

# Expériences de la téléconsultation par les sages-femmes libérales françaises pendant la crise du COVID-19

**Sophie Baumann, Laurent Gaucher, Inès Mahrez, Sylvain Gautier, Anne Rousseau**

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2022/6 (VOL. 34), PAGES 821 À 832

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.226.0821

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-6-page-821.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Expériences de la téléconsultation par les sages-femmes libérales françaises pendant la crise du COVID-19

## *Experiences of teleconsultation by French liberal midwives during the COVID-19 crisis*

Sophie Baumann<sup>1</sup>, Laurent Gaucher<sup>2,3</sup>, Inès Mahrez<sup>4</sup>, Sylvain Gautier<sup>5</sup>, Anne Rousseau<sup>1,6,7</sup>

### ➔Résumé

**Contexte :** Dans le contexte de la pandémie COVID-19, le gouvernement français a autorisé la pratique des téléconsultations pour les sages-femmes à partir du 20 mars 2020. Une enquête par questionnaire menée auprès de 1 491 sages-femmes libérales a rapporté que 88,5 % d'entre elles avaient mis en œuvre cette pratique. Nous avons donc souhaité explorer leurs motivations et la façon dont elles ont intégré cette nouvelle modalité d'exercice dans leur pratique.

**Méthodes :** Nous avons mené 22 entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes libérales ayant mis en place des téléconsultations depuis leur autorisation. L'étude, réalisée entre mai et juillet 2020, a pris fin lorsque la saturation des résultats a été atteinte. Une analyse de contenu a permis de dégager les récurrences et les exceptions dans le discours.

**Résultats :** Les principales motivations des sages-femmes libérales à proposer des téléconsultations étaient de maintenir l'accès aux soins pour les femmes et préserver leur propre activité professionnelle. Elles pointaient un certain nombre de limites, parmi lesquelles la question du secret professionnel et de la garantie de la confidentialité, ou encore l'inégalité d'accès aux soins en lien avec la fracture numérique. L'intégration de la téléconsultation dans leur pratique a permis de mettre en lumière et valoriser le travail d'accompagnement réalisé par les sages-femmes jusqu'à présent peu visible et reconnu.

**Conclusion :** Les sages-femmes se sont rapidement approprié les téléconsultations qui ont, depuis le confinement, été pérennisées. Cet outil permet une aide à la continuité des soins, mais pose également de nouvelles questions d'égalité d'accès aux soins.

**Mots-clés :** Téléconsultation ; Sage-femme ; Soins ; Accompagnement ; Étude qualitative.

### ➔Abstract

**Context:** In the context of the COVID-19 pandemic, the French government has authorized the practice of teleconsultations for midwives since March 20<sup>th</sup>. A questionnaire survey of 1491 liberal midwives reported that 88.5% of them had implemented this practice. We therefore wished to explore their motivations and the way in which they have integrated this new practice modality into their practice.

**Methods:** We conducted 22 semi-structured interviews with liberal midwives who had implemented teleconsultations since their authorization. The study was conducted between May and July 2020 and ended when saturation of the results was reached. A content analysis was used to identify recurrences and exceptions in the discourse.

**Results:** The main motivations of the liberal midwives for offering teleconsultations were to maintain access to care for women and their own professional activity. They pointed to a number of limitations, including the issue of professional secrecy and guaranteed confidentiality, and inequality of access to care in relation to the digital divide. The integration of teleconsultation into their practice has made it possible to highlight and enhance the support work carried out by midwives, which until now has not been very visible or recognized.

**Conclusion:** Midwives quickly adopted teleconsultations, which have been made permanent since the confinement. This tool helps to ensure continuity of care but also raises new questions about equal access to care.

**Keywords:** Teleconsultation; Midwife; Care; Support; Qualitative study.

<sup>1</sup> Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines – UFR Simone-Veil Santé – Montigny-le-Bretonneux – France.

<sup>2</sup> Geneva School of Health Sciences – University of Applied Sciences – Genève – Suisse.

<sup>3</sup> Inserm U1290 – Université Claude-Bernard Lyon 1 – Lyon – France.

<sup>4</sup> Département de Maïeutique – Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines – Garches – France.

<sup>5</sup> Inserm U1018 – Université Paris-Saclay – Poissy – France.

<sup>6</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique – Centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye – Poissy – France.

<sup>7</sup> Inserm U1018 – Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cresp) – Université de Paris-Saclay – Villejuif – France.

## Introduction

À la fin de l'année 2019, une maladie infectieuse émergente, provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2, est apparue en Chine. Se propageant rapidement au reste du monde [1], cette maladie baptisée COVID-19 a été déclarée « pandémie » le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a alors demandé aux pays touchés de prendre des mesures de protection essentielles pour prévenir la saturation des services de soins intensifs et renforcer la prévention par l'hygiène [2-5]. Le gouvernement français instaura un confinement de la population dès le 16 mars 2020 [6]. Des craintes concernant le risque pour les femmes enceintes de développer des formes sévères de la COVID-19 ont été alors régulièrement soulevées et, en l'absence de données scientifiques disponibles, cette population a été considérée comme à haut risque sur la base du principe de précaution [7, 8]. L'enjeu du maintien de l'accès aux établissements de santé et de la continuité des soins a conduit beaucoup de structures et de professionnels de la périnatalité à accroître leur recours à la téléconsultation. Ainsi, dans la semaine du 23 au 29 mars 2020, l'Assurance maladie a enregistré une augmentation de 500 % (toutes professions médicales confondues) de leur nombre, soit un volume de presque 500 000 téléconsultations contre 10 000 par semaine en moyenne avant la crise [9]. Cette tendance ne s'est pas démentie, puisque ce sont 4,5 millions de téléconsultations qui ont été recensées en avril 2020 contre seulement 40 000 en février de la même année [10].

