenaar et al., 2023).

Cette problématique est particulièrement pertinente dans le contexte belge, et plus spécifiquement bruxellois. La Belgique compte une proportion importante de personnes d'origine étrangère, parmi lesquelles environ 112 000 personnes sans-papiers provenant de l'extérieur de l'espace Schengen. Cette population, souvent invisible et particulièrement vulnérable, résiderait pour près de moitié en Région de Bruxelles-Capitale (Statbel, 2024 ; Verhaeghe et al., 2023). Bruxelles se caractérise ainsi par une forte diversité migratoire. Pour les personnes en situation irrégulière, l'accès aux soins dépend souvent de dispositifs spécifiques, de procédures administratives complexes et de ressources institutionnelles ou associatives variables. La capitale concentre également un réseau dense d'acteur·rices issu·es des secteurs périnatal, hospitalier, social et associatif, dont la coordination joue un rôle central dans l'accompagnement des publics en situation de vulnérabilité.

Sur le plan normatif, la Belgique reconnaît et promeut l'accès aux droits sexuels et reproductifs tout au long du cycle de vie. Elle figure parmi les pays les mieux classés en matière d'autonomisation des femmes, notamment concernant la planification familiale (IGVM-IEFH, 2024). Toutefois, ces indicateurs masquent d'importantes disparités dans l'accès aux soins. Les femmes migrantes en situation irrégulière restent confrontées à de nombreux obstacles, tels que des barrières administratives, une méconnaissance de leurs droits, des barrières linguistiques, des conditions socio-économiques précaires, la crainte des institutions ou encore la fragmentation des parcours de soins. Dans le domaine périnatal, ces difficultés peuvent retarder l'entrée dans le suivi prénatal, fragiliser la continuité de l'accompagnement et accroître le risque de ruptures dans la prise en charge (KCE, 2019 ; Okhianos et al., 2024 ; Schoenborn et al., 2021).

Plusieurs rapports institutionnels mettent en évidence des limites de l'organisation du système périnatal belge. Les rapports du KCE soulignent notamment un manque de coordination entre les acteur·rices, une hétérogénéité des pratiques, une continuité parfois insuffisante entre la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'un risque accru de non-recours aux soins pour certains groupes vulnérables (KCE, 2014 ; KCE, 2019). Ces éléments montrent que les difficultés rencontrées par les femmes migrantes en séjour irrégulier ne peuvent pas être réduites à des vulnérabilités individuelles. Elles renvoient à des enjeux plus larges liés à l'organisation des soins, aux dispositifs administratifs et aux modalités concrètes de coordination entre acteur·rices.

Ces constats ont conduit à l'adoption du Programme interfédéral des 1000 premiers jours en 2024. Il constitue une initiative nationale visant à structurer un parcours périnatal plus intégré, cohérent et coordonné en Belgique. Le Programme vise notamment à améliorer le dépistage des vulnérabilités, à soutenir des consultations prénatales personnalisées, à renforcer la coordination interprofessionnelle et à favoriser la continuité entre la grossesse, le post-partum et les premières années de vie de l'enfant. Il repose ainsi sur une logique de soins intégrés, continus et adaptés aux besoins des familles, avec une attention particulière portée aux situations de vulnérabilité (INAMI, 2024).

Cependant, la manière dont ce Programme est effectivement déployé auprès des femmes migrantes en séjour irrégulier demeure encore peu documentée. Or, ces femmes figurent parmi les plus exposés aux risques périnataux défavorables (Gieles et al., 2019 ; Heslehurst et al., 2018 ; Schönborn et al., 2021 ; Schönborn et al., 2020). Les recherches existantes portent principalement sur les barrières administratives et les inégalités d'accès aux soins, mais peu d'études analysent à ce jour la manière dont cette politique publique récente se traduit concrètement dans les pratiques professionnelles et dans l'accompagnement de ce public.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire. Il vise à analyser la manière dont le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est implémenté à Bruxelles pour favoriser l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en séjour irrégulier. Plus précisément, il s'intéresse à la façon dont les mécanismes prévus par le Programme tels que le dépistage des vulnérabilités, la coordination des parcours, les concertations multidisciplinaires et la continuité du suivi sont interprétés, mobilisés et adaptés par les acteur·rices du système périnatal bruxellois.

La question de recherche qui guide ce mémoire est la suivante : **Comment le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est-il implémenté pour assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière à Bruxelles ?**

Pour répondre à cette question, ce mémoire s'organise en plusieurs parties. La première partie présente le cadre théorique et contextuel de la recherche. Elle aborde le droit à la santé, les droits sexuels et reproductifs, ainsi que sur les conditions d'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier, notamment à travers le dispositif de l'Aide médicale urgente. Elle présente ensuite le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, son contexte d'émergence et ses principaux mécanismes. Enfin, elle explore les cadres d'analyse mobilisés dans ce travail : le modèle EPIS, centré sur l'implémentation des politiques dans les pratiques, et l'analyse des parties prenantes, qui permet d'examiner les rôles, les ressources et les relations entre acteur·rices.

La deuxième partie présente la méthodologie de recherche, fondée sur une démarche qualitative. Elle détaille les modalités de collecte des données, reposant sur des entretiens semi-directifs et des observations d'espaces de rencontre interprofessionnels, ainsi que la méthode d'analyse mobilisée. La troisième partie expose les principaux résultats de l'étude. Ceux-ci sont ensuite discutés à la lumière des cadres théoriques et de la littérature scientifique, avant de présenter les limites de la recherche, ses apports et des pistes d'amélioration pour renforcer l'accès et la continuité des soins périnataux des femmes migrantes en séjour irrégulier à Bruxelles.

CADRE THEORIQUE

1. Contexte et cadre de référence

1.1. Droit à la santé et droits sexuels et reproductifs

À l'échelle mondiale, la période périnatale reste caractérisée par d'importantes inégalités en matière de santé maternelle et néonatale. Plus de 700 femmes décèdent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement. L'offre des soins prénataux constituent encore trop souvent des « occasions manquées » d'assurer une prise en charge globale et centrée sur les besoins des femmes (OMS, 2016 ; OMS, 2025).

Pourtant, la santé est reconnue, comme un droit humain fondamental, par les instruments juridiques internationaux. Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC), reconnaît le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé possible et engage les États à réduire la mortalité maternelle et infantile ainsi qu'à garantir l'accès universel aux services de santé, quel que soit son statut administratif ou sa nationalité (ONU, 1966). Dans le domaine de la santé maternelle, ces obligations impliquent l'accès aux soins maternels abordables et de qualité ainsi que des soins obstétricaux d'urgence (Center for Reproductive Rights, 2020).

La *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW) renforce ce cadre en imposant aux États de garantir un accès égal aux soins de santé, notamment pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité sociale ou administrative (ONU, 1979). En outre, le droit à la santé maternelle est lié au droit à la vie, protégé par le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIDCP). Il s'inscrit également dans le principe d'universalité des droits humains, qui oblige les États de prévenir les risques mortels liés à un accès insuffisant aux soins et interdit toute discrimination fondée sur la nationalité ou le statut migratoire (Center for Reproductive Rights, 2020; ONU, 1966).

Ces engagements sont renforcés par la *Convention relative aux droits de l'enfant* (CDE), qui reconnaît son droit à un meilleur état de santé possible et impose aux États de garantir des soins périnataux appropriés pour les mères, soulignant ainsi l'interdépendance entre santé maternelle et santé infantile (UNICEF, 1989).

Par ailleurs, la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs comme composante des droits humains a été formalisée lors de la *Conférence internationale sur la population et le développement* (CIPD) (UNFPA, 1994). Le Programme d'action adopté à cette occasion place l'autonomie des femmes, l'accès aux soins de santé reproductive et la maternité sans risque au cœur des politiques publiques. Cette approche est prolongée par les recommandations de l'OMS, qui promeuvent des soins prénataux intégrés, continus et centrés sur la personne, ainsi que par le Plan d'action européen pour la santé sexuelle et reproductive (OMS, 2017).

Ainsi le cadre international établit des obligations claires en matière de santé maternelle, fondées sur les principes d'universalité, de non-discrimination, de qualité et de continuité des soins.

Toutefois, concernant les femmes migrantes en situation irrégulière, la littérature souligne que l'existence de ces normes ne garantit pas, à elle seule, leur mise en œuvre effective. Ce constat appelle à une analyse des politiques et des pratiques concrètes de prise en charge périnatale. (Center for Reproductive Rights, 2020).

1.2. Accès aux soins des personnes en séjour irrégulier

Le terme *migrant·e* désigne toute personne ayant quitté son pays d'origine, de manière volontaire ou involontaire, pour s'installer temporairement ou durablement dans un autre pays. Ce terme regroupe des catégories diverses, incluant notamment les demandeur·euses d'asile, les réfugié·es, les étudiant·es, les travailleur·euses étranger·ères ainsi que les personnes en séjour irrégulier. Ce mémoire se concentre plus spécifiquement sur les femmes dites *en situation irrégulière*, c'est-à-dire des personnes qui ne disposent pas, ou plus, d'un titre de séjour valable en Belgique. Cette situation peut résulter de parcours variés, tels qu'un refus de demande de protection internationale, l'expiration d'un visa, la perte d'un droit au séjour dans le cadre du regroupement familial, ou encore une entrée et un maintien sur le territoire sans autorisation légale (CIRÉ, 2026).

Contrairement aux demandeur·euses d'asile, qui bénéficient d'un séjour légal provisoire pendant l'examen de leur demande de protection internationale, les personnes en situation irrégulière se trouvent en dehors des cadres légaux de séjour. Elles ne peuvent pas travailler légalement et n'ont, en principe, pas accès à l'aide sociale, à l'exception de l'Aide Médicale Urgente (AMU), qui constitue leur principal dispositif d'accès aux soins. Certaines de ces femmes peuvent introduire une demande de régularisation de séjour pour raisons humanitaires ou médicales. Toutefois, cette procédure est de nature exceptionnelle et non automatique. Elle est examinée au cas par cas par les autorités, sans critères strictement définis pour les demandes à caractère humanitaire (CIRÉ, 2026).

En Belgique, la protection de la santé s'inscrit dans un cadre constitutionnel fondé sur le principe de dignité humaine. L'article 23 de la Constitution reconnaît que toute personne a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. C'est ainsi que le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé ainsi qu'à l'aide sociale, médicale et juridique est garanti (Etat belge, 1994).

Sur le plan organisationnel, ce principe est mis en œuvre par la loi « *Organique des centres publics d'action sociale* » (CPAS) : toute personne a droit à l'aide sociale lorsque celle-ci est nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Présents dans chaque commune, les CPAS sont chargés d'assurer cette aide, notamment sous la forme d'une aide médicale, matérielle ou sociale, selon les situations rencontrées (Etat belge, 1976).

1.2.1. Aide médicale urgente : base légale et procédures

Pour les personnes en séjour irrégulier, la loi organique des CPAS prévoit un régime d'aide spécifique. En effet, par dérogation aux autres formes d'aide sociale, la mission du CPAS se limite à l'octroi de l'aide médicale urgente à l'égard des personnes séjournant illégalement sur le territoire (Etat belge, 1976). Cette définition est précisée par l'arrêté royal de 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS. L'AMU y est définie comme une aide à caractère exclusivement médical, dont l'urgence doit être attestée par un certificat médical. Elle peut être dispensée tant en ambulatoire qu'au sein d'un établissement de soins, et couvre en plus des situations aiguës, les soins préventifs et curatifs lorsqu'ils sont nécessaires (Etat belge, 1996).

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) décrit l'AMU comme une procédure permettant l'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier en Belgique. Contrairement à ce que son appellation pourrait suggérer, l'AMU n'est pas limitée aux seuls soins d'urgence. Elle couvre en principe des soins préventifs et curatifs, sous réserve des conditions et des décisions prises dans le cadre de la procédure. Les personnes en séjour irrégulier n'étant pas affiliables à une mutualité, ne sont donc pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire ; ce qui renforce le rôle central de l'AMU pour l'accès aux soins (KCE, 2015).

Dans l'organisation actuelle, le CPAS joue un rôle pivot entre la personne en séjour irrégulier et le système de soins. Les centres vérifient d'abord les conditions d'attribution, puis définissent ensuite le niveau de prise en charge accordé dans chaque situation individuelle. Parmi les conditions décrites figurent notamment : la compétence territoriale du CPAS (résidence sur le territoire communal du CPAS), la réalisation d'une enquête sociale destinée à évaluer l'indigence et l'absence de prise en charge alternative, ainsi que la production d'un certificat médical attestant le besoin de soins relevant de l'AMU (KCE, 2015).

1.3. Fragilités de l'accès à l'AMU et du suivi périnatal

Toutefois, le KCE souligne que l'accès effectif à l'AMU demeure marqué par d'importantes disparités dans sa mise en œuvre. En effet, dans ses rapports, il met en évidence une forte variabilité des pratiques entre CPAS, y compris au sein d'une même région. Cette tendance s'explique par l'absence de cadre opérationnel précis et par l'autonomie accordée aux centres dans l'organisation de l'aide sociale. Cette variabilité concerne notamment l'évaluation de l'indigence, dont les critères diffèrent d'un CPAS à l'autre, ce qui peut conduire à des décisions différentes pour des situations similaires. C'est ainsi que les taux de refus de l'AMU diffèrent d'une commune à l'autre. Elle concerne aussi l'étendue de la couverture accordée, certaines communes accordent une couverture globale, tandis que d'autres la limitent à certains soins ou prestations spécifiques (KCE, 2015).

Par ailleurs, la charge administrative liée à la procédure constitue un obstacle à la continuité des soins. En effet, les enquêtes sociales répétées, la condition de territorialité, ainsi que les délais liés à l'octroi ou au renouvellement de l'AMU peuvent entraîner des interruptions de prise en charge, en particulier lorsque les soins sont entamés avant l'autorisation formelle du CPAS (KCE, 2015). Au-delà des limites propres au dispositif de l'AMU, plusieurs rapports institutionnels ont mis en évidence des fragilités plus larges dans l'organisation des soins périnataux en Belgique, en particulier en matière de coordination et de continuité des parcours.

Avant l'adoption du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, le système périnatal se caractérisait par une offre de soins diversifiée mais peu lisible. Il était marqué par un manque d'articulation entre le suivi prénatal, l'accouchement et le post-partum, ainsi que des situations de sur-suivi ou de non-recours aux soins (KCE, 2019). La diminution de la durée des séjours en maternité a renforcé ces enjeux, en accentuant la nécessité d'une meilleure articulation entre l'hôpital, la première ligne et le secteur social (KCE, 2014). Le KCE soulignait également l'absence d'un cadre national harmonisé pour le dépistage des vulnérabilités psychosociales. Il mettait en évidence des disparités territoriales, ainsi que le besoin d'outils de référencement et de réseaux de suivi permettant des transitions plus cohérentes entre acteur·rices (KCE, 2019 ; KCE, 2023). Le cadre juridique reconnaît la grossesse comme une situation de « force majeure médicale » pouvant justifier l'octroi d'une aide avant et après l'accouchement. Cette reconnaissance

n'empêche toutefois pas l'existence d'inégalités dans l'accès effectif et la continuité du suivi périnatal, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité sociale et administrative (Cour constitutionnelle, 1999 ; Aquarelle, 2024 ; Médecins du Monde Belgique, 2023).

Comparées à la population hôte, les femmes migrantes en séjour irrégulier présentent en moyenne une entrée plus tardive dans le suivi prénatal, une fréquence accrue de complications obstétricales et néonatales, ainsi qu'une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale (Bollini et al., 2009 ; Bradby et al., 2020 ; Heslehurst et al., 2018 ; Schönborn et al., 2020). Ces risques s'inscrivent dans des trajectoires migratoires souvent marquées par des vulnérabilités structurelles : précarité matérielle, barrières linguistiques, instabilité résidentielle, isolement social et crainte des institutions susceptibles de contraindre leur parcours de soins (Le Grain asbl, 2022 ; Médecins du Monde Belgique, 2023 ; Aquarelle, 2024).

Ces constats mettent en évidence l'importance de politiques publiques adaptées visant à améliorer la continuité et l'équité du suivi périnatal, telles que le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours.

2. Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours

2.1. Présentation du programme

Adopté en 2024, le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours représente la première initiative nationale destinée à organiser un parcours périnatal plus cohérent et coordonné à l'échelle de la Belgique. Il s'inscrit dans le Plan interfédéral pour des soins intégrés et ambitionne de renforcer l'articulation entre les dimensions médicales, sociales et psychosociales de l'accompagnement périnatal. Ce programme a été conçu pour répondre aux limites mises en évidence dans l'organisation du système périnatal, notamment en matière de continuité des soins, de coordination entre les acteur·rices et de disparités territoriales. Il vise à renforcer l'intégration des dimensions médicales, sociales et psychosociales de l'accompagnement périnatal, et accorde une attention particulière à la période allant de la conception jusqu'aux deux ans de l'enfant, reconnue comme déterminante pour la santé et le développement à long terme (SPF Sécurité sociale, 2024 ; INAMI, 2024).

2.1.1. Principes du Programme

Le Programme repose sur plusieurs principes. Il adopte une approche holistique et intégrée des soins, en prenant en compte les besoins médicaux, sociaux, psychologiques et environnementaux de la mère, de l'enfant et de la famille. Il vise également à garantir la continuité du suivi tout au long de la période périnatale, de la grossesse au post-partum et à la petite enfance, afin de limiter les ruptures de prise en charge entre les différents moments du parcours. De plus, le Programme s'appuie sur le principe de l'universalisme proportionné, qui prévoit un accès universel aux dispositifs en fonction du degré de vulnérabilité des familles.

Cette approche se décline tout au long du parcours périnatal, depuis la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, à travers différentes activités : l'orientation vers le screening, les consultations prénatales personnalisées, la coordination des soins et de l'aide, ainsi que la concertation multidisciplinaire et les dispositifs de soutien universel et spécifique. Dans la période postnatale et la petite enfance, les interventions se poursuivent à travers le développement de soins transmuraux, le renforcement de la coordination entre acteur·rices, la continuité des

concertations multidisciplinaires, ainsi que le maintien d'un suivi visant à soutenir les parents et à détecter précocement les vulnérabilités.

Le dépistage précoce des vulnérabilités constitue un des piliers centraux, notamment à travers l'utilisation de l'outil Born in Belgium (BiB), destiné à identifier les fragilités psychosociales et à orienter les familles vers les ressources adaptées (INAMI, 2024). (*voir annexe 1*)

Sur le plan organisationnel, le Programme repose sur une gouvernance multiniveau que nous détaillerons dans les chapitres suivants. Cette gouvernance mobilise différents niveaux d'intervention chargés notamment de la coordination stratégique et opérationnelle, du soutien des pratiques collaboratives, et de la mise en œuvre concrète des interventions. Le Programme prévoit également un renforcement des concertations multidisciplinaires, afin d'améliorer la cohérence des parcours, la circulation de l'information et l'orientation des familles, en particulier lorsque des vulnérabilités psychosociales sont identifiées (INAMI, 2024).

2.2. Mise à l'agenda du programme - Modèle de Kingdon

Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours s'inscrit dans un contexte de prise de conscience progressive des limites de l'organisation des soins périnataux en Belgique. Les rapports du KCE ont notamment mis en évidence la nécessité de renforcer l'intégration du parcours prénatal, la continuité du suivi et la coordination entre les différents acteur·rices impliqué·es dans l'accompagnement des femmes enceintes, des enfants et des familles (KCE, 2014 ; KCE, 2019). Ces constats rejoignent les orientations défendues au niveau international par l'OMS, qui insiste sur l'importance de soins prénataux intégrés, centrés sur la personne et fondés sur la continuité des soins (OMS, 2016). De plus, le Nurturing Care Framework met en évidence l'importance des 1 000 premiers jours pour le développement de l'enfant (OMS, UNICEF & Banque mondiale, 2018).

L'élaboration du Programme s'appuie également sur des solutions déjà identifiées dans le domaine de la périnatalité et des soins intégrés. Les recommandations nationales et internationales soulignent notamment l'importance du renforcement de la première ligne, de la coordination des parcours, du dépistage des vulnérabilités psychosociales et de la concertation multidisciplinaire (KCE, 2014 ; KCE, 2019 ; OMS, 2016). Dans cette perspective, l'outil Born in Belgium Professionals, initialement développé dans le cadre du projet Born in Brussels, a ensuite été étendu à l'échelle nationale. Cet outil a été intégré au Programme afin de soutenir le dépistage des vulnérabilités psychosociales et l'orientation des familles vers un accompagnement adapté (INAMI, 2024).

Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours peut ainsi être compris comme une réponse institutionnelle visant à renforcer la continuité, la coordination et l'intégration des soins autour de la grossesse, de la naissance et des premières années de vie de l'enfant. Une analyse plus détaillée de la mise à l'agenda du Programme, à partir du modèle de Kingdon, est présentée en annexe (*voir annexe 2*).

3. Cadre d'analyse de l'implémentation

3.1. Présentation du modèle EPIS

Le modèle EPIS (Exploration, Adoption/Préparation, Implémentation, Pérennisation), développé par Aarons et al. (2011), propose un cadre d'analyse du processus de mise en œuvre des politiques et des pratiques, depuis leur émergence jusqu'à leur intégration dans les routines

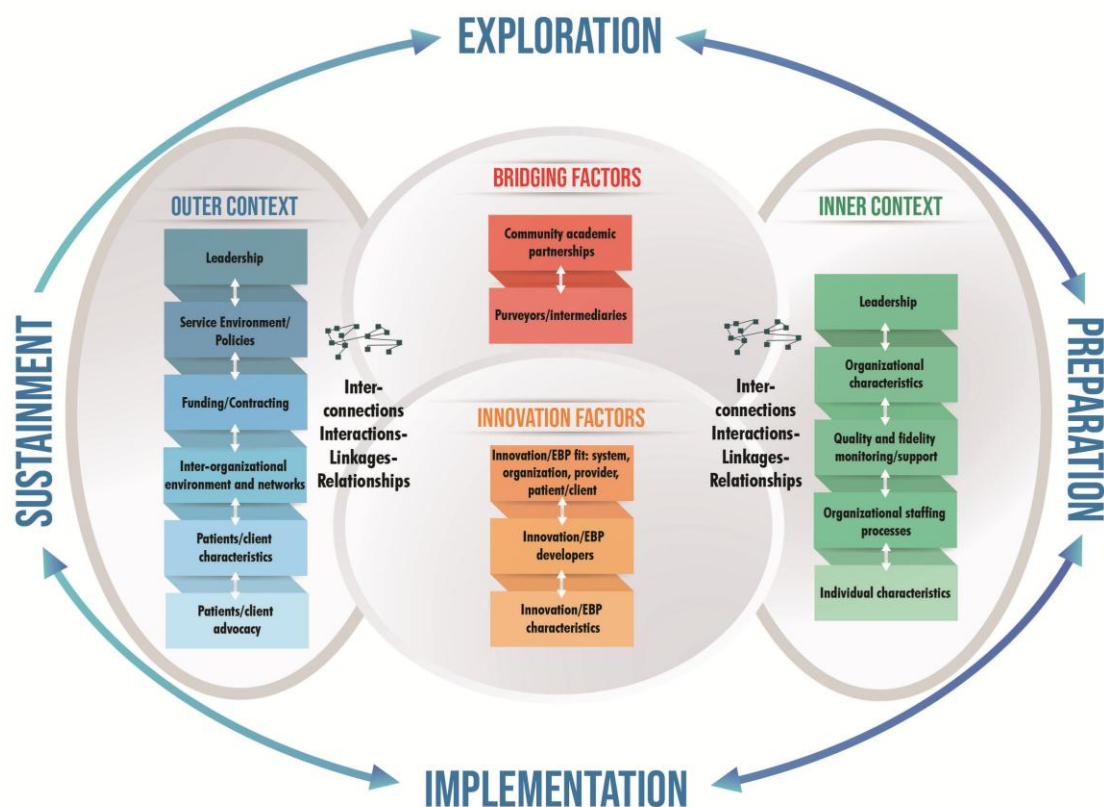
organisationnelles. Il permet d'appréhender l'implémentation comme un processus dynamique et structuré, en tenant compte du rôle des facteurs contextuels internes et externes susceptibles d'influencer chacune des phases.

Selon Moullin et al. (2019), le cadre EPIS est largement mobilisé dans les domaines de la santé publique et des services sociaux, en particulier dans des contextes caractérisés par une forte complexité organisationnelle et l'implication de multiples acteur·rices. Dans cette perspective, Aarons et al. (2011) soulignent que la mise en œuvre d'innovations constitue un processus complexe, influencé à la fois par des enjeux de grands systèmes (préoccupations politiques, modalités de financement), par des facteurs organisationnels et professionnels (adéquation aux ressources et aux exigences de travail), ainsi que par des dimensions liées aux bénéficiaires (concordance aux besoins et applicabilité des pratiques).

Par ailleurs, la mise en œuvre d'un programme dépend également de son adéquation avec les pratiques, les contraintes et les réalités des organisations et des professionnel·les. Cette adéquation influence directement la facilité avec laquelle les innovations peuvent être intégrées dans les pratiques existantes (Aarons et al., 2011).

Ainsi, les auteurs mettent en évidence l'intérêt du modèle EPIS pour analyser la mise en œuvre d'innovations dans des environnements marqués par une diversité d'acteur·rices, des contraintes institutionnelles, ainsi que par la nécessité d'adapter les interventions aux besoins et aux contextes des publics concernés.

C'est dans cette perspective que ce mémoire mobilise le modèle EPIS comme cadre d'analyse de la mise en œuvre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à Bruxelles, en s'intéressant aux facteurs influençant l'accès aux soins périnataux pour les femmes migrantes en séjour irrégulier.



3.2. Phase d'implémentation active

Dans ce mémoire, l'analyse se concentre principalement sur la phase d'implémentation active du modèle EPIS. Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, adopté en 2024, étant en cours de déploiement à Bruxelles, l'objectif n'est pas d'analyser la décision politique en tant que telle, mais d'examiner la manière dont les mécanismes prévus par le Programme se traduisent concrètement dans les pratiques professionnelles.

Cette phase correspond au passage de la planification à l'action, durant laquelle les stratégies élaborées lors de la phase de préparation sont introduites au sein des organisations. Elle se caractérise par la mobilisation des outils prévus, l'interaction entre les professionnel·les et l'intégration progressive de nouvelles pratiques dans les services (Aarons et al., 2011).

Toutefois, l'implémentation ne constitue pas un processus linéaire. Elle implique des ajustements continus des dispositifs, des pratiques et des modalités d'organisation. L'adaptation des interventions apparaît ainsi comme une composante centrale de cette phase. La réussite d'une innovation dépend de son appropriation par les professionnel·les, mais aussi de l'existence de mécanismes de soutien permettant d'accompagner les transformations introduites. Dans cette perspective, un suivi continu du processus d'implémentation apparaît nécessaire pour évaluer son évolution et d'ajuster les stratégies mobilisées en fonction des défis rencontrés sur le terrain (Moullin et al., 2019).

Enfin, la phase d'implémentation active peut être marquée par des résistances au changement. L'intégration de nouvelles pratiques dépend non seulement de la qualité des outils proposés, mais également du degré d'appropriation et du soutien organisationnel pour accompagner ces transformations (Aarons et al., 2011 ; Moullin et al., 2019).

3.3. Facteurs contextuels du modèle EPIS

Selon le modèle EPIS, la phase d'implémentation active est influencée par des facteurs contextuels externes et internes qui conditionnent les modalités de déploiement du Programme (Aarons et al., 2011).

Le **contexte externe** renvoie à l'environnement dans lequel s'inscrit l'intervention, incluant les dimensions sociopolitiques, institutionnelles, juridiques et économiques. Il comprend notamment les politiques publiques, les cadres réglementaires ainsi que les mécanismes de financement. Ces facteurs systémiques, influencent la mise en œuvre des interventions, notamment à travers les priorités politiques et les conditions d'accès aux dispositifs (Aarons et al., 2010).

Le **contexte interne** désigne quant à lui les caractéristiques propres aux organisations impliquées dans la mise en œuvre. Il comprend notamment l'organisation interne des structures, les ressources disponibles, ainsi que les pratiques professionnelles (Moullin et al., 2019).

Dans cette perspective, la mise en œuvre effective d'un programme dépend de la capacité des organisations à soutenir les acteur·rices dans l'intégration des nouvelles pratiques. Les interactions entre les contextes interne et externe influencent également la manière dont les dispositifs sont mobilisés et adaptés sur le terrain. L'implémentation apparaît ainsi comme un processus dynamique, au cours duquel les acteur·rices ajustent leurs interventions en fonction des contraintes rencontrées et des ressources disponibles.

Le cadre EPIS permet ainsi d'analyser la mise en œuvre du Programme en prenant en compte à la fois les dispositifs déployés, les dynamiques d'appropriation et d'adaptation par les acteur·rices, ainsi que l'influence des facteurs contextuels internes et externes dans ce processus.

4. Analyse des parties prenantes

4.1. Théorie des stakeholders

L'implémentation d'une politique publique ne dépend pas uniquement de son contenu normatif ou de ses objectifs affichés, mais également des acteur·rices qui la conçoivent, la financent, la mettent en œuvre ou en subissent les effets. Dans cette perspective, l'analyse des parties prenantes constitue un second cadre essentiel pour comprendre les dynamiques d'implémentation du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à Bruxelles.

La théorie des parties prenantes (*stakeholder theory*), initialement développée dans le domaine du management et conceptualisée par Freeman (1984), repose sur l'idée que toute organisation s'inscrit dans un ensemble de relations avec des acteur·rices multiples, dont les intérêts, les ressources et les capacités d'influence conditionnent sa mise en œuvre. Le terme *stakeholder*, généralement traduit par « partie prenante », renvoie à des acteur·rices qui disposent d'un intérêt (*stake*) dans une action ou une décision. Les définitions du concept considèrent les parties prenantes comme des groupes indispensables à la pérennité de l'organisation. Un·e *stakeholder* est donc une personne ou un groupe de personnes « sans le soutien desquels l'organisation cesserait d'exister » (Mullenbach, 2011). Freeman et Reed (1983) proposent une définition plus large de la partie prenante comme « tout groupe ou toute personne qui affecte ou peut être affecter par la réalisation des objectifs organisationnels » (Mitchell et al., 1997).

Appliquée au domaine des politiques de santé, cette définition permet d'intégrer des acteur·rices institutionnel·les, professionnel·les, associatif·ves ainsi que les bénéficiaires. Les résultats de l'analyse des parties prenantes permettent de comprendre les évolutions des politiques, d'évaluer la faisabilité des orientations envisagées et de soutenir la mise en œuvre de projets, de décisions ou d'objectifs (Varvasovszky et al., 2000).

Dans le cas du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, cette approche est particulièrement pertinente dans le contexte institutionnel fragmenté de la Région de Bruxelles-Capitale, caractérisé par une gouvernance multiniveau et la mobilisation d'acteur·rices situé·es à différents échelons décisionnels, organisationnels et opérationnels (INAMI, 2024).

4.2. Niveaux de gouvernance

Conformément à la logique d'implémentation multiniveaux du Programme, les acteur·rices impliqué·es dans sa mise en œuvre peuvent être regroupés selon trois niveaux. Cette structuration met en évidence la diversité des rôles des parties prenantes mobilisées dans le cadre du Programme. L'analyse des parties prenantes permet en effet d'évaluer et de comprendre les acteur·rices, en tenant compte de leur position et de leur potentiel d'action.

Brugha et al. (2000) ne mobilisent pas explicitement une structuration en termes de niveaux macro, méso et micro, telle que celle retenue dans ce mémoire et en cohérence avec la structuration du plan du Programme. Ils distinguent néanmoins différents types d'acteur·rices

relevant du système politique, des organisations de mise en œuvre ainsi que des professionnel·les et des bénéficiaires. Cette distinction permet une lecture multiniveau des dynamiques d'implémentation, particulièrement pertinente dans des contextes institutionnels complexes (Brugha et al., 2000 ; Varvasovszky et al., 2000).

