

Rapport suite au colloque
“Réseau en périnatalité et santé mentale”
du 26 mars 2026

Périnatalité et vulnérabilités croissantes :
constats du terrain et besoins urgents pour renforcer le réseau

1. Contexte et objectifs du colloque	2
2. Constats partagés : des vulnérabilités en forte augmentation	3
3. Les manquements structurels identifiés	5
4. Les enjeux cliniques centraux mis en lumière	6
5. Ce qui fonctionne : les forces du réseau	6
6. Les besoins prioritaires du secteur	7
7. Le Réseau Périnatal : un levier structurant	7



1. Contexte et objectifs du colloque

Le 26 mars 2026, le Réseau Périnatal (perinatal.be) a organisé son premier colloque interdisciplinaire : “Réseau en périnatalité et santé mentale”, celui-ci a réuni plus de 400 professionnels issus des secteurs médicaux, psychosociaux, hospitaliers et communautaires au Centre Culturel d’Uccle.

En Belgique, les chiffres sont alarmants :

- 54% des mères déclarent une souffrance psychologique
- 27% présentent des symptômes de dépression périnatale
- 28% évoquent un burnout maternel

Cette journée a confirmé l’importance de donner une réponse coordonnée et structurelle.

1.1 Une mobilisation interdisciplinaire et politique

La présence de nombreux acteurs de terrain et représentants politiques a souligné l’importance croissante accordée aux enjeux de santé mentale périnatale :

- Mme la Bourgmestre Valentine Delwart
- Mme la Ministre, Secrétaire d’État Karine Lalieux (COCOM)
- Mme Daphné Scheppers, conseillère enfance au cabinet de Mme la Ministre Valérie Lescrenier
- M. Luc Detavernier, ancien directeur de plateforme de santé mentale

1.2 Les structures et équipes présentes

10 structures et équipes de terrain (partenaires du Réseau) ont présenté leurs pratiques, leurs outils et leurs difficultés lors du colloque, offrant une photographie représentative de la diversité et de la complémentarité du réseau périnatal :

- La Clinique La Ramée (Réseau Epsilon) : analyse rétrospective des demandes en périnatalité avec notamment l’Unité mère-bébé, à l’origine du Réseau Périnatal, Bruxelles.
- Le KaPP et l’UPBB : unités parents-bébé en hôpital de jour (HUDERF/ULB et Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCLouvain).
- Les Maisons Vertes (Association Bruxelloise des Maisons Vertes) : 5 lieux de prévention et de socialisation 0–4 ans, anonymes et ouverts à tous.
- ClairsVallons : centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique, unité parents-bébé à Ottignies.
- Le Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) : projet de détection précoce à l’hôpital des situations à haut risque de maltraitance dès la grossesse.
- La Maison Maternelle d’Aleur : hébergement et accompagnement de mères et bébés en situation de vulnérabilité.
- L’IHP La Lisière : structure d’accueil de 5 dyades mère-bébé, lancée en décembre 2021 à l’initiative du Dr Mendelbaum, fondée sur le modèle du « village » et d’un accompagnement vers l’autonomie parentale (6 mois à 2 ans).
- Le Réseau ARCHIPEL (groupe de travail en périnatalité) : réseau de proximité ayant développé une cartographie intersectorielle en périnatalité et petite enfance.
- Baby-SPOT (CHC MontLégia) : équipe pluridisciplinaire de soutien parental, d’orientation et de thérapie pour les bébés vulnérables et leurs parents.



- Les Services d'Accompagnement Périnatal (SAP) de l'ONE : 12 services agréés en Communauté Française, accompagnement psycho-médico-social pluridisciplinaire des familles vulnérables dès la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

2. Constats partagés : des vulnérabilités en forte augmentation

Les échanges du colloque mettent en évidence un constat partagé : les familles accompagnées cumulent des vulnérabilités multiples, qui s'additionnent et se renforcent, rendant les prises en charge plus complexes, plus longues et plus intensives.

Selon une analyse rétrospective des demandes en périnatalité à la Clinique La Ramée (Réseau Epsylon), portant sur 229 patientes entre janvier 2023 et décembre 2025 :

- Le premier motif de consultation est le soutien psychosocial (33,2%), devant les addictions (18,8%), la dépression post-partum (17%), les troubles de la personnalité (9,2%), les psychoses (8,3%) et les troubles anxieux/TOC (6,1%).
- Le profil socio-économique des patientes révèle une précarité importante : près de 45% bénéficient du CPAS et seulement 16% sont en emploi. Cette précarité est associée à une plus grande absence paternelle. Le père étant absent ou peu présent dans plus de la moitié des situations. L'âge maternel moyen est de 29 ans, sans surreprésentation des très jeunes mères.
- Près de la moitié des demandes (45,1%) émanent des services de protection de l'enfance (SAJ et SPJ), soulignant le positionnement de la psychiatrie périnatale à l'interface du soin psychiatrique, du soutien psychosocial et de la protection de l'enfance.
- Enfin, si la grande majorité des situations est prise en charge en ambulatoire, 24% ont nécessité une hospitalisation. Ce recours étant significativement plus fréquent pour les demandes issues des structures hospitalières et des instances de protection de l'enfance que pour celles provenant du réseau médico-psychologique de première ligne.