La téléconsultation est définie par l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique comme un acte de télé médecine qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Le cadre légal impose par ailleurs que soient remplies les deux conditions techniques suivantes : d'une part, le recours à une liaison vidéo afin de garantir l'identification des interlocuteurs et la qualité des échanges et, d'autre part, l'utilisation d'une solution sécurisée pour protéger la confidentialité des données et le secret médical. L'utilisation du téléphone était acceptable dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire liée à la crise du COVID-19 si le patient n'avait pas accès à une connexion internet ou s'il ne disposait pas de vidéo transmission, notamment s'il s'agissait d'une femme enceinte [11].

L'enquête COVID-SF [12], menée auprès de 1 491 sages-femmes libérales françaises pendant le confinement, a montré que 88,5 % des sages-femmes libérales interrogées avaient mis en place des téléconsultations à partir du 20 mars 2020. Il ressort également de cette enquête que

65,8 % des sages-femmes interrogées souhaitaient faire perdurer ces téléconsultations et les intégrer durablement dans leur pratique après la sortie de la crise. Nous avons alors souhaité mettre en place une étude qualitative, basée sur une série d'entretiens, afin de mieux comprendre comment les sages-femmes françaises s'étaient approprié la téléconsultation dans leur pratique clinique. L'objectif de cette étude était d'explorer à la fois les motivations des sages-femmes à utiliser la téléconsultation, les avantages et les limites qu'elles ont pu identifier, ainsi que leur satisfaction, et d'évaluer comment la téléconsultation s'intégrait à leur pratique professionnelle.

## Méthodes

L'enquête COVID-SF [12] est une enquête descriptive par autoquestionnaire, menée au printemps 2020 auprès de 1 491 sages-femmes libérales françaises afin de décrire leurs pratiques de téléconsultation ainsi que les déterminants de cette pratique. À la fin du questionnaire, les sages-femmes ayant fait l'expérience de la téléconsultation étaient invitées à laisser leur e-mail afin d'être recontactées ultérieurement pour un entretien.

Nous avons prévu de mener en parallèle un maximum de 30 entretiens semi-directifs, construits selon un guide structuré en quatre parties : 1) la mise en place concrète des téléconsultations et leur appropriation par les sages-femmes (moment de mise en œuvre, outils utilisés, activités concernées, organisation pratique) ; 2) les motivations des sages-femmes vis-à-vis de la téléconsultation ; 3) les avantages et inconvénients identifiés par les sages-femmes ; 4) leur satisfaction et leur désir de continuer ou non. Certaines données démographiques étaient collectées en début d'entretien afin de caractériser la population d'étude : âge, genre, nombre d'années de diplôme, nombre d'années d'exercice en libéral, modalités d'exercice (mixte, cabinet individuel, cabinet monoprofessionnel, cabinet pluriprofessionnel et maison de santé), département et milieu d'exercice (zones urbaine, semi-rurale, rurale).

Nous avons dans un premier temps effectué une phase de test en réalisant trois entretiens qui ont donné lieu à quelques ajustements ; néanmoins, dans la mesure où nous n'avons procédé à aucune modification de notre outil de recherche ni réalisé aucun ajout majeur suite à ces premiers entretiens, ils ont donc été inclus dans l'étude.

Une sélection par tirage au sort parmi les sages-femmes qui avaient accepté d'être recontactées a été réalisée, puis nous les

avons sollicitées par e-mail afin de fixer un rendez-vous pour convenir d'un entretien individuel par visioconférence sécurisée réunissant le participant, à son domicile ou à son cabinet, et l'enquêteur (SB). Ce tirage au sort était réalisé au fur et à mesure de l'avancée de l'étude. La saturation des résultats ayant été atteinte au bout de 22 entretiens, nous avons décidé de mettre un terme au recueil de données.

En début d'entretien, nous avons recueilli le consentement de chaque sage-femme concernant sa participation à l'étude et l'enregistrement de l'entretien, et avons rappelé qu'elle pourrait le retirer à tout moment si elle le souhaitait. Une pseudoanonymisation a été réalisée en désignant les professionnelles avec les sigles « SF1 », « SF2 »..., jusqu'à « SF22 ». La numérotation était incrémentée automatiquement selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Pour cette étude, une déclaration auprès de la Commission nationale de l'information et des libertés (Cnil) a été réalisée (déclaration n° 2217640) et l'avis d'un comité d'éthique a été obtenu (Comité d'éthique des Hospices civils de Lyon, n° 20-48).

Après retranscription des entretiens (IM), une analyse de contenu a été effectuée dans le but de faire émerger des hypothèses dans une démarche inductive par théorisation ancrée [13, 14], afin de produire des théories à partir d'un matériel empirique. Cette étape a été réalisée grâce à une grille thématique construite au fur et à mesure de l'analyse manuelle par deux chercheurs (SB et IM) afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives. Cette double analyse avait pour objectif de réduire les biais d'interprétation en permettant la confrontation des résultats obtenus. Par la suite, la grille thématique a permis la construction d'un arbre de codage.