- **Niveau macro**

Le niveau macro regroupe les acteur·rices disposant d'un pouvoir décisionnel, normatif ou financier. Il s'agit notamment des autorités interfédérales et régionales impliquées dans la définition du Programme, dans son financement et dans l'élaboration de son cadre réglementaire : INAMI, COCOM, COCOF, Vivalis, ainsi que des administrations fédérales et communautaires compétentes en matière de santé et de petite enfance (INAMI, 2024). Ces acteur·rices jouent un rôle central dans la définition des priorités politiques, l'allocation des ressources et la structuration générale des modalités d'implémentation du Programme.

- **Niveau méso**

Au niveau méso figurent les acteur·rices chargée·es de la coordination opérationnelle et de la traduction des orientations politiques en dispositifs concrets. À Bruxelles, ce rôle est assuré par Brusano, ainsi que par les hôpitaux, les maisons médicales, les réseaux périnataux et les associations actives dans le domaine de la périnatalité (INAMI, 2024). Ces acteur·rices occupent une position intermédiaire pour organiser les collaborations interprofessionnelles, soutenir les pratiques de terrain et assurer la cohérence des parcours de soins et d'accompagnement.

- **Niveau micro**

Enfin, le niveau micro comprend les acteur·rices de première ligne directement impliquée·es dans l'accompagnement des femmes enceintes et des familles : sage-femmes, médecins, assistant·es sociaux·ales, médiateur·rices interculturel·les et travailleur·euses associatif·ves (INAMI, 2024). Ce niveau est central pour comprendre la manière dont le Programme est concrètement mobilisé et adapté dans les pratiques quotidiennes.

L'identification des acteur·rices selon les différents niveaux permet d'approfondir l'analyse des parties prenantes en mettant en évidence la diversité des rôles, des positions et des capacités d'influence. Cette lecture multiniveau considère la gouvernance du Programme comme un ensemble d'acteur·rices interdépendant·es qui interviennent conjointement dans l'action publique. Chacun·e participe, à son échelle, à la définition, à l'organisation et à la mise en œuvre des dispositifs. Cette structuration montre ainsi que la gouvernance du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours s'articule aux niveaux macro (orientations politiques et cadres institutionnels), méso (organisation et coordination de l'offre) et micro (processus de soins et d'accompagnement), qui conditionnent les modalités de son implémentation.

4.3. Attributs des parties prenantes

L'analyse des parties prenantes ne se limite pas à l'identification des acteur·rices impliquée·es dans une politique publique. Elle vise aussi à comprendre les mécanismes par lesquels certain·es acteur·rices parviennent à influencer le processus de décision et d'implémentation. Dans cette perspective, la typologie proposée par Mitchell et al. (1997) constitue un outil de référence pour

soutenir l'analyse des parties prenantes. Les auteur·rices définissent les *stakeholders* comme les individus ou groupes susceptibles d'affecter les objectifs et les actions d'une organisation ou d'une politique. Leur importance dans les processus décisionnels dépend de la combinaison de trois attributs : le pouvoir, la légitimité et l'urgence.

4.3.1. Le pouvoir

Le pouvoir renvoie à la capacité d'un·e acteur·rice à influencer les décisions ou les comportements d'autres acteur·rices. Une partie prenante détient du pouvoir dans la mesure où elle possède, ou peut accéder, à des moyens lui permettant d'imposer sa volonté au sein d'une relation sociale (Mitchell et al., 1997).

Ce pouvoir repose sur l'accès à différentes ressources, telles que des ressources financières, juridiques ou administratives, mais également symboliques, comme l'expertise, la reconnaissance institutionnelle ou l'accès à l'information (Brugha et al., 2000).

Mitchell et al. (1997) distinguent ainsi trois types de pouvoir en fonction des ressources mobilisées : le pouvoir coercitif, le pouvoir utilitaire et le pouvoir normatif.

Le **pouvoir coercitif** repose sur la capacité d'imposer sa volonté par des moyens de contrainte ou de sanction. Le **pouvoir utilitaire** s'appuie sur la mobilisation de ressources matérielles, financières ou organisationnelles permettant d'orienter les actions d'autres acteur·rices. Enfin, le **pouvoir normatif** repose sur des ressources symboliques, telles que la reconnaissance ou l'adhésion à des valeurs partagées, qui confèrent à certain·es acteur·rices une capacité d'influence au sein du réseau.

Ces formes de pouvoir peuvent coexister et se combiner. Le pouvoir constitue un attribut dynamique, dont l'intensité peut varier selon les contextes et les relations. Il peut rester latent ou ne se manifester que dans certaines conditions, notamment en interaction avec d'autres attributs des parties prenantes, tels que la légitimité et l'urgence (Mitchell et al., 1997).

Dans le cadre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, ces différentes formes de pouvoir permettent d'analyser la manière dont les acteur·rices influencent concrètement la mise en œuvre du programme, que ce soit à travers des contraintes administratives, la mobilisation de ressources ou des formes de reconnaissance au sein du réseau.

4.3.2. La légitimité

La légitimité renvoie à la reconnaissance sociale d'un·e acteur·rice, c'est-à-dire à la perception selon laquelle ses actions sont jugées appropriées, souhaitables ou conformes à un système de normes, de valeurs et de croyances socialement construites (Suchman, 1995 ; Mitchell et al., 1997).

Elle repose à la fois sur des fondements juridiques et institutionnels, et peut s'exprimer à travers le statut, l'expertise, la tradition ou encore la conviction (Bouquet, 2019). Elle peut se décliner sous plusieurs formes selon le contexte : la légitimité institutionnelle, professionnelle, sociale, ainsi que la légitimité des usager·ères.

La **légitimité institutionnelle** renvoie à l'inscription des organisations dans un cadre légal et réglementaire, aux missions qui leur sont confiées, ainsi qu'à leur capacité d'action. La **légitimité professionnelle** quant à elle repose sur la reconnaissance de l'expertise et des savoir-faire des professionnel·les. Elle s'ancre dans la pratique quotidienne, notamment à travers la dimension relationnelle, et participe à la construction de l'identité professionnelle. La **légitimité sociale**

tient à la capacité à répondre aux besoins des populations, à leur engagement auprès des publics et à leur reconnaissance en tant que partenaires des pouvoirs publics. Enfin, la **légitimité des usager·ères** s'inscrit dans une dynamique de participation, fondée sur la reconnaissance de leur droit à prendre part aux processus de décision et à la construction des réponses aux problématiques sociales et de santé.

Dans le cadre du Programme des 1 000 premiers jours, ces différentes formes de légitimité permettent d'analyser la manière dont les acteur·rices sont reconnu·es et positionné·es au sein du réseau, ainsi que leur capacité à être identifié·es comme des interlocuteur·rices pertinents dans l'accompagnement périnatal.

4.3.3. L'urgence

L'attribut d'urgence permet d'expliquer la priorité accordée à certain·es acteur·rices ou à certains problèmes dans l'action publique. Il contribue à rendre compte de la dimension dynamique des relations entre professionnel·les. L'urgence éclaire notamment ce qui déclenche l'action et ce qui rend certaines situations particulièrement *saillantes* dans le processus de décision et de mise en œuvre (Mitchell et al., 1997).

Les auteurs définissent l'urgence comme « le degré auquel les revendications des parties prenantes exigent une attention immédiate ». Elle repose sur deux dimensions complémentaires : la **sensibilité au facteur temps**, c'est-à-dire le stade auquel un retard dans la prise en charge est jugé inacceptable ; et la **criticité de la situation**, renvoyant à l'importance ou au caractère essentiel de la revendication pour la partie prenante concernée (Mitchell et al., 1997).

Ainsi, l'urgence ne se réduit pas à une contrainte temporelle. Elle implique également une évaluation de l'importance de la situation. Elle constitue un attribut central pour comprendre pourquoi certaines situations mobilisent plus rapidement l'attention et l'action des acteur·rices que d'autres.

Dans le cadre de cette recherche, les situations rencontrées par les femmes migrantes en séjour irrégulier présentent fréquemment ces deux caractéristiques. Elles combinent des contraintes temporelles importantes, liées notamment à la grossesse et au suivi périnatal. Elles s'accompagnent également d'enjeux médicaux, sociaux et administratifs. Ainsi, l'urgence permet de comprendre les priorités d'intervention et les modalités d'action des acteur·rices impliqués dans la mise en œuvre du Programme.

En conclusion, aucun des trois attributs ne suffit à lui seul à expliquer la *saillance* des parties prenantes. Le pouvoir n'acquiert une portée décisionnelle que lorsqu'il est associé à une légitimité reconnue, tandis que l'urgence favorise le passage à l'action. La légitimité quant à elle, ne produit pleinement ses effets que lorsqu'elle est soutenue par le pouvoir et renforcée par les situations urgentes (Mitchell et al., 1997). Enfin, l'articulation entre pouvoir, légitimité et urgence facilite l'accès aux espaces de décision et renforce les dynamiques de reconnaissance et d'action au sein du Programme.

4.4. Collaboration entre parties prenantes

Analyser les parties prenantes sans considérer les relations qu'elles entretiennent entre elles resterait insuffisant, car ces deux dimensions sont étroitement liées pour comprendre les dynamiques de mise en œuvre d'une politique publique. La collaboration, largement mobilisée

dans la littérature scientifique sur les parties prenantes, n'est pas appréhendée ici comme un cadre théorique supplémentaire, mais comme une dimension relationnelle essentielle pour comprendre les interactions entre acteur·rices.

Les relations entre parties prenantes s'inscrivent le plus souvent dans des logiques de pouvoir et de dépendance, unilatérales ou réciproques. Dans cette perspective, les organisations sont définies comme des ensembles d'acteur·rices aux intérêts variés. Elles sont également caractérisées par des demandes multiples, des priorités fluctuantes et une capacité limitée à traiter simultanément l'ensemble des enjeux. Ces relations conditionnent ainsi la capacité des acteur·rices à mettre en avant leurs revendications, à coopérer et à négocier (Mitchell et al., 1997).

Dans le champ des politiques de santé, l'analyse des parties prenantes est mobilisée afin de comprendre les relations, les réseaux et les formes de collaboration entre acteur·rices en lien avec la mise en œuvre des politiques publiques (Brugha et al., 2000). Cette approche permet d'éclairer les conditions concrètes de déploiement d'un programme en analysant la manière dont les interactions entre parties prenantes peuvent faciliter l'action collective, renforcer la coordination interorganisationnelle ou, au contraire, freiner l'atteinte des objectifs (Varvasovszky et al., 2000).

Dans le cadre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, cette lecture apparaît centrale pour comprendre la capacité du Programme à être effectivement implémenté et à produire les effets attendus. La pluralité d'acteur·rices institutionnel·les, professionnel·les et associatif·ves, combinée à la fragmentation du contexte bruxellois, fait de la collaboration un enjeu important de l'implémentation. L'analyse des relations entre acteur·rices permet ainsi de mieux comprendre la manière dont se construisent les dynamiques de collaboration et de coordination autour des objectifs du Programme. Elle permet également d'expliquer comment ces relations influencent l'accès, la continuité et la qualité de l'accompagnement périnatal des femmes migrantes en séjour irrégulier.

5. Conclusion de la partie théorique

Notre recherche s'appuie sur la mobilisation de deux cadres théoriques complémentaires, visant à analyser la mise en œuvre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à Bruxelles.

D'une part, le modèle EPIS est utilisé comme une grille d'analyse du processus d'implémentation. Il permet d'appréhender le Programme comme une démarche dynamique, structurée en différentes phases et influencée par des facteurs contextuelles externes et internes. Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse se concentre principalement sur la phase d'implémentation active, correspondant à la période actuelle de déploiement du Programme à Bruxelles. Cette phase renvoie au moment où les dispositifs et outils prévus commencent à être concrètement mobilisés par les professionnel·les, et où émergent les premiers ajustements face aux contraintes organisationnelles, institutionnelles et contextuelles.

D'autre part, l'analyse de l'implémentation est complétée par une approche centrée sur les parties prenantes (*stakeholders*). Cette approche permet d'identifier les acteur·rices impliqué·es dans le Programme, leurs rôles, leurs positions ainsi que les relations qu'ils·elles entretiennent entre eux·elles. Elle contribue à comprendre comment les orientations du Programme se traduisent dans les pratiques professionnelles et comment les dynamiques de collaboration structurent l'accès effectif aux dispositifs périnataux.

L'articulation de ces deux cadres théoriques permet de proposer une lecture multidimensionnelle du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, en analysant ses dimensions organisationnelles, institutionnelles et relationnelles, ainsi que les enjeux d'accès et de continuité des soins périnataux pour les femmes migrantes en situation irrégulière.

Ces composantes nous amènent à formuler la question de recherche de ce mémoire : **Comment le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est-il implémenté pour assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière à Bruxelles ?**

À travers cette problématique, ce mémoire analyse la manière dont les dispositifs prévus par le Programme, tels que le dépistage des vulnérabilités, la coordination des parcours ou la continuité des soins, sont mobilisés et adaptés par les acteur·rices du système périnatal bruxellois. Il examine également les dynamiques de collaboration entre les parties prenantes, ainsi que la manière dont les rapports de pouvoir, les formes de légitimité et les situations d'urgence influencent la mise en œuvre du Programme auprès des femmes migrantes en situation irrégulière.

MATERIEL ET METHODE

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche qualitative visant à analyser la manière dont le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est implémenté à Bruxelles afin de favoriser l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière. Le choix d'une méthodologie qualitative se justifie par la volonté d'explorer en profondeur les perceptions, les pratiques, les interactions entre acteur·rices, ainsi que les réalités organisationnelles et institutionnelles qui influencent le déploiement du Programme.

Cette approche apparaît particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche, le Programme des 1 000 premiers jours constituant une politique publique récente, encore en cours de déploiement, impliquant une pluralité d'acteur·rices institutionnel·les, hospitalier·ères, associatif·ves et de première ligne. L'objectif n'est donc pas de mesurer quantitativement les effets du Programme, mais de comprendre comment ses mécanismes tels que le dépistage des vulnérabilités, la coordination des parcours, les concertations multidisciplinaires, la continuité du suivi ou encore le travail en réseau sont interprétés, mobilisés et adaptés par les acteur·rices du système périnatal bruxellois.

La démarche qualitative permet ainsi d'explorer les éventuels écarts entre les objectifs formels du Programme et leur traduction concrète sur le terrain. Elle contribue aussi à mieux comprendre les dynamiques relationnelles, les ajustements pratiques, les tensions organisationnelles ainsi que les stratégies développées par les acteur·rices pour accompagner les femmes migrantes en situation irrégulière (Hamilton et al., 2019).

La recherche repose sur deux types de matériaux : des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'acteur·rices impliqué·es dans le système périnatal bruxellois, ainsi que des observations de deux espaces de rencontre interprofessionnels élaborés dans le cadre de l'initiative « La périnatalité, parlons-en ! ». Organisés à l'échelle des bassins bruxellois, ces espaces visent à favoriser l'interconnaissance, la collaboration et la mise en réseau entre professionnel·les. Bien qu'ils ne correspondent pas directement aux prestations cliniques du Programme, ils participent à son déploiement en facilitant les échanges autour des pratiques de détection, d'orientation et de coordination des parcours (Brusano, 2025).

Ces deux méthodes ont été mobilisées de manière complémentaire : les entretiens ont permis d'accéder aux représentations, aux expériences et aux pratiques déclarées des acteur·rices ; tandis que les observations ont permis de saisir les dynamiques collectives de mise en réseau, les interactions entre professionnel·les et les formes concrètes de circulation de l'information.

Ce travail ayant été réalisé en binôme, nous avons réparti de manière équitable la collecte, le traitement et l'analyse des données, tout en maintenant des temps réguliers de mise en commun afin de croiser nos interprétations.

1. Collecte des données

1.1. Entretiens semi-directifs

La première méthode de collecte de données repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteur·rices impliqué·es dans l'implémentation du Programme des 1 000 premiers jours ou dans l'accompagnement périnatal des femmes migrantes en situation irrégulière. L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée, afin de sélectionner des acteur·rices disposant d'une expérience pertinente au regard de la question de recherche. Les participant·es ont été retenu·es en fonction de leur rôle dans le système périnatal bruxellois, de leur implication dans le Programme ou de leur expérience auprès de femmes enceintes confrontées à des vulnérabilités sociales, administratives ou liées au parcours migratoire.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une cartographie des structures potentiellement concernées par la mise en œuvre du Programme des 1 000 premiers jours. Les structures ont été identifiées à partir des institutions citées dans le plan du Programme, des réseaux périnataux bruxellois, des structures impliquées dans l'accompagnement de publics vulnérables, ainsi que des acteur·rices rencontré·es ou mentionné·es au fil du recrutement. Les prises de contact ont été effectuées par courrier électronique, puis suivies de relances téléphoniques en cas d'absence de réponse.

Nous avons recruté des participant·es issu·es de plusieurs secteurs : structures hospitalières, associations spécialisées dans la périnatalité et/ou l'accompagnement de personnes migrantes, associations de soutien socio-éducatif, institutions de prévention, acteur·rices de première ligne et structures de coordination régionale impliquées dans le Programme des 1000 premiers jours.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- intervenir à Bruxelles ;
- travailler en première ligne ou dans la coordination du réseau périnatal ;
- accompagner des femmes enceintes présentant des vulnérabilités sociales, administratives ou liées au parcours migratoire ;
- disposer d'une expertise médico-sociale, psycho-sociale, institutionnelle ou organisationnelle liée au parcours périnatal des femmes migrantes en situation irrégulière.

Au total, nous avons contacté 43 structures, et avons réalisé dix entretiens. Le tableau ci-dessous présente les principales données relatives au processus de recrutement.

Tableau 1 — Synthèse du recrutement

Étape du recrutement	Nombre
Structures contactées	43
Absence de réponse	20
Hors critères d'inclusion	11
Participant·es aux entretiens	10
Entretiens réalisés	10
Manque de temps	3

L'échantillon final des entretiens comprenait des participant·es issu·es des secteurs associatif, hospitalier, de la coordination régionale, de la première ligne ainsi que des institutions d'accompagnement et de prévention. Cette diversité a permis de croiser des perspectives complémentaires sur l'implémentation du Programme, ses leviers, ses obstacles et ses effets sur l'accès aux soins périnataux.

Tableau 2 — Profils des participant·es aux entretiens semi-directifs

Code	Profil dominant	Secteur	Niveau de gouvernance
P1	Sage-femme	Associatif / migration / périnatalité	Micro
P2	Formatrice	Associatif / accompagnement socio-éducatif et appui aux professionnel·les	Micro/ Méso
P3	Direction	Associatif / accompagnement socio-éducatif et appui aux professionnel·les	Méso / micro
P4	Sage-femme et infirmière	Associatif / soins à domicile	Micro
P5	Sage-femme et coordinatrice clinique	Hospitalier	Méso / micro
P6	Sage-femme-chef·fe / cadre de soins	Hospitalier	Méso
P7	Chargé·es de coordination	Coordination régionale	Méso
P8	Chargé·es de coordination	Coordination régionale	Méso
P9	Responsable de direction	Institutionnel public	Méso
P10	Coordinatrice médico-sociale	Institutionnel public	Méso / micro

Nous avons réalisé les entretiens en présentiel ou à distance via Teams, selon les disponibilités des participant·es. Ils ont duré entre 1h et 1h20. Avec l'accord des répondant·es, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits à l'aide du logiciel Transkriptor. Chaque retranscription a fait l'objet d'une vérification afin de corriger les éventuelles erreurs et de garantir la fidélité des propos recueillis. L'ensemble des données a été anonymisé afin de préserver la confidentialité des participant·es.

Les entretiens ont principalement été conduits par Pernelle, tandis que Liliana a pris en charge la retranscription, l'anonymisation et l'organisation du corpus. Nous avons régulièrement échangé autour du contenu des entretiens afin d'assurer une compréhension commune du matériau recueilli.

1.2. Observations des espaces de rencontre

La seconde méthode de collecte repose sur l'observation de deux espaces de rencontre organisés dans deux bassins bruxellois, dans le cadre de l'initiative « La périnatalité, parlons-en ! ».

Destinées aux professionnel·les social-santé impliqué·es en périnatalité, ces rencontres visent à favoriser l'interconnaissance, la collaboration et la mise en réseau entre acteur·rices.

Elles ne se déroulent pas dans un lieu fixe, mais selon un principe de rotation. Chaque séance est organisée au sein d'une structure du bassin concerné, permettant aux acteur·rices de découvrir les lieux de pratique des autres professionnel·les et de mieux connaître le réseau local.

D'après les informations communiquées lors des séances observées, celles-ci s'inscrivaient dans un cycle de rencontres déjà engagé au sein des bassins concernés et ne constituaient donc pas les premières rencontres organisées dans le cadre de cette initiative.

Ces espaces ont été développés dans le cadre du volet « périnatalité » du Plan interfédéral pour des soins intégrés. Bien qu'ils ne correspondent pas directement aux prestations cliniques reconnues par la nomenclature INAMI, ils soutiennent la mise en œuvre du Programme en facilitant la circulation de l'information, la clarification des rôles et la coordination entre acteur·rices social-santé.

Notre participation à ces espaces de rencontre se justifie par leur rôle dans la structuration du réseau périnatal bruxellois et dans le soutien à l'implémentation du Programme. Ils permettent notamment d'observer les dynamiques de collaboration interprofessionnelle, les modalités d'orientation et de coordination des situations de vulnérabilité, ainsi que la place des différentes parties prenantes au sein du réseau.

À la demande des organisateur·rices et animateur·rices, nous avons participé au tour de table au même titre que les autres acteur·rices présent·es. Nous nous sommes présentées comme infirmières de formation et étudiantes en master de santé publique, réalisant un mémoire sur l'implémentation du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à Bruxelles, et plus particulièrement sur l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière.

La posture adoptée relève d'une observation participante modérée. Nous étions assises avec les autres participant·es, dans une configuration circulaire, sans intervenir dans l'animation ou l'orientation des discussions. Nous avons toutefois pris part à certains temps d'échange, notamment à un atelier proposé par une association autour d'un cas clinique. Lors de cet atelier, les participant·es ont été réparti·es entre un groupe francophone et un groupe néerlandophone : Pernelle a intégré le premier et Liliana le second.

Pendant les rencontres, chacune de nous a complété une fiche d'observation en fonction des thématiques abordées et des éléments observés. Après chaque rencontre, nous avons discuté et mis en commun nos observations afin de croiser les perceptions, de compléter certains éléments et de limiter les biais liés à une observation individuelle. Ce croisement a également permis de mettre en relation les éléments recueillis avec les axes d'analyse issus du modèle EPIS et de la théorie des parties prenantes.

Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques des espaces de rencontre observés.

Tableau 3 — Espaces de rencontre observés

Type d'espace	Types d'acteur·rices présent·es	Durée de la réunion	Lieu
Espace de rencontre interprofessionnel	Coordination régionale, structure hospitalière, structure de petite enfance,	2h	Hôpital public

	associations de première et de deuxième ligne, structure de soins à domicile, centre de planning familial		
Espace de rencontre interprofessionnel	Coordination régionale, structure hospitalière, structure de petite enfance, réseau périnatal, association de première ligne, service de soutien et d'orientation	2h	Maison médicale

2. Outils de collecte des données

2.1. Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs ont été menés à partir d'un guide d'entretien construit sur la base de la question de recherche et des deux cadres théoriques mobilisés dans ce mémoire : le modèle EPIS et la théorie des parties prenantes.

Le modèle EPIS a permis d'explorer la phase d'implémentation active du Programme, les facteurs contextuels externes et internes, ainsi que les stratégies d'adaptation. La théorie des parties prenantes a permis d'analyser les rôles des acteur·rices, leurs sources de pouvoir et de légitimité, les situations d'urgence rencontrées ainsi que les dynamiques de collaboration inter-acteurs.

Ces cadres ont ensuite été traduits en axes d'analyse regroupés en cinq grands thèmes afin de fluidifier les entretiens :

- contexte et positionnement de l'acteur ;
- mise en œuvre du Programme des 1 000 premiers jours ;
- collaborations et dynamiques inter-acteurs ;
- obstacles, leviers et stratégies d'adaptation ;
- évaluation, besoins non couverts et recommandations.

Le guide d'entretien a été adapté au profil de chaque participant·e afin de tenir compte de son secteur d'activité, de son niveau de gouvernance et de son rôle dans le parcours périnatal. Il a également été ajusté après discussion avec les promotrices du mémoire, notamment afin de clarifier certaines questions, d'ajouter des relances et de garantir que l'ensemble des axes théoriques soient couverts. Le guide d'entretien complet est présenté en annexe 3 (*voir Annexe 3*).

2.2. Observations des espaces de rencontre

Nous avons réalisé les observations à l'aide d'une fiche élaborée sur la base de la question de recherche et des cadres théoriques mobilisés, à savoir le modèle EPIS et la théorie des parties prenantes. Cette fiche a permis de structurer la prise de notes lors des espaces de rencontre, tout en laissant une place aux éléments émergents observés sur le terrain. Elle ne visait pas à produire un verbatim exhaustif des échanges, mais à documenter les éléments utiles à l'analyse de l'implémentation du Programme et des dynamiques entre acteur·rices.

La fiche comprenait tout d'abord une partie contextuelle permettant d'identifier le bassin observé, la date et l'heure, le lieu, l'animateur·rice, les structures ou secteurs représentés, le nombre de participant·es, l'objectif annoncé de la rencontre ainsi que les principales thématiques abordées.

Une deuxième partie était consacrée aux échanges verbaux et aux interactions observées. Elle permettait de relever les dispositifs présentés, les problématiques discutées, les ressources identifiées, les difficultés évoquées ainsi que les pistes de collaboration mentionnées entre acteur·rices.

Une troisième section portait sur les dispositifs et structures présentés. Elle visait notamment à documenter les missions et rôles des différentes structures, les publics concernés, les modalités d'orientation, les outils mobilisés et les éléments permettant de mieux comprendre l'organisation du réseau et la répartition des rôles entre acteur·rices.

La fiche prévoyait également un espace consacré aux actions proposées, aux acteur·rices impliqués·es ainsi qu'aux formes de soutien ou de résistance observées, en lien avec les axes théoriques mobilisés.

Enfin, une partie réflexive était complétée après chaque observation afin de consigner nos premières impressions sur le déroulement de la rencontre, les éléments à approfondir, les questions restées en suspens, ainsi que les liens possibles avec les cadres théoriques. Cette section ne constituait pas une analyse définitive, mais un support de réflexion permettant de garder une trace des questionnements apparus pendant ou après les rencontres, afin d'en discuter entre nous et de les confronter au reste du corpus.

La fiche a été utilisée de manière souple : les catégories prévues ont guidé la prise de notes, tout en s'adaptant au déroulement réel des rencontres. Les fiches complétées ont ensuite été mises en commun afin de croiser nos observations et d'enrichir l'analyse. La fiche d'observation est présentée en annexe 4 (*voir annexe 4*).

3. Analyse des données

L'analyse des données repose sur une démarche hybride, combinant une logique déductive et une ouverture inductive. La dimension déductive s'appuie sur les cadres théoriques mobilisés dans ce mémoire : le modèle EPIS et la théorie des parties prenantes. Ces cadres ont permis de structurer l'analyse autour de plusieurs dimensions : l'implémentation active, les facteurs contextuels externes et internes, les dynamiques de pouvoir, les formes de légitimité, les situations d'urgence ainsi que la collaboration inter-acteurs.

En parallèle, une démarche inductive a été maintenue afin de faire émerger des thèmes transversaux dépassant les cadres théoriques mobilisés. Les entretiens ont été analysés à partir d'un codage thématique réalisé à l'aide du logiciel NVivo. Dans un premier temps, nous nous sommes réparties le corpus selon les cadres théoriques. L'une s'est concentrée sur le modèle EPIS, en analysant les modalités d'implémentation active, l'appropriation du Programme par les acteur·rices, les adaptations mises en place, ainsi que les facteurs contextuels. L'autre s'est davantage centrée sur la théorie des parties prenantes en étudiant les rôles des acteur·rices, leurs sources de pouvoir et de légitimité, les situations d'urgence ainsi que les dynamiques de collaboration.

Dans un second temps, nous avons croisé nos analyses afin de confronter nos interprétations et de construire une lecture commune des résultats. Cette étape a permis de relier les dimensions d'implémentation aux dynamiques inter-acteurs.

Les données issues des observations ont été intégrées à l'analyse, en tenant compte de leur nature spécifique. Alors que les entretiens donnaient accès aux expériences et aux pratiques déclarées des acteur·rices, les observations permettaient d'analyser des situations collectives de rencontre interprofessionnelle.

L'analyse croisée des entretiens et des observations a permis de renforcer la cohérence des résultats en mettant en perspective les discours recueillis en entretien avec des situations collectives observées sur le terrain.

Deux arbres thématiques ont été construits à partir du processus de codage réalisé sur NVivo. Ils reflètent une analyse à la fois inductive et déductive des données. Chacune de nous a élaboré un arbre en cohérence avec les cadres théoriques mobilisés (*voir annexe 5*). Ils illustrent la hiérarchisation des thèmes, du plus général au plus spécifique, ainsi que les thèmes émergents identifiés au cours de l'analyse. À l'inverse, la structuration des résultats adopte une logique plus synthétique et organisée, afin de répondre aux objectifs de recherche. Elle reprend les éléments issus des arbres thématiques, en les reformulant sous forme de catégories analytiques, sans nécessairement conserver les ramifications initiales.

4. Considérations éthiques

Plusieurs précautions éthiques ont été prises tout au long de la recherche. Avant chaque entretien, nous avons informé les participant·es des objectifs du mémoire, du caractère volontaire de leur participation et de la possibilité de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'échange à tout moment. Tous les entretiens ont été enregistrés après le recueil du consentement des participant·es.

Les entretiens ont été retranscrits puis anonymisés. Afin de préserver la confidentialité des participant·es, des codes tels que P1, P2 ou P3 ont été utilisés dans le mémoire. Les données recueillies ont été utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche.

Une attention particulière a également été portée à la confidentialité des acteur·rices présent·es lors des espaces de rencontre observés. Dans la mesure où ces rencontres réunissaient plusieurs institutions potentiellement identifiables, nous avons veillé à rester prudentes dans la manière de les désigner dans l'analyse. Lorsque l'identification d'une institution n'était pas nécessaire à la compréhension des résultats, des catégories plus générales ont été privilégiées, telles que « acteur·rices hospitalier·ères », « acteur·rices associatif·ves », ou encore « acteur·rices de coordination ».

Enfin, cette recherche ne repose pas sur des entretiens directs avec les femmes migrantes en situation irrégulière. Si ce choix limite l'accès à l'expérience vécue de ces femmes, il permet également de réduire les enjeux éthiques liés à l'interrogation directe d'un public particulièrement vulnérable. Cette limite est discutée dans la section consacrée aux limites de l'étude.

RESULTATS

Les résultats présentés dans ce chapitre reposent principalement sur l'analyse des entretiens réalisés auprès des acteur·rices impliqué·es dans le Programme des 1 000 premiers jours. Ceux-ci sont complétés par des observations menées lors de deux espaces de rencontre organisés dans le cadre du Programme, rassemblant les acteur·rices de la périnatalité, par bassin. L'analyse s'inscrit dans une démarche à la fois déductive et inductive. Elle s'appuie d'une part sur les dimensions issues des cadres théoriques qui ont guidé la structuration initiale des résultats. D'autre part, elle repose sur des éléments émergents du matériau, permettant de faire apparaître des dynamiques transversales propres au terrain.

