

## Qui veut la peau du médecin généraliste ?

*A propos de la récente lettre de mission ministérielle sur la périnatalité.*

Il fallait oser. À défaut de résoudre la crise de la périnatalité, on choisit de la redéfinir — quitte à faire disparaître ce qui dérange. Dernière itération en date : une stratégie périnatale où la médecine générale brille par son absence. Une absence si nette qu'elle en devient presque doctrinale.

Car enfin, qui suit les femmes avant, pendant, après la grossesse, en dehors des parcours idéalisés ? Qui assure la continuité, dépiste précocement, coordonne, rattrape les défaillances d'un système fragmenté, à bout de souffle ? Il semble que, dans la cartographie des décideurs, cette réalité de terrain soit devenue optionnelle.

Scientifiquement, le pari est audacieux. Il suppose que la périnatalité peut se penser en silo, concentrée dans un modèle spécialisé, hospitalo-centré, où la complexité serait absorbée par la technicité. Une hypothèse en contradiction frontale avec les données accumulées depuis des années : continuité des soins, accessibilité, suivi longitudinal et soins primaires intégrés sont les déterminants majeurs des résultats en santé maternelle et infantile.

Ironiquement, au moment même où la littérature internationale appelle à renforcer les soins primaires et la prévention, nous choisissons la voie inverse : celle de la fragmentation. Moins de premier recours, moins de proximité, moins d'anticipation - mais davantage d'organisation autour des complications.

Et comme pour parachever cette logique, la composition même de la mission éclaire la vision sous-jacente. Aux côtés des spécialités attendues (sage-femme, gynécologue, pédiatre) une quatrième "personnalité" : un anesthésiste-réanimateur. Non, ce n'est pas une blague. C'est un signal. Celui d'une périnatalité pensée depuis l'aval, depuis le bloc, depuis la gestion des urgences - plutôt que depuis l'amont, là où tout se joue réellement.

Dans le même temps, les politiques publiques de protection maternelle et infantile s'érodent, les structures de proximité déclinent, et la prévention -

pourtant seule réponse durable — devient un angle mort. Plutôt que de consolider ce qui fonctionne encore, on acte son effacement.

Cyniquement, il y a une forme de cohérence. Face à la raréfaction des médecins généralistes, à leur surcharge, à leur invisibilisation progressive, on finit par adapter la stratégie en faisant comme s'ils n'existaient plus. Une manière élégante de résoudre un problème structurel : supprimer la pièce manquante du puzzle.

Mais sur le terrain, la réalité persiste. Les patientes continueront à consulter leur médecin traitant, parce qu'il est accessible, parce qu'il les connaît, parce qu'il est souvent le seul point d'entrée. Et les médecins généralistes continueront à combler les interstices, à maintenir une continuité que les politiques publiques semblent désormais considérer comme secondaire.

Alors non, ce n'est pas seulement une stratégie de plus. C'est une vision. Celle d'une médecine qui organise l'aval et néglige l'amont, qui valorise la technicité et oublie la prévention, qui centralise et fragilise la proximité.

En somme, une politique de périnatalité parfaitement cohérente... à condition d'accepter de se passer du réel.

Julie LE BRETON  
Membre titulaire de la SFMG