## Résultats

### Description de la population d'étude

Sur les 287 sages-femmes ayant laissé leur adresse e-mail, 172 (60 %) ont finalement été contactées et se sont vu proposer un entretien. Parmi elles, 48 (28 %) ont

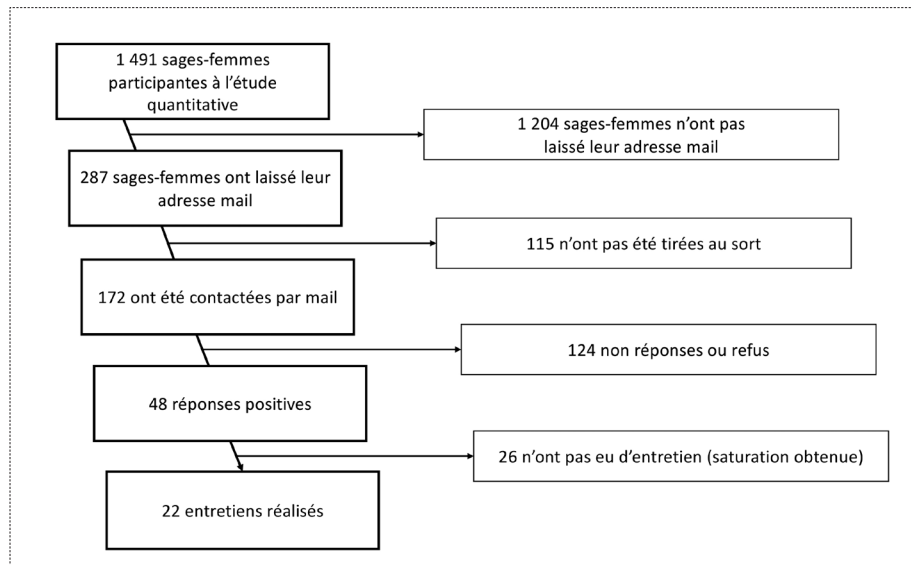


Figure 1 : Diagramme de flux.

répondu favorablement. Ces dernières ont alors été contactées et incluses au fur et à mesure des réponses positives. Au total, 22 entretiens ont été réalisés entre mai et juillet 2020 (figure 1). La durée moyenne des entretiens était de trente-neuf (39) minutes, cette durée variant entre vingt (20) et soixante (60) minutes pour l'entretien le plus long. Toutes les participantes ont accepté d'être enregistrées.

La visioconférence nous a permis d'interviewer des sages-femmes exerçant leur activité dans 21 départements français différents, en zones rurale, voire de montagne, semi-rurale et urbaine. Leur âge moyen était de 42,6 ans et leur expérience moyenne, de 18,9 années (8,1 années pour l'exercice libéral). Le tableau I décrit les caractéristiques de la population d'étude. Un tableau détaillé des caractéristiques de chaque participant se trouve en annexe 1.

Un arbre de codage, proposé dans la figure 2, permet de mettre en évidence les thématiques attendues (encadrés simples) et celles qui ont émergé des entretiens (encadrés pleins). Les avantages sont représentés en gras, les limites, en italique, comme précisé dans la légende.

### Motivations à réaliser des téléconsultations : entre impératifs de santé publique et nécessité financière

*Maintien de l'accès aux soins, continuité du suivi et accompagnement des femmes*

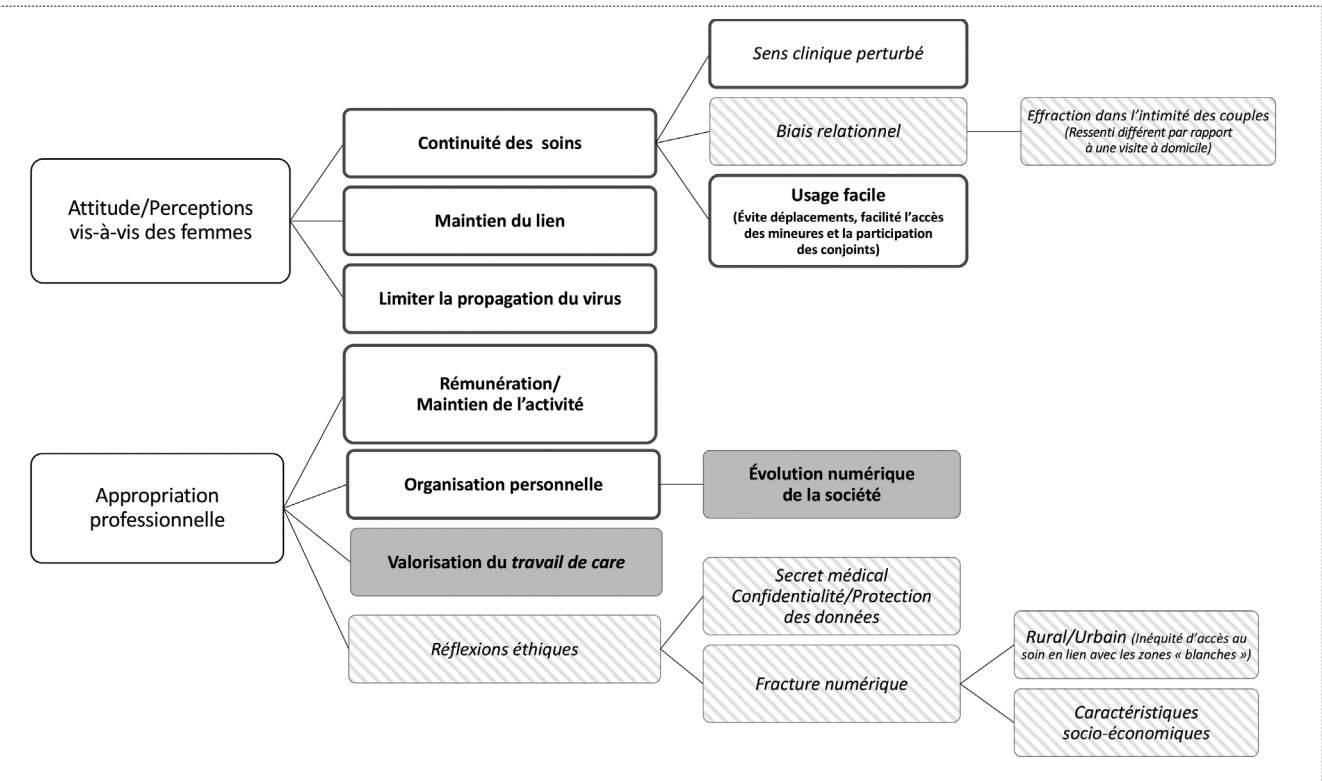
La première motivation des sages-femmes libérales à mettre en place des téléconsultations est aussi décrite

comme son principal avantage par 19 des 22 participantes : il s'agit du maintien de l'accès aux soins, de la continuité du suivi et de l'accompagnement des femmes pendant la pandémie (« *Surtout ne pas abandonner les femmes* » – SF8).