Les résultats sont ainsi organisés en plusieurs grandes thématiques, en lien avec les modèles d'analyse mobilisés : EPIS et théorie des parties prenantes. Une première partie porte sur l'implémentation du Programme et ses modalités, à travers le déploiement des dispositifs, l'appropriation par les acteur·rices ainsi que les stratégies d'adaptations en cours. Une deuxième partie présente les facteurs contextuels, en distinguant les dimensions externes et internes. Une troisième section met en évidence des dynamiques transversales de l'implémentation.

Enfin, une dernière partie est consacrée à l'analyse des parties prenantes, structurée autour des dynamiques de pouvoir (coercitif, utilitaire et normatif), des formes de légitimité (institutionnelle et professionnelle, ainsi que sociale et cognitive) et de la place de l'urgence (temporelle, sociale et relationnelle).

1. IMPLEMENTATION DU PROGRAMME

1.1. Déploiement des dispositifs

Outils de dépistage des vulnérabilités

Dans la phase d'implémentation, le Programme des 1 000 premiers jours repose en grande partie sur le déploiement d'un outil de dépistage des vulnérabilités psychosociales, à travers la plateforme Born in Belgium Professionnals (BiB), qui constitue un point d'entrée dans le parcours de soins. Ce dispositif s'inscrit dans une approche holistique visant à prendre en compte les différentes dimensions des situations vécues par les patientes. Il est articulé avec d'autres modalités de prise en charge, telles que les consultations prénatales personnalisées et les concertations multidisciplinaires.

Les acteur·rices perçoivent cet outil comme un support facilitant le repérage des situations de vulnérabilité : « *ça fait une petite lumière dans notre truc et on sait sur quoi on doit faire attention* » (P6). Les critères utilisés dans le dépistage sont globalement jugés pertinents : « *il y a un peu des critères universels (...) c'est quand même assez cohérent* » (P5). Toutefois, plusieurs répondant·es soulignent la nécessité de les contextualiser, en fonction des situations individuelles et de la manière dont elles sont vécues par les patientes : « *ne pas parler en français ou en néerlandais (...) Il y a des gens pour qui c'est ok, ça n'a pas d'impact négatif sur eux* » (P5).

Par ailleurs, l'outil est également perçu comme un soutien à l'orientation des patientes, en facilitant l'identification des ressources disponibles : « *En fonction des vulnérabilités, ça te propose quand même un panel de plein de choses... C'est un bon carnet d'adresses* » (P5). Son accessibilité est également mise en avant, notamment à travers la possibilité de poser les questions dans différentes langues (P1).

En plus du dépistage des vulnérabilités, la plateforme Born in Belgium est également présentée comme un outil facilitant le partage d'informations entre les professionnel·les impliqué·es dans la prise en charge. Toutefois, son utilisation s'inscrit dans un cadre éthique strict, notamment en matière de consentement et de secret professionnel : « *quand on fait le repérage (...) on doit demander le consentement de la patiente* » (P6). Cette vigilance concerne aussi le contenu des informations partagées : « *il n'est par exemple pas question que dans Born in Belgium, des comptes rendus de visite à domicile ou d'entretien soient relatés* » (P10).

Cependant, les entretiens mettent en évidence des limites liées aux modalités de mise en œuvre du dépistage. Certaines questions sont perçues comme *intrusives*, voire trop *frontales* : « *les questions elles manquent de subtilité (...) on leur demande d'étaler leur vie privée comme si ce n'était rien* » (P1). Ces caractéristiques peuvent générer un malaise chez les professionnel·les, mais également susciter des réticences chez les patientes. Plusieurs acteur·rices évoquent une méfiance liée à l'utilisation des données recueillies : « *les patientes ne répondent pas nécessairement en toute sincérité (...) on est vraiment sur une base de démarrage assez fragile* » (P9). Ces craintes conduisent parfois à un refus du dépistage, en particulier lorsque les patientes redoutent des conséquences sur leur situation administrative ou sociale : « *elles ont peur de la diffusion possible des informations (...) pour les migrantes, elles ont peur qu'on les repère, qu'elles soient expulsées* » (P6).

Enfin, les données recueillies mettent en évidence une limitation d'accès au dispositif pour certains publics. Le dépistage est principalement conditionné par la présence d'un numéro de registre national, ce qui exclut certaines patientes, notamment les femmes en situation irrégulière : « *le projet de mise en place de dépistage de la vulnérabilité, c'est pour des gens qui ont un numéro de registre national* » (P1). Cette restriction est perçue comme paradoxale au regard des objectifs du Programme : « *je trouve ça fou qu'on parle de vulnérabilité (...) et qu'on ne pense pas (...) aux demandeurs d'asile* » (P1).

Organisation des parcours de soins

Le Programme repose sur une structuration des parcours de soins en différents scénarios (0, A, B), associés à des modalités de prise en charge selon le niveau de vulnérabilité. Cette organisation est liée à des mécanismes de facturation spécifiques, reposant sur un outil permettant d'attester et de rémunérer certaines prestations réalisées dans le cadre du Programme, notamment les consultations prénatales personnalisées.

Les acteur·rices décrivent une prise en charge articulée entre suivi médical et accompagnement psychosocial : « *elles ont une première consultation prénatale (...) qui va déterminer le niveau de suivi (...) et en parallèle, elles ont une consultation avec X* » (P5). Lorsque des vulnérabilités sont identifiées, des orientations vers des professionnel·les spécifiques sont mises en place : « *quand il y a plusieurs vulnérabilités, la femme va être dirigée de manière précoce chez moi* » (P5). Ces éléments suggèrent l'existence de parcours relativement organisés, combinant consultation prénatale, accompagnement médico-social et orientation vers des ressources externes.

Par ailleurs, cette structuration apparaît variable selon les contextes locaux. Les acteur·rices décrivent des dynamiques d'organisation qui reposent en partie sur la proximité géographique. Certain·es développent des logiques de mise en réseau adaptées à leur environnement : « *je regarde ce qui existe dans le quartier (...) on va plutôt agréger différents types de partenaires (...) on s'implante dans le lieu, on reçoit le public en lien avec le partenaire* » (P2). Dans ces configurations,

la proximité entre acteur·rices est associée à une circulation plus fluide de l'information, à une orientation plus rapide des patientes et à une prise en charge conjointe des vulnérabilités.

Toutefois, les entretiens mettent en évidence que cette organisation ne concerne pas l'ensemble des patientes de manière équitable. Certain·es acteur·rices soulignent que les femmes notamment en situation irrégulière, ne peuvent pas être intégrées dans ces parcours de soins. Cette limitation est étroitement liée aux modalités de facturation du Programme, qui conditionnent l'accès effectif aux dispositifs proposés. Il est possible d'ouvrir un dossier pour une femme ne disposant pas de numéro NISS, mais cette prise en charge ne peut pas faire l'objet d'une facturation : « *il est possible de créer un accès alternatif BIB (...) mais il n'est pas possible de facturer cette prestation car ce numéro n'est pas reconnu par la plateforme de facturation des soins intégrés. Aujourd'hui, il n'y a pas de solution* » (P5). Cette situation est identifiée comme un obstacle à l'intégration de certaines patientes dans le dispositif, dans la mesure où « *le modèle de financement fait qu'aujourd'hui ça n'avance pas* » (P9).

Interactions interprofessionnelles

Le Programme prévoit le renforcement de la coordination interprofessionnelle, notamment à travers la mise en place de concertations multidisciplinaires, d'espaces de rencontre, ainsi qu'une organisation territoriale structurée en cinq bassins de soins sur le territoire bruxellois. Il introduit également une fonction de coordination, chargée d'assurer le suivi des patientes tout au long du parcours périnatal. Cette fonction vise à soutenir l'articulation entre les différent·es intervenant·es et à l'accès effectif aux soins et aux services nécessaires. Ces éléments visent à renforcer la continuité et la cohérence des prises en charge.

Dans la pratique, les acteur·rices décrivent le travail en réseau comme un élément central pour organiser les prises en charge et orienter les patientes. Il s'appuie notamment sur des relations interprofessionnelles et une interconnaissance entre partenaires : « *le fait d'avoir une connaissance mutuelle... il y a des contacts directs* » (P4). Ces liens facilitent l'orientation des patientes et l'accès aux ressources : « *plus on développe notre réseau, plus on va avoir moyen de mettre la patiente dans le bon réseau* » (P6).

Au-delà des dispositifs, la collaboration repose également sur des mécanismes plus informels, fondés sur la confiance et les habitudes de travail, en particulier au sein du tissu associatif : « *on fait partie d'un tissu associatif dans lequel on parle le même langage et où on se comprend, où on s'entraide* » (P1).

De plus, la coordination s'appuie aussi sur des espaces de rencontre organisés par bassins de soins, réunissant les acteur·rices de la périnatalité. Les entretiens soulignent leur rôle dans la mise en lien et la circulation de l'information : « *on s'exprime librement (...) et ils l'entendent* » (P4) ; « *les réalités du terrain, c'est là qu'on peut les remonter* » (P10). Ces espaces sont présentés comme favorisant les échanges et la réflexion autour des modalités d'implémentation : « *le déploiement du programme repose sur la coordination (...) ça permet d'ouvrir la réflexion* » (P8).

Les observations réalisées lors des deux espaces de rencontre auxquels nous avons participé permettent de préciser les modalités de ces interactions. Ces rencontres apparaissaient comme des lieux visant à renforcer les collaborations entre professionnel·les. De nouveaux·elles intervenant·es y étaient invité·es afin de présenter leur structure et leurs missions, favorisant ainsi l'interconnaissance et une mise en réseau. Des groupes de travail étaient également organisés permettant de faire émerger des pistes d'action, à partir de cas clinique rencontrés sur le terrain. De plus, ces rencontres intégraient un temps de partage d'actualité, portant notamment

sur les nouveaux·elles acteur·rices ayant intégré le Programme, ainsi que sur l'état d'avancement des différents bassins et les évolutions en cours.

Toutefois, ces observations portent sur un nombre limité de rencontres, et ne permettent pas de rendre compte de l'ensemble des espaces organisés.

Cependant, les observations mettent en évidence certaines limites dans le fonctionnement de ces espaces, notamment liées aux barrières linguistiques. Lors des groupes de travail, une participation plus limitée a été observée du côté néerlandophone, nécessitant des relances à plusieurs reprises pour soutenir les échanges. L'animation reposait en partie sur une médiation linguistique visant à rendre la discussion plus inclusive. Ces difficultés sont également relevées dans les entretiens, où elles apparaissent comme un frein à la participation à ces espaces de rencontres : *« ces rencontres sont quasiment essentiellement en français. Nous, on est plutôt néerlandophone (...) il pourrait y avoir un effort supplémentaire »* (P4).

Par ailleurs, la coordination est perçue comme incomplète par plusieurs acteur·rices : *« il n'y a pas cette coordination (...) chacun fait un peu de son côté »* (P5). Le maintien de logiques de travail en silos limite les possibilités de concertation multidisciplinaire et de partage d'informations : *« ce qui manque (...) c'est de se mettre à table et se dire : "Ah oui, toi t'as géré ça" »* (P5).

Des tensions semblent apparaître autour de la répartition des rôles. Certains professionnel·les questionnent la pertinence de la fonction de coordination, perçue comme redondante avec des pratiques existantes : *« le rôle de coordinateur, c'est ce qu'on fait déjà gratuitement »* (P4) ; *« créer des prestations en plus, c'est un leurre »* (P10). Cette situation limite la collaboration entre acteur·rices, en fragilisant l'articulation des interventions : *« les hôpitaux (...) vont récupérer le rôle de coordinateur. Ce qui fait que nous du coup, on refuserait peut-être des suivis de leur part »* (P4).

Par ailleurs, le déploiement du Programme apparaît inégal selon les structures, notamment en ce qui concerne les acteur·rices de première ligne et du secteur social : *« la première ligne n'est pas encore mobilisée »* (P10). Cette situation limite la portée de la coordination, alors même que ces acteur·rices jouent un rôle central dans l'accompagnement des publics vulnérables : *« ce sont des acteurs de par leur proximité sur le terrain, vont réussir avoir un lien avec la patiente (...) et aujourd'hui (...) ils ne sont pas du tout impliqués »* (P10).

Ces éléments renvoient à une forme de fracture entre le secteur médical et le secteur social. Plusieurs acteur·rices soulignent que l'accent mis sur des outils techniques tend à privilégier une approche médico-administrative du suivi, dans laquelle certains partenaires sociaux peinent à s'intégrer : *« peut-être qu'ils ne trouvent pas encore leur place dans le programme »* (P7).

Enfin, les résultats montrent que la transition vers le postnatal constitue un point de rupture critique. Les participant·es décrivent des fragilités dans la continuité des parcours, en particulier lors du passage du prénatal au postnatal, dont la réussite dépendrait de l'intensité de la mobilisation des professionnel·les : *« C'est vraiment un passage de relais, comme une course de relais »* (P5). Les entretiens reflètent également un manque de structuration dans la transmission des suivis entre acteur·rices : *« là, on est très fort sur le prénatal. On n'a pas encore travaillé sur comment la coordination, on la transfère en postnatal »* (P5).

Soutien et accompagnement des acteur·rices

Dans la phase d'implémentation, le modèle EPIS souligne l'importance de mécanismes de soutien structurés et continus pour accompagner les professionnel·les dans l'intégration des nouvelles

pratiques (Moullin et al., 2019). Ces dispositifs tels que les formations et les outils d'accompagnement, jouent un rôle central dans l'adaptation des pratiques professionnelles.

Les résultats montrent que le déploiement du Programme s'est appuyé sur des séances d'information, de formation et de sensibilisation destinées aux professionnel·les. Ces formations permettaient une première appropriation des outils et des dispositifs : « *pour se familiariser à l'outil (...) elles nous donnent un questionnaire qu'on doit répondre nous-mêmes* » (P1). D'autres acteur·rices évoquent également des temps d'explication et de démonstration (P4).

Dans certaines structures, la formation constituait une condition préalable à la mise en œuvre du Programme : « *il a fallu rapidement former les équipes (...) c'était une condition de la convention* » (P6). Elles apparaissent ainsi comme une étape nécessaire à l'intégration des nouvelles pratiques professionnelles.

La formation est également décrite comme un levier facilitant l'appropriation du Programme. Les acteur·rices soulignent que ces apprentissages permettent une utilisation plus adaptée des outils : « *depuis qu'on a été formés (...) les sage-femmes l'utilisent avec beaucoup de tact* » (P6).

Par ailleurs, l'accompagnement ne se limite pas à des formations ponctuelles, mais s'inscrit dans un processus continu. Certain·es professionnel·les participent à des groupes de travail visant à faire évoluer les dispositifs. Cette dimension de co-construction se retrouve également dans l'élaboration d'outils concrets : « *c'était intéressant d'en avoir discuté avec des acteurs de terrain, comme dans un webinaire* » (P7).

Dans cette perspective, les espaces de rencontre organisés par bassins apparaissent également comme des dispositifs de soutien à l'implémentation. Ils offrent des occasions d'échange entre professionnel·les et de partage d'expériences. Plusieurs répondant·es soulignent qu'ils favorisent la mise en réseau : « *ça nous aide aussi à faire des contacts, tisser des liens (...) j'étais intéressée (...) d'entendre d'autres associations qui sont venues se présenter* » (P6). Ils contribuent également à renforcer la collaboration entre acteur·rices : « *créer des moments de rencontres (...) pour créer cette collaboration et planifier* » (P4). Ils participent ainsi à l'intégration du Programme dans une démarche collective.

Enfin, la disponibilité des équipes en charge de la plateforme constitue un soutien important pour les utilisateur·rices. Les acteur·rices décrivent un accès rapide à l'aide technique et à des ressources complémentaires : « *j'envoie un mail, ils me répondent dans l'heure* » (P5) ; « *ils ont créé des petites capsules vidéo, tout un parcours à suivre* » (P6). Ces éléments contribuent à soutenir l'utilisation des outils au quotidien.

1.2. Appropriation du Programme

L'appropriation des innovations par les professionnel·les constitue un processus progressif et non linéaire, influencé par les caractéristiques des organisations et les pratiques existantes. Cette appropriation peut s'accompagner de résistances au changement, notamment lorsque les dispositifs sont perçus comme peu clairs et peu compatibles avec les pratiques. (Moullin et al., 2019).

Processus d'appropriation

Les entretiens mettent en évidence une appropriation inégale selon les structures et les acteur·rices rencontré·es. Cette variabilité se manifeste notamment dans le niveau de connaissance du Programme. Certain·es professionnel·les déclarent n'en avoir entendu parler que

récemment, parfois de manière fortuite : *« j'avais très récemment entendu parler (...) c'est le hasard (...) qui a rencontré une personne qui travaille pour ce programme »* (P3). D'autres soulignent un manque de visibilité globale : *« certains acteurs ne sont parfois pas au courant de tout »* (P7).

Cette appropriation progressive s'accompagne d'un manque de clarté concernant les modalités du Programme. Plusieurs acteur·rices expriment des difficultés à en saisir précisément le fonctionnement : *« ce programme, il est flou dans ma tête (...) ce n'est pas du tout clair ce qu'ils proposent »* (P1).

Les résultats montrent également que l'implémentation du Programme est encore en cours dans de nombreuses structures. Les participant·es insistent sur le caractère récent et non stabilisé des dispositifs : *« on est dans le basique, c'est la première étape »* (P8) ; *« les choses ne sont pas encore tout à fait figées et mises en place »* (P10).

Par ailleurs, lors des espaces de rencontres, certains acteur·rices apparaissaient peu informé·es des évolutions du Programme au sein de leur propre structure, les discussions semblaient se concentrer davantage au niveau de la direction, sans toujours se traduire dans les pratiques quotidiennes.

Résistances au changement

Les entretiens mettent également en évidence des formes de réserve à l'égard du Programme. Pour certain·es acteur·rices, celui-ci ne constitue pas une transformation majeure des pratiques : *« c'est tout ce qu'on fait déjà (...) il n'y a pas vraiment grand-chose de nouveau »* (P1) ; *« ce programme ne révolutionne pas le contenu de ce qu'on offre »* (P10).

L'introduction du Programme a suscité des réactions divergentes : *« la réception du programme était assez critique de la part des associations, des ASBL et par d'autres acteurs, qui trouvaient que les moyens financiers étaient insuffisants, des critiques en termes de consentement dans l'évaluation des vulnérabilités et du cadre juridique »* (P7). Ces perceptions s'accompagnent d'hésitations dans l'engagement, certain·es professionnel·les exprimant une position d'incertitude : *« on est en pleine hésitation pour se former (...) on est dans un moment de transition et de doute »* (P4). Ces éléments traduisent une appropriation encore fragile, marquée à la fois par des questionnements sur la valeur ajoutée du Programme et par des incertitudes quant à sa mise en œuvre concrète.

Malgré ces réticences, les entretiens mettent également en évidence une adhésion aux principes du Programme. Plusieurs acteur·rices soulignent la pertinence de ses objectifs, en particulier l'attention portée aux situations de vulnérabilité : *« je trouve l'idée intéressante (...) c'est très bien qu'il y ait des subventions (...) pour ce genre de projet »* (P1).

Cette approbation repose en partie sur la convergence entre les valeurs et les missions déjà présentes dans certaines structures : *« le fait de pouvoir avoir une attention particulière par rapport à des patients en situation de vulnérabilité (...) on ne peut qu'adhérer »* (P10).

Cette adhésion semble toutefois varier en fonction de l'expérience des acteur·rices et de leurs pratiques préexistantes. Dans certaines structures, le Programme s'inscrit dans la continuité de dispositifs déjà en place, ce qui facilite son appropriation : *« on avait déjà les PPP qui ressemblent aux CPP (...) c'était déjà un projet qu'on allait faire »* (P5). Cette proximité avec les pratiques existantes est également soulignée par d'autres professionnel·les : *« on a tellement l'habitude d'accompagner les patientes qui ont des vulnérabilités psychosociales (...) pour nous ça ne sortait pas de nulle part »* (P6).

À l'inverse, pour des structures moins familières avec ce type de public, le Programme constitue un levier permettant de mieux repérer et orienter les patientes : *« ça a vraiment de l'importance pour plein d'hôpitaux qui n'ont pas l'habitude d'avoir des gens vulnérables (...) et de pouvoir bien orienter les gens »* (P1).

1.3. Stratégies d'adaptations

Dans la phase d'implémentation, l'introduction d'une innovation s'accompagne nécessairement de processus d'adaptation (Moullin et al., 2019). L'implémentation repose sur des ajustements continus des pratiques et des organisations, permettant d'articuler les dispositifs aux réalités du terrain.

Les résultats présentés mettent en évidence différentes formes d'adaptation qui se déploient à la fois dans les pratiques quotidiennes, dans les réorganisations internes, mais aussi dans le maintien de certaines pratiques préexistantes.

Ajustements des pratiques en réponse au terrain

Tout d'abord, les professionnel·les adaptent leurs pratiques au contact des patientes, notamment afin de faciliter la compréhension des dispositifs proposés. Plusieurs acteur·rices décrivent l'utilisation de supports multilingues : *« on a des QR codes (...) on a des petites brochures (...) dans toutes les langues »* (P6). Des outils informels, comme Google Traduction, sont également mobilisés au quotidien.

Les acteur·rices développent aussi des modes de communication alternatifs afin de maintenir le lien avec les patientes : *« notre outil de communication, c'est WhatsApp, comme il y a plein de mamans qui ont encore juste leur numéro du pays, c'est plus simple pour tout le monde »* (P1).

Par ailleurs, les professionnel·les ajustent leurs pratiques afin de garantir la continuité de l'accompagnement. Certaines structures prennent en charge des situations en dehors du cadre habituel : *« qu'elles aient ou pas d'aide médicale urgente (...) il y a des choses que nous on va prendre en charge »* (P5). Ces ajustements reposent souvent sur des arrangements, tels que des accords locaux ou des dérogations aux pratiques habituelles : *« c'est juste un accord tacite (...) de dire qu'il n'y a pas de sortie précoce »* (P1).

D'autres situations illustrent ces adaptations, comme une pharmacie acceptant de délivrer des médicaments sans paiement immédiat (P5), la possibilité de bénéficier d'un jour d'hospitalisation supplémentaire *« pour raison sociale »* (P1), ou encore le maintien des prises en charge parfois sans garantie de rémunération : *« c'est un peu un sacrifice (...) pour être payée par Fedasil, ça met toujours minimum 6 mois, maximum 2 ans »* ; *« quand elles ont l'aide médicale urgente (...) parfois on n'est pas payé du tout (...) il peut arriver qu'on ne se batte pas pour les quelques euros »* (P4).

Réorganisations internes et évolution du Programme

L'introduction du Programme s'accompagne également de réorganisations internes dans les structures. Des dispositifs de suivi sont mis en place afin d'assurer une continuité dans l'accompagnement : *« on fait des petits groupes, et la patiente est suivie par le même groupe »* (P6). Le Programme semble également conduire à une remise en question de certaines pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne le partage d'informations : *« ça nous remet en question (...) on va recréer une nouvelle base de travail, on est un secteur soumis (...) au secret professionnel »* (P10).

En parallèle, le Programme lui-même fait l'objet d'évolutions en fonction des retours du terrain. Les modalités de mise en œuvre apparaissent adaptées aux spécificités des bassins et aux dynamiques locales : « *on a mis en place un nouveau groupe de travail (...) ce n'était pas prévu dans nos stratégies de base (...) mais on s'ajuste* » (P7). D'autres exemples illustrent cette dynamique, notamment l'intégration de nouveaux acteur·rices au sein du Programme, en réponse à des enjeux identifiés sur le terrain.

Les données recueillies indiquent par ailleurs qu'environ vingt rencontres ont été organisées dans les différents bassins au cours de l'année 2025 (P7). Les participant·es décrivent une évolution progressive de ces rencontres, passant de présentations des dispositifs, à des formats plus interactifs : « *il y avait une présentation de l'outil (...) puis petit à petit, c'est devenu des workshops (...) avec un lien de démonstration pour pouvoir l'utiliser* » (P4).

Ces évolutions ont également été observées lors des espaces de rencontre auxquels nous avons participé. Ceux-ci semblent davantage s'orienter vers l'identification des besoins du terrain et la recherche de réponses collectives. Ils témoignent d'une adaptation aux réalités des professionnel·les, en lien avec les enjeux émergents de l'implémentation.

Enfin, malgré le déploiement du Programme, de nombreux·ses acteur·rices continuent de mobiliser leurs pratiques habituelles, parfois en dehors du cadre formel du dispositif. Certaines pratiques s'écartent des outils proposés afin de maintenir l'accompagnement, notamment en cas de refus du dépistage : « *on leur propose tout l'accompagnement, mais sans passer par Born in Belgium* » (P6). De même, des concertations multidisciplinaires peuvent être organisées en dehors du cadre prévu : « *on leur donne quand même accès à la concertation multidisciplinaire, sans facturation, sans passage par le dépistage* » ; « *ce n'est pas parce qu'elles ne veulent pas faire le dépistage qu'on ne va pas non plus les soutenir* » (P5).

Ainsi, l'implémentation du Programme semble reposer largement sur la capacité des acteur·rices à ajuster et à adapter les dispositifs en fonction des situations rencontrées.

2. FACTEURS CONTEXTUELS

2.1. Contexte externe

La phase d'implémentation est conditionnée par des facteurs du contexte externe, comprenant les dimensions sociopolitiques, institutionnelles, juridiques et économiques dans lesquelles s'inscrit l'intervention (Aarons et al., 2011 ; Moullin et al., 2019). Ces éléments structurent les conditions d'implémentation, et peuvent constituer à la fois des leviers et des contraintes pour la mise en œuvre des interventions.

Environnement sociopolitique et institutionnel

Les résultats mettent en évidence un cadre politique et institutionnel qui influence la mise en œuvre du Programme. Plusieurs acteur·rices soulignent un manque de priorisation des enjeux liés à la migration et à la périnatalité des publics vulnérables : « *il y a des limites gouvernementales, politiques, qui font que petit à petit, les possibilités se restreignent* » (P1). Cette situation est perçue comme un manque d'investissement des pouvoirs publics : « *on ne met pas des sous dans l'immigration (...) ce n'est pas la problématique qui est apparemment à l'ordre du jour* », contribuant à une précarisation accrue des populations concernées (P1).

L'absence prolongée de gouvernement à Bruxelles est également mentionnée comme un facteur ayant freiné le déploiement du Programme : « *l'absence de gouvernement n'a peut-être pas aidé non plus à ce que l'intégration se passe bien* » (P10). Cette instabilité politique a eu des répercussions sur le terrain, notamment en matière de coordination et de continuité des dispositifs : « *il y a eu des structures qui ont fermé, des budgets non renouvelés* » (P7).

Par ailleurs, les acteur·rices décrivent des contraintes liées aux réalités territoriales, telles que le chômage, la migration ou encore l'épuisement des professionnel·les : « *il y a beaucoup de défis à relever selon les réalités du territoire* » (P8). Ces éléments contribuent à complexifier la mise en œuvre du Programme dans certains contextes locaux.

Certaines réformes organisationnelles influencent également les conditions de prise en charge. Le raccourcissement des séjours hospitaliers (« séjours courts ») modifie les modalités d'accompagnement en postnatal. La sortie précoce de maternité, souvent après 48 à 72 heures, impose une certaine réactivité du réseau, qui peine parfois à offrir un relais adapté : « *pour que les femmes puissent quitter l'hôpital (...) il faut qu'elles aient une sage-femme à domicile référente* » (P6). En l'absence de ce relais, un sentiment d'abandon est évoqué : « *c'est surtout en post-natal que les familles sont laissées un peu à l'abandon, il n'y a plus de soutien* » (P4).

Cadre administratif

Le contexte externe est également caractérisé par une complexité administrative, influençant à la fois l'accès aux soins et les pratiques professionnelles. Les acteur·rices décrivent des démarches administratives lourdes, notamment dans les processus de régularisation : « *il y a de plus en plus des embûches (...) pour pouvoir régulariser les gens, il y a toujours de plus en plus de papiers* » (P1).

Ces contraintes sont particulièrement marquées pour les femmes migrantes en situation irrégulière, dont l'accès aux droits dépend de procédures longues et incertaines. L'accès aux soins repose notamment sur l'aide médicale urgente, impliquant des démarches administratives supplémentaires : « *il y a cette question d'assurabilité (...) avec Fedasil, avec les CPAS, s'il n'y a pas de procédure en cours (...) c'est des demandes d'aide médicale urgente* » (P10). Pour les bénéficiaires, ces exigences administratives, combinées à une grossesse ou à une naissance, accentuent la vulnérabilité des situations vécues : « *des parents qui sont en grande difficulté (...) liés aux obligations administratives (...) quand c'est couplé à une maternité récente, rend les situations très stressantes* » (P2).

Ces contraintes peuvent également engendrer des ruptures dans les parcours de soins. Les changements de structures d'accueil, notamment pour les demandeuses d'asile, compliquent la continuité du suivi : « *pendant leur grossesse, on les change de centre (...) il n'y a pas leur dossier, on ne sait pas à quel point elles ont changé d'hôpital* » (P5).

Mécanismes de financement

Les modalités de financement constituent un élément structurant du contexte externe, influençant à la fois la mise en œuvre du Programme et l'engagement des structures. Plusieurs acteur·rices considèrent que les ressources financières allouées sont insuffisantes au regard des exigences du dispositif : « *les moyens financiers étaient insuffisants* », par exemple face au « *coût financier d'installer un nouveau programme* » (P7).

Au-delà du manque de moyens, les acteur·rices évoquent également une instabilité des financements, qui fragilise la mise en œuvre des projets. Certain·es décrivent des situations dans

lesquelles les financements attendus ne sont pas accordés : « *on a déposé le projet (...) et on n'a rien reçu, donc on doit avancer l'argent* » (P3). Face à ces limites financières, certaines structures mobilisent leurs propres ressources pour maintenir leurs activités : « *on a un petit financement (...) mais ça ne suffisait pas (...) donc c'était financé sur fond propre* » (P6).

Les résultats mettent également en évidence des inégalités entre les structures. Certaines disposent de ressources plus importantes leur permettant de s'approprier plus rapidement les outils : « *les grosses structures (...) ont pu plus vite se former à l'outil* » (P4). De manière plus générale, les enjeux budgétaires sont perçus comme un obstacle à l'implémentation du Programme : « *c'est des fameux budgets à aller chercher (...) si ça n'avance pas aussi vite que prévu, c'est parce qu'il y a tout ça qui doit se mettre en place* » (P10).

Enfin, les modalités de financement influencent l'engagement des structures. Pour certain·es, le Programme représente une opportunité de soutien financier : « *je pense que tous les hôpitaux l'utilisent comme un moyen de renflouer les caisses* » (P5). Pour d'autres, il apparaît comme un moyen de préserver les équipes existantes : « *ce qui nous a motivés c'est le financement (...) pour pouvoir survivre et que mon équipe ne soit pas déforcée* » (P6).

Disponibilité des ressources

Les entretiens soulignent l'impact des conditions de vie sur l'accès aux soins, en particulier sur les enjeux de logement. Les professionnel·les décrivent une pénurie importante de solutions d'hébergement, y compris d'urgence, rendant difficile l'accompagnement des patientes les plus vulnérables (P5). Cette problématique s'inscrit dans un contexte de précarité plus large, marqué des difficultés liées à l'hébergement, aux ressources financières et à l'accès aux droits (P3).

Pour de nombreuses femmes, l'accès à un logement stable constitue une priorité. Cette situation influence directement leur engagement dans un suivi périnatal : « *des femmes qui sont vraiment dans des difficultés de logement, c'est ça sa priorité, sa préoccupation (...) on n'a pas accès à cette femme pour autre chose* » ; « *c'est hyper important de régler ces problématiques là avant de pouvoir avoir accès à la femme différemment* » (P1).