2.1. Vulnérabilités sociales et matérielles

Les situations observées combinent de plus en plus fréquemment :

- Instabilité du logement : absence de domicile, insalubrité, surpopulation
- Précarité financière : surendettement, revenus insuffisants, difficultés à couvrir les besoins de base
- Fragilité administrative : statuts précaires, parcours migratoires complexes
- Isolement social : absence de réseau de soutien, difficultés de mobilité
- Freins structurels : discrimination, méconnaissance des services, crainte des institutions

Ces facteurs constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins et à l'accompagnement, et compliquent l'engagement dans les suivis.

2.2. Vulnérabilités psychiques et relationnelles des parents

Les professionnels relèvent une forte prévalence de troubles psychiques, souvent liés à des trajectoires de vie marquées par des traumatismes :



- Troubles anxieux et dépressifs, épuisement parental
- Instabilité affective, conflits conjugaux, violences
- Conduites addictives (actuelles ou passées)
- Difficultés cognitives ou d'accès à l'information

Ces vulnérabilités limitent la capacité des parents à mobiliser les aides disponibles. Également, une orientation vécue comme contrainte peut renforcer la méfiance et entraîner des ruptures de suivi.

2.3. Vulnérabilités des bébés et troubles de la relation précoce

Les situations décrites concernent des bébés présentant des fragilités dès la période prénatale ou à la naissance :

- Contextes de vie instables ou traumatiques
- Complications médicales précoces ou troubles du développement
- Difficultés de régulation, de communication ou d'interaction

Ces situations nécessitent des prises en charge spécialisées et pluridisciplinaires :

- L'intervention précoce est déterminante dans une période clé du développement.
- Les difficultés s'inscrivent souvent dans une dynamique circulaire : les fragilités de l'enfant et celles des parents se renforcent mutuellement.
- Les unités spécialisées indiquent que traiter la mère ne suffit pas en cas de distorsion relationnelle : l'intervention doit impérativement inclure la dyade, voire la triade parent-bébé.

2.4. Situations à haut risque et protection de l'enfance

Certaines situations cumulent des facteurs de risque majeurs :

- Antécédents institutionnels
- Troubles psychiatriques sévères
- Addictions
- Grande précarité
- Parentalité très précoce

L'identification des risques dès la période prénatale est essentielle mais faute de solutions intermédiaires suffisantes, une part importante de ces situations aboutit à des séparations.

2.5. Un manque de solutions adaptées

Des dispositifs d'accompagnement intensif et d'hébergement existent et constituent des alternatives essentielles pour :

- le soutien de la relation parent-enfant
- la sécurisation du bébé
- l'accompagnement dans la durée

Toutefois, leur nombre est insuffisant au regard des besoins croissants.



3. Les manquements structurels identifiés

3.1. Facteurs sociétaux aggravants

Plusieurs facteurs structurels majeurs, largement reconnus, impactent de manière disproportionnée les familles les plus fragilisées et compliquent leur accompagnement :

- La crise du logement (pénurie, loyers élevés, accès limité pour les publics précarisés)
- La crise des milieux d'accueil de la petite enfance (manque de personnel, épuisement, fermetures)
- La pénurie de professionnels de première ligne (assistants sociaux, infirmiers), entraînant des délais importants

3.2. Insuffisance du financement et de la reconnaissance sectorielle

Malgré l'engagement des professionnels, plusieurs obstacles majeurs entravent le fonctionnement du réseau :

- Un manque de financement structurel et pérenne
- Du temps de concertation non rémunéré
- Des modèles de financement inadaptés à la clinique périnatale
- Une reconnaissance encore insuffisante de la spécificité périnatale
- Des contrats précaires et un turn-over important qui fragilisent la continuité des soins
- Des exigences administratives en tension avec les valeurs cliniques

Les SAP de l'ONE confirment cette réalité : manque de moyens financiers, manque d'emplois financés par les subsides, complexité croissante des situations et intensification des suivis. Ces quatre éléments constituent un cercle vicieux qui menace la pérennité de l'action de terrain.

3.3. Saturation du réseau et manque de structures adaptées

Les équipes de terrain ont signalé en priorité les manquements suivants :

- Manque de psychiatres et psychologues disponibles pour les parents, manque de relais institutionnels
- Saturation importante du réseau (SSM, SAJ, SPJ, services résidentiels)
- Absence de places pour les services éducatifs mandatés et les MIFF
- Manque de crèches thérapeutiques et de lieux d'accueil spécialisés
- Absence de places pour les placements (familles d'accueil, pouponnières)

De manière générale, on constate un manque d'expertise spécifique dans le réseau.