La conservation du lien à travers la poursuite de certaines activités non urgentes au bénéfice des femmes telles que la préparation à la naissance et à la parentalité, les entretiens prénatals précoces, certaines consultations prénatales et

**Tableau I : Caractéristiques des participantes.**

| Caractéristiques                      | Population d'étude (n) |
|---------------------------------------|------------------------|
| Genre                                 | Femmes (n = 22)        |
| Âge moy (extrêmes)                    | 42,6 (28-58)           |
| Expérience : moy (extrêmes)           |                        |
| Nombre d'années d'exercice            | 18,9 (5-35)            |
| Nombre d'années d'exercice en libéral | 8,1 (0,25-24)          |
| Modalités d'exercice                  |                        |
| Cabinet individuel                    | 2                      |
| Cabinet monoprofessionnel             | 6                      |
| Cabinet pluriprofessionnel            | 4                      |
| Maison de santé pluriprofessionnelle  | 10                     |
| Zone d'exercice                       |                        |
| Rurale                                | 6                      |
| Semi-rurale                           | 7                      |
| Urbaine                               | 9                      |



**Figure 2 : Arbre de codage.**

Légende :  
Thématiques attendues : encadrés simples.  
Thématiques qui ont émergé des entretiens : encadrés pleins ou hachurés.  
Avantages : en gras/Limites : en italique.

## Annexe 1 : Population d'étude détaillée.

| Participants | Âge | Années d'exercice | Années d'exercice en libéral | Modalité d'exercice | Milieu d'exercice |
|--------------|-----|-------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|
| SF1          | 41  | 17                | 7                            | MSP                 | Urbain            |
| SF2          | 43  | 17                | 4                            | CP                  | Urbain            |
| SF3          | 41  | 17                | 5                            | CP                  | Semi-rural        |
| SF4          | 29  | 5                 | 5                            | MSP                 | Urbain            |
| SF5          | 47  | 24                | 8                            | CI                  | Rural             |
| SF6          | 48  | 25                | 9                            | MSP                 | Rural             |
| SF7          | 57  | 35                | 10                           | CM                  | Urbain            |
| SF8          | 36  | 12                | 2                            | MSP                 | Urbain            |
| SF9          | 48  | 24                | 0                            | CM                  | Semi-rural        |
| SF10         | 56  | 34                | 24                           | MSP                 | Rural             |
| SF11         | 36  | 13                | 7                            | MSP                 | Semi-rural        |
| SF12         | 48  | 23                | 14                           | CM                  | Urbain            |
| SF13         | 46  | 22                | 9                            | CP                  | Semi-rural        |
| SF14         | 47  | 22                | 11                           | CI                  | Semi-rural        |
| SF15         | 49  | 23                | 21                           | MSP                 | Rural             |
| SF16         | 38  | 15                | 7                            | CP                  | Rural             |
| SF17         | 35  | 11                | 2                            | MSP                 | Urbain            |
| SF18         | 40  | 18                | 4                            | MSP                 | Urbain            |
| SF19         | 49  | 24                | 12                           | MSP                 | Rural             |
| SF20         | 31  | 7                 | 4                            | CM                  | Semi-rural        |
| SF21         | 42  | 17                | 7                            | CM                  | Urbain            |
| SF22         | 37  | 12                | 6                            | CM                  | Semi-rural        |

## Légende :

Modalités d'exercice :

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle.

CP : Cabinet pluriprofessionnel.

CM : Cabinet monoprofessionnel.

CI : Cabinet Individuel.

gynécologiques était également soulignée ( $n = 17/22$ ). Dans les entretiens, les sages-femmes ont en effet rapporté que les femmes enceintes ou accouchées étaient très inquiètes, stressées, anxieuses face au COVID-19 (« Certaines se terraient chez elles et n'osaient plus sortir » – SF5). Par ailleurs, certaines maternités ont limité leur offre de soins (fermeture de certains services, généralisation des sorties précoces à J2) et une grande partie des services de protection maternelle et infantile (PMI) ont fermé leurs portes pendant le confinement. La majorité des participantes à notre étude disent au contraire avoir énormément travaillé pendant le confinement (tous milieux d'exercices confondus) afin de compenser cette situation :

« Ma charge de travail était extrêmement lourde. » (SF2)

« C'était une période très chargée professionnellement. » (SF4)

« C'était épuisant!... Mais on s'est dit : "On ne peut pas laisser tomber les femmes!" » (SF8)

« C'était horrible! Je n'ai jamais autant travaillé! Je suis épuisée, physiquement et mentalement, mais c'était important de tenir pour les patientes! » (SF17)

## Valorisation du travail de care

Les sages-femmes libérales ont donc pris le relais afin d'assurer la continuité des soins et la téléconsultation est venue légitimer le temps passé depuis toujours avec les femmes et les couples ( $n = 15/22$ , dont 9 sages-femmes exerçant en milieu urbain et 6 en milieux rural et semi-rural). Selon elles, la téléconsultation permet en effet « la reconnaissance du travail invisible » (SF4) ainsi que la



valorisation du travail de *care* (encadré 1) et d'accompagnement effectué quotidiennement dans toutes ses dimensions (médicale, psychologique, sociale, humaine) par les sages-femmes :

« *Le temps qu'on consacre à répondre aux questions, aux angoisses... tout ce temps passé au téléphone avec les femmes, ça devenait enfin du travail concret.* » (SF5)

« *Tout ce travail qui n'a jamais été reconnu et qui est enfin mis en lumière.* » (SF10)

#### Encadré 1 : Le *care* et le travail du *care*.

Le *care* est une notion apparentée au « prendre soin » ; elle désigne d'une part les soins donnés aux autres et d'autre part la sollicitude à autrui.