L'absence de solution d'hébergement après l'accouchement constitue également un enjeu majeur, marquée par des parcours résidentiels instables : « *les patients qui ne sont pas en ordre de titre de séjour, elles sont hébergées à gauche et à droite (...) toute la difficulté (...) c'est de savoir où est-ce qu'elles vont retourner après l'accouchement* » (P10).

Enfin, bien que le territoire bruxellois dispose d'un réseau dense d'acteur·rices, celui-ci apparaît saturé. Les ressources existantes sont décrites comme nombreuses, mais difficilement accessibles : « *c'est tout le réseau qui est à Bruxelles en tout cas énorme mais qui est aussi saturé* » ; « *c'est d'avoir beaucoup de ressources mais des ressources qui sont épuisées* » (P10). Cette saturation se traduit par des délais importants, des refus ou des difficultés de contact avec certaines structures qui sont : « *complètes ou débordées ou injoignables* » (P6).

2.2. Contexte interne

La phase d'implémentation est également influencée par des facteurs relevant du contexte interne. Ces éléments renvoient aux caractéristiques propres aux organisations impliquées dans la mise en œuvre (Aarons et al., 2011 ; Moullin et al., 2019). Les facteurs internes incluent notamment les ressources disponibles, l'organisation des structures, ainsi que les conditions de

travail des professionnel·les, qui influence leur capacité à intégrer les dispositifs dans les pratiques quotidiennes.

Environnement de travail

Les résultats mettent en évidence un manque de ressources humaines insuffisantes au sein des structures, constituant un frein à la mise en œuvre du Programme. Plusieurs acteur·rices décrivent une charge importante de patientes, ce qui rend difficile un accompagnement individualisé : *« on s'occupe entre 350 et 400 femmes par an. Donc on ne peut pas être là pour tous les accouchements »* (P1).

Ce manque d'effectifs s'accompagne également de difficultés en matière de relais et de soutien au sein des équipes. Un·e participant·e évoque une situation d'isolement professionnel : *« il y avait X qui a démissionné, puis au-dessus, X qui est en burnout (...) j'ai personne au-dessus de moi (...) je réfléchis toute seule devant mon ordinateur »* (P5).

Dans certaines structures, ces contraintes sont renforcées par des choix organisationnels qui limitent les ressources allouées au Programme. Ainsi, le déploiement du dispositif peut se faire sans moyens supplémentaires : *« on m'a dit (...) "tu peux le lancer, mais au début, on ne va pas te donner d'effectifs supplémentaires" (...) s'occuper des vulnérabilités psychosociales, ça ne rapporte rien »* (P6).

Contraintes temporelles

Au-delà des ressources humaines, les acteur·rices soulignent un manque de temps pour assurer l'ensemble des missions : *« c'est les limites de temps pour pouvoir s'occuper de tout le monde »* (P1). Concernant la coordination entre professionnel·les, cette contrainte de temps limite la mise en place de concertation multidisciplinaire : *« il est compliqué de consacrer du temps (...) pour vraiment avoir des moments de coordination multidisciplinaire »* (P9).

Les exigences du terrain, combinées à la complexité des situations rencontrées, accentuent cette pression temporelle. Les professionnel·les doivent gérer un grand nombre de patientes tout en consacrant du temps aux situations spécifiques : *« quand elles voient X patientes sur la journée (...) et qu'après elles prennent une heure pour régler des soucis (...) ça prend du temps »* (P6).

De plus, le temps disponible lors des consultations apparaît insuffisant au regard des besoins identifiés, notamment dans le cadre du dépistage des vulnérabilités : *« sur le temps d'une consultation, poser autant de questions c'est vraiment complexe (...) le taux de qualité de réponse est du coup mis en question »* (P9).

L'utilisation de la plateforme de dépistage engendre à son tour, une charge administrative supplémentaire, notamment en raison du double encodage des données : *« c'est un outil qui ne peut pas être intégré (...) ça double aussi le travail administratif »* (P4) ; *« on doit écrire dans la plateforme (...) et dans notre dossier (...) c'est trop de travail »* (P5).

Par ailleurs, l'implémentation du Programme est perçue comme une charge de travail supplémentaire. L'utilisation des outils, notamment le dépistage, nécessite du temps et des ressources qui ne sont pas toujours disponibles : *« faire ce screening (...) ça rajoute beaucoup de temps dans les consultations prénatales »* (P6).

Enfin, les espaces de rencontre sont également perçus comme chronophages, limitant la participation de certain·es professionnel·les : *« ça me prenait plus de temps que ce que ça*

m'apportait (...) alors que moi j'avais un boulot monstrueux » (P6). Certains acteur·rices évoquent la nécessité d'adapter ces modalités, par exemple en proposant des formats plus flexibles ou une compensation financière : « je suis d'accord d'y participer parce que [l'institution] me propose une rétribution financière pour le travail que c'est d'être présent dans ces rencontres » ; « ces rencontres sont complètement bénévoles, s'il pouvait y avoir une rétribution financière ou la possibilité que ce soit en ligne... » (P4).

Organisation des structures

Les résultats mettent en évidence une forte hétérogénéité d'organisations entre les structures. Ces différences se répercutent sur les modalités de mise en œuvre du Programme, ainsi que les formes de prises en charges proposées aux patientes.

D'après les répondant·es, certaines institutions privilégient une approche principalement centrée sur les aspects médicaux, laissant davantage de côté les dimensions sociales ou administratives : *« certains hôpitaux vont vraiment juste se concentrer sur le médical (...) tout ce qui ressort plus de l'administratif (...) vont laisser sur le côté » (P4).*

Cette diversité organisationnelle semble également impacter les modalités de coordination et de circulation de l'information entre professionnel·les. Les acteur·rices décrivent une fragmentation des outils utilisés, notamment liée à l'absence d'un système informatique commun : *« dans chaque hôpital, il y a un programme informatique différent » (P5).* Cette situation complexifie le partage d'informations et fragilise la continuité des suivis entre structures.

3. Dynamiques transversales

Au-delà des dimensions directement liées à la mise en œuvre du Programme et aux facteurs contextuels, les résultats ont permis de faire émerger des dynamiques transversales, qui ne relèvent pas d'une composante spécifique du dispositif, mais qui traversent l'ensemble du processus d'implémentation.

L'analyse inductive met en lumière les conditions effectives d'accès aux soins, ainsi que les effets concrets du Programme sur les pratiques professionnelles et les publics concernés. Ces éléments permettent ainsi d'interroger les écarts entre les objectifs du Programme et ses effets observés sur le terrain, en particulier pour les publics en séjour irrégulier.

3.1. Conditions d'accès aux soins

Les entretiens mettent en évidence que l'accès aux soins est influencé par des situations de non-recours, liées notamment à la méconnaissance des droits, à la peur des institutions et aux contraintes administratives : *« on sait que l'hôpital ça peut faire peur (...) il y a des femmes qui croient qu'à l'hôpital c'est la police » ; « comme elles ne connaissent pas leurs droits, elles ne font pas leur suivi de grossesse (...) elles se disent "j'ai pas accès aux soins, ça coûte trop cher " » (P1).*

Cette situation apparaît particulièrement marquée chez les femmes migrantes en situation irrégulière, qui tendent à éviter certaines structures perçues comme risquées : *« elles font tout ce qu'elles peuvent pour éviter certains lieux » (P10).* Cette méfiance concerne notamment certain type d'institutions : *« femmes migrantes en situation irrégulière, elles vont peut-être avoir peur de passer par un hôpital, par une structure qui a pignon sur rue » (P10).*

Ces éléments suggèrent que l'entrée dans le parcours de soins ne dépend pas uniquement de l'offre disponible, mais également de représentations, de craintes et de contraintes liées au statut administratif, pouvant freiner, voire empêcher, le recours aux soins.

3.2. Effets du Programme observés

Parmi les effets observés, les résultats mettent en évidence une amélioration du repérage des vulnérabilités liée à l'utilisation de l'outil de dépistage : « *mettre de manière systématique chaque patiente, ça nous aide à repérer des vulnérabilités qui parfois étaient passées à la trappe* » (P6). Cette utilisation s'accompagne également d'un suivi d'indicateurs permettant d'analyser les dynamiques d'adhésion : « *comme indicateur pour moi, c'est le nombre de patientes qui sont screenées pour savoir quel est le pourcentage de refus des patientes et que je comprenne pourquoi elles refusent* » (P6).

Les résultats montrent également une évolution de l'adhésion des patientes, notamment lorsque le dépistage est accompagné d'explications : « *au début, on avait 30% de refus. Maintenant, on arrive à 10% (...) on a vraiment axé sur l'information, l'explication, pour qu'on puisse avoir un consentement éclairé des patientes* » (P6).

Cette adhésion semble renforcée par la mise en place d'un accompagnement personnalisé, reposant sur la présence d'un·e référent·e : « *elles ont une coordinatrice qui leur est attitrée (...) un numéro qu'elles peuvent joindre tous les jours (...) pour avoir un point de relais* » (P6). Ce type de dispositif contribue à sécuriser les patientes dans leur parcours de soins : « *c'est un peu sa bouée de sauvetage (...) c'est très humanisant* » (P6).

Cependant, cette adhésion reste variable selon les contextes. Certain·es acteur·rices décrivent un décalage entre l'acceptation du dépistage et l'engagement dans la suite du parcours : « *ils ont réussi à convaincre tout le monde d'être screenés (...) Puis quelques mois plus tard, ils ont 0,01% de mères qui acceptent de participer à ces entretiens* » (P10).

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence des effets inattendus liés à l'implémentation des dispositifs. Dans certains cas, les consultations proposées après le dépistage apparaissent insuffisamment adaptées aux besoins des patientes en situation irrégulière : « *elles ressortent avec une liste d'intervenants sociaux (...) qu'est-ce qu'une future mère migrante en situation irrégulière va faire de ça ?* » (P10). Ces situations peuvent conduire à un désengagement progressif : « *même celles qui acceptent la CPP (...) après elles ne reviennent plus (...) on fait pire que mieux (...) on les décroche du programme* » (P10).

Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence une implémentation complexe et évolutive du Programme. Elle est marquée par des interactions entre les dispositifs, les pratiques professionnelles ainsi que les différents contextes de mise en œuvre. Les données recueillies montrent également que le déploiement du Programme repose sur une multiplicité d'acteur·rices aux rôles et ressources variables, influençant les relations entre les différentes parties prenantes. Dans cette perspective, ces éléments soulignent l'importance des dynamiques entre acteur·rices à travers les enjeux de pouvoir, de légitimité et d'urgence identifiés sur le terrain.

4. Dynamiques de pouvoir

Dans la théorie des parties prenantes, le pouvoir renvoie à la capacité d'un·e acteur·rice d'influencer les décisions ou les comportements d'autrui, en mobilisant différentes ressources, telles que des moyens financiers, juridiques ou administratifs, mais aussi l'expertise, la

reconnaissance institutionnelle ou l'accès à l'information. Ces formes d'influence varient selon les contextes et ne se manifestent pas toujours de manière explicite dans les pratiques (Mitchell et al., 1997 ; Brugha et al., 2000).

Les entretiens montrent que les acteur·rices impliqué·es dans l'implémentation du Programme disposent de marges d'action différenciées, liées à leur position dans le système, aux ressources dont ils-elles disposent, ainsi qu'à leur reconnaissance au sein du réseau.

Les données recueillies permettent d'identifier trois formes de pouvoir évoquées par les participant·es : le pouvoir coercitif, le pouvoir utilitaire et le pouvoir normatif. Celles-ci ne se présentent pas toujours comme une capacité directe à imposer une décision, mais apparaissent également à travers des contraintes administratives, des ressources disponibles ou des formes de reconnaissance professionnelle et institutionnelle.

4.1. Pouvoir coercitif

Dans le cadre théorique mobilisé, le pouvoir coercitif renvoie à la capacité d'un·e acteur·rice à imposer sa volonté, en recourant à des moyens de contrainte ou de sanction (Mitchell et al., 1997).

Dans les entretiens, le pouvoir coercitif apparaît principalement de manière indirecte, à travers les règles administratives qui encadrent l'accès au Programme. Le numéro NISS identifié comme un élément conditionnant l'intégration des patientes aux outils du dispositif. Comme décrit précédemment, l'absence de numéro NISS complique l'encodage, la facturation et l'utilisation de certaines plateformes numériques pour les patientes ne disposant pas d'un numéro de registre national.

Présentés à travers la notion de pouvoir, ces éléments dépassent la simple contrainte administrative. Ils renvoient à des règles qui encadrent à la fois l'action des professionnel·les, et l'intégration des patientes dans les circuits formels du Programme. Un·e participant·e issu·e du secteur associatif met notamment ces limitations en lien avec des contraintes gouvernementales et institutionnelles plus large (P1), contribuant à restreindre l'accès de certains publics.

Un·e répondant·e hospitalier·e associe cette contrainte aux mécanismes de facturation du Programme. L'absence de numéro NISS empêche la valorisation de certaines prestations (P5), ce qui limite leur inscription dans les circuits prévus. Le numéro NISS apparaît ainsi comme une condition technique et administrative, influençant l'intégration des patientes en situation irrégulière dans les parcours de soins.

Dans cette perspective, ces éléments apparaissent non seulement comme des conditions de mise en œuvre, mais aussi comme des règles influençant la capacité d'action des acteur·rices. Ils affectent les patientes, en limitant leur accès aux parcours de soins, ainsi que les professionnel·les, qui doivent composer avec ces contraintes lorsqu'ils-elles accompagnent des publics ne répondant pas aux critères techniques du dispositif.

4.2. Pouvoir utilitaire

Le pouvoir utilitaire renvoie aux ressources matérielles, financières et humaines qui permettent aux acteur·rices de mettre en œuvre leurs missions (Mitchell et al., 1997). Dans les entretiens, deux ressources apparaissent particulièrement importantes : le financement et le temps, réparties de manière inégale entre les différentes parties prenantes.

Dans le secteur hospitalier, le financement associé au Programme est décrit comme un moyen de maintenir les activités ainsi que les équipes médico-sociales : « *les hôpitaux sont en sous-financement horrible (...) tous les hôpitaux l'utilisent comme un moyen d'avoir des sous* » (P5). Dans cette situation, le financement apparaît comme une ressource permettant de soutenir l'organisation interne, notamment dans un contexte de contraintes budgétaires.

Du côté des associations, les répondant·es décrivent des conditions financières plus instables. Comme mentionné précédemment, certain·es doivent avancer des fonds, faire face à des retards de paiement ou mobiliser des arrangements internes afin de poursuivre leurs missions. Ce fonctionnement illustre des adaptations quotidiennes pour garantir la continuité de l'accompagnement, malgré des financements jugés insuffisants ou irréguliers.

Le temps est également évoqué comme une ressource centrale dans l'accompagnement des patientes. Certain·es acteur·rices disposent d'une marge de manœuvre pour adapter leur suivi aux situations rencontrées (P9), tandis que d'autres perçoivent les contraintes temporelles plus importantes, limitant la possibilité d'un accompagnement personnalisé (P1).

Ainsi, le pouvoir utilitaire se manifeste à travers une capacité différenciée à mobiliser des ressources. Les acteur·rices disposant de financements stables et de temps peuvent s'inscrire plus facilement dans le Programme, tandis que ceux et celles confronté·es à des ressources limitées voient leurs possibilités d'action plus restreintes.

Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, ces différences de ressources influencent directement les possibilités d'accompagnement. Les entretiens suggèrent en effet que ces situations nécessitent un investissement en termes de temps plus important : « *une fois qu'il y a des vulnérabilités, c'est des patientes qui vont prendre du temps* » (P9). Toutefois, la capacité des acteur·rices à mobiliser ce temps apparaît variable. Elle dépend notamment des ressources financières dont ils·elles disposent, ce qui peut limiter un accompagnement adapté.

4.3. Pouvoir normatif

Le pouvoir normatif renvoie à la reconnaissance dont disposent certaines parties prenantes auprès d'autres professionnel·les, institutions ou du publics accompagnés (Mitchell et al., 1997 ; Brugha et al., 2000). Dans les entretiens, cette reconnaissance repose notamment sur l'ancienneté, l'expertise, la proximité avec les publics vulnérables ou encore la position de coordination occupée par certain·es acteur·rices.

Plusieurs associations de terrain mentionnent leur ancrage dans le réseau bruxellois : « *[l'institution] a X ans, donc on commence à être bien connus de tout le tissu associatif. Les gens nous réfèrent beaucoup de mamans* » (P1). Cette reconnaissance se traduit par des orientations régulières de patientes vers l'association, ce qui renforce sa position d'acteur·rice de référence et son identification comme ressource au sein du réseau.

Le pôle de coordination régional quant à lui, met en avant une position de neutralité : « *Notre seul intérêt est d'avoir une approche de soins intégrée, on n'a pas d'intérêt financier ou idéologique* » (P7). Cette posture semble renforcer sa crédibilité auprès des acteur·rices et faciliter la coordination, dans un contexte où les intérêts peuvent diverger.

D'autres participant·es institutionnel·les ou de première ligne développent leur reconnaissance à travers leur proximité avec les publics vulnérables. Un·e professionnel·le explique à propos de ses équipes : « *Quand elles sont au courant qu'il y a un squat qui est en train de se mettre en place, elles*

y vont en fait. Elles vont voir » (P10). Cette présence sur le terrain contribue à construire leur fiabilité auprès des publics et des partenaires, en les positionnant comme acteur·rices capables d'intervenir dans des contextes où d'autres structures sont moins présentes.

Les entretiens montrent ainsi que la capacité d'influence des acteur·rices ne dépend pas uniquement de leur position institutionnelle. Elle semble également reposer sur la reconnaissance dont ils-elles disposent dans le réseau, sur leur expérience auprès des publics concernés et à la confiance qui leur est accordée.

Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, ce pouvoir normatif des acteurs apparaît particulièrement déterminant. Il facilite l'orientation vers des structures identifiées comme fiables et accessibles, notamment en dehors des circuits administratifs classiques.

5. Les formes de légitimité

Alors que le pouvoir renvoie à la capacité d'un·e acteur·rice à influencer les décisions, les pratiques ou les comportements, la légitimité quant à elle, renvoie à la manière dont sa place et son rôle sont reconnus par les autres parties prenantes du système (Suchman, 1995 ; Mitchell et al., 1997).

Dans le cadre du Programme des 1 000 premiers jours, les entretiens montrent que la légitimité des parties prenantes repose sur plusieurs fondements. Certain·es tirent leur reconnaissance d'un mandat institutionnel ou d'un statut professionnel des acteurs, renvoyant à la légitimité institutionnelle et professionnelle. D'autres formes de légitimité sont liées à l'ancrage dans le réseau et la proximité avec les publics, renvoyant à une légitimité sociale.

Bien que le cadre théorique mobilisé permette d'identifier plusieurs formes de légitimité (institutionnelle, professionnelle et sociale) (Bouquet, 2019), l'analyse inductive du matériau met en évidence une autre forme : la légitimité cognitive. Celle-ci repose sur des processus cognitifs par lesquels certain·es acteur·rices deviennent « *allant de soi* », c'est-à-dire spontanément mobilisés au sein du système (Suchman, 1995).

Concernant la légitimité des usager·ères également présentée dans le cadre théorique, elle n'a pas été retenue dans l'analyse. Le recueil de données a été réalisé auprès de professionnel·les impliqué·es dans le Programme, alors que cette forme de légitimité repose davantage sur la participation et l'expression des points de vue des bénéficiaires.

5.1. Légitimité institutionnelle et professionnelle

Certain·es acteur·rices tirent leur légitimité de leur mandat historique ou de leur statut formel dans le système. Le secteur institutionnel, par exemple, s'appuie sur une mission ancienne d'accompagnement des familles : « *C'est une mission que [l'institution] remplit depuis X ans, donc ce n'est pas du tout quelque chose de nouveau* » (P10). Cette ancienneté inscrit l'acteur·rice dans des missions reconnues, renforçant sa légitimité auprès d'autres professionnel·les.

De même, certaines institutions sont perçues depuis longtemps comme des lieux de recours pour les personnes en situation administrative précaire. Un·e professionnel·le du secteur institutionnel explique : « *il y a une espèce de connaissance commune que c'est à X qu'il faut se présenter quand on n'a pas de papier* » (P5). Cette reconnaissance partagée, à la fois par les usager·ères et par les professionnel·les, contribue à faire de ces structures des lieux de référence vers lesquels les femmes en séjour irrégulier sont orientées de manière spontanée.

Par ailleurs, le statut professionnel constitue un autre fondement important de légitimité. Pour les soignant-es par exemple, l'autorité liée au rôle médical, à la compétence clinique et à l'autonomie dans certains actes de soins contribue à leur reconnaissance dans le réseau : « *Les sage-femmes sont une profession médicale* » (P4). Au-delà de ce statut, les entretiens montrent que la légitimité professionnelle repose également sur la reconnaissance de leur rôle par les autres acteur·rices du réseau : « *les hôpitaux où nous sommes présents (...) reconnaissent clairement la plus-value de notre présence* » (P9). Cette reconnaissance renvoie à leur expertise mais aussi à la dimension relationnelle de leur pratique, qui participe à la construction de leur légitimité professionnelle.

5.2. Légitimité sociale et cognitive

À côté de cette légitimité institutionnelle et professionnelle, l'analyse des entretiens fait apparaître des formes de légitimité davantage liées à l'ancrage territorial, à la confiance et à la reconnaissance construites dans leur pratique.

Les associations de proximité apparaissent ainsi comme des acteur·rices particulièrement légitimes aux yeux des bénéficiaires. Cette légitimité repose notamment sur leur présence dans les moments critiques du parcours, ainsi que sur leur capacité à répondre à des besoins immédiats liés à l'accès aux droits, au soutien matériel ou encore à la médiation avec les institutions : « *un point de contact un peu personnalisé pour la patiente, qui fait que c'est un peu sa bouée de sauvetage parfois dans un parcours difficile* » (P1). La légitimité sociale de ces acteur·rices repose en grande partie sur la manière dont ils·elles sont perçu·es par les patientes, comme des repères dans des situations souvent complexes.

Cette légitimité sociale se construit également à travers l'ancrage dans le réseau périnatal. Certaines associations sont reconnues par d'autres structures en raison de leur expérience auprès des publics concernés et de leur capacité à répondre aux besoins spécifiques des populations : « *L'assistance sociale (...) elle est formée à toutes les situations de migration possibles* » (P1). Cette reconnaissance témoigne du fait que ces acteur·rices sont identifié·es comme des références dans certaines situations, ce qui les positionne en tant que ressources essentielles.

Par ailleurs, l'analyse inductive des entretiens met en évidence une forme de légitimité cognitive, renvoyant au fait que certain·es acteur·rices sont spontanément mobilisé·es dans les pratiques du réseau : « *Les centres d'accueil nous connaissent très bien et donc nous réfèrent* » (P1). Cette reconnaissance contribue à les positionner comme des interlocuteur·rices pertinent·es du réseau, vers lequel·les les professionnel·les se tournent de manière spontanée. Elle facilite également l'orientation des femmes vers les relais adéquats selon leur situation : « *Si elles n'ont pas d'aide médicale urgente, on sait les CPAS à qui référer. Donc, on est vraiment au clair avec comment référer* » (P1). Cette dynamique renvoie ainsi à la légitimité cognitive, par laquelle ces acteur·rices deviennent « *allant de soi* » dans le système périnatal.

Dans le cas des femmes migrantes en situation irrégulière, cette reconnaissance facilite l'orientation rapide vers des structures identifiées comme fiables et accessibles, notamment lorsque l'accès aux dispositifs institutionnels est entravé par des contraintes administratives, linguistiques ou sociales.

Ainsi, les formes de légitimité observées dans les entretiens ne reposent pas uniquement sur un mandat légal ou un statut professionnel. Elles se construisent également à partir de l'expérience, de la confiance, de l'ancrage territorial et de la capacité des acteur·rices à répondre concrètement aux besoins des femmes accompagnées.

6. L'urgence

Dans l'analyse des parties prenantes, l'urgence est définie comme le degré auquel les revendications nécessitent une attention immédiate, notamment lorsque le facteur temps devient critique ou qu'un retard dans la prise en charge est jugé inacceptable (Mitchell et al., 1997).

A travers les entretiens, cet attribut d'urgence occupe une place importante dans l'accompagnement périnatal des femmes migrantes en situation irrégulière. Il ne renvoie pas uniquement à des situations médicales ou obstétricales, mais aussi à des enjeux sociaux, administratifs et relationnels.

Les résultats mettent ainsi en évidence les deux dimensions complémentaires de l'urgence : d'une part, une dimension temporelle, liée à la contrainte du temps, et d'autre part, une dimension de criticité, renvoyant au caractère inacceptable d'un retard dans la prise en charge. Cette seconde dimension se décline, de manière inductive, dans les sphères sociale et relationnelle.

6.1. Urgence temporelle

A travers les entretiens, l'urgence temporelle se manifeste par une entrée tardive dans le suivi, comme le décrit un·e participant·e associatif·ve : « *on rencontre les femmes quand même assez tardivement, à 7, 8, 9 mois de grossesse. Parfois, pas du tout* » (P1). Ce délai réduit la marge d'action des professionnel·les pour organiser un accompagnement adapté, construire les relais nécessaires et préparer l'accouchement dans des conditions adéquates.

À cette entrée tardive s'ajoute la brièveté des séjours hospitaliers. À la maternité, les équipes doivent rapidement assembler les éléments médicaux, sociaux et administratifs du dossier afin de planifier le retour de la patiente : « *Il y a beaucoup de choses qui se rattrapent à la maternité (...) Il faut assembler les pièces du puzzle* » (P5). Cette situation illustre la rapidité avec laquelle les professionnel·les doivent articuler les différentes dimensions de la prise en charge.

Dans ces contextes, l'urgence est étroitement liée au facteur temps. Une entrée tardive dans le suivi ou un temps limité pour organiser la prise en charge rendent l'accompagnement plus complexe, tant pour les professionnel·les que pour les patientes.

6.2. Urgence sociale

Pour les femmes concernées, l'urgence médicale n'est pas toujours l'urgence principale. L'absence de logement stable, l'insécurité alimentaire, la dépendance à des dispositifs d'aide ou encore la crainte des institutions peuvent occuper souvent le premier plan. Un·e participant·e associatif·ve le décrit ainsi : « *Une maman qu'on suit, qui est enceinte, si elle ne sait pas où elle va dormir et ce qu'elle va manger, c'est ça sa priorité* » (P1). Les priorités immédiates liées aux conditions de vie apparaissent parfois au premier plan, mettant au second plan les aspects de prévention ou de recommandations en santé : « *Allez avoir ce discours-là (...) dans une famille où vous savez que le frigo est vide. La priorité, elle va être ailleurs* » (P10).

Ces situations illustrent une forme d'urgence relevant de la dimension de criticité. Le retard dans la réponse apportée est perçu comme inacceptable au regard des besoins fondamentaux identifiés. L'accès aux soins périnataux dépend ici directement de la prise en compte de ces urgences sociales, qui redéfinissent les priorités d'intervention.

6.3. Urgence relationnelle

Enfin, les entretiens mettent aussi en évidence une dimension relationnelle de l'urgence. Les acteur·rices de terrain soulignent la nécessité de construire rapidement une sécurité minimale et un lien de confiance, afin que la femme puisse s'engager pleinement dans leur suivi : « *on est vraiment un pansement d'un système (...) on essaye d'apporter un cocon sécuritaire, de renforcer l'empowerment de ces femmes, qu'elles accueillent leur bébé dans le plus de sécurité possible* » ; « *au bout d'un moment (...) le lien se crée, les femmes se sentent en confiance* » (P1).

Ainsi la relation de confiance n'apparaît pas comme un élément secondaire du suivi, mais comme une condition essentielle de l'accompagnement. Dans ce contexte, un retard dans l'établissement de cette relation peut fragiliser l'accompagnement lui-même. L'urgence relationnelle renvoie à la dimension de criticité, dans laquelle le retard dans la construction du lien est perçu comme problématique, particulièrement dans des contextes marqués par la précarité, l'instabilité ou la méfiance envers les institutions.

L'urgence apparaît dès lors comme un élément structurant de l'action. Elle redéfinit les temporalités, les priorités et les modalités d'intervention, en mettant au premier plan la nécessité d'articuler le médical, le social et le relationnel.

Les résultats mettent en évidence l'articulation entre les trois attributs des parties prenantes. Le pouvoir des acteur·rices ne s'exerce pas de manière isolée, mais en interaction avec leur légitimité et le caractère urgent des situations rencontrées. Ainsi, la saillance des parties prenantes ne repose pas uniquement sur leur position dans le système périnatal, mais sur la combinaison dynamique de ces trois attributs, qui influence leur capacité à être entendu·es et à agir concrètement sur la mise en œuvre du Programme.

DISCUSSION

1. Réponse synthétique à la question de recherche

Cette recherche avait pour objectif de comprendre comment le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est implémenté à Bruxelles afin d'assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière. Les résultats montrent que ce Programme est perçu par les acteur·rices interrogé·es comme une initiative ambitieuse visant à structurer un accompagnement périnatal plus intégré, continu et adapté aux vulnérabilités psychosociales. Son implémentation repose notamment sur le dépistage universel des vulnérabilités via Born in Belgium, le conseil prénatal personnalisé, la coordination des soins et de l'aide, ainsi que la concertation multidisciplinaire. Cette architecture est soutenue par une convention prévoyant le financement de prestations spécifiques liées à l'accompagnement périnatal intégré (INAMI, 2024).

Toutefois, les résultats montrent que cette implémentation demeure inégalement stabilisée. Plusieurs freins limitent l'accès effectif des femmes migrantes en situation irrégulière aux soins périnataux : la complexité administrative liée notamment à l'AMU et au NISS, les barrières linguistiques et numériques, le manque de temps et de ressources des professionnel·les, la saturation du réseau, l'instabilité du logement, ainsi que les difficultés de coordination entre les secteurs médical, social et associatif. À l'inverse, l'étude met en évidence plusieurs leviers importants, tels que l'engagement des acteur·rices de terrain, les pratiques d'adaptation développées au quotidien, l'existence de réseaux informels, la dynamique de collaboration intersectorielle ou encore la volonté d'intégrer davantage les dimensions sociales, psychologiques et administratives du parcours périnatal.

Ces résultats suggèrent que le Programme des 1 000 premiers jours constitue un levier prometteur pour améliorer l'accès aux soins périnataux. Cependant, son efficacité auprès des femmes migrantes en situation irrégulière semble fortement dépendre des conditions concrètes de son appropriation par les professionnel·les, mais aussi de sa capacité à répondre aux vulnérabilités structurelles auxquelles ces femmes sont confrontées. L'accès aux soins ne repose donc pas uniquement sur l'existence d'un dispositif formel, mais également sur la possibilité réelle, pour les femmes concernées, d'être repérées, informées, accompagnées et reconnues dans un système encore traversé par des frontières administratives, linguistiques, institutionnelles et relationnelles.

En cohérence avec la grille d'analyse mobilisée dans cette recherche, la discussion s'appuie sur la phase d'implémentation active du modèle EPIS afin d'interpréter la manière dont les composantes du Programme sont concrètement mobilisées, ajustées et appropriées par les acteur·rices du terrain bruxellois. Cette lecture est complétée par l'analyse des parties prenantes, qui permet d'éclairer les asymétries de pouvoir, les formes de légitimité reconnues ou moins reconnues dans l'implémentation du Programme, ainsi que l'urgence des besoins portés par les femmes concernées et par les acteur·rices qui les accompagnent.

