

« Rôle des professionnels dans la construction des liens familiaux », créées dès 1990 sous l'égide du ministère de la Santé, se poursuivent dans cet objectif⁴. La reproductibilité de ces formations dans divers pays étrangers permet d'asseoir leur pertinence.

Enfin, la généralisation et la lisibilité des collaborations entre les acteurs du psychisme et le monde somatique a fait l'objet de recommandations dans le Cahier des charges des réseaux périnataux. Doté de nouveaux moyens par le Plan périnatalité 2005-2007, ce rapprochement amène le monde de la psychologie/psychiatrie à faire un effort considérable d'harmonisation, en vue d'offrir aux partenaires une base consensuelle minimale, tout en gardant la richesse des divers courants de pensée. La création récente d'un diplôme interuniversitaire de psychopérinatalité à visée nationale, destiné en premier chef aux soignants, constitue un effort significatif vers une meilleure cohérence.

4. Les travaux de ces formations peuvent être consultés dans la revue *Naissances (Cahiers de l'Afrique)*, www.afree.asso.fr

Conclusion

À nouvel état d'esprit, nouveaux concepts : les notions de coordination, de transmission, de référent s'imposent si l'on veut structurer l'espace virtuel que constitue l'ensemble des acteurs concernés, depuis le début de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école. Présents depuis longtemps dans la réflexion des enseignants en santé publique [47], ils prennent une force particulière en venant directement de la clinique pédopsychiatrique, puis de la clinique périnatale — concepts habités de manière radicale par les témoignages des parents et la symptomatologie ultérieure des enfants. Sans parler des 10 à 15 % de dépressions du *post-partum* qui peuplent les consultations des médecins généralistes et des psychiatres : la plupart de ces femmes n'ont pas osé ou pas imaginé qu'elles pouvaient confier leur malaise durant la grossesse, et encore moins au retour à la maison, tant il est douloureux de se sentir mal lorsqu'on devient mère.

Force est de reconnaître que nous n'en sommes qu'au tout début du chantier. ↵

Service départemental de protection maternelle et infantile (PMI)

Les activités du service de PMI

L'organisation et les missions du service départemental de PMI sont définies aux articles L. 2111-1 et suivants, R. 2112-1 et suivants du Code de la santé publique. D'après les dispositions législatives et réglementaires, le service de PMI participe, sous l'autorité du président du conseil général, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile.

En matière de garde des enfants de moins de 6 ans, le service de PMI :

- instruit les demandes d'agrément des assistants maternels ;
- réalise des actions de formation destinées aux assistants maternels accueillant des enfants à titre non permanent ;
- exerce la surveillance et le contrôle des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Dans le domaine sanitaire et social, le service de PMI organise :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Les activités des services de PMI sont gérées soit directement, soit par convention avec d'autres collectivités publiques ou des

personnes morales de droit privé à but non lucratif. Pour exercer ses missions, le service est placé sous l'autorité d'un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment des médecins, sages-femmes, puéricultrices et infirmières.

L'enquête sur la Protection maternelle et infantile

Les articles L. 1614-7 et R. 1614-28 du Code général des collectivités territoriales prévoient que les conseils généraux transmettent chaque année à l'État les statistiques en matière d'action sociale et de santé liées à l'exercice des compétences transférées. La Drees envoie donc tous les ans aux conseils généraux un questionnaire destiné à collecter, au 31 décembre, des informations sur l'activité des services de PMI, et notamment sur le nombre d'établissements et de places d'accueil collectif et familial des enfants de moins de 6 ans.

Outre les données sur les capacités d'accueil collectif, l'enquête annuelle permet de dénombrer les effectifs travaillant à temps plein et à temps partiel au sein des services de PMI. En 2006, ces services comptent en métropole un effectif de plus de 2 300 médecins — 1 920 en équivalent temps plein (ETP) —, 830 sages-femmes (730 en ETP), 4 400 puéricultrices (près de 3 800 en ETP), et 1 330 infirmières (1 150 en ETP). Les puéricultrices apportent leur concours à la PMI soit uniquement pour les consultations infantiles, la surveillance des enfants de moins de 6 ans à domicile ou dans les écoles maternelles, soit conjointement à deux ou trois de ces fonctions. Des infirmières peuvent être recrutées dans le cadre de la PMI pour assurer ces mêmes tâches. ↵

Extrait de : *Études et résultats* n° 608, novembre 2007. « L'accueil collectif et en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2006 ». Guillaume Bailleau, Drees.