Le *travail de care* ne peut se concevoir qu'à partir d'une attitude bienveillante : prendre soin de l'autre, l'écouter, répondre à ses besoins et ses demandes nécessite une disponibilité affective. Ce travail participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. Paradoxalement, le trait principal du (travail de) *care* est son invisibilité : bien qu'essentiel pour celui ou celle qui en bénéficie, ce travail est le plus souvent non reconnu et non valorisé.

Pour aller plus loin :

Halpern C. L'ère du *care*. Revue Sciences humaines. 2006;200.

Molinier P. Le *care* : ambivalences et indécences. Revue Sciences humaines. 2006;177.

#### Limitation de la propagation du virus

Les professionnelles étaient également soucieuses de diminuer les contacts directs au cabinet afin de protéger les femmes et plus largement de limiter la propagation du virus ( $n = 17/22$ ), augmentant le sentiment de sécurité des patientes :

« *Cela a permis des consultations en toute sécurité pour les femmes. Elles étaient mieux chez elles que dans la salle d'attente de la maison de santé.* » (SF1)

« *La téléconsultation a aussi contribué à limiter les contacts et les contaminations. Elle évitait aussi aux femmes de se retrouver dans les transports en commun.* » (SF7)

La possibilité de mettre en place des téléconsultations a aussi permis aux sages-femmes de continuer à travailler. Le manque de matériel de protection au début de la crise (masques, gel hydroalcoolique...) a contraint certaines sages-femmes à fermer leur cabinet (11,2 % des sages-femmes interrogées dans l'enquête COVID-SF [12]) ; une grande majorité d'entre elles a été amenée à reporter ou annuler une partie de leur activité (90,6 % des sages-femmes dans l'enquête COVID-SF [12]).

#### Maintien de la rémunération

La téléconsultation a alors permis de maintenir certaines activités sans risque et, dans le même temps, a assuré aux professionnels un revenu pendant la crise :

« *Cela m'a clairement permis de faire tourner mon cabinet et me dégager un salaire!* » (SF9)

« *Pendant le confinement, c'était très stressant financièrement parlant... alors la téléconsultation, ça a été une vraie bouée de sauvetage pour nous, les libérales!* » (SF12)

« *Sans ça, je n'ose même pas y penser... Ça a été notre ballon d'oxygène.* » (SF21)

La mise en place des téléconsultations a donc permis aux sages-femmes de maintenir leur rémunération pendant la pandémie ( $n = 19/22$ ) tout en adaptant au mieux leurs organisations personnelle et professionnelle alors que toute la société était confinée et les écoles de leurs enfants fermées. Certaines sages-femmes ont également mis en avant leur souhait personnel de se protéger, en tant que personne à risque, et/ou de protéger leurs proches vulnérables tout en continuant leur activité :

« *Je suis moi-même à risque, donc sans la téléconsultation, je crois que j'aurais fermé le cabinet.* » (SF9)

« *J'avais des personnes à risque dans mon entourage, alors ça m'a bien arrangé.* » (SF16)

#### Fonctionnalité, praticité et modernité du dispositif

Dans l'objectif de maintenir le lien et de continuer à accompagner les femmes médicalement et moralement, le côté pratique ou fonctionnel de cette nouvelle modalité d'exercice est souligné par 16 sages-femmes sur 22 : les femmes n'ont pas eu besoin de se déplacer. Diverses situations ont été citées en exemple :

- une sage-femme qui a proposé des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) à une femme hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré ;
- une autre a expliqué le côté pratique d'une consultation prénatale avec une femme très active et avec déjà deux enfants en bas âge ;
- des sages-femmes travaillant en milieu rural soulignent la facilité de la téléconsultation qui « *évite à une femme de faire 25 kilomètres pour un simple renouvellement de pilule* » (SF6) ;
- plusieurs professionnelles ont également souligné l'accès facile à la téléconsultation pour les jeunes filles mineures ( $n = 5/22$ ).

La téléconsultation a également contribué à maintenir la présence et la participation des conjoints et futurs coparents, ne pouvant pas se rendre dans les cabinets libéraux ( $n = 7/22$ ) : « *C'est grâce à ça qu'on a pu maintenir le lien avec les futurs papas* » (SF8).

De plus, selon certaines professionnelles ( $n = 5/22$ ), la téléconsultation s'inscrit dans l'évolution numérique de la société : « *La téléconsultation, c'est l'avenir de la santé. Il faut bien suivre le progrès!* » (SF14)

« *Il y a une vraie demande de la part des femmes.* » (SF17)

### Confrontation des sages-femmes à de nouvelles limites

Les sages-femmes pointent également certaines limites : l'interface constituée par l'écran impacte la relation de soin et le sens clinique, et il existe des freins techniques ainsi que des considérations « éthiques ».