La discussion qui suit interprète donc les résultats à la lumière de la littérature scientifique, des documents institutionnels relatifs au Programme et de la synthèse produite par Brusano à partir des espaces de rencontre organisés dans les bassins bruxellois en 2025. Ce dernier document est mobilisé comme une source complémentaire de terrain : il ne définit pas le Programme, mais rend

compte des enjeux ayant émergé dans les espaces de rencontre social-santé depuis son implémentation à Bruxelles, notamment autour de l'outil Born in Belgium, de la coordination, de la répartition des rôles, du consentement éclairé et de l'appropriation territoriale du Programme (Brusano, 2025).

La discussion s'organise autour de plusieurs enjeux : la réponse du Programme aux constats formulés par le KCE, les limites pratiques de l'universalisme proportionné, les enjeux éthiques liés au dépistage et au consentement éclairé, le poids des barrières administratives, le rôle central de la coordination et des acteur·rices de terrain, ainsi que la fragilité particulière du postpartum.

2. Une réponse institutionnelle à des constats déjà identifiés par le KCE

Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours peut être compris comme une réponse institutionnelle à plusieurs limites déjà identifiées dans l'organisation des soins périnataux en Belgique. Les rapports du KCE avaient en effet souligné la nécessité d'améliorer la continuité, la coordination et l'adéquation des soins prénatals et postnatals aux besoins des femmes enceintes, des enfants et des familles (Benahmed et al., 2014 ; Benahmed et al., 2019). Ces constats sont explicitement repris dans la convention du Programme, qui rappelle que certaines femmes enceintes reçoivent peu ou pas de soins prénatals, ou y accèdent trop tardivement. Ce risque est présenté comme particulièrement important chez les femmes présentant une vulnérabilité psychosociale (INAMI, 2024). La convention souligne également l'existence de lacunes dans l'organisation des soins postnatals, notamment un possible « vide de soins » dans les premières semaines suivant la naissance, alors même que cette période constitue un moment particulièrement sensible pour la mère et l'enfant (INAMI, 2024).

Dans cette perspective, le Programme apparaît comme une tentative de traduction opérationnelle des recommandations relatives à une meilleure intégration des soins. Il vise à dépasser une organisation fragmentée du parcours périnatal en proposant un accompagnement plus continu et davantage centré sur les besoins de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille. La convention précise que le Programme a été élaboré en s'appuyant sur le modèle de l'OMS relatifs aux soins intégrés et centrés sur la personne, ainsi que sur les recommandations du KCE afin de définir les activités incluses dans le Programme (INAMI, 2024). Cette orientation se traduit notamment par des objectifs d'amélioration de l'accessibilité, de détection précoce des vulnérabilités, de prévention des besoins de soins et d'aide non satisfaits, de réduction des ruptures de parcours et de renforcement de la coordination et de la collaboration entre les professionnel·les de l'aide et des soins (INAMI, 2024).

Les résultats de cette étude confirment la pertinence de ces constats institutionnels, tout en montrant leurs limites lorsqu'ils sont confrontés aux réalités des femmes migrantes en situation irrégulière. Les difficultés observées sur le terrain bruxellois ne relèvent pas uniquement de situations individuelles complexes, mais renvoient à une organisation encore partiellement fragmentée des soins et de l'aide sociale. Les parcours de ces femmes se situent au croisement de plusieurs systèmes : soins périnataux, aide sociale, CPAS, AMU, hébergement, santé mentale, interprétariat et secteur associatif, ce qui augmente le risque de ruptures de prise en charge. Ainsi, les vulnérabilités identifiées ne sont pas uniquement médicales ou psychosociales ; elles sont aussi produites ou renforcées par les conditions concrètes d'accès aux droits et aux services.

À Bruxelles, cette traduction opérationnelle peut également être observée à travers les espaces de rencontre organisés par Brusano dans les cinq bassins d'aide et de soins. La synthèse 2025 indique que 21 rencontres ont été organisées sur le territoire bruxellois afin de réfléchir collectivement aux enjeux de la périnatalité, de renforcer l'interconnaissance entre acteur·rices social-santé et de soutenir la mise en œuvre du Programme auprès des structures intéressées. Cette source ne définit pas le cadre normatif du Programme, mais éclaire plutôt la manière dont son implémentation est travaillée localement depuis son déploiement (Brusano, 2025).

L'apport de cette étude est de montrer que le Programme des 1 000 premiers jours constitue bien une réponse pertinente à des problèmes déjà documentés, tout en révélant des enjeux supplémentaires lorsqu'il est appliqué auprès des femmes migrantes en situation irrégulière. Pour ce public, la continuité des soins ne dépend pas seulement de la coordination entre professionnel·les de santé. Elle suppose également une articulation effective avec les acteur·rices sociaux·ales, les associations, les dispositifs d'aide administrative, les services d'hébergement et les relais capables de soutenir la relation de confiance. Autrement dit, l'intégration des soins ne peut produire pleinement ses effets que si elle dépasse le champ strictement médical pour inclure les déterminants sociaux, administratifs et relationnels de l'accès aux soins.

Cette analyse permet de nuancer la portée du Programme. D'un côté, celui-ci apporte une réponse structurée aux limites identifiées par le KCE, en renforçant le repérage précoce, la coordination et la continuité. De l'autre, les résultats montrent que ces mécanismes restent insuffisants lorsque les barrières d'accès liées au statut administratif, à la langue, au logement, à la précarité ou à la méfiance institutionnelle ne sont pas pleinement prises en compte. Le Programme répond donc à un problème d'organisation des soins, mais les situations vécues par les femmes migrantes en situation irrégulière mettent en évidence une exigence plus large : celle de rendre les soins effectivement accessibles malgré les inégalités structurelles. Ces barrières seront discutées plus spécifiquement dans les sections suivantes, notamment à travers le paradoxe de l'universalisme proportionné et les frontières administratives de l'accès aux soins.

3. Le paradoxe de l'universalisme proportionné

Le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours repose explicitement sur une logique d'universalisme proportionné. Cette approche vise à proposer un cadre accessible à toutes les femmes enceintes, tout en renforçant l'intensité de l'accompagnement lorsque certaines vulnérabilités sont identifiées. Dans la convention, ce principe se traduit par une adaptation des soins et de l'accompagnement aux besoins de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille (INAMI, 2024). Le Programme prévoit ainsi un dépistage universel des vulnérabilités psychosociales via l'outil Born in Belgium, ainsi que différents niveaux d'intervention selon les besoins repérés, notamment le conseil prénatal personnalisé, la coordination des soins et de l'aide, ou encore la concertation multidisciplinaire (INAMI, 2024).

Cette approche est particulièrement pertinente dans le champ périnatal, car les besoins des femmes enceintes et des familles ne sont pas homogènes. Certaines situations nécessitent un accompagnement renforcé, notamment lorsque les vulnérabilités médicales, sociales, psychologiques, administratives ou linguistiques se cumulent. En ce sens, l'universalisme proportionné permet de dépasser l'opposition entre une politique strictement universelle, qui risquerait de traiter toutes les situations de manière identique, et une politique exclusivement ciblée, qui pourrait stigmatiser certains publics ou laisser de côté des besoins moins visibles. Lang (2014) rappelle d'ailleurs que la réduction des inégalités sociales de santé suppose justement de

tenir compte des déterminants sociaux, de développer l'intersectorialité et de co-construire des interventions adaptées aux réalités locales.

Cependant, la littérature souligne que la mise en œuvre de l'universalisme proportionné soulève plusieurs difficultés pratiques. Francis-Oliviero et al. (2020) montrent que ce principe a eu une forte résonance dans le champ de la santé publique, mais en restant encore peu appliqué de manière opérationnelle. Les auteur·rices soulignent notamment l'absence de lignes directrices claires pour sa mise en œuvre et son évaluation. Plusieurs questions demeurent : comment définir le niveau de vulnérabilité ? À partir de quel seuil renforcer l'accompagnement ? Quels indicateurs utiliser pour identifier les besoins ? Comment éviter les erreurs de ciblage, c'est-à-dire l'exclusion de personnes qui auraient besoin d'un soutien renforcé ou, à l'inverse, l'inclusion de personnes qui n'en ont pas nécessairement besoin ? (Francis-Oliviero et al., 2020).

Les résultats de cette étude illustrent précisément ces tensions. À partir des situations décrites dans les entretiens et des observations réalisées, les femmes migrantes en situation irrégulière apparaissent comme un public particulièrement concerné par la logique d'universalisme proportionné. Le cadre du Programme reconnaît en effet plusieurs dimensions de vulnérabilité susceptibles de concerner ces femmes, telles que l'absence de statut légal, les difficultés financières, les problématiques de logement, les obstacles à la communication, l'isolement social, les violences ou encore les vulnérabilités psychiques. Ces critères permettent théoriquement de rendre visibles des situations souvent marquées par un cumul de difficultés.

Toutefois, l'analyse des résultats met en évidence un paradoxe central : les femmes cumulant le plus de vulnérabilités sont aussi celles qui risquent de rester partiellement exclues des outils officiels du Programme. Plusieurs obstacles, notamment administratifs, numériques, linguistiques et relationnels, peuvent limiter leur inclusion effective dans les dispositifs proposés. Autrement dit, ces femmes sont reconnues comme prioritaires dans la logique du Programme, mais ne disposent pas toujours des conditions administratives, numériques ou relationnelles nécessaires pour bénéficier pleinement des prestations prévues.

Ce paradoxe est également visible dans les constats formulés dans la synthèse de Brusano. Le document souligne que certain·es professionnel·les identifié·es comme « portes d'entrée » ou coordinateur·rices potentiel·les, mais ne disposant pas de numéro INAMI, devraient pouvoir encoder et partager des données dans Born in Belgium dans un cadre sécurisé, afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et la coordination autour de la personne enceinte, de l'enfant et de la famille. Cette remarque montre que l'accessibilité au Programme ne concerne pas uniquement les bénéficiaires, mais aussi les acteur·rices capables de les rejoindre. Si les professionnel·les les plus proches des publics vulnérabilisés ne peuvent pas utiliser pleinement les outils du Programme, l'universalisme proportionné risque de rester limité par les conditions administratives et professionnelles d'accès à la plateforme (Brusano, 2025).

Ce paradoxe révèle également une tension entre visibilité sociale et invisibilité administrative. Les femmes migrantes en situation irrégulière sont souvent très visibles pour les acteur·rices de terrain, qui identifient leurs besoins et tentent de maintenir un suivi malgré les obstacles. En revanche, elles peuvent rester difficilement intégrables dans les outils numériques, les circuits de facturation ou les procédures institutionnelles qui structurent l'implémentation officielle du Programme. Le risque est alors que l'universalisme proportionné devienne, dans la pratique, un universalisme administrativement conditionné : l'intensité de l'accompagnement ne dépend plus

seulement du niveau de vulnérabilité, mais aussi de la possibilité d'être reconnue par les outils du système.

Cette tension interroge la portée effective du Programme. Celui-ci reconnaît les vulnérabilités psychosociales dans ses objectifs et prévoit des interventions renforcées pour y répondre. Toutefois, son efficacité dépend de la capacité du système à rejoindre les femmes les plus éloignées des dispositifs ordinaires. Comme le soulignent Francis-Oliviero et al. (2020), l'un des défis majeurs de l'universalisme proportionné est précisément l'identification des besoins et la définition concrète de la proportionnalité. Dans le cas étudié, l'enjeu n'est donc pas seulement de dépister les vulnérabilités, mais également de garantir que les femmes concernées puissent effectivement être intégrées dans les parcours, les outils et les financements prévus.

Ainsi, le paradoxe de l'universalisme proportionné réside dans le fait qu'un programme conçu pour réduire les inégalités peut malgré lui, les reproduire s'il ne tient pas suffisamment compte des conditions concrètes d'accès des publics les plus vulnérabilisés. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, l'enjeu n'est pas uniquement d'être identifiées comme vulnérables, mais d'être reconnues comme bénéficiaires légitimes d'un accompagnement renforcé, indépendamment de leur statut administratif ou de leur capacité à entrer dans les catégories numériques du Programme. L'universalisme proportionné ne peut donc atteindre son objectif d'équité que s'il s'accompagne d'une réflexion sur les barrières structurelles qui empêchent certaines femmes d'accéder aux dispositifs pourtant pensés pour elles. Cette tension prend une forme particulièrement concrète dans les frontières administratives de l'accès aux soins, discutées plus loin à travers le numéro NISS, l'AMU et le statut légal.

4. Born in Belgium et le dépistage : outil de visibilité, mais aussi enjeu éthique

Born in Belgium Professionals occupe une place centrale dans l'implémentation du Programme des 1 000 premiers jours. Dans la convention, la plateforme est présentée comme l'outil permettant de réaliser le dépistage systématique des vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes. Ce dépistage vise à identifier précocement les situations de vulnérabilité afin d'adapter les soins et l'accompagnement aux besoins individuels de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille. Le questionnaire BiB mesure quinze indicateurs à savoir : le niveau d'éducation, le pays de naissance, le statut de résidence, la situation financière, le logement, la communication, le soutien social, l'anxiété, la dépression, les antécédents psychologiques, les violences ou encore la consommation de médicaments et de substances psychoactives (INAMI, 2024).

Les données recueillies suggèrent que BiB facilite le repérage de vulnérabilités souvent peu visibles dans un suivi centré principalement sur les dimensions médicales. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, cette approche holistique apparaît essentielle, dans la mesure où les difficultés rencontrées dépassent largement le cadre de la grossesse et de l'accouchement. En ce sens, BiB peut être interprété comme un outil de traduction institutionnelle des vulnérabilités sociales, en intégrant dans le parcours périnatal des dimensions habituellement prises en charge par des secteurs distincts. Il constitue ainsi un levier potentiel pour rapprocher les soins médicaux, l'aide sociale et l'accompagnement psychosocial.

Cependant, l'analyse des entretiens met en évidence que cette mise en visibilité soulève des enjeux éthiques importants. La convention précise qu'avant le dépistage, la femme enceinte doit recevoir une information claire sur les objectifs et les modalités du dispositif, et que son consentement

éclairé doit être obtenu. Elle indique également qu'en cas de refus, la femme ne sera pas incluse dans le Programme (INAMI, 2024). Cette condition apparaît essentielle, mais mérite d'être discutée à la lumière des données recueillies. En effet, le consentement ne peut pas être compris comme une simple étape administrative ou comme une case à cocher dans l'outil numérique. Il suppose que la femme comprenne l'objectif du dépistage, le type d'informations recueilli, les personnes susceptibles d'y avoir accès, les usages possibles des données ainsi que les conséquences concrètes d'un accord ou d'un refus.

La littérature sur le dépistage prénatal permet d'approfondir cette réflexion. À propos du dépistage prénatal de la trisomie 21, Vassy (2019) montre que les dispositifs de dépistage dépassent largement les dimensions techniques : leur mise en œuvre dépend de l'organisation du système de santé, du temps disponible en consultation et de la manière dont les professionnel·les présentent l'information. En France, le dépistage observé tend à être davantage routinisé, tandis qu'aux Pays-Bas, les femmes sont davantage incitées à réfléchir avant de consentir (Vassy, 2019). Cette comparaison invite à rester attentif·ve au risque qu'un dépistage officiellement volontaire devienne dans la pratique, difficile à refuser, surtout lorsque les professionnel·les disposent de peu de temps pour expliquer l'outil et répondre aux questions.

Cette réflexion apparaît centrale pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Dans leur cas, la relation au système de soins peut être traversée par la peur, l'incertitude administrative, la méconnaissance des droits, des expériences antérieures de refus ou de contrôle, ainsi qu'une dépendance aux institutions pour accéder aux soins, au logement ou à l'aide sociale. Dans ce contexte, demander des informations sur le statut de résidence, les ressources financières, le logement, les violences ou la santé mentale peut être vécu comme intrusif ou menaçant si le cadre relationnel n'est pas suffisamment sécurisant. Le risque n'est pas uniquement qu'une partie des femmes refuse le dépistage, mais également qu'elles y consentent sans comprendre pleinement les implications, ou qu'elles répondent partiellement aux questions par crainte des conséquences possibles.

Les synthèses produites par Brusano montrent que les enjeux éthiques liés au dépistage sont également discutés dans les rencontres organisées au sein des bassins bruxellois. Le document indique notamment que, dans le bassin Nord-Est, les professionnel·les ont exprimé une volonté marquée de travailler le consentement éclairé relatif au dépistage. Ce constat renforce l'idée que BiB ne peut pas être analysé uniquement comme un outil technique. Son usage soulève aussi des questions de compréhension, de confiance, de partage d'informations et de possibilité réelle de consentir ou de refuser (Brusano, 2025).

Les résultats de cette étude permettent ainsi de nuancer l'idée selon laquelle BiB serait uniquement un outil facilitateur. D'un côté, il structure le repérage, rend certaines vulnérabilités visibles et peut soutenir la coordination entre professionnel·les. De l'autre, son efficacité dépend fortement des conditions concrètes dans lesquelles il est présenté et utilisé. Le dépistage nécessite du temps, de l'interprétariat lorsque cela est nécessaire, une explication claire des objectifs du dispositif, ainsi qu'une garantie explicite que les informations partagées ne seront pas utilisées contre la femme. À défaut, l'outil risque de produire un effet inverse à celui recherché : au lieu de renforcer l'accès aux soins, il peut accentuer la méfiance, limiter la qualité des réponses ou renforcer la distance entre les femmes et les institutions.

Les enjeux ne concernent pas uniquement le consentement individuel, mais aussi le partage d'informations entre professionnel·les. Roth et al. (2021), dans leur étude sur les staffs médico-

psychosociaux en périnatalité, montrent que les dispositifs de prévention des vulnérabilités soulèvent des questions éthiques importantes, notamment autour du partage d'informations, des modalités décisionnelles et des représentations professionnelles. Leur enquête met en évidence que le cadre réglementaire peut être respecté tout en restant confus pour certain-es coordinateur·rices (Roth et al., 2021). Cette analyse éclaire les tensions observées autour de BiB : plus le Programme repose sur la coordination et le partage de données, plus il nécessite un cadre clair, compréhensible et sécurisé tant pour les femmes concernées que pour les professionnel·les impliqué·es.

Dans la phase d'implémentation active analysée dans cette étude, BiB apparaît donc comme un outil central, mais l'appropriation reste dépendante des conditions concrètes de travail : temps disponible, formation des professionnel·les, accès à l'interprétariat, habitudes de collaboration et confiance dans le partage de données. L'outil ne produit donc pas mécaniquement de l'intégration ; il peut soutenir la coordination seulement si les conditions relationnelles, organisationnelles et éthiques de son utilisation sont réunies.

Ainsi, BiB apparaît comme un outil ambivalent. Il peut contribuer à une approche plus globale et plus équitable du suivi périnatal en rendant visibles des vulnérabilités souvent invisibilisées. Mais il peut également constituer une nouvelle frontière d'accès lorsque les femmes les plus vulnérables ne réunissent pas toujours les conditions nécessaires pour en bénéficier. Pour que BiB soutienne réellement l'accès aux soins des femmes migrantes en situation irrégulière, son utilisation doit donc être pensée comme une pratique relationnelle avant d'être une procédure numérique. Le consentement éclairé doit être envisagé comme un processus continu, situé et réversible, fondé sur l'information, la confiance, la confidentialité et la possibilité réelle de refuser sans perdre l'accès à un accompagnement. Cette ambivalence rejoint le paradoxe de l'universalisme proportionné discuté précédemment : un outil pensé pour rendre visibles les vulnérabilités peut aussi produire de nouvelles formes d'exclusion si les conditions concrètes d'accès, de compréhension et de confiance ne sont pas réunies.

5. Les frontières administratives de l'accès aux soins : entre droit formel et accès effectif

L'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière ne peut pas être analysé uniquement à partir de l'existence d'une offre de soins ou d'un programme institutionnel. Il doit également être interrogé à partir du cadre des droits. Comme rappelé dans l'introduction à travers le cadre juridique international et belge, le droit à la santé, les droits sexuels et reproductifs, ainsi que le droit à une aide médicale pour les personnes en séjour irrégulier reposent sur des principes de dignité, d'universalité et de non-discrimination. En Belgique, l'Aide médicale urgente constitue le principal mécanisme permettant à ce public d'accéder aux soins. Dans le champ périnatal, ce dispositif occupe une place centrale, car il conditionne concrètement l'entrée dans le suivi de grossesse, l'accès aux consultations, la prise en charge de l'accouchement et la continuité du suivi après la naissance.

Cependant, les résultats de cette étude montrent que l'existence d'un droit ne garantit pas nécessairement son effectivité. Pour les femmes en situation irrégulière, l'accès aux soins reste traversé par plusieurs frontières administratives. Parmi celles-ci figurent notamment l'absence de numéro d'identification de la sécurité sociale, la complexité des démarches liées à l'AMU, les délais d'ouverture ou de renouvellement des droits, les différences de pratiques entre CPAS et les

difficultés d'encodage dans les outils numériques. Ces éléments ne constituent pas de simples obstacles périphériques. Ils influencent directement la possibilité d'être identifiée, orientée, suivie et intégrée dans un parcours coordonné.

Cette tension est particulièrement visible dans le Programme des 1 000 premiers jours. D'un côté, le Programme reconnaît l'absence de statut de résidence légal comme un indicateur de vulnérabilité psychosociale dans Born in Belgium Professionals, aux côtés de plusieurs autres dimensions (INAMI, 2024). Cette reconnaissance est importante, car elle inscrit le statut administratif parmi les déterminants du parcours périnatal. De l'autre côté, les données recueillies dans cette recherche montrent que cette reconnaissance dans l'outil ne suffit pas à neutraliser les obstacles administratifs rencontrés par les femmes concernées. Le statut administratif apparaît ainsi à la fois comme un facteur de vulnérabilité reconnu par le Programme et comme un élément pouvant limiter l'accès effectif aux dispositifs prévus pour y répondre.

L'absence de NISS illustre cette contradiction. Elle n'empêche pas nécessairement l'accès aux soins sur le plan théorique, mais elle complique l'inscription dans les systèmes d'information, les circuits de facturation, les dossiers partagés et les dispositifs de coordination. Elle peut ainsi compliquer l'intégration des femmes dans le Programme, alors même qu'elles figurent parmi les publics que celui-ci cherche précisément à accompagner. Le NISS fonctionne dès lors comme une frontière administrative invisible : il ne constitue pas officiellement un critère d'exclusion, mais il conditionne en pratique la reconnaissance de la personne dans les outils du système.

L'AMU occupe également une position ambivalente. Elle représente un droit essentiel pour les personnes en séjour irrégulier, mais sa mise en œuvre peut produire des discontinuités dans le parcours de soins. Les démarches auprès des CPAS, l'enquête sociale, la preuve de l'état d'indigence, les délais de décision ou de renouvellement, ainsi que les variations de pratiques locales peuvent retarder l'accès au suivi. Or, la temporalité administrative entre ici en tension avec la temporalité périnatale. Une grossesse nécessite des consultations à des moments précis, une anticipation de l'accouchement et une organisation rapide du suivi postnatal. Lorsque l'ouverture des droits prend du temps, le risque est que les femmes entrent tardivement dans le suivi, manquent certaines consultations ou dépendent de solutions informelles mises en place par les professionnel·les.

Dans la phase d'implémentation active analysée dans cette étude, ces obstacles administratifs apparaissent comme des facteurs contextuels externes qui pèsent directement sur la mise en œuvre du Programme. Ils ne relèvent pas uniquement des pratiques professionnelles, mais également de règles, de procédures et de circuits de financement qui conditionnent la possibilité d'intégrer effectivement les femmes dans le parcours. L'analyse des parties prenantes permet également d'interpréter ces obstacles comme l'expression d'un pouvoir institutionnel et administratif. Les CPAS et les acteur·rices qui définissent ou appliquent ces règles disposent d'une influence importante sur les parcours de soins, dans la mesure où ils conditionnent l'accès aux dispositifs et à la prise en charge financière. Les femmes migrantes en situation irrégulière présentent pourtant des besoins particulièrement urgents et légitimes sur le plan sanitaire et social. Cependant, leur capacité à faire reconnaître ces besoins dans les circuits institutionnels reste limitée par leur faible capacité d'action dans les démarches administratives. Cette asymétrie contribue à expliquer pourquoi l'accès aux soins demeure fragile malgré l'existence d'un droit formel.

Ces constats rejoignent les travaux de Virole-Zajde (2016), qui montrent que les parcours de soins des femmes enceintes sans-papiers sont marqués par de nombreux obstacles, depuis l'entrée dans le suivi de grossesse jusqu'au retour avec le nourrisson. L'autrice distingue d'abord l'accès primaire aux soins, qui correspond à l'entrée dans le système de santé et à l'obtention d'une couverture médicale. Elle décrit ensuite l'accès secondaire, qui renvoie à la qualité, à la continuité et aux conditions concrètes du suivi reçu. Cette distinction éclaire les résultats de cette recherche : l'enjeu n'est pas seulement que les femmes migrantes en situation irrégulière puissent théoriquement accéder aux soins, mais qu'elles puissent bénéficier d'un parcours continu, compréhensible, coordonné et adapté à leurs besoins.

La littérature sur les femmes étrangères en périnatalité permet également de comprendre ces obstacles comme des formes de discrimination structurelle. Virole (2022) souligne que les politiques de santé périnatale cherchent à inclure les femmes étrangères dans le système de soins au nom de la réduction des inégalités, mais qu'elles se heurtent aux logiques des politiques migratoires. Cette tension conduit souvent les professionnel·les à développer des pratiques de contournement ou de protection, sans toujours nommer les discriminations auxquelles les femmes sont exposées. Les résultats recueillis montrent que les acteur·rices de terrain tentent fréquemment de compenser les effets du statut administratif, des barrières linguistiques, de la précarité ou encore de l'instabilité résidentielle. Toutefois, ces ajustements ne suppriment pas les barrières structurelles qui produisent les ruptures d'accès.

Ainsi, les frontières administratives ne sont pas extérieures au Programme des 1 000 premiers jours mais traversent son implémentation. Le Programme peut prévoir des outils de dépistage, de coordination et de concertation, mais leur effectivité dépend aussi des conditions concrètes d'accès aux prestations et aux dispositifs de suivi. Pour les femmes en situation irrégulière, l'accès aux soins périnataux reste marqué par une tension entre reconnaissance sanitaire et précarité administrative. Leurs besoins sont reconnus du point de vue de la santé publique, mais cette reconnaissance apparaît limitée dans les procédures concrètes d'accès aux droits.

Cette analyse invite à penser l'accès aux soins comme un processus, et non comme un droit simplement formel. Un dispositif peut être officiellement ouvert à un public tout en restant difficilement accessible lorsque les conditions pratiques d'accès ne sont pas réunies. Dans ce mémoire, ces conditions incluent la simplification des démarches liées à l'AMU, la clarification des circuits liés au NISS, l'accompagnement administratif, l'interprétariat, l'information sur les droits ainsi que la sécurisation du lien avec les institutions. Sans ces éléments, le risque est que les professionnel·les de terrain continuent à devoir compenser individuellement les limites du système.

Dès lors, l'un des enjeux majeurs de l'implémentation consiste à réduire l'écart entre l'inclusion juridique, l'inclusion institutionnelle et l'accès effectif aux soins. Le Programme des 1 000 premiers jours reconnaît les vulnérabilités administratives, mais il doit aussi avoir la capacité d'en neutraliser les effets dans les parcours. À défaut, le statut légal, le NISS et l'AMU risquent de fonctionner comme des filtres administratifs limitant l'accès aux dispositifs précisément conçus pour les femmes les plus vulnérables.

6. La coordination comme infrastructure relationnelle de l'accès effectif

Les résultats de cette étude montrent que la coordination constitue une condition centrale de l'accès effectif aux soins périnataux pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Dans le cadre du Programme des 1 000 premiers jours, l'enjeu n'est pas seulement d'identifier les vulnérabilités, mais aussi de permettre une articulation concrète entre les différents services intervenant autour de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille. Pour ce public, les besoins dépassent largement le seul champ médical et mobilisent simultanément plusieurs secteurs d'intervention. Dans ce contexte, elle apparaît comme un levier essentiel permettant de transformer la multiplicité d'interventions en un parcours plus lisible, plus continu et plus sécurisant.

Cette orientation est inscrite dans l'architecture du Programme. La convention prévoit pour les situations les plus vulnérables, notamment dans le scénario B, une fonction spécifique de coordination des soins et de l'aide, ainsi que la possibilité d'organiser des concertations multidisciplinaires. Elle précise également qu'un·e coordinateur·rice référent·e soit désigné·e pour chaque femme enceinte concernée, qu'un plan d'aide et de soins soit élaboré, et que les informations liées au suivi puissent être partagées via Born in Belgium Professionals et le dossier du ou de la coordinateur·rice (INAMI, 2024). Cette formalisation montre que cette fonction est pleinement intégrée à l'organisation du Programme et pensée comme une composante à part entière du parcours de soins.

Au niveau méso, la convention confie également un rôle structurant à Brusano, désigné comme acteur responsable du soutien à l'implémentation à Bruxelles. Ses missions incluent l'appui à l'orientation des professionnel·les, le soutien aux situations complexes, la mise à disposition d'un répertoire de ressources, le développement de fonctions de coordination et d'accompagnement des usager·ères, ainsi que l'organisation de concertations interdisciplinaires et intersectorielles dans les bassins d'aide et de soins (INAMI, 2024). Cette organisation rejoint la logique des soins intégrés : l'accès effectif ne dépend pas uniquement de la relation entre une patiente et un·e professionnel·le, mais aussi de la capacité d'un territoire à organiser les liens entre les services.

Les constats issus des rencontres périnatalité organisées par Brusano en 2025 renforcent cette analyse. La synthèse indique que ces rencontres constituent les premiers espaces social-santé organisés de manière structurée à l'échelle des bassins bruxellois et qu'elles répondent à un besoin exprimé par les acteur·rices du terrain. Elle met également en évidence un équilibre encore en construction entre l'interconnaissance des acteur·rices, la répartition des rôles autour des différentes fonctions du Programme et l'opérationnalisation de Born in Belgium. La coordination se construit ainsi progressivement dans des espaces territorialisés où les acteur·rices apprennent à se connaître, à clarifier leurs rôles et à ajuster leurs pratiques (Brusano, 2025).

La phase d'implémentation active met particulièrement en évidence le rôle de la coordination comme mécanisme de traduction entre le cadre institutionnel du Programme et les pratiques locales. L'analyse des entretiens et des observations montre que ce fonctionnement dépend non seulement des prestations prévues par le Programme, mais aussi des ressources disponibles, des relations entre acteur·rices et des modalités d'organisation mises en place. Les professionnel·les rencontré·es décrivent des situations où l'absence de coordination entraîne des ruptures, des

doublons, des pertes d'information ou encore des difficultés à identifier les responsabilités de chacun·e. À l'inverse, lorsque les acteur·rices se connaissent, communiquent facilement et partagent une compréhension commune des situations, les parcours apparaissent plus fluides. La coordination ne se réduit donc pas à une transmission d'informations. Elle implique également une clarification des rôles, une négociation entre des logiques professionnelles différentes et une construction progressive de la confiance entre acteur·rices.

Cette dimension rejoint les travaux de Molénat et al. (2013), qui montrent que la coordination en périnatalité devient nécessaire lorsque les situations de vulnérabilité impliquent des dimensions somatiques, sociales et psychologiques. Les auteur·rices insistent sur le fait que coordonner un suivi pluriprofessionnel suppose de prendre en compte les attentes et les craintes de la femme enceinte, mais aussi les besoins des différent·es intervenant·es afin d'ajuster leurs actions. Elles et ils soulignent également que la circulation d'informations ne suffit pas à elle seule : la cohérence et la continuité du réseau personnalisé autour de la famille reposent sur un travail relationnel dépassant les simples outils de transmission (Molénat et al., 2013). Cette analyse éclaire les résultats de ce mémoire, dans lesquels la coordination apparaît moins comme une simple procédure que comme un travail relationnel et interprofessionnel continu.