3.4. Difficultés du travail en réseau

Au-delà des manques structurels, les professionnels ont identifié des obstacles spécifiques au travail en réseau, relevés de manière convergente par plusieurs équipes :

- La circulation et le partage d'informations (secret professionnel, manque de transparence)
- La coordination des actions entre services pour éviter les doublons
- La méconnaissance mutuelle des services et de leurs missions
- La divergence de temporalité dans les prises en charge selon les services



- L'asymétrie des statuts et l'hétérogénéité des mandats
- La confusion entre services volontaires et services mandatés (SAP souvent sollicités pour de l'évaluation ou de la surveillance)
- Les déplacements : charge de travail significative, coûts supplémentaires pour les équipes
- Le réseau de relais saturé, avec des critères d'exclusion qui laissent certaines familles sans solution

4. Les enjeux cliniques centraux mis en lumière

4.1. Les violences conjugales

Les violences conjugales sont reconnues comme un enjeu de santé publique majeur. Souvent sous-déclarées, elles restent difficiles à repérer et concernent toutes les classes sociales. La période périnatale constitue un moment particulièrement à risque, avec des conséquences importantes sur les compétences parentales, la relation parent-enfant et le développement de l'enfant. Jusqu'à 60% des enfants exposés aux violences conjugales présentent un traumatisme.

4.2. Détection précoce et continuité des soins

Le repérage précoce ne suffit pas : il est indispensable de penser des prises en charge dans la durée et d'assurer des relais après les dispositifs existants. Le projet du GHDC de détection prénatale des situations à risque de maltraitance illustre la valeur d'une intervention précoce et coordonnée, mais également ses limites face à l'engorgement du réseau.

4.3. Le secret professionnel en réseau

Le travail en réseau en périnatalité implique une collaboration entre professionnels aux pratiques, cadres et référentiels différents. Le secret professionnel, fondé sur la confiance et la confidentialité, constitue une règle, mais se trouve en tension face aux situations de vulnérabilité ou de danger pour le bébé. L'équilibre entre respect du secret et responsabilité de protection est une question centrale, exigeant du temps, du dialogue et une responsabilité partagée.

5. Ce qui fonctionne : les forces du réseau

Les professionnels ont également mis en avant les éléments positifs du travail en réseau, comme base sur laquelle s'appuyer pour développer le secteur :

- La solidarité interservices et l'approche pluridisciplinaire permettant de croiser les regards
- La mutualisation des ressources, compétences et connaissances
- Les réunions d'intervenants, co-coordinations et concertations, soutien majeur dans les situations complexes
- La cartographie des services (notamment via perinatal.be) facilitant l'orientation rapide
- La visibilité grandissante du Réseau Périnatal auprès des partenaires



- Les pratiques de triangulation avec les familles, favorisant la continuité du lien (« transfert de confiance »)
- La mobilisation du réseau informel des parents, levier sous-estimé dans l'adhésion aux soins (Maisons Vertes)

La Lisière illustre concrètement le modèle du « village autour de chaque famille » : un environnement suffisamment bon, un maillage vivant de partenaires, un accompagnement sur la durée (6 mois à 2 ans), une attention simultanée à la mère, à l'enfant et au père.

6. Les besoins prioritaires du secteur

Sur la base des présentations et des échanges du colloque, les professionnels du Réseau Périnatal identifient les besoins suivants comme prioritaires pour garantir un accompagnement de qualité aux familles les plus vulnérables.

6.1 Financement et reconnaissance

- Un financement structurel et pérenne des services d'accompagnement périnatal, adapté à la complexité croissante des situations
- La rémunération du temps de concertation et de coordination entre professionnels
- La création d'emplois stabilisés dans les équipes pour réduire le turn-over et assurer la continuité des soins
- La reconnaissance officielle de la spécificité de la clinique périnatale dans les modèles de financement

6.2 Structures et places

- La création de places supplémentaires en crèches thérapeutiques et en unités spécialisées
- Le renforcement des Services de Santé Mentale (SSM) avec identification d'une spécificité petite enfance
- Le renforcement des équipes mobiles spécialisées
- Des solutions d'hébergement adaptées pour les familles en situation de vulnérabilité extrême

6.3 Coordination et formation

- Le développement d'espaces de réflexion (supervisions, régulations d'équipe) pour soutenir les professionnels
- La formation des partenaires à la spécificité périnatale (impact de la négligence, de la précarité, des traumatismes sur le développement du bébé)
- Le soutien institutionnel à la cartographie des services (perinatal.be) comme outil de coordination

7. Le Réseau Périnatal : un levier structurant

Créé en 2023 à l'initiative du Dr Karine Mendelbaum, psychiatre, Cheffe de service à l'unité mère-bébé de la Clinique La Ramée, (Réseau Epsilon) et Directrice médicale du site le



Réseau Périnatal vise à connecter et rencontrer les différents acteurs de terrain. Ce premier colloque constitue une étape importante dans le développement d'une dynamique de collaboration durable.

Le Réseau Périnatal porte la conviction que construire un « village autour de chaque famille » exige des moyens, de la reconnaissance et une volonté politique ferme.

Ce rapport constitue un appel structuré à l'action en faveur du financement et du développement du réseau périnatal belge.

—

Contact :

Dr Karine Mendelbaum

k.mendelbaum@epsylon.be

www.perinatal.be/colloque