#### Biais relationnel

Lorsqu'on évoque la téléconsultation, les sages-femmes décrivent l'écran comme un élément limitant le contact humain, une sorte de « biais relationnel ». Paradoxalement, toutes les sages-femmes de notre étude précisent que l'image est indispensable à la téléconsultation, et en même temps, selon elles, l'écran introduit une sorte de séparation physique ( $n = 13/22$ ) :

« *La présence physique permet d'accueillir plus facilement le ressenti et les émotions des femmes.* » (SF2)

« *On a la vision physique, mais... les impressions sont différentes à travers un écran!* » (SF7)

Certaines sages-femmes précisent également qu'elles sont gênées par le fait de « *ne pas savoir qui est réellement présent lors de la consultation* » (SF3) et estiment que les femmes ne sont pas aussi libres de leurs paroles qu'en présentiel ( $n = 8/22$ ).

#### Effraction dans l'intimité des couples

Certaines sages-femmes ont également exprimé ressentir parfois « *un malaise* » (SF18) lors des téléconsultations ( $n = 6/22$ ), comme si elles entraient « *par effraction dans l'environnement..., dans l'intimité des femmes et des couples* » (SF6) :

« *Je sens que certaines patientes ne sont pas du tout à l'aise... C'est très clair, elles sont beaucoup plus distantes*

*qu'au cabinet! C'est comme si le cabinet constituait un terrain neutre, adapté à la situation. Là, elles sont chez elles, mais elles ne sont pas naturelles. Et du coup, moi non plus.* » (SF19)

Les professionnelles ont évoqué une relation très différente de celle établie lors d'une visite à domicile où elles pénètrent également dans l'intimité des familles, mais d'une manière plus concrète, plus consciente.

#### Perturbation du sens clinique

Au-delà de la relation, la téléconsultation perturbe également le sens clinique des sages-femmes ( $n = 16/22$ ) :

« *À travers l'écran, on ne voit que le haut du corps des femmes... moi j'ai besoin de voir leur ventre, quelles positions elles prennent, la façon dont elles se déplacent... bref, tout ce qui permet d'affiner le sens clinique!* » (SF9)

« *L'examen clinique est impossible : pas de palpation, de prise de tension, on ne peut pas toucher... l'essentiel, quoi!* » (SF15)

Cela les inquiète et les incite à douter d'elles-mêmes :

« *Le danger, c'est de passer à côté de quelque chose.* » (SF9)

« *J'ai beaucoup moins confiance en moi, je doute beaucoup.* » (SF12)

#### Respect du secret médical et confidentialité des données

La téléconsultation pose un certain nombre de questionnements éthiques aux participantes : en premier lieu, le sujet du respect du secret professionnel et de la confidentialité des données médicales interroge 19 sages-femmes sur 22 qui regrettent l'absence de normes et de cadrage plus précis concernant la pratique des téléconsultations lors de leur autorisation. Cet argument est systématiquement évoqué pour expliquer le choix préférentiel d'un logiciel dédié. L'adjectif « sécurisé » est spontanément ajouté par les 14 sages-femmes concernées. Parmi celles n'utilisant pas d'outil dédié, cinq se questionnent :

« *Je me suis beaucoup interrogée sur la sécurisation... c'est la même chose lorsque j'envoie une ordonnance par mail.* » (SF1)

« *Pour moi, en tant que professionnelle de santé, c'est une vraie question, mais les femmes ne s'en préoccupent absolument pas!* » (SF4)

Certaines évoquent également cette problématique lorsqu'elles précisent ne pas savoir qui est présent dans la pièce ou à proximité de la femme lors de certaines téléconsultations ( $n = 3/22$ ) :



« Tu te poses toujours la question de savoir qui est présent, qui écoute, même en passant... un conjoint potentiellement violent ? les parents d'une mineure ? » (SF18).

### Fracture numérique et inégalité d'accès aux soins

Enfin, parmi les sages-femmes rencontrées, 14 évoquent des problèmes techniques, notamment au niveau de la connexion internet, qui peuvent engendrer une inégalité d'accès aux soins pour certaines femmes ( $n = 6/22$ , ces 6 professionnelles exerçant en milieu rural). La connexion internet est parfois décrite comme mauvaise, instable, voire défaillante (6/6) :

« Complètement nulle ! » (SF5)

« Pas de connexion » (SF6)

« Impossible de faire une téléconsultation complète, j'avais toujours la crainte que ça coupe et de ne pas pouvoir reconnecter la patiente. Le nombre de fois où j'ai fini par téléphone... » (SF16)

Selon certaines professionnelles, les femmes plus âgées pourraient également être concernées par une « fracture numérique » ( $n = 3/6$ , deux sages-femmes exerçant en milieu urbain, une en milieu semi-rural), ainsi que des patientes socialement et économiquement défavorisées ( $n = 2/6$ , chacune exerçant en milieu urbain). Ainsi, la téléconsultation pourrait être pourvoyeuse d'inégalité d'accès aux soins, notamment dans certains territoires et pour certaines catégories socio-économiques de la population.

## Discussion

### Rappel des principaux résultats

Les principales motivations des sages-femmes à mettre en place des téléconsultations pendant la crise sanitaire recoupent les avantages majoritairement mis en avant : assurer la continuité des soins et maintenir le lien avec les femmes ; limiter la propagation du virus en période pandémique ; maintenir leur activité et leur rémunération. Ces résultats étaient des thématiques attendues par les chercheurs et anticipées au niveau de l'arbre de codage.

D'autres résultats ont émergé des entretiens : la valorisation du travail de *care* ; les biais relationnels créés par l'écran ; les questionnements éthiques posés par le secret médical et la fracture numérique.