La littérature en sciences de l'implémentation permet également d'interpréter la coordination comme un facteur reliant les niveaux institutionnels aux réalités du terrain. Lengnick-Hall et al. (2021) définissent les *bridging factors* comme des liens relationnels, des arrangements formels et des processus qui connectent le contexte externe du système et le contexte interne des organisations. Ces facteurs soutiennent l'implémentation des pratiques lorsqu'une articulation existe entre les politiques publiques, les financements, les organisations locales et les professionnel·les de terrain (Lengnick-Hall et al., 2021).

Dans le cas du Programme des 1 000 premiers jours, Brusano, les coordinateur·rices, les concertations multidisciplinaires, les réseaux associatifs et certaines pratiques informelles peuvent ainsi être compris comme des interfaces entre le cadre institutionnel du Programme et les parcours concrets des femmes. Cette lecture rejoint également les travaux de Fleury (2011) sur les réseaux intégrés de services, qui montrent que l'intégration des services ne repose pas uniquement sur la mise en relation des acteur·rices, mais nécessite des mécanismes organisationnels capables de soutenir durablement la coordination.

Cette perspective permet de mieux comprendre pourquoi l'implémentation peut rester fragile malgré l'existence d'un cadre formel. Un programme peut prévoir des outils et des financements, mais leur effet dépend de la manière dont ils sont appropriés et mobilisés sur le terrain. Les travaux de Routelous et al. (2014) sur les « passeurs de frontières » montrent que les collaborations interprofessionnelles nécessitent des acteur·rices capables de traduire les logiques professionnelles, d'ouvrir les cadres cognitifs, de mobiliser les partenaires et de consolider les pratiques de coopération (Routelous et al., 2014). La coordination repose ainsi sur des professionnel·les susceptibles de relier des mondes institutionnels qui fonctionnent souvent de manière séparée.

Toutefois, l'analyse des entretiens montre aussi que la coordination peut devenir un point de tension. Certain·es acteur·rices perçoivent la création d'un rôle de coordination comme une reconnaissance d'un travail jusque-là peu visible, tandis que d'autres craignent une superposition avec des fonctions déjà existantes, ou encore une recentralisation autour des structures

hospitalières. Cette tension révèle un enjeu important : formaliser cette fonction peut renforcer sa légitimité et son financement, mais aussi fragiliser les pratiques existantes si les rôles ne sont pas clairement définis, ou si les acteur·rices de première ligne et du secteur social ne sont pas pleinement intégrés·es.

La synthèse de Brusano rejoint cette perspective en soulignant la nécessité d'ajuster la temporalité de certaines prestations, notamment en matière de coordination et de continuité de l'accompagnement, afin qu'elles correspondent mieux aux réalités du suivi périnatal. Elle insiste également sur le besoin de consolider la confiance autour du Programme et de clarifier sa valeur ajoutée afin de favoriser une adhésion fondée sur les besoins du terrain. Ces éléments montrent que la coordination nécessite d'être pensée comme un processus d'appropriation collective (Brusano, 2025).

Ainsi, la coordination apparaît comme une condition d'accès, mais également comme un enjeu politique et organisationnel. Elle soulève des questions de répartition du pouvoir entre acteur·rices et de la reconnaissance des différentes formes de légitimité identifiées dans cette recherche. Elle interroge également la place accordée au secteur social dans un programme structuré par des outils médico-administratifs. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, cette question est décisive : les acteur·rices les plus proches d'elles, qui disposent souvent du lien de confiance nécessaire pour ouvrir l'accès au suivi, ne sont pas toujours les plus reconnues dans les circuits formels du Programme.

Dès lors, l'enjeu n'est pas seulement de créer une fonction de coordination, mais de garantir qu'elle soutienne réellement l'intégration des pratiques, sans fragiliser les liens déjà construits sur le terrain. Une coordination effective devrait permettre de clarifier les responsabilités, d'éviter les ruptures, de soutenir les professionnel·les face aux situations complexes et de renforcer la continuité des parcours. Elle devrait également reconnaître la valeur du travail relationnel, de l'accompagnement administratif, de l'interprétariat et des liens informels, souvent indispensables pour rejoindre les publics les plus éloignés du système. Dans cette perspective, la coordination ne doit pas être pensée uniquement comme une prestation supplémentaire, mais avant tout comme une infrastructure relationnelle de l'accès aux soins.

7. Les professionnel·les de terrain : pouvoir limité, légitimité de terrain et urgence d'agir

Si la coordination constitue une condition organisationnelle de l'accès effectif, elle repose concrètement sur des acteur·rices de terrain dont le rôle mérite d'être discuté plus spécifiquement. L'analyse des entretiens montre que ces acteur·rices ne se limitent pas à appliquer un dispositif défini au niveau institutionnel. Elles et ils l'adaptent aux réalités du terrain et aux contraintes rencontrées par les femmes migrantes en situation irrégulière, dans des contextes marqués par l'urgence, la précarité administrative, l'instabilité résidentielle, les barrières linguistiques et la méfiance institutionnelle. Dans ces situations, l'accès aux soins dépend largement de leur capacité à créer des liens, à orienter les femmes, à accompagner les démarches et à maintenir une continuité malgré les obstacles.

L'analyse des parties prenantes permet d'éclairer cette position. Les acteur·rices de terrain disposent d'un pouvoir d'influence limité dans le Programme, notamment concernant le financement, l'organisation du dispositif ou les modalités de mise en œuvre. En revanche, elles et

ils disposent d'une légitimité sociale et cognitive, fondée sur leur ancrage local, leur connaissance des situations complexes, leur proximité avec le public, ainsi que leur capacité à répondre concrètement aux besoins rencontrés. La relation de confiance construite avec les femmes contribue également à renforcer cette légitimité, en faisant de ces acteur·rices des relais identifiés comme accessibles et crédibles. L'urgence des situations périnatales et sociales renforce leur rôle, car ce sont souvent ces professionnel·les qui doivent agir rapidement pour éviter des ruptures de parcours.

Cette position rejoint les travaux de Routelous et al. (2014) sur les « passeurs de frontières ». Les auteur·rices montrent que les collaborations pluridisciplinaires ne reposent pas uniquement sur des outils ou des dispositifs formels. Elles reposent aussi sur la capacité de certain·es acteur·rices à ouvrir les cadres cognitifs, à traduire les logiques professionnelles, à tenir compte des attentes des différent·es partenaires et à faire émerger une coopération malgré l'absence d'une organisation entièrement formalisée (Routelous et al., 2014). Dans le cadre du Programme des 1 000 premiers jours, plusieurs professionnel·les rencontré·es semblent occuper ce rôle d'intermédiaire entre les différents secteurs. Elles et ils assurent une médiation entre des logiques professionnelles et institutionnelles différentes, sans que ce rôle soit toujours pleinement reconnu dans les dispositifs formels.

Les pratiques d'adaptation décrites dans les entretiens peuvent ainsi être comprises comme des réponses pragmatiques aux limites du système. Face aux contraintes administratives, numériques et organisationnelles, les acteur·rices mobilisent des contacts informels, orientent les femmes vers des structures appropriées, accompagnent les démarches administratives, contournent certaines rigidités organisationnelles, ou encore maintiennent le suivi en dehors des circuits les plus formalisés. Ces ajustements témoignent d'une connaissance fine du terrain et d'un fort engagement professionnel. Ils permettent souvent de rendre effectif un accès aux soins qui, sans ces médiations, risquerait de rester essentiellement théorique.

La synthèse de Brusano insiste sur la nécessité de maintenir une implication équilibrée des secteurs social et de la santé, tout en accordant une attention particulière à la place du secteur social. Elle indique également que certains profils clés, comme les médecins généralistes et les gynécologues, restent encore peu présents ou peu fidélisés dans ces espaces. L'implémentation du Programme repose aussi sur la diversité, de la stabilité et de la reconnaissance des acteur·rices impliqué·es dans les dynamiques locales de collaboration (Brusano, 2025). Malgré leur proximité avec les publics vulnérabilisés, leur place dans les espaces formels du Programme reste encore à consolider.

Cependant, ces pratiques d'adaptation soulèvent également un enjeu critique. Lorsqu'elles compensent les limites du système sans être reconnues comme telles, elles peuvent contribuer à invisibiliser les mécanismes structurels qui produisent les inégalités. Virole (2022) montre que, dans le champ périnatal, de nombreux dispositifs destinés aux femmes étrangères contribuent en pratique à lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins, mais que leur dimension antidiscriminatoire reste souvent tue ou peu explicitée. Cette mise sous silence concerne les textes des politiques publiques, le ciblage des dispositifs et les pratiques professionnelles, limitant la prise de conscience des mécanismes discriminatoires vécus par les femmes concernées (Virole, 2022). Cette analyse éclaire les résultats de ce mémoire : les acteur·rices de terrain compensent régulièrement les effets du statut administratif, de la langue, du logement ou de la précarité, mais

ces actions sont souvent décrites comme de la « débrouille » ou comme de l'adaptation à des situations complexes, plutôt que comme une réponse à des discriminations structurelles.

Cette invisibilisation peut produire plusieurs effets. D'une part, elle fait reposer l'équité d'accès principalement sur l'engagement individuel des professionnel·les, plutôt que sur des garanties organisationnelles et politiques. D'autre part, elle risque de maintenir les femmes migrantes en situation irrégulière dans une position de dépendance à l'égard de certaines personnes-ressources, sans transformer durablement les conditions d'accès aux soins. Enfin, elle peut limiter la portée politique du Programme : si les obstacles sont interprétés comme des difficultés individuelles ou organisationnelles ponctuelles, les rapports de pouvoir liés au statut administratif, à la nationalité, à la langue ou à la précarité restent moins visibles.

Les travaux de Lacourt-Mrozek (2019) permettent également de nuancer cette analyse. L'autrice montre que les transformations des pratiques périnatales ne s'imposent pas simplement de l'extérieur, mais se construisent progressivement à travers des dynamiques collectives, des rencontres interprofessionnelles, des actions pédagogiques et l'élaboration d'une culture commune (Lacourt-Mrozek, 2019). Cette perspective est importante pour analyser l'implémentation du Programme à Bruxelles. Les adaptations développées par les acteur·rices ne doivent pas uniquement être perçues comme des réponses temporaires, mais peuvent aussi constituer des étapes d'apprentissage collectif. Elles mettent en évidence les écarts entre le Programme tel qu'il est conçu et les conditions concrètes de sa mise en œuvre dans les pratiques quotidiennes.

Dans la phase d'implémentation active analysée dans cette recherche, ces écarts entre le cadre formel et les pratiques de terrain apparaissent comme un élément central. Le Programme prévoit des outils, des prestations et un cadre de coordination, mais ce sont les acteur·rices de terrain qui permettent à ces dispositifs de prendre sens dans les situations concrètes. Toutefois, pour que cette dynamique contribue réellement à l'équité, ces adaptations ne peuvent pas rester uniquement informelles. Elles doivent être reconnues, discutées et intégrées dans l'évaluation du Programme. Cela suppose notamment de documenter les obstacles rencontrés, de valoriser le temps consacré à l'accompagnement social et administratif, de soutenir les professionnel·les confronté·es à des situations complexes et d'accorder une place réelle aux associations et aux acteur·rices de proximité.

Cette question est particulièrement importante pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Les données recueillies indiquent que leur accès aux dispositifs repose souvent sur la confiance construite avec des professionnel·les ou des associations déjà présent·es dans leur parcours. Ces liens sont essentiels, car ils permettent de dépasser la peur des institutions, de clarifier les droits, d'expliquer les démarches et de sécuriser l'entrée dans le suivi. Cependant, lorsque cette continuité dépend principalement de personnes spécifiques, l'accès aux soins demeure fragile. Un départ, une surcharge de travail, une perte de financement ou une réorganisation institutionnelle peuvent alors compromettre l'accompagnement.

Ainsi, les acteur·rices de terrain apparaissent comme des intermédiaires indispensables dans la mise en œuvre de la politique publique. Elles et ils permettent au Programme de rejoindre des femmes qui, sans leur médiation, risqueraient de rester à distance des dispositifs officiels. Mais cette fonction révèle également des limites de l'implémentation : lorsque les droits ne sont

accessibles qu'au prix d'ajustements permanents, l'équité reste partiellement dépendante de la capacité du terrain à compenser les défaillances structurelles. Pour que le Programme des 1 000 premiers jours renforce réellement l'accès aux soins des femmes en situation irrégulière, ces pratiques d'adaptation doivent être reconnues non comme des marges du dispositif, mais comme des indicateurs des transformations encore nécessaires.

8. Le postpartum : un test de cohérence du Programme

Le postpartum apparaît comme un moment particulièrement critique dans l'implémentation du Programme des 1 000 premiers jours. Alors que le Programme vise explicitement une continuité de l'accompagnement depuis la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, les données recueillies dans cette recherche montrent que le passage entre la maternité, la première ligne, les services sociaux et les associations reste l'un des moments les plus fragiles du parcours. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, cette transition est d'autant plus sensible qu'elle intervient souvent dans un contexte d'instabilité administrative, résidentielle, financière et relationnelle.

Les tensions administratives, organisationnelles et relationnelles discutées précédemment se cristallisent particulièrement durant le postpartum. La convention prévoit pourtant que la période postnatale fasse partie intégrante du Programme. Elle mentionne les soins transmuraux, la coordination des soins et de l'aide, le soutien universel et spécifique aux parents et à l'enfant, ainsi que la poursuite de la détection des vulnérabilités après la naissance (INAMI, 2024). Cette orientation rejoint les constats institutionnels selon lesquels l'organisation des soins postnataux en Belgique présente des lacunes, notamment un possible « vide de soins » dans les premières semaines suivant la naissance, période pourtant décisive pour la mère, l'enfant et la famille (INAMI, 2024).

Les données recueillies dans cette recherche montrent toutefois que cette continuité reste difficile à garantir pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Lorsqu'elles entrent tardivement dans le suivi prénatal, les professionnel·les disposent de peu de temps pour stabiliser l'accès aux droits, organiser les relais et anticiper les besoins après l'accouchement. La sortie de maternité peut alors devenir un moment de vulnérabilité accrue. Les besoins postnataux dépassent largement le suivi médical. Ils concernent aussi le logement, l'alimentation, les besoins matériels, l'allaitement, le suivi du nouveau-né, la santé mentale maternelle, les démarches administratives, l'ouverture ou le renouvellement de l'AMU, ainsi que le soutien émotionnel.

À partir de l'analyse des parties prenantes, le postpartum met particulièrement en évidence l'urgence des besoins portés par les femmes concernées et par les acteur·rices qui les accompagnent, ainsi que l'écart entre cette urgence et la capacité institutionnelle à y répondre rapidement. Les besoins de la mère et du nouveau-né nécessitent une réaction rapide, alors que les temporalités administratives, les disponibilités des services et les relais sociaux fonctionnent souvent plus lentement. Cette discordance entre urgence périnatale et lenteur institutionnelle fragilise particulièrement les femmes migrantes en situation irrégulière.

Cette analyse rejoint les travaux de Panaccione et Moro (2014), qui montrent que la maternité chez les femmes migrantes sans domicile fixe est traversée par des ruptures sociales, psychiques et culturelles. Leur étude met en évidence la nécessité d'actions préventives intégrant ces différentes dimensions de l'accompagnement, notamment pendant la période périnatale et les premiers mois de vie de l'enfant (Panaccione & Moro, 2014). Dans le cadre de notre recherche,

cette perspective permet de comprendre pourquoi le postpartum ne peut pas être abordé uniquement comme une phase médicale de surveillance après l'accouchement. Il constitue également un moment où se rejouent les conditions de sécurité matérielle, psychique et relationnelle nécessaires à la mère et à l'enfant.

Les travaux de Davoudian (2018) renforcent cette interprétation. L'autrice souligne que les mères et bébés sans-papiers vivent souvent dans une errance marquée par l'absence de droits, les ruptures d'hébergement, l'insécurité matérielle et la violence des parcours migratoires. Ces conditions peuvent fragiliser les liens précoces mère-bébé, non pas en raison d'une incapacité individuelle des mères, mais parce que l'environnement social ne fournit pas les « enveloppes » affectives, culturelles et sociales nécessaires au passage vers la maternité (Davoudian, 2018).

Cette lecture permet d'éviter de réduire les difficultés observées à des fragilités individuelles : les vulnérabilités du postpartum sont aussi produites par les conditions sociales et administratives dans lesquelles les femmes deviennent mères.

Dans le même sens, l'expérience du réseau Solipam décrite par Herschkorn-Barnu (2016) montre que la vulnérabilité sociale constitue un risque périnatal majeur et que l'accompagnement des familles en grande précarité nécessite une coordination médico-sociale personnalisée. Cette perspective renforce l'idée que le postpartum doit être organisé comme un moment d'articulation étroite entre soins, accompagnement social, hébergement, accès aux droits et soutien relationnel.

Le postpartum constitue ainsi un test de cohérence du Programme. L'analyse des résultats montre que la continuité de l'accompagnement reste particulièrement fragile après la naissance, surtout pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Lorsque les relais sociaux, administratifs et professionnels ne sont pas suffisamment anticipés ou stabilisés, le risque est que l'accompagnement mis en place pendant la grossesse se fragilise dès la sortie de maternité.

Même si notre recherche porte sur la phase d'implémentation active, les difficultés observées dans le postpartum constituent déjà un point de vigilance important. Elles montrent que la continuité annoncée par le Programme dépendra de la capacité des acteur·rices à maintenir les relais après la naissance, au-delà des ajustements ponctuels développés pendant son déploiement.

La synthèse de Brusano permet également d'éclairer cette fragilité à l'échelle territoriale. Elle souligne la nécessité d'adapter la temporalité de certaines prestations aux réalités du suivi périnatal, notamment en matière de continuité de l'accompagnement (Brusano, 2025). Cette observation rejoint les résultats de ce mémoire : les temporalités administratives, professionnelles et institutionnelles ne coïncident pas toujours avec les besoins rapides et évolutifs des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement.

Cette question renvoie également à la manière dont la grossesse peut temporairement ouvrir certains droits ou certaines formes de reconnaissance institutionnelle. Pendant la grossesse, le corps enceint peut favoriser l'accès à certains droits ou dispositifs. Virole-Zajde (2016) montre toutefois que cette reconnaissance reste conditionnée au statut de femme enceinte et de mère, et qu'elle peut renforcer une vision naturalisée et genrée de la maternité des femmes sans-papiers. Dans cette recherche, cette perspective permet d'interroger ce qui se joue après l'accouchement, lorsque la grossesse n'est plus le point d'entrée principal dans le système. Le maintien de

l'accompagnement dépend ainsi de la capacité du réseau à reconnaître les besoins de la mère, du bébé et de la famille dans la durée.

Dès lors, le postpartum ne devrait pas être pensé comme un simple prolongement automatique du suivi prénatal, mais comme une période nécessitant une organisation spécifique. Pour les femmes en situation irrégulière, cela suppose d'anticiper la sortie de maternité dès la grossesse, de sécuriser les relais vers la première ligne et les associations, de clarifier l'accès à l'AMU, de garantir l'interprétariat, de soutenir la santé mentale maternelle et de maintenir une coordination active après la naissance. Sans ces éléments, la continuité portée par le Programme risque de rester difficile à garantir pour les femmes les plus vulnérabilisées.

Ainsi, le postpartum apparaît comme un indicateur central de l'équité du Programme. Un dispositif pleinement intégré ne peut pas uniquement repérer les vulnérabilités pendant la grossesse ; il doit également garantir que les femmes ne disparaissent pas du réseau après l'accouchement. Pour les femmes en situation irrégulière, la continuité postnatale constitue donc un enjeu de santé publique majeur, car elle conditionne à la fois la santé de la mère, celle de l'enfant et la possibilité d'un accompagnement durable au-delà de l'urgence périnatale.

9. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Premièrement, elle porte sur un programme récent, encore peu étudié, et permet ainsi de documenter une phase d'implémentation en cours. Cette temporalité constitue un intérêt important, car elle permet d'analyser non seulement les objectifs du Programme des 1 000 premiers jours, mais aussi les conditions concrètes dans lesquelles il est progressivement approprié, adapté ou questionné par les acteur·rices de terrain.

Deuxièmement, cette étude s'intéresse à un public particulièrement exposé aux inégalités d'accès aux soins périnataux : les femmes migrantes en situation irrégulière. Ce choix permet d'interroger la portée équitable du Programme à partir de situations où les vulnérabilités administratives, sociales, linguistiques et matérielles se cumulent. L'étude contribue ainsi à rendre visibles des enjeux qui risqueraient de rester moins perceptibles si l'implémentation était analysée uniquement à partir du fonctionnement général du Programme.

Troisièmement, la recherche croise plusieurs types de données. Les entretiens semi-directifs ont permis d'accéder aux perceptions, aux expériences et aux pratiques déclarées d'acteur·rices impliqué·es dans le système périnatal bruxellois. Les observations d'espaces de rencontre ont, quant à elles, permis de saisir des dynamiques collectives de mise en réseau, de clarification des rôles et d'appropriation des dispositifs. Cette combinaison constitue une force, car elle permet de ne pas limiter l'analyse aux discours individuels, mais d'observer également certains processus collectifs de collaboration et d'interconnaissance.

Quatrièmement, la diversité des profils rencontrés constitue un apport important. L'étude mobilise les points de vue d'acteur·rices issu·es de différents secteurs, notamment associatif, hospitalier, institutionnel, de coordination et de première ligne. Cette diversité permet de mieux comprendre les tensions entre niveaux de gouvernance, les différences de ressources, les formes de légitimité, les dynamiques de pouvoir, les enjeux de coordination, ainsi que les stratégies d'adaptation développées dans les pratiques quotidiennes.

Cinquièmement, l'utilisation conjointe de la phase d'implémentation active du cadre EPIS et de l'analyse des parties prenantes a permis de structurer l'analyse. Le cadre EPIS a aidé à distinguer

les facteurs contextuels externes et internes qui influencent l'implémentation du Programme. L'analyse des parties prenantes a permis, quant à elle, d'éclairer les asymétries de pouvoir, les formes de légitimité reconnues ou moins reconnues, ainsi que l'urgence des besoins portés par les femmes concernées et par les acteur·rices qui les accompagnent. Ces cadres ont donc contribué à interpréter l'implémentation comme un processus dynamique, situé et relationnel.

Cette étude comporte également plusieurs limites. Premièrement, elle repose sur une approche qualitative et ne vise donc pas une généralisation statistique des résultats. Son objectif n'était pas de mesurer l'ampleur des phénomènes observés, mais de comprendre les mécanismes d'implémentation, les tensions entre acteur·rices et les conditions d'accès aux soins pour un public spécifique. Les résultats doivent donc être compris comme une analyse située du contexte bruxellois, dont la transférabilité dépendra de la comparaison avec d'autres territoires présentant des caractéristiques similaires, notamment une forte diversité migratoire, une gouvernance institutionnelle fragmentée et un réseau périnatal dense.

Deuxièmement, même si l'échantillon présente une diversité de profils, il ne couvre pas l'ensemble des acteur·rices impliqué·es dans l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière. Certain·es acteur·rices auraient pu apporter un éclairage complémentaire, notamment les CPAS, les médecins généralistes, les gynécologues, les services spécialisés en santé mentale, les services d'hébergement, les maisons médicales ou encore des acteur·rices décisionnel·les du niveau macro. Cette limite est méritoire d'être soulignée, car ces acteur·rices occupent une place centrale dans l'ouverture des droits, l'orientation, la prise en charge médicale, l'hébergement et la continuité du parcours.

Troisièmement, les femmes migrantes en situation irrégulière n'ont pas été directement interrogées. Cette limite est importante, car l'analyse repose principalement sur le point de vue des professionnel·les et des acteur·rices du réseau. La parole des femmes concernées permettrait de mieux comprendre leur expérience du Programme, leur perception de l'outil Born in Belgium, ainsi que leur rapport au consentement éclairé et au partage de données. Elle permettrait également d'explorer plus directement leurs stratégies de recours aux soins, leurs expériences de confiance ou de méfiance institutionnelle, ainsi que les moments de rupture dans leurs parcours. Cette absence impose donc une prudence dans l'interprétation des résultats : l'étude permet surtout d'analyser les conditions professionnelles et organisationnelles de l'accès aux soins, davantage que l'expérience vécue par les premières concernées.

Quatrièmement, les observations ont été réalisées dans un nombre limité d'espaces de rencontre. Ces espaces constituent un matériau pertinent pour analyser l'interconnaissance, la mise en réseau et l'appropriation territoriale du Programme. Cependant, ils ne couvrent pas l'intégralité des bassins bruxellois ni l'ensemble des configurations locales. Les dynamiques observées peuvent varier selon les territoires, les langues employées, la densité du réseau local, la présence de structures spécialisées ou encore le niveau d'implication des acteur·rices. Il est donc important de rappeler que ces observations n'ont pas pour objectif de représenter l'ensemble de l'implémentation bruxelloise, mais permettent d'éclairer certains espaces où celle-ci se construit et se discute collectivement.

Cinquièmement, le Programme étant encore en phase d'implémentation active, ses effets à moyen et long terme ne peuvent pas encore être évalués. Cette recherche ne permet donc pas de déterminer si le Programme des 1 000 premiers jours réduit effectivement les ruptures de parcours, améliore durablement la continuité du suivi ou diminue les inégalités d'accès aux soins

périnataux. Elle permet plutôt d'identifier des conditions favorables, des tensions et des points de vigilance pour son développement futur.

Enfin, le positionnement des chercheuses constitue également un élément à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une formation en santé publique, avec une formation initiale en soins infirmiers. Cette posture a facilité la compréhension du vocabulaire professionnel, des enjeux liés aux soins périnataux, au fonctionnement du réseau et aux réalités de terrain. Elle a également orienté l'attention portée à certaines dimensions, notamment la continuité des parcours, la coordination des soins et les situations de vulnérabilité. Afin de soutenir la rigueur de l'analyse, nous avons discuté des données tout au long du processus de recherche, croisé nos observations et structuré l'interprétation des résultats à partir de cadres théoriques explicites. Cette démarche réflexive a permis de prendre en compte l'influence de notre positionnement tout au long de l'analyse et de mieux contextualiser les interprétations proposées, tout en reconnaissant la part de subjectivité inhérente à toute recherche qualitative.

10. Utilité des résultats pour la santé publique et pistes futures de recherche

Malgré ces limites, cette étude présente plusieurs apports pour la santé publique et ouvre différentes pistes de recherche. Elle montre d'abord que l'accès aux soins périnataux ne peut pas être réduit à l'existence formelle d'un programme ou d'une offre de soins. Dans le cas des femmes migrantes en situation irrégulière, l'accès effectif dépend d'un ensemble de conditions sociales, administratives, linguistiques, relationnelles et organisationnelles. Cette étude met ainsi en évidence les écarts pouvant exister entre l'accessibilité théorique d'un dispositif et son accessibilité réelle pour les publics les plus vulnérabilisés.

Un premier apport concerne la compréhension des inégalités sociales de santé. Les données recueillies montrent que les vulnérabilités périnatales ne relèvent pas uniquement de caractéristiques individuelles, mais sont aussi produites ou renforcées par des déterminants structurels : précarité du logement, absence de statut légal, complexité de l'AMU, barrières linguistiques, isolement, instabilité financière, saturation des services et méfiance envers les institutions. Cette analyse rejoint les travaux de Lang (2014), qui rappelle que la réduction des inégalités sociales de santé suppose d'agir sur les déterminants sociaux, de développer l'intersectorialité et de dépasser une approche strictement sanitaire des problèmes de santé. Dans cette perspective, l'utilité de cette recherche est de montrer que les soins périnataux doivent être pensés comme un espace d'articulation entre santé, droits sociaux, logement, accompagnement administratif et soutien psychosocial.

Cette réflexion ouvre une première piste de recherche : intégrer directement la parole des femmes migrantes en situation irrégulière. Cela permettrait de mieux comprendre leur expérience du Programme des 1 000 premiers jours, notamment leur perception du dépistage via Born in Belgium, du consentement éclairé, du partage d'informations, de la coordination et du suivi postnatal. Une telle approche permettrait également de documenter les formes de confiance, de méfiance, de non-recours ou d'adhésion au Programme du point de vue des premières concernées.

Un deuxième apport concerne l'implémentation des politiques publiques. Les résultats montrent qu'un programme peut être pertinent dans ses objectifs tout en restant limité dans ses effets si les conditions concrètes de sa mise en œuvre ne sont pas suffisamment prises en compte. Le

Programme des 1 000 premiers jours propose un cadre structurant, fondé sur le dépistage, la coordination et la continuité. Toutefois, son effet équitable dépend de la manière dont il est approprié par les professionnel·les, intégré aux pratiques existantes et adapté aux réalités des femmes les plus éloignées du système. Cette analyse rejoint les travaux de Francis-Oliviero et al. (2020), qui soulignent que l'universalisme proportionné soulève des défis importants en matière de conception, d'identification des besoins et d'évaluation. Pour la santé publique, cela signifie que l'évaluation d'un programme ne devrait pas seulement porter sur le nombre de personnes dépistées ou de prestations réalisées, mais aussi sur sa capacité à rejoindre les personnes les plus exposées aux ruptures de parcours.

Cette réflexion ouvre une deuxième piste de recherche : suivre l'évolution du Programme dans le temps. Une recherche longitudinale permettrait d'analyser si les outils et mécanismes prévus, tels que le dépistage, le conseil prénatal personnalisé, la coordination des soins et de l'aide ou les concertations multidisciplinaires, contribuent effectivement à réduire les ruptures de parcours. Elle permettrait aussi d'évaluer si le Programme améliore l'accès au suivi postnatal, notamment dans les premières semaines après la naissance, identifiées comme une période particulièrement critique.

Une troisième contribution concerne la place de la coordination dans les soins intégrés. Les résultats de cette étude montrent que la coordination n'est pas un simple outil organisationnel, mais une condition d'équité. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, la continuité du parcours dépend de la capacité des acteur·rices à relier des secteurs qui fonctionnent souvent de manière séparée : hôpital, première ligne, CPAS, associations, services d'hébergement, santé mentale, interprétariat et dispositifs administratifs. Les travaux de Lengnick-Hall et al. (2021) sur les *bridging factors* permettent de comprendre ces fonctions de liaison comme des éléments essentiels pour connecter les contextes institutionnels et organisationnels aux pratiques locales. En santé publique, cela invite à reconnaître la coordination comme une infrastructure indispensable de l'accès aux soins, et non comme une tâche secondaire reposant uniquement sur l'engagement individuelle des professionnel·les.

Cette réflexion ouvre une troisième piste de recherche : comparer différents territoires. Une comparaison entre les bassins bruxellois permettrait de mieux comprendre l'influence des réseaux locaux, des ressources disponibles, des pratiques des CPAS, de la présence des secteurs associatifs et des dynamiques de coordination sur l'implémentation du Programme. De même, une comparaison entre différentes régions belges pourrait éclairer la manière dont les contextes institutionnels et organisationnels influencent l'application d'un programme interfédéral commun.

Un quatrième apport concerne les enjeux éthiques liés au dépistage et au consentement. L'étude montre que le repérage des vulnérabilités via Born in Belgium peut favoriser l'accès à un accompagnement adapté, mais qu'il soulève aussi des questions de confiance, de confidentialité, de partage d'informations et de consentement éclairé. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, ces enjeux sont accentués par la peur des institutions, la dépendance à l'égard de l'aide sociale, les barrières linguistiques et l'incertitude administrative. Comme le souligne Vassy (2019), les dispositifs de dépistage peuvent devenir routiniers et limiter la possibilité d'un choix réellement éclairé lorsque les conditions d'information, de temps et de compréhension ne sont pas réunies. Pour la santé publique, cela rappelle que l'efficacité d'un outil de dépistage ne se mesure pas uniquement à sa capacité à identifier des risques, mais aussi à sa capacité à respecter l'autonomie, la dignité et la sécurité des personnes concernées.