### La téléconsultation : une nouvelle pratique qui soulève des questions éthiques

#### Vers une inégalité d'accès aux soins ?

Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Des études ont montré que le confinement a accentué les inégalités sociales [14], mais aussi médicales : dans une étude menée par l'Assurance maladie du 15 mars au 15 mai 2020 [9], 60 % des personnes interrogées ont indiqué ne pas avoir réalisé au moins un soin ou acte dont elles avaient pourtant besoin pendant le confinement contre 25 % en temps normal). Par ailleurs, plus d'un Français sur dix vit dans un désert médical [9]. Il est donc certain que l'usage de la téléconsultation pour évaluer et soigner à distance peut améliorer l'accès aux soins, servir à promouvoir la prévention et éviter des déplacements inutiles aux femmes/couples ou aux professionnels. La télé-médecine abolit les distances et étend la capacité d'action des professionnels de santé ; elle offre à la population de nouvelles possibilités de consultation à distance de praticiens éloignés ou difficiles d'accès, et peut ainsi être une solution alternative dans certains déserts médicaux ou situations particulières [11].

Pour autant, la question de la qualité du soin (offre et expérience) peut se poser. La comparaison entre l'évaluation clinique effectuée en téléconsultation et celle effectuée au cours de la pratique traditionnelle en face à face a déjà été étudiée, notamment en psychiatrie, et la majorité des études a montré de hauts niveaux de satisfaction des patients [16]. La distance, plutôt présentée comme un frein par les sages-femmes dans notre étude, peut apparaître pour des patients comme un encouragement à l'entretien, certains semblant même être plus à l'aise pour parler devant un écran qu'en présence d'un clinicien [16].

Dans notre étude, les sages-femmes étaient majoritairement satisfaites de la téléconsultation, comme de nombreux autres professionnels dans le contexte particulier de la pandémie [11, 17]. Cependant, elles s'interrogeaient sur l'accès aux soins *via* la téléconsultation : cette pratique de la médecine convient selon elles parfaitement aux femmes jeunes (mineures et majeures actives), qui sont hyperconnectées ; la télémédecine, en phase avec l'évolution sociétale, s'inscrit naturellement dans leur style de vie.

La satisfaction de ces femmes vis-à-vis des téléconsultations se fonde donc principalement sur le côté pratique et sur la facilité d'accès de la consultation médicale en lien avec le développement contemporain de nos moyens de

communication (prise de rendez-vous en ligne et sans intermédiaire, pas de trajet, gain de temps, organisation personnelle facilitée). Or si la médecine, comme tout le reste, est aujourd'hui un bien de consommation sur internet [18, 19], les femmes les plus âgées peuvent être moins à l'aise avec ces techniques et ne pas y avoir recours.

On constate ainsi que pendant le confinement, l'accès aux soins de cette partie de la population a certainement été limité, ce qui a pu renforcer l'isolement de certaines femmes et constituer une perte de chance (défaut de traitement ou retard à la prise en charge de cancers du sein ou du col de l'utérus, par exemple). De plus, dans certaines zones, principalement rurales, appelées « zones blanches », la mauvaise qualité de la connexion internet a pu également constituer un réel frein à l'accès à la téléconsultation d'une partie de la population [20]. Cela a été clairement mis en avant par certaines sages-femmes dans notre étude, toutes exerçant en milieu rural. La connectivité de l'ensemble du territoire est désormais un enjeu de progrès social et d'accès aux soins.

### *Comment préserver le colloque singulier ?*

La sage-femme, comme tout praticien réalisant une téléconsultation, doit respecter les principes généraux de l'exercice médical. Elle doit apporter des soins en adéquation avec les connaissances actuelles et les recommandations professionnelles ; délivrer aux femmes qu'elle soigne une information claire, adaptée et complète ; mais aussi respecter le secret médical. Le Code de déontologie prévoit que « le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi » [21]. Cette notion très forte s'applique ainsi dans les domaines juridique et déontologique. Selon Bernard Hoerni, professeur émérite de cancérologie, « il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » [22]. Le secret renvoie donc au principe du respect de la personne et de sa vie privée et constitue l'une des règles et la base de l'éthique médicale.

En prenant soin des femmes et des nouveau-nés, les sages-femmes touchent à l'intimité des corps, mais aussi à celle des couples et des familles. Ainsi, garantir la confidentialité des informations dont elles peuvent avoir connaissance leur permet de sceller la relation de confiance essentielle pour leur permettre d'exercer leur métier. L'autorisation récente pour la profession de pratiquer la téléconsultation a donc amené les sages-femmes à s'interroger sur les conditions du respect du secret médical dans le cadre d'une pratique médicale faisant appel au

numérique ; dans notre étude, elles s'en inquiètent très majoritairement. Plusieurs points techniques ont été abordés ; d'une part, celui de l'outil de téléconsultation utilisé : plusieurs freins à l'utilisation de logiciels sécurisés ont été cités, notamment leur coût et leur utilisation pas toujours intuitive et pratique, mais aussi, d'autre part, la nécessité d'une connexion internet haut débit et d'un équipement de vidéo transmission dont ne disposent pas toutes les femmes.

Pour toutes ces raisons et parce que l'autorisation de pratiquer des téléconsultations pour les sages-femmes s'est imposée très rapidement dans un contexte d'urgence sanitaire, de nombreuses sages-femmes ont eu recours occasionnellement ou systématiquement aux réseaux sociaux (WhatsApp, FaceTime, par exemple) pour leurs téléconsultations pendant le premier confinement, tout en s'inquiétant des risques associés à cette pratique. Ces technologies de la communication et cette évolution de la pratique médicale engendrent inévitablement des risques sur la confidentialité ou le secret médical [23].