Cette dimension ouvre une quatrième piste de recherche : analyser plus finement les conditions éthiques d'utilisation de la plateforme Born in Belgium. Il serait notamment pertinent d'étudier la manière dont le consentement éclairé est présenté, compris et vécu par les femmes concernées. Il serait également important d'analyser comment les professionnel·les gèrent les enjeux de confidentialité et de partage de données, ainsi que les adaptations nécessaires pour éviter que l'outil ne devienne une barrière supplémentaire pour les personnes les plus éloignées des dispositifs ordinaires.

Un cinquième apport concerne la lutte contre les discriminations structurelles. Les résultats montrent que les acteur·rices de terrain cherchent fréquemment à compenser les effets du statut administratif, des barrières linguistiques, de la précarité ou des difficultés d'accès aux droits. Toutefois, ces pratiques restent parfois peu reconnues comme des réponses à des mécanismes discriminatoires. Les travaux de Virole (2022) montrent que, dans le champ périnatal, les dispositifs visant les femmes étrangères peuvent lutter concrètement contre les discriminations tout en gardant cette dimension sous silence. Pour la santé publique, nommer ces discriminations est essentiel car cela permet de déplacer l'analyse. Les ruptures de parcours ne sont pas uniquement des dysfonctionnements individuels ou organisationnels, mais aussi le produit de rapports sociaux et institutionnels qui différencient l'accès aux soins selon le statut administratif, l'origine, la langue ou la position sociale.

Cette réflexion ouvre une cinquième piste de recherche : approfondir le rôle des acteur·rices de terrain dans l'implémentation du Programme. Les résultats de cette étude montrent que ces acteur·rices jouent un rôle essentiel de traduction, d'adaptation et de médiation entre le cadre institutionnel et les réalités vécues par les femmes. Il serait donc pertinent d'étudier plus spécifiquement les conditions de reconnaissance, de financement et de durabilité de ce travail souvent invisible, mais central pour rendre l'accès aux soins réellement effectif. De futures recherches pourraient aussi inclure davantage les acteur·rices moins représenté·es dans cette étude, mais centraux·ales dans les parcours, comme les CPAS, les médecins généralistes, les gynécologues, les services d'hébergement, les maisons médicales, les services de santé mentale et les autorités décisionnelles.

Enfin, cette étude a une utilité opérationnelle pour l'amélioration du Programme des 1 000 premiers jours. Elle met en évidence plusieurs conditions nécessaires pour renforcer son effet équitable : simplifier les démarches liées à l'AMU, clarifier les circuits liés au NISS, garantir l'accès à l'interprétariat, soutenir les professionnel·les dans l'usage de BiB, reconnaître le temps consacré à la coordination, intégrer davantage les acteur·rices sociaux·ales et associatif·ves, et anticiper plus systématiquement le postpartum. Ces éléments ne relèvent pas uniquement de recommandations pratiques ; ils constituent des conditions de santé publique pour que le Programme puisse réellement atteindre les femmes les plus vulnérables.

Ainsi, l'apport principal de cette étude est de montrer que l'implémentation équitable d'un programme périnatal ne dépend pas seulement de sa conception institutionnelle, mais de sa capacité à transformer les conditions concrètes d'accès aux soins. Concernant les femmes migrantes en situation irrégulière, l'enjeu n'est pas tant d'ajouter un dispositif supplémentaire que de rendre les dispositifs existants réellement accessibles, compréhensibles, continus et sécurisants. Dans cette perspective, le Programme des 1 000 premiers jours représente une opportunité importante pour la santé publique à Bruxelles, à condition que son implémentation soit pensée comme une politique d'équité, de coordination et de justice sociale.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre comment le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours est implémenté à Bruxelles afin d'assurer l'accès aux soins périnataux des femmes migrantes en situation irrégulière. À partir d'une démarche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs et des observations d'espaces de rencontre interprofessionnels, cette recherche a analysé la manière dont les mécanismes prévus par le Programme : dépistage des vulnérabilités, conseil prénatal personnalisé, coordination des soins et de l'aide, concertation multidisciplinaire et continuité du suivi sont interprétés, mobilisés et adaptés par les acteur·rices du système périnatal bruxellois.

Les résultats de cette étude montrent que le Programme des 1 000 premiers jours constitue une avancée importante dans la structuration d'un accompagnement périnatal plus intégré, continu et attentif aux vulnérabilités psychosociales. Il permet de renforcer le repérage précoce des situations de vulnérabilité, de soutenir une approche plus globale de la grossesse et de favoriser une meilleure coordination entre les secteurs médical, social et associatif. En ce sens, il répond à plusieurs limites déjà identifiées dans l'organisation des soins périnataux, notamment la fragmentation des parcours, les ruptures de continuité et le manque d'articulation entre les différents services impliqués autour de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille.

Cependant, cette recherche montre également que son implémentation ne garantit pas encore un accès équitable aux soins périnataux pour les femmes migrantes en situation irrégulière. Pour ce public, l'accès effectif reste fortement conditionné par des barrières administratives, linguistiques, numériques, relationnelles et organisationnelles. L'absence de NISS, la complexité de l'AMU, les délais d'ouverture des droits, l'instabilité du logement, la saturation du réseau, le manque de temps des professionnel·les et les difficultés de coordination peuvent limiter l'inclusion effective des femmes dans les dispositifs prévus. Ainsi, les femmes que le Programme cherche précisément à repérer et accompagner figurent souvent parmi celles qui rencontrent le plus de difficultés à accéder aux outils, aux circuits administratifs et aux prestations formelles prévues par le dispositif.

La réponse à la question de recherche doit donc être nuancée. Le Programme des 1 000 premiers jours est bien en cours d'implémentation à Bruxelles et constitue un levier prometteur pour améliorer l'accès aux soins périnataux. Toutefois, son efficacité auprès des femmes migrantes en situation irrégulière dépend fortement des conditions concrètes de son appropriation par les acteur·rices de terrain, de sa capacité à dépasser les barrières administratives et de son articulation avec les réalités sociales, linguistiques et relationnelles des femmes concernées. L'accès aux soins ne repose donc pas uniquement sur l'existence d'un programme formel, mais sur la possibilité réelle pour les femmes d'être informées, reconnues, accompagnées et suivies dans un parcours continu et sécurisant.

L'analyse menée à partir de la phase d'implémentation active du cadre EPIS montre que le Programme se situe encore dans une phase de déploiement, d'ajustement et d'appropriation. Les outils et fonctions prévus par le Programme ne produisent pas automatiquement de l'intégration : leur effet dépend des ressources disponibles, de la clarté des rôles, de la confiance entre acteur·rices, de la stabilité des relais et de la capacité des organisations à adapter leurs pratiques.

L'analyse des parties prenantes met également en évidence des asymétries de pouvoir, de légitimité et d'urgence. Les acteur·rices institutionnel·les et administratifs disposent d'un pouvoir important sur les conditions d'accès aux droits et aux financements, tandis que les acteur·rices de terrain disposent souvent d'une légitimité de proximité essentielle, mais encore insuffisamment reconnue dans les circuits formels du Programme.

Cette étude met ainsi en évidence le rôle central des professionnel·les et des associations de terrain. Ces acteur·rices assurent un travail de traduction, d'adaptation et de médiation entre le cadre institutionnel du Programme et les réalités vécues par les femmes. Elles et ils accompagnent les démarches administratives, orientent les femmes vers les ressources disponibles et tentent de maintenir une continuité des soins ainsi que des relations de confiance, tout en composant avec certaines rigidités organisationnelles.

Ce travail est indispensable pour rendre les droits effectifs, mais il reste fragile lorsqu'il repose principalement sur l'engagement individuel, les réseaux informels ou la capacité des professionnel·les à compenser les limites du système.

Le postpartum apparaît enfin comme un moment particulièrement révélateur des obstacles et des conditions de réussite du Programme. Alors que le Programme des 1 000 premiers jours vise une continuité de la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, la sortie de maternité et les premières semaines après la naissance restent des périodes particulièrement marquées par un risque accru de rupture. Pour les femmes migrantes en situation irrégulière, cette période concentre des besoins médicaux, sociaux, administratifs, psychologiques et matériels qui nécessitent une coordination rapide et soutenue. Le postpartum constitue ainsi un test de cohérence du Programme : un accompagnement pleinement intégré ne peut pas seulement repérer les vulnérabilités pendant la grossesse, mais doit aussi garantir que les femmes ne s'écartent du réseau après l'accouchement.

Sur le plan de la santé publique, cette recherche montre que l'équité d'accès aux soins périnataux ne peut être atteinte uniquement par la création de nouveaux dispositifs. Elle suppose également de transformer les conditions concrètes d'accès aux dispositifs existants. Pour que le Programme atteigne réellement les femmes les plus vulnérabilisées, son implémentation suppose notamment de réduire les obstacles administratifs liés à l'AMU et au NISS, de garantir l'accès à l'interprétariat et de soutenir les professionnel·les dans l'utilisation de l'outil Born in Belgium. Elle implique également de reconnaître le temps consacré à la coordination et à l'accompagnement administratif, d'intégrer davantage les acteur·rices du secteur social et associatif, ainsi que d'anticiper plus systématiquement les besoins liés au postpartum.

En conclusion, le Programme des 1 000 premiers jours représente une opportunité importante pour renforcer l'accès aux soins périnataux à Bruxelles. Il offre un cadre structurant pour repérer les vulnérabilités, coordonner les interventions et améliorer la continuité du suivi. Toutefois, pour les femmes migrantes en situation irrégulière, son potentiel d'équité dépendra de sa capacité à ne pas reproduire les frontières administratives et institutionnelles qui limitent déjà leur accès aux soins. L'enjeu n'est donc pas seulement d'implémenter le Programme, mais de le mettre en œuvre comme une politique de coordination et de justice sociale, capable de reconnaître les vulnérabilités structurelles et de garantir un accompagnement réellement accessible, continu et sécurisant.

BIBLIOGRAPHIE

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Aquarelle. (2024). *Rapport d'activités 2024*. ASBL Aquarelle. <https://www.aquarelle-asbl.be>
- Bastick, Z., Mallet-Garcia, M., & Röder, A. (2025). Border healthcare: Experiences of migrants and healthcare workers in Belgium and Germany. In I. Aladağ Görentaş, M. Mallet-Garcia, J. Mandin, E. Mescoli, & B. Özdemir Dal (Eds.), *Everyday borders in migrants' access to rights*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-031-96664-4_7
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement : Synthèse* (KCE Reports 232Bs). Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque : Synthèse* (KCE Reports). Centre fédéral d'expertise des soins de santé. <https://doi.org/10.57598/R326BS>
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcomes of migrant women and refugees: A systematic review of reviews. *BMC Medicine*, 7, Article 34. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-34>
- Bouquet, B. (2014). La complexité de la légitimité. *Vie sociale*, 8(4), 13-23. <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., & Phillimore, J. (2020). Scoping review of refugee health in Europe. *Globalization and Health*, 16(1), Article 20. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00562-y>
- 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. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: A review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239–246. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>
- Brusano. (2025). *Rencontres Périnatalité : Synthèse 2025*. Brusano. <https://www.brusano.brussels/service/perinatalite/>
- Center for Reproductive Rights. (2020). *Perilous pregnancies: Health care for undocumented migrant women in the European Union*. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Perilous-Pregnancies-Health-Care-For-Undocumented-Migrant-Women-EU.pdf>

Chevalier, J. M., & Buckles, D. J. (2008). *Guide sur la recherche collaborative et l'engagement social (SAS²)*. Éditions ESKA ; Centre de recherches pour le développement international. <https://books.google.be/books?id=Zxlg5jpWGkgC>

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. (2023, 18 janvier). *Asylum statistics 2022: A survey*. <https://www.cgrs.be/en/news/asylum-statistics-2022-survey>

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. (2025, 16 janvier). *Asylum statistics: Survey 2024*. <https://www.cgrs.be/en/news/asylum-statistics-survey-2024>

Cour constitutionnelle. (1999). *Arrêt n° 80/99 du 30 juin 1999*. https://medimmigrant.be/IMG/doc/1999.06.30_gh-cc_arbitragehof.med.30-06-1999_fr.doc

Davoudian, C. (2018). Accompagnement en PMI des mères et bébés sans-papiers : Nouveaux enjeux et nouveaux défis. *Empan*, 111(3), 82–86. <https://doi.org/10.3917/empan.111.0082>

De Jong, L., Pavlova, M., Winters, M., & Rechel, B. (2017). A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(6), 990–997. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx181>

État belge. (1976). *Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale*. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1976070830&table_name=loi

État belge. (1994). *Constitution belge, article 23*. https://www.senate.be/doc/const_fr.html

État belge. (1996). *Arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS*. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121232&table_name=loi

European Migration Network Belgium. (s.d.). *Il y a 112 000 personnes sans titre de séjour en Belgique, selon une nouvelle étude de la Vrije Universiteit Brussel*. <https://emnbelgium.be/fr/nouvelles/il-y-112000-personnes-sans-titre-de-sejour-en-belgique-selon-une-nouvelle-etude-de-la>

Feijen-de Jong, E. I., Warmelink, J. C., van der Stouwe, R. A., Dalmaijer, M., & Jansen, D. E. M. C. (2022). Interventions for vulnerable pregnant women: Factors influencing culturally appropriate implementation according to health professionals: A qualitative study. *PLOS ONE*, 17(8), Article e0272249. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272249>

Fleury, M.-J. (2011). Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : Contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipraticiens. *Santé publique*, 23(HS), 155–159. <https://doi.org/10.3917/spub.110.0155>

Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: A review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, Article e110. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>

Freeman, R. E. et McVea, J. (2001). A stakeholder approach to strategic management. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.263511>

Freeman, R. E., & Reed, D. L. (1983). Stockholders and stakeholders: A new perspective on corporate governance. *California Management Review*, 25(3), 88–106. <https://doi.org/10.2307/41165018>

Gieles, N. C., Tankink, J. B., van Midde, M., Düker, J., van der Lans, P., Wessels, C. M., Bloemenkamp, K. W. M., Bonsel, G., van den Akker, T., Goosen, S., Rijken, M. J., & Browne, J. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 714–723. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042>

Hersch Korn-Barnu, P. (2016). Naître SDF : Expérience du réseau Solipam. *Revue de médecine périnatale*, 8(3), 167–174. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0367-7>

Hamilton, A. B., & Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Research*, 280, Article 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16, Article 89. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2024). *Programme de soins intégrés : Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure les premiers 1 000 jours*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres/programme-de-soins-integres-soins-et-accompagnement-des-femmes-enceintes-des-enfants-et-de-la-famille-qui-les-entoure-lors-des-premiers-1000-jours>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (s.d.). *Programme de soins intégrés – Convention soins intégrés « Enfants 1 000 jours » – Région de Bruxelles-Capitale*. [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/programme soins int%C3%A9gres convention SI E1000 BXL.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/programme%20soins%20int%C3%A9gr%C3%A9s%20convention%20SI%20E1000%20BXL.pdf)

Lacourt-Mrozek, M.-P. (2019). Le temps du changement dans les pratiques périnatales : Les étapes d'une expérience locale. *Périnatalité*, 11(2), 93–98. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0052>

Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 31–38. <https://doi.org/10.3917/seve.043.0031>

Le Grain asbl (Éd.). (2022). Exil au féminin [Numéro thématique]. Akène : l'interface au croisement des pratiques sociales, (3). [Exil au féminin – Le Grain Asbl](#)

Lengnick-Hall, R., Stadnick, N. A., Dickson, K. S., Moullin, J. C., & Aarons, G. A. (2021). Forms and functions of bridging factors: Specifying the dynamic links between outer and inner contexts during implementation and sustainment. *Implementation Science*, 16, Article 34. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01099-y>

Mandroi, A., Alsubahi, N., Groot, W., & Pavlova, M. (2024). Sexual and reproductive health rights and service use among undocumented migrants in the EU: A systematic literature review. *Healthcare*, 12(17), Article 1771. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171771>

Médecins du Monde Belgique. (2023). *Rapport annuel : Accès aux soins pour les personnes sans titre de séjour*. Médecins du Monde Belgique. <https://medecinsdumonde.be>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Les 1000 premiers jours : là où tout commence : Rapport de la commission des 1000 premiers jours présidée par Boris Cyrulnik*. Gouvernement français. <https://solidarites.gouv.fr/enfance-et-famille/soutenir-la-parentalite/les-1000-premiers-jours-la-ou-tout-commence>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start* [Action Programme Solid Start]. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>

Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853–886. <https://doi.org/10.5465/amr.1997.9711022105>

Molenaar, J. M., Boesveld, I. C., Struijs, J. N., & Kieft-de Jong, J. C. (2023). The Dutch Solid Start program: Describing the implementation and experiences of the program's first thousand days. *BMC Health Services Research*, 23(1), 926. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09873-y>

Molénat, F., Chanal, C., Havasi, K., Toubin, R. M., & Kojayan, R. (2013). Vulnérabilité psychique et fonction de coordination. *Revue de médecine périnatale*, 5(1), 14–21. <https://doi.org/10.1007/s12611-013-0231-y>

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14, Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>

Mullenbach, A. (2007). L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises. *La Revue des sciences de gestion*, 223(1), 109–120. <https://doi.org/10.3917/rsg.223.0109>

Okhianosen Osuide, J., Parsa, A. D., Mahmud, I., & Kabir, R. (2024). *The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: A systematic review*. *Frontiers in Global Women's Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1289784>

Organisation des Nations Unies. (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Organisation des Nations Unies. (1966). *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Organisation des Nations Unies. (1979). *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Organisation des Nations Unies. (1994). *Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 1994*. <https://www.un.org/fr/conferences/population/index>

Organisation des Nations Unies. (1994). *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>

Organisation mondiale de la santé. (2025). *Maternal mortality: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organisation mondiale de la santé. (2025). *L'OMS préconise d'étendre les modèles de soins obstétricaux à l'échelle mondiale*. <https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care>

Organisation mondiale de la santé – Bureau régional pour l'Europe. (2017). *Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : Vers la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (2017–2021)*. OMS Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2017-1969-41762-57126>

Organisation mondiale de la santé, UNICEF, & Banque mondiale. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>

Panaccione, É., & Moro, M.-R. (2014). Construire de la sécurité dans l'errance : Maternité chez des femmes migrantes sans domicile fixe. *La psychiatrie de l'enfant*, 57(2), 533–561. <https://doi.org/10.3917/psy.572.0533>

Ravinet, P. (2010). Fenêtre d'opportunité. In O. Boussaguet, S. Jacquot, & P. Ravinet (Eds.), *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 274–282). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0274>

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., Lorient, V., & Derluyn, I. (2015). *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? Synthèse* (KCE Reports). Centre fédéral d'expertise des soins de santé. <https://doi.org/10.57598/R257BS>

Roth, B., Einaudi, M.-A., Tardieu, S., & Bernard, O. (2021). Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales : Les staffs médico-psychosociaux. *Périnatalité*, 13(4), 173–182. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0113>

Routelous, C., Lapointe, L., & Vedel, I. (2014). Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 481–499. <https://doi.org/10.3917/jgem.147.0481>

Royaume de Belgique, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2024, mai). *Questionnaire Beijing+30 – Rapport national : Belgique*. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/Questionnaire%20BEIJING%2B30_BE_def.pdf

Schönborn, C., Castetbon, K., Sow, M., Racapé, J., & De Spiegelaere, M. (2020). Mothers' experiences of perinatal care in Belgian public hospitals: Exploring the social inequalities: Protocol for a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 10(11), Article e038400. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038400>

Schönborn, C., De Spiegelaere, M., & Racapé, J. (2021). Measuring the invisible: Perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, Article 733. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04183-9>

Smeets-Curvers, N., Stijnen, M., Putrik, P., & Jansen, M. (2024). Integrated health and social care for pregnant women and young families in a vulnerable situation in the Netherlands: Professionals' views on cross-sectoral collaboration. *Children and Youth Services Review*, 166, Article 107988. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107988>

Statbel. (s.d.). *Origine*. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population/origine>

Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20(3), 571–610. <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080331>

UNICEF. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. <https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant/texte-convention>

UNICEF. (2016). *Report card 16: Fairness for children – A league table of inequality in child well-being in rich countries*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. https://www.unicef.be/sites/default/files/2020-09/38249-RC16_FR_Web.pdf

UNICEF. (2017). *Les premiers moments comptent pour chaque enfant*. https://www.unicef.org/media/48891/file/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_FR.pdf

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. (2017). *Report card 14: Building the future – Children and the Sustainable Development Goals in rich countries*. https://www.unicef.be/sites/default/files/2020-09/RC14_2017_FR.pdf

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. (2023). *Report card 18: Child poverty amidst wealth*. https://www.unicef.be/sites/default/files/2023-12/UNICEF-Innocenti-Report-Card-18-Child-Poverty-Amidst-Wealth-2023_0.pdf

Vandenbroucke, F. (2024). *Le programme interfédéral périnatal et 1 000 premiers jours est lancé*. Service public fédéral Sécurité sociale. <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/fr/le-programme-interf-d-ral-p-rinatal-et-1000-premiers-jours-est-lanc.html>

Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.338>

Vassy, C. (2019). Questions éthiques sur le dépistage prénatal de la trisomie 21. *Contraste*, 50(2), 105–114. <https://doi.org/10.3917/cont.050.0105>

Virole, L. (2022). Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins : Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France. *Anthropologie & Santé*, 24. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11224>

Virole-Zajde, L. (2016). Devenir mère, devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. *Genre, sexualité & société*, 16. <https://doi.org/10.4000/gss.3862>

Supports de cours

Ajoulat, I. (2024). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique* [Notes de cours]. Université catholique de Louvain.

Lorant, V., Nicaise, P., Stordeur, S., & Ronti, T. (2024). *Politique de santé* [Notes de cours]. Université catholique de Louvain.

Macq, J.-M. (2024). *Approche systémique pour la gouvernance des soins de santé* [Notes de cours]. Université catholique de Louvain.

Annexe 1 : Born in Belgium

83



Droppers (cocaine, codeine, crack, cod liver oil, etc.)
amphetamines (speed, ecstasy, Ritalin®), Captopril®
meprobamate, epinephrine, pseudoephedrine, etc.), so-
/ nalbutal (code, etidine, diluent, disodium, gas)
ether, propene, etc.), naltrexone (150),
champhene, PVP, ketamine, Special K®, methylene
etc.), opiate (heroin, methadone, Subutex®
Suboxone®, buprenorphine, codeine, etc.)

Annexe 2 – Analyse de la mise à l’agenda du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours à partir du modèle de Kingdon

La mise à l’agenda du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours peut être analysée à partir du modèle des courants multiples de Kingdon. Selon ce modèle, l’émergence d’une politique publique résulte de la convergence de trois courants relativement indépendants : le courant des problèmes, le courant des solutions et le courant politique. Lorsqu’ils se rejoignent, une « fenêtre d’opportunité » peut s’ouvrir, rendant possible l’inscription d’un enjeu à l’agenda politique et l’adoption d’une action publique spécifique (Kingdon, 1984 ; Ravinet, 2010).

1. Le courant des problèmes

Le courant des problèmes s’est progressivement construit à partir de plusieurs constats institutionnels et internationaux mettant en évidence certaines limites du système périnatal belge. Plusieurs rapports du KCE ont notamment souligné la fragmentation des parcours de soins, la dispersion des compétences institutionnelles et la continuité insuffisante du suivi périnatal. Ces constats mettaient également en évidence une collaboration encore limitée entre les dimensions médicales, sociales et psychosociales de l’accompagnement des femmes enceintes, des enfants et des familles (KCE, 2014 ; KCE, 2019).

Ces rapports ont contribué à rendre visibles plusieurs difficultés rencontrées dans l’organisation des soins périnataux, telles que des suivis prénataux tardifs ou insuffisants, des ruptures d’accompagnement, ainsi qu’une forte hétérogénéité des pratiques selon les territoires. La problématique ne concernait donc pas uniquement l’accès aux soins médicaux, mais plus largement la capacité du système à assurer un accompagnement global, continu et adapté aux besoins des familles, en particulier lorsqu’elles se trouvent en situation de vulnérabilité.

Parallèlement, des organisations internationales ont également contribué à renforcer la visibilité de ces enjeux. L’OMS a mis en évidence l’existence d’« occasions manquées » dans les soins prénataux et a appelé au développement de modèles de soins intégrés, centrés sur la personne et fondés sur la continuité des soins (OMS, 2016). De son côté, l’UNICEF a publié plusieurs indicateurs comparatifs relatifs à la pauvreté infantile, aux inégalités de développement précoce et à l’accès aux services d’accueil de la petite enfance. Ces travaux ont contribué à inscrire les inégalités précoces et la prévention dès les premières années de vie dans un cadrage international d’action publique (UNICEF, 2016, 2017 ; UNICEF Innocenti, 2017, 2023).

Ainsi, le courant des problèmes s’est constitué autour d’un diagnostic partagé : les premières années de vie, et plus particulièrement la période allant de la grossesse aux deux premières années de l’enfant, représentent une période cruciale pour le développement futur, mais le système existant ne permettait pas toujours d’assurer un accompagnement suffisamment intégré, précoce et continu.

2. Le courant des solutions

Le courant des solutions était également déjà structuré avant la mise à l’agenda du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours. Plusieurs propositions et instruments existaient dans le champ de la périnatalité, des soins intégrés et de la prévention précoce. Les principes portés par l’OMS en matière de soins intégrés — tels que l’accompagnement global, la continuité du suivi, l’interdisciplinarité et l’attention portée aux besoins de la personne — constituaient déjà un référentiel reconnu (OMS, 2016).

Les recommandations du KCE allaient dans le même sens et proposaient un ensemble cohérent de mesures visant à améliorer l'organisation du parcours périnatal. Parmi ces recommandations figuraient notamment la création d'une fonction de coordination du parcours, le dépistage systématique des vulnérabilités psychosociales, la clarification des rôles des différents acteurs, le renforcement de la première ligne et l'organisation de concertations multidisciplinaires autour des situations complexes (KCE, 2014 ; KCE, 2019).

Certaines solutions opérationnelles étaient également disponibles au moment de l'élaboration du programme. L'outil **Born in Belgium Professionals** avait été développé afin de permettre le dépistage des vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes et de faciliter l'orientation vers une prise en charge adaptée. Initialement développé dans le cadre du projet Born in Brussels, puis étendu à l'échelle nationale, cet outil s'inscrivait dans une logique de repérage précoce des besoins et de structuration des parcours d'accompagnement. Dans le cadre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, il a été intégré comme un instrument central de mise en œuvre, avec pour objectif de soutenir un dépistage systématique et une orientation plus coordonnée des familles vers des parcours de soins personnalisés (INAMI, 2024).

De plus, l'architecture de gouvernance issue du Plan interfédéral « Soins intégrés » offrait un cadre institutionnel mobilisable pour organiser l'action entre les niveaux macro, méso et micro. Ce cadre permettait de penser l'articulation entre les autorités publiques, les réseaux territoriaux, les professionnels de première ligne et les familles concernées.

Enfin, le **Nurturing Care Framework**, développé conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, a également contribué à structurer le courant des solutions en fournissant un référentiel international centré sur le développement de la petite enfance. Ce cadre souligne que le développement optimal de l'enfant, en particulier au cours des 1 000 premiers jours, repose sur des soins attentifs, un environnement protecteur, un soutien aux parents, une bonne santé, une nutrition adéquate et des opportunités d'apprentissage précoce (OMS, UNICEF & Banque mondiale, 2018).

Ainsi, au moment où le programme a été élaboré, plusieurs solutions étaient déjà disponibles et légitimées par des recommandations nationales et internationales. La mise à l'agenda ne s'est donc pas construite à partir d'une solution entièrement nouvelle, mais plutôt à partir de la combinaison et de l'institutionnalisation de solutions déjà identifiées dans le champ des soins périnataux et de la prévention précoce.

3. Le courant politique

Le troisième courant du modèle de Kingdon est le courant politique. Dans le cas du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, celui-ci peut être analysé comme le résultat d'un alignement progressif des priorités politiques autour de plusieurs enjeux : la prévention précoce, la réduction des inégalités sociales de santé, le soutien aux familles vulnérables et le développement des soins intégrés.

Cet alignement s'est traduit par une reconnaissance croissante de la périnatalité comme enjeu de santé publique. Le programme s'inscrit en effet dans une dynamique plus large de réforme des soins, visant à renforcer la continuité des parcours, la coordination entre les acteurs et l'intégration des dimensions médicales, sociales et psychosociales de l'accompagnement. Le caractère interfédéral du programme montre également que cette problématique mobilise plusieurs niveaux de pouvoir, en raison de la répartition des compétences en Belgique entre l'autorité fédérale, les entités fédérées et les acteurs locaux.

Les acteurs de terrain, les institutions et les réseaux professionnels ont également contribué à porter cette problématique dans l'espace de l'action publique. Ils peuvent être interprétés, au sens de Kingdon, comme des **policy entrepreneurs**, dans la mesure où ils ont contribué à faire circuler certaines solutions, à rendre visibles les limites du système existant et à articuler ces propositions à un contexte politique devenu favorable (Kingdon, 1984 ; Ravinet, 2010).

La mobilisation de moyens financiers spécifiques dans le cadre du programme constitue également un indicateur de cette volonté politique d'inscrire la périnatalité dans une stratégie plus durable de prévention et de réduction des inégalités. Le financement accordé au programme traduit ainsi le passage d'un diagnostic partagé à une action publique structurée, soutenue par des instruments concrets de mise en œuvre (INAMI, 2024).

4. Ouverture d'une fenêtre d'opportunité

À la lumière du modèle de Kingdon, la mise à l'agenda du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours peut donc être comprise comme le résultat d'une convergence entre trois dynamiques. Premièrement, le courant des problèmes a mis en évidence les limites du système périnatal belge, notamment en matière de continuité, de coordination et de prise en compte des vulnérabilités psychosociales. Deuxièmement, le courant des solutions disposait déjà de propositions concrètes, telles que le dépistage psychosocial, la coordination des parcours, les concertations multidisciplinaires, le renforcement de la première ligne et l'utilisation d'outils comme Born in Belgium Professionals. Troisièmement, le courant politique a rendu possible l'inscription de ces enjeux dans une stratégie interfédérale de soins intégrés, soutenue par des priorités politiques relatives à la prévention précoce et à la réduction des inégalités.

La rencontre de ces trois courants a ainsi ouvert une fenêtre d'opportunité permettant l'élaboration et la mise en œuvre du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours. Celui-ci peut être compris comme une réponse institutionnelle à un problème déjà identifié, appuyée sur des solutions disponibles et rendue possible par un contexte politique favorable.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Introduction

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Pernelle, je suis infirmière et étudiante en master en santé publique à l'UCLouvain. Je réalise ce mémoire en binôme avec ma collègue Liliana.

Notre mémoire porte sur le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours, et plus particulièrement sur sa mise en œuvre auprès des femmes migrantes en situation irrégulière. Ce programme, qui est finalement assez récent, vise à améliorer l'organisation du suivi périnatal, offrir une prise en charge holistique des vulnérabilités et également de renforcer la collaboration entre les professionnels.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment l'implémentation de ce programme contribue à répondre aux vulnérabilités psychosociales des femmes migrantes en situation irrégulière à Bruxelles. Votre expérience et votre point de vue sont particulièrement précieux pour enrichir notre étude.

Déroulement et méthode de l'entretien :

L'entretien se déroulera sous la forme d'un entretien semi-directif et durera environ une heure.

Nous nous appuierons sur une trame préparée pour aborder les thématiques essentielles à notre question de recherche, tout en vous laissant une grande liberté pour vous exprimer et développer vos réponses. Le guide d'entretien sert de cadre flexible : il oriente la discussion sans imposer un ordre rigide, ce qui nous permet de nous laisser guider par votre récit et d'adapter l'ordre des questions selon le déroulement naturel de l'échange.

Les questions seront principalement ouvertes afin de recueillir des informations riches et détaillées, et nous pourrions reformuler ou approfondir certains points en fonction de vos réponses. Nous veillerons à maintenir un fil conducteur pour couvrir les thèmes importants, à gérer le temps et recentrer la discussion si nécessaire, tout en vous laissant l'espace nécessaire pour partager votre expérience, votre point de vue et votre expertise.

Cadre éthique, confidentialité et droits du participant

Avec votre accord explicite, l'entretien sera enregistré afin de garantir une retranscription fidèle de vos propos. Ces enregistrements seront utilisés exclusivement dans le cadre de cette recherche et feront l'objet d'un traitement strictement confidentiel et anonymisé.

De même, toutes les informations recueillies dans le cadre de cet entretien resteront strictement confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins académiques.

Nous tenons également à vous préciser que vous êtes libre, à tout moment, d'interrompre l'entretien, de demander la reformulation d'une question, de refuser d'y répondre ou de mettre fin à la rencontre, sans avoir à vous justifier.

Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

Précision sur l'utilisation du guide

Le guide d'entretien reposait sur un tronc commun organisé en cinq rubriques :

- A. Contexte, rôle et position ;
- B. Implémentation du Programme ;
- C. Collaborations et coordination ;
- D. Obstacles, ressources et stratégies d'adaptation ;
- E. Recommandations finales.

Comme les entretiens étaient semi-directifs, toutes les questions n'ont pas été posées de manière identique à chaque participant·e. Le guide a été adapté selon le profil de l'acteur rencontré, son secteur d'activité et son niveau de gouvernance. Les questions spécifiques ont été intégrées dans les rubriques correspondantes, sans modifier la structure générale du guide.

A. Contexte, rôle et position

Questions communes

Question 1. Pouvez-vous vous présenter brièvement et décrire votre fonction dans l'organisation ?

Question 2. Quel est le rôle de votre structure dans l'accompagnement périnatal des femmes migrantes en situation irrégulière ?

Question 3. Pouvez-vous décrire le parcours type d'une femme migrante en séjour irrégulier dans votre service ?

Relance : Pouvez-vous décrire le parcours type d'une femme migrante en séjour irrégulier dans votre service avant le Programme interfédéral ?

Question 4. Quelles actions concrètes mettez-vous en place pour répondre à leurs besoins ?

Question 5. Quels outils, ressources ou dispositifs mobilisez-vous pour faciliter leur accès aux soins périnataux ?

Question 6. Quelles sont les limites ou difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ce public ?

Relance : Quelles stratégies ou pratiques spécifiques mettez-vous en place pour instaurer un climat de confiance avec les femmes migrantes en situation irrégulière ?

Relance : Comment gérez-vous leurs éventuelles craintes ou réticences liées à leur statut lors de l'accompagnement périnatal ?

Question 7. Selon votre observation, le Programme interfédéral a-t-il contribué à améliorer l'accès des femmes migrantes en situation irrégulière aux soins prénataux ?

Relance : Sur quels indicateurs voyez-vous une amélioration, ou au contraire une stagnation ?

Question 8. Comment votre organisation a-t-elle reçu, compris ou intégré le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours ?

Relance : Par quels canaux avez-vous été mis·e en contact avec le programme : information, injonction, appel à projets, partenariats ?

Question 9. Selon vous, quelle est la place et la légitimité de votre organisation dans ce dispositif ?

Relance : Cette légitimité est-elle reconnue par les autres acteurs ? Par lesquels, et pourquoi ?

Question 10. De quel pouvoir de décision ou degré d'autonomie disposez-vous ?

Relance : Sur quels aspects avez-vous peu ou pas de marge de manœuvre ?

Question 11. Quels intérêts votre organisation identifie-t-elle à participer à ce programme ?

Relance : intérêts institutionnels, professionnels, publics ou autres.

Questions ou relances spécifiques selon le profil de l'acteur

Acteur de coordination régionale

- Comment définiriez-vous le rôle de votre organisation dans le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours ?
- En quoi ce rôle diffère-t-il de vos missions antérieures ?
- Cette légitimité repose-t-elle sur un mandat officiel, une reconnaissance politique ou une reconnaissance par les acteurs de terrain ?
- Quels intérêts votre organisation identifie-t-elle à participer à ce programme : reconnaissance institutionnelle, organisationnelle, mission sociale ou autres ?

Acteurs hospitaliers

- Quel est votre rôle dans l'accompagnement périnatal des femmes en situation de vulnérabilité psychosociale ?
- Comment définissez-vous la notion de vulnérabilité dans votre pratique ?
- Êtes-vous amené·e à accompagner des femmes migrantes en situation irrégulière dans votre service ?
- Pouvez-vous décrire le parcours type d'une femme migrante en situation irrégulière que vous accompagnez ?
- Au-delà des difficultés mentionnées, y a-t-il des éléments liés au contexte de travail, organisationnels ou institutionnels, qui influencent l'accompagnement des patientes ?
Relance : contraintes administratives, profil des patientes, temps disponible, ressources, NISS, AMU.

Acteur associatif ou de première ligne

- Quels types de publics accompagnez-vous principalement ?
- Les femmes en situation irrégulière font-elles partie de votre public ?
- Comment définissez-vous la notion de vulnérabilité dans votre pratique ?

Acteur de littératie en santé ou d'accompagnement socio-linguistique

- Pouvez-vous présenter les missions principales de votre organisation ?
- Quels types de publics accompagnez-vous principalement ?
- Travaillez-vous avec des personnes migrantes ou primo-arrivantes ?

- Rencontrez-vous des femmes enceintes ou des jeunes mères dans votre public ?
- Quel rôle votre organisation joue-t-elle dans l'accompagnement des personnes migrantes dans leurs démarches administratives et sociales ?
Relances : information sur les droits ; explication des dispositifs administratifs ; orientation vers les services sociaux ou de santé.
- Selon vous, quelle est la place des associations comme la vôtre dans l'accompagnement des publics vulnérables à Bruxelles ?
Relances : reconnaissance par les institutions ; rôle dans le réseau social et associatif.

Acteur institutionnel public

- Quel est le rôle de votre organisation dans l'accompagnement périnatal à Bruxelles, et plus particulièrement auprès des femmes migrantes en situation irrégulière ?
- Y a-t-il des différences de prise en charge par rapport aux autres publics ?
- À partir de votre expérience, comment se déroule généralement le parcours périnatal d'une femme migrante en situation irrégulière en lien avec votre organisation ?
- Comment les femmes sont-elles orientées vers vous ?
- À quel moment votre organisation intervient-elle ?
- Qu'est-ce que la participation de votre organisation au Programme interfédéral des 1 000 premiers jours apporte à votre institution ?

B. Implémentation du Programme

Questions communes

Question 12. Comment le Programme interfédéral est-il concrètement mis en œuvre dans votre institution ?

Relance : Quelles directives ou outils précis utilisez-vous, par exemple Born in Belgium, protocoles ou procédures internes ?

Relance : Comment ces directives sont-elles traduites dans vos pratiques quotidiennes ?

Question 13. Pouvez-vous décrire les adaptations que vous ou votre équipe avez mises en place pour ce public spécifique ?

Relance : adaptations linguistiques, organisationnelles, administratives, psychosociales.

Question 14. Selon vous, quelles parties du Programme sont les plus faciles à mettre en pratique ? Et lesquelles le sont moins ?

Question 15. Comment la mise en œuvre du Programme pour ce public a-t-elle évolué au sein de votre organisation depuis son lancement ?

Relance : Quels apprentissages, formels ou informels, ont influencé cette évolution ?

Questions ou relances spécifiques selon le profil de l'acteur

Acteur de coordination régionale

- Comment le programme s'est-il concrètement déployé à Bruxelles, notamment dans les différents bassins ?
Relance : étapes du déploiement ; passage des objectifs du programme aux actions territoriales.
- Existe-t-il des différences d'implémentation entre bassins ?
- Quels outils ou dispositifs concrets soutiennent cette implémentation ?
Relance : protocoles, outils de coordination, espaces de rencontre.
- Quels ont été les principaux leviers facilitant le déploiement du Programme ?
- Vous avez mentionné que votre organisation ne s'occupe pas encore spécifiquement des femmes migrantes en situation irrégulière : comment expliquez-vous cette situation ?
Relance : choix stratégique, contrainte structurelle, priorisation.
- Quels freins structurels ou systémiques limitent actuellement la prise en compte des femmes migrantes en séjour irrégulier ?
- Le programme prévoit-il à terme une action plus ciblée pour cette population ?
- Existe-t-il des outils ou dispositifs spécifiques pour faciliter l'accès aux soins périnataux ?
Relance : information, concertation, relais de terrain.

Acteurs hospitaliers

- Comment avez-vous entendu parler du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours ?
Relance : formation, réunion, information interne, communication, hiérarchie.
- Comment ce programme a-t-il été compris et reçu au sein de votre équipe ?
- Où en êtes-vous actuellement au niveau de la mise en œuvre du Programme dans votre service ?
Relance : outil Born in Belgium, coordination, concertation multidisciplinaire.
- Depuis quand le programme est-il mis en place dans votre service ?
- Quelles ont été les principales étapes de sa mise en œuvre jusqu'à aujourd'hui ?
- Selon vous, quels sont les principaux freins et leviers dans la mise en œuvre du programme dans votre institution ?
Relance : temps, formation, outil, contraintes administratives, ressources, organisation, soutien institutionnel.
- Concernant l'outil Born in Belgium, est-ce que cela a été facile à intégrer dans votre pratique ?
Relance : avez-vous identifié des obstacles ou des leviers ?
- Quels changements ou adaptations ont été mis en place dans votre service depuis l'introduction du Programme ?

- Toutes les patientes qui se présentent dans votre service peuvent-elles bénéficier du Programme ?
- Pour les patientes qui n'entrent pas dans le dispositif du Programme, comment assurez-vous l'accès aux soins et la continuité du suivi ?
- Existe-t-il un suivi ou une évaluation de la mise en œuvre du programme dans votre service ?
Relance : feedback, indicateurs, ajustements.

Acteur associatif ou de première ligne

- Comment avez-vous été impliqué-e dans le Programme interfédéral des 1 000 premiers jours ?
- Quelles missions spécifiques vous sont confiées dans ce cadre ?
- Dans quelle mesure le programme influence-t-il vos pratiques quotidiennes ?
- Avez-vous observé des changements depuis sa mise en œuvre ?
Relance : parcours, accès aux soins, demandes, charge de travail.
- Le programme vous permet-il de mieux répondre aux besoins des femmes en situation irrégulière ? Pourquoi ?
- Quelles sont, selon vous, les limites du programme par rapport aux réalités du terrain ?

Acteur de littératie en santé ou d'accompagnement socio-linguistique

- Avez-vous connaissance du Programme interfédéral des 1 000 premiers jours ?
- Comment en avez-vous entendu parler ?
- Via quels réseaux ou institutions ?
- Selon vous, les objectifs de ce programme correspondent-ils aux besoins que vous observez sur le terrain ?
- Pensez-vous que les associations de terrain sont suffisamment intégrées dans ce type de politiques publiques ?

Acteur institutionnel public

- Comment le Programme a-t-il été reçu et intégré au sein de votre organisation ?
- Par quels canaux avez-vous été mis-e en contact avec le programme ?
Relance : information, injonction, appel à projets, partenariats.
- Comment les principes du Programme — coordination, continuité des soins, dépistage des vulnérabilités — se traduisent-ils concrètement dans l'organisation et dans les pratiques ?
- Avez-vous des exemples concrets ?

- Quelles directives ou outils précis utilisez-vous ?
Relance : Born in Belgium, protocoles, procédures internes.
- Quelles adaptations ont été mises en place pour répondre aux situations de vulnérabilité ?
- Quels leviers ont facilité la mise en œuvre du Programme et quelles limites ou difficultés ont été rencontrées ?
- Comment la mise en œuvre du Programme pour ce public a-t-elle évolué au sein de votre organisation depuis son lancement ?
- Qu'est-ce qui a contribué à cette évolution ?

C. Collaborations et coordination

Questions communes

Question 16. Avec quels acteurs collaborez-vous le plus fréquemment dans le cadre du Programme des 1 000 premiers jours ?

Question 17. Comment se déroule concrètement cette collaboration ?

Relance : références, réunions, échanges d'informations, relais.

Question 18. Qu'est-ce qui facilite ces collaborations ?

Question 19. Qu'est-ce qui les rend plus difficiles ou moins efficaces ?

Question 20. À l'inverse, qu'est-ce que ces collaborations vous apportent concrètement, que ce soit pour votre organisation, pour votre travail quotidien ou pour les femmes accompagnées ?

Questions ou relances spécifiques selon le profil de l'acteur

Acteur de coordination régionale

- Quel rôle joue votre organisation dans le soutien aux professionnels de première ligne et la promotion de la continuité des soins ?
Relance : concertation multidisciplinaire.
- Comment s'organise l'articulation entre le niveau macro, le niveau méso et les acteurs de terrain ?
- Comment assurez-vous le suivi de l'implémentation du programme dans les différents bassins ?
Relance : quels indicateurs alimentent son évaluation ? Retours de terrain, concertation.

Acteurs hospitaliers

- Comment s'organisent concrètement ces collaborations dans les pratiques quotidiennes ?
Relance : institutions de référence, relais des patientes, réunions.

- Qu'est-ce que ces collaborations apportent à votre travail et à la prise en charge des femmes que vous accompagnez ?
Relance : continuité, complémentarité, soutien.
- Les rencontres avec les acteurs de coordination régionale vous apportent-elles quelque chose ?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il renforcé ou modifié ces collaborations ?
- Comment percevez-vous la place et le rôle de votre institution dans le réseau d'acteurs périnataux à Bruxelles ?
Relance : position dans le réseau, rôle de coordination, orientation des patientes, partenariats.
- Plus spécifiquement dans l'accompagnement des publics vulnérables, comment vous situez-vous ?
Relance : type de patientes, limites de prise en charge, complémentarité avec d'autres structures.

Acteur associatif ou de première ligne

- Quel rôle jouez-vous dans le réseau ?
Relance : coordination, relais, accompagnement.
- Avez-vous l'impression d'agir comme un « pont » entre certains services ou institutions ?
- Le programme a-t-il modifié ou renforcé ces collaborations ?
- Qu'est-ce qui facilite ou freine ces collaborations ?

Acteur de littératie en santé ou d'accompagnement socio-linguistique

- Avec quels acteurs collaborez-vous le plus fréquemment dans l'accompagnement des personnes ?
Relance : hôpitaux, sages-femmes, planning familial, CPAS, associations, services sociaux.
- Comment se déroulent concrètement ces collaborations ?
Relance : orientation des personnes, échanges d'informations, contacts informels, réunions de réseau.
- Qu'est-ce qui facilite la collaboration entre les différents acteurs ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans ces collaborations ?

Acteur institutionnel public

- Comment s'organisent concrètement ces collaborations et quels sont les principaux enjeux ?
- Quels éléments facilitent ces collaborations et quels obstacles persistent ?
- Qu'est-ce que ces collaborations vous apportent concrètement, que ce soit pour votre organisation, pour votre travail quotidien ou pour les femmes accompagnées ?

D. Obstacles, ressources et stratégies d'adaptation

Questions communes

Question 21. Quels obstacles rencontrez-vous dans la mise en œuvre du Programme auprès des femmes migrantes en situation irrégulière ?

Question 22. Comment compensez-vous ces obstacles dans votre pratique quotidienne ?

Question 23. Quelles ressources internes ou externes soutiennent votre travail ?

Question 24. Parmi les besoins identifiés des femmes migrantes en situation irrégulière, lesquels n'ont pas pu être satisfaits par le Programme, et pour quelles raisons ?

Questions ou relances spécifiques selon le profil de l'acteur

Acteur de coordination régionale

- Quels sont les principaux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du programme à Bruxelles ?
- Quelles adaptations ont été nécessaires ?
- Qu'est-ce qui vous aide aujourd'hui à remplir votre rôle dans le programme ?
- Sur quels appuis pouvez-vous vous reposer ?
Relance : organisation interne, financement, partenariats, données partagées.

Acteurs hospitaliers

- Quelles ressources internes ou externes soutiennent votre travail ?
Relance : organisation interne, partenaires, outils, réseau.
- Ces ressources sont-elles suffisantes selon vous ?
- Dans votre pratique, dans quelle mesure pouvez-vous adapter votre accompagnement auprès des patientes ?
- Certaines contraintes institutionnelles limitent-elles votre marge de manœuvre ou de décision ?
Relance : autonomie, contraintes, décisions.
- Selon vous, les principes du Programme — continuité du suivi, approche intégrée, universalité — sont-ils faciles à appliquer sur le terrain ?
Relance : continuité, parcours fragmentés, exclusion.
- Quelles sont les conséquences, notamment en termes d'accès aux soins ?
Relance : retard de suivi, perte de patientes, inégalités.

Acteur associatif ou de première ligne

- Comment percevez-vous votre place dans le système de soins périnataux à Bruxelles ?
- Selon vous, quels acteurs ont le plus de pouvoir dans ce système ?

- Les besoins des femmes en situation irrégulière sont-ils suffisamment pris en compte ?
- Avez-vous parfois l'impression de compenser des manques du système ?

Acteur de littératie en santé ou d'accompagnement socio-linguistique

- Dans votre expérience, quels sont les principaux obstacles rencontrés par les femmes migrantes pour accéder aux soins pendant la grossesse ?
Relances possibles : démarches administratives, manque d'information sur les droits, barrière linguistique, peur des institutions, coût des soins, instabilité du logement ou du statut.
- Rencontrez-vous des femmes migrantes en situation irrégulière dans votre travail ?
- Si oui, quelles sont les difficultés spécifiques qu'elles rencontrent ?
- Comment ces femmes accèdent-elles généralement aux soins périnataux ?
- Comment votre organisation accompagne-t-elle concrètement les femmes enceintes dans leurs démarches ?
Relance : information sur les droits, aide administrative, orientation vers des structures de santé, médiation linguistique ou sociale.
- Existe-t-il des dispositifs spécifiques qui facilitent l'accès aux soins pour ces femmes ?
Relance : Aide médicale urgente, accompagnement social, soutien associatif.
- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre travail d'accompagnement ?
- Quelles ressources ou quels soutiens facilitent votre travail ?
Relance : réseaux associatifs, partenariats, formations, soutien institutionnel.

Acteur institutionnel public

- Quels obstacles rencontrez-vous dans la mise en œuvre du Programme auprès des femmes migrantes en situation irrégulière ?
- Comment compensez-vous ces obstacles dans votre pratique quotidienne ?
- Parmi les besoins identifiés des femmes migrantes en situation irrégulière, lesquels n'ont pas pu être satisfaits par le Programme ?
- Selon vos observations, le Programme a-t-il permis d'améliorer l'accès et la continuité du suivi pour ce public ?
- À travers quels indicateurs percevez-vous une amélioration, ou au contraire une stagnation ?
- Disposez-vous de ressources internes ou externes qui soutiennent votre travail ?
- Ces ressources sont-elles suffisantes ?

E. Recommandations finales

Questions communes

Question 25. Dans quelle mesure le Programme interfédéral permet-il d'adapter votre accompagnement des femmes migrantes en situation irrégulière ?

Question 26. Quels ajustements ou améliorations permettraient, selon vous, de mieux répondre aux besoins des femmes migrantes en situation irrégulière ?

Relance : De quel soutien ou suivi disposez-vous pour vous accompagner dans l'adaptation de vos pratiques ?

Question 27. Que faudrait-il modifier dans le Programme ou dans son organisation pour faciliter sa mise en œuvre ?

Question 28. Souhaitez-vous ajouter un point qui n'a pas encore été abordé ?

Questions ou relances spécifiques selon le profil de l'acteur

Acteur de coordination régionale

- Selon vous, dans quelle mesure le Programme interfédéral, dans son organisation, permet-il une meilleure prise en compte des femmes migrantes en situation irrégulière ?
- Quels ajustements ou améliorations permettraient une meilleure prise en compte des publics les plus vulnérables, notamment des femmes migrantes en situation irrégulière ?

Acteurs hospitaliers

- Selon vous, le système de soins périnataux actuel est-il adapté aux réalités des femmes migrantes en situation irrégulière ?
Relance : égalité, accès, continuité.
- Dans ce contexte, quels ajustements ou améliorations du Programme permettraient de mieux répondre à leurs besoins ?
Relance : NISS, coordination, simplification administrative.
- Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour mieux intégrer les acteurs de première ligne dans un programme comme celui des 1 000 premiers jours ?
Relance : relais d'informations, coordination.

Acteur associatif ou de première ligne

- Quels sont, selon vous, les principaux défis du Programme des 1 000 premiers jours aujourd'hui ?
- Que faudrait-il améliorer pour mieux répondre aux besoins des femmes en situation irrégulière ?

Acteur de littératie en santé ou d'accompagnement socio-linguistique

- Selon vous, quelles améliorations permettraient de faciliter l'accès aux soins périnataux pour les femmes migrantes en situation irrégulière ?

- Quel rôle les associations de terrain pourraient-elles jouer davantage dans l'organisation des soins périnataux ?
- Souhaitez-vous ajouter un point ou partager une expérience qui vous semble importante concernant l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?

Acteur institutionnel public

- Quels sont, selon vous, les principaux défis actuels dans l'implémentation du Programme ?
- Quels ajustements ou évolutions du Programme vous sembleraient nécessaires pour faciliter sa mise en œuvre, notamment pour les publics les plus vulnérables ?
- Souhaitez-vous ajouter un point qui n'a pas encore été abordé ?

Annexe 4 : Fiche d'observation

Note méthodologique

Cette fiche a été utilisée comme support souple de prise de notes lors des espaces de rencontre. Elle ne visait pas à produire un verbatim exhaustif, mais à documenter les thématiques abordées, les acteurs présents, les dispositifs présentés, les dynamiques d'échange et les éléments de mise en réseau. Les observations ont ensuite été complétées par des notes de terrain et discutées entre les deux chercheuses.

Partie A : Données contextuelles

Élément	Informations à compléter
Bassin de soins et d'aide observé	
Date et heure	
Lieu	
Animateur·rice(s)	
Structures ou secteurs représentés	
Nombre approximatif de participant·es	
Objectif annoncé de la rencontre	
Questions ou thématiques principales annoncées	

Partie B : Échanges verbaux

Question ou thématique abordée	Éléments observés / propos relevés	Acteur·rice ou type d'acteur concerné·e	Notes Qui prend la parole ? Qui interagit avec qui ?

Partie C : Présentation des dispositifs et clarification du réseau

Élément observé	Notes
Dispositifs ou structures présentés	
Missions ou rôles expliqués	

Publics concernés	
Modalités d'orientation ou de contact mentionnées	
Ressources ou outils partagés	
Questions posées par les participant·es	
Éléments permettant de clarifier "qui fait quoi"	

Partie D : Notes réflexives après observation

Question réflexive	Notes
Quelle était la fonction principale de la rencontre ?	
Quels éléments confirment ou nuancent les entretiens ?	
Quels enjeux de collaboration ressortent ?	
Quels acteurs ou dispositifs semblent centraux dans les échanges ?	
Quels points restent flous ou peu abordés ?	
Éléments utiles pour l'analyse EPIS	
Éléments utiles pour l'analyse des parties prenantes	

Annexe 5 : Arbres thématiques

Arbre thématique 1 : analyse de l'implémentation du programme

1. Implémentation du programme

1.1. Dispositifs et outils du programme

- 1.1.1. Dépistage des vulnérabilités
- 1.1.2. Plateforme de dépistage et facturation
- 1.1.3. Parcours de soins
- 1.1.4. Concertations multidisciplinaires
- 1.1.5. Coordination

1.2. Modalités de mise en œuvre

- 1.2.1. Utilisation des outils
- 1.2.2. Intégration dans les pratiques
- 1.2.3. Information et formation des acteur·rices

1.3. Appropriation par les acteur·rices

- 1.3.1. Compréhension du programme
- 1.3.2. Perception des outils
- 1.3.3. Adhésion / résistances

1.4. Freins à l'implémentation

- 1.4.1. Freins administratifs et institutionnels
- 1.4.2. Freins liés aux pratiques de terrain
- 1.4.3. Freins à la participation des acteur·rices

1.5. Leviers de l'implémentation

- 1.5.1. Collaboration et travail en réseau
- 1.5.2. Accompagnement des acteur·rices
- 1.5.3. Outils et dispositifs du programme

1.6. Effets observés

- 1.6.1. Amélioration du dépistage des vulnérabilités
- 1.6.2. Structuration des parcours
- 1.6.3. Renforcement des collaborations
- 1.6.4. Effets inattendus

1.7. Effets attendus

1.8. Écart entre programme et terrain (GAP)

- 1.8.1. Décalage objectifs / pratiques

2. Facteurs contextuels

2.1. Contexte externe

- 2.1.1. Contexte politique et institutionnel

- 2.1.2. Cadre administratif
- 2.1.3. Logement et précarité
- 2.1.4. Fonctionnement du réseau périnatal

2.2. Contexte interne

- 2.2.1. Ressources humaines
- 2.2.2. Manque de temps
- 2.2.3. Organisation des structures

2.3. Accès et recours aux soins

- 2.3.1. Entrée dans le parcours de soins
- 2.3.2. Parcours migratoire

3. Pratiques et dynamiques d'acteurs

- 3.1. Rôles des acteur·rices
- 3.2. Collaboration et coordination
- 3.3. Stratégies d'adaptation

Arbre thématique 2 : Analyse des parties prenantes

1. Collaboration entre les parties prenantes

1.1. Dépendance et réciprocité structurelle

- 1.1.1. Complémentarité entre les acteurs médicaux et sociaux
- 1.1.2. Nécessité de relais entre institutions et terrain
- 1.1.3. Interdépendance dans l'accompagnement des femmes migrantes en séjour irrégulier
- 1.1.4. Impossibilité pour un acteur d'assurer seul la continuité du parcours

1.2. Continuité prénatale relativement structurée

- 1.2.1. Orientation vers le suivi prénatal
- 1.2.2. Rôle central des sages-femmes et des hôpitaux
- 1.2.3. Identification des vulnérabilités pendant la grossesse
- 1.2.4. Coordination autour de la préparation à l'accouchement

1.3. Passage de relais postnatal fragile

- 1.3.1. Difficultés de continuité après l'accouchement
- 1.3.2. Relais vers l'institutions publics et les services de première ligne
- 1.3.3. Risque de rupture lors du retour à domicile
- 1.3.4. Fragilité du suivi post-partum

1.4. Obstacles à l'action collective

- 1.4.1. Silos institutionnels
- 1.4.2. Fracture entre le secteur médical et le secteur social
- 1.4.3. Inadéquation des outils numériques
- 1.4.4. Manque de temps des professionnels

1.4.5. Difficultés de circulation de l'information

1.4.6. Fragmentation des responsabilités

1.5. Liens informels et culture commune comme mécanismes compensatoires

1.5.1. Réseaux personnels entre professionnels

1.5.2. Communication directe entre acteurs

1.5.3. Interconnaissance dans le réseau périnatal bruxellois

1.5.4. Confiance entre professionnels

1.5.5. Valeurs communes autour de l'accès aux soins

1.5.6. Adaptations informelles face aux limites du système

2. Pouvoir des parties prenantes

2.1. Pouvoir coercitif

2.1.1. Contraintes administratives

2.1.2. Absence ou difficulté liée au numéro NISS

2.1.3. Procédures d'aide médicale urgente

2.1.4. Rôle des CPAS dans l'ouverture des droits

2.1.5. Cadres juridiques limitant l'accès aux dispositifs

2.1.6. Blocages institutionnels dans le parcours de soins

2.2. Pouvoir utilitaire

2.2.1. Financement des dispositifs

2.2.2. Ressources humaines disponibles

2.2.3. Temps consacré à l'accompagnement

2.2.4. Ressources matérielles

2.2.5. Accès aux outils numériques

2.2.6. Dépendance aux subsides et aux moyens institutionnels

2.3. Pouvoir normatif

2.3.1. Réputation des acteurs dans le réseau

2.3.2. Expertise de terrain

2.3.3. Reconnaissance institutionnelle

2.3.4. Crédibilité professionnelle

2.3.5. Capacité à influencer les pratiques par l'expérience

2.3.6. Engagement éthique envers les publics vulnérables

2.4. Asymétrie de pouvoir entre acteurs

2.4.1. Décisions prises au niveau institutionnel

2.4.2. Contraintes vécues par les acteurs de terrain

2.4.3. Marges de manœuvre limitées des professionnels

2.4.4. Décalage entre le cadre du programme et les réalités du terrain

2.4.5. Dépendance des acteurs associatifs aux ressources institutionnelles

3. Légitimité des parties prenantes

3.1. Légitimité institutionnelle

- 3.1.1. Mandat officiel des institutions
- 3.1.2. Place reconnue dans le Programme des 1 000 premiers jours
- 3.1.3. Rôle des hôpitaux, des institutions publics, de Brusano et des autorités régionales
- 3.1.4. Reconnaissance par les autres acteurs du réseau

3.2. Légitimité professionnelle

- 3.2.1. Expertise clinique
- 3.2.2. Expertise sociale
- 3.2.3. Compétences en périnatalité
- 3.2.4. Coordination médico-sociale
- 3.2.5. Capacité à identifier les vulnérabilités
- 3.2.6. Accompagnement spécialisé des femmes enceintes

3.3. Légitimité sociale

- 3.3.1. Proximité avec les femmes migrantes en séjour irrégulier
- 3.3.2. Accessibilité des acteurs associatifs
- 3.3.3. Confiance construite avec le public
- 3.3.4. Compréhension des réalités migratoires
- 3.3.5. Adaptation aux besoins linguistiques, sociaux et culturels

3.4. Légitimité cognitive

- 3.4.1. Acteurs identifiés comme incontournables dans le réseau
- 3.4.2. Habitude de collaboration entre professionnels
- 3.4.3. Reconnaissance implicite de certains acteurs comme référents
- 3.4.4. Connaissance partagée des rôles de chacun
- 3.4.5. Intégration progressive des acteurs dans les pratiques du réseau

4. Urgence médico-sociale

4.1. Urgence temporelle

- 4.1.1. Grossesse avancée au moment de l'entrée dans le suivi
- 4.1.2. Retard de suivi prénatal
- 4.1.3. Délais administratifs incompatibles avec le temps de la grossesse
- 4.1.4. Nécessité d'agir rapidement avant l'accouchement
- 4.1.5. Risque de perte de chance dans le parcours périnatal

4.2. Urgence sociale

- 4.2.1. Absence ou instabilité du logement
- 4.2.2. Précarité matérielle
- 4.2.3. Isolement social
- 4.2.4. Difficultés d'ouverture des droits
- 4.2.5. Accès à l'aide médicale urgente
- 4.2.6. Priorité donnée aux besoins sociaux avant les besoins médicaux

4.3. Urgence relationnelle

- 4.3.1. Nécessité de créer rapidement un lien de confiance
- 4.3.2. Peur des institutions
- 4.3.3. Méfiance liée au statut administratif
- 4.3.4. Barrières linguistiques
- 4.3.5. Besoin d'écoute et de sécurisation
- 4.3.6. Importance de la disponibilité des professionnels

4.4. Risque de rupture du parcours

- 4.4.1. Perte de contact avec les femmes accompagnées
- 4.4.2. Non-recours aux soins
- 4.4.3. Absence de relais après l'accouchement
- 4.4.4. Discontinuité entre hôpital, première ligne et secteur social
- 4.4.5. Fragilisation du suivi postnatal