Les sages-femmes ont également abordé le fait de ne pas pouvoir savoir si la femme était seule au moment de la consultation ou si une tierce personne était présente de manière consentie ou non. Cet aspect a été jugé très gênant pour elles, notamment dans une période où les violences familiales étaient exacerbées par le confinement imposé. Ainsi l'écran, tout en permettant le maintien du lien, peut dans le même temps être à l'origine d'un certain « malaise » et constituer un élément limitatif de la relation de soin. Comment poser un diagnostic si des éléments ou des symptômes sont tus par une femme parce qu'elle n'ose pas s'exprimer en raison de la présence d'un conjoint ou d'une personne de la famille ?

Certaines sages-femmes ont évoqué ces questions de respect du secret médical et de la confidentialité des données avec les femmes qu'elles soignaient ; mais pour ces femmes, ce n'était pas du tout un sujet de préoccupation. Le côté pratique et la facilité de la téléconsultation semblent donc éclipser ces questions déontologiques aux yeux des femmes.

### *La téléconsultation peut-elle contribuer à la reconnaissance du travail de care des sages-femmes ?*

La réalité de l'exercice du métier de sage-femme, du fait de son appartenance au statut de profession médicale indépendante et des compétences relationnelles qu'il requiert, l'inscrit autant dans le *cure* (soin, au sens commun du traitement curatif ayant pour visée la guérison) que dans le

*care*, c'est-à-dire dans les soins techniques autant que dans l'accompagnement et les soins relationnels [24, 25].

Les expressions « *caring out* », « *taking care* », « *care giving* », issues du concept de *care*, expriment la capacité à répondre à une dynamique relationnelle et rejoignent l'attention, l'empathie, mais aussi la responsabilité. La reconnaissance du travail de *care* effectué depuis toujours auprès des patientes est réclamée par les sages-femmes. En effet, celles-ci sont bien souvent des personnes-ressources pour les femmes en termes d'accompagnement, d'écoute, de conseils, de réassurance et de soutien ; la plupart d'entre elles ne comptent pas le temps passé au téléphone ou à répondre aux SMS et aux e-mails. Cette disponibilité quasi permanente n'était jusque-là ni reconnue ni rémunérée. Or, selon la psychologue Pascale Molinier, la reconnaissance du *care* reste sans solution, car il est difficile « dans la civilisation du travail d'aujourd'hui [...] de donner de la valeur à une activité qui ne peut pas se dire dans le langage de la spécialisation et de la compétence et se traduire dans les grilles de qualification » [26].

Les sages-femmes revendiquent pourtant cet accompagnement humain personnalisé comme une plus-value par rapport aux médecins notamment, mais ne l'assument pas toujours. Dans notre étude, les sages-femmes libérales sont soucieuses de leur autonomie d'exercice, mais avouent volontiers leurs propres difficultés à légitimer la rémunération de leurs actes et s'interrogent sur la légitimité à réclamer une rémunération lorsqu'elles n'ont pas exécuté d'acte technique. Est-il acceptable que dans notre société le temps passé à accueillir, écouter, informer, conseiller et réassurer ne soit toujours pas considéré comme partie intégrante de l'activité des soignants ? [25].

Dans notre enquête, les sages-femmes voient la téléconsultation comme un bon outil complémentaire pour le suivi des femmes. Cette nouvelle modalité d'exercice leur permet d'envisager la matérialisation du temps consacré au travail de *care*, et donc d'une certaine façon de le légitimer, voire au bout du compte de valoriser cet accompagnement humain et personnalisé. Ainsi, la téléconsultation pourrait contribuer à améliorer la qualité de l'accompagnement des femmes et des couples tout en permettant la reconnaissance de cette « partie immergée » du travail des sages-femmes.

### Limites et forces de l'étude

Le principal biais de notre étude est déclaratif : les sages-femmes ont pu rencontrer des difficultés à se livrer

sincèrement sur leurs pratiques à propos d'un sujet pouvant être considéré comme sensible dans le contexte actuel. En effet, la mise en place des téléconsultations pour les sages-femmes a été autorisée dans l'urgence, en pleine pandémie et alors que toute la population était confinée. Les professionnelles se sont donc adaptées à la situation et se sont initiées dans l'urgence, sans réel cadre officiel pour faire face à des impératifs sanitaires et économiques. Certaines n'ont en effet pas attendu l'autorisation officielle pour utiliser cette modalité d'exercice dans un contexte sanitaire extrêmement particulier.

Par ailleurs, le nombre d'entretiens réalisés ne permet pas une généralisation des résultats ; néanmoins, le choix d'une méthodologie qualitative était particulièrement adapté, car celle-ci a permis aux professionnels de développer librement leur point de vue à travers des questions ouvertes et non orientées. Les entretiens ont permis de recueillir un corpus très riche et de faire émerger des thématiques qui n'avaient pas été anticipées par les chercheurs ; ils ont été arrêtés lorsque la saturation des verbatim a été atteinte, c'est-à-dire que plus aucune idée nouvelle n'émergeait des derniers entretiens. L'utilisation de la visioconférence a permis d'atteindre des sages-femmes libérales de toutes les régions (exerçant en territoires ruraux, semi-ruraux et urbains), et avec des modalités d'exercice diverses.

### Conclusion

Dans notre étude, la principale motivation des sages-femmes à mettre en place la téléconsultation dans le contexte de la pandémie était de maintenir la continuité des soins pour les femmes et les nouveau-nés. Cette nouvelle modalité d'exercice a permis aux sages-femmes de s'adapter pendant la crise sanitaire et surtout le confinement. La téléconsultation a ainsi surtout été utilisée pour les consultations gynécologiques et le suivi des interruptions volontaires de grossesse (IVG), les consultations prénatales et la PNP, et le suivi du post-partum. Certaines activités non urgentes comme la rééducation du périnée et les médecines alternatives (acupuncture, hypnose...), par exemple, ont été totalement annulées ou reportées pendant le confinement [27].

En dehors du contexte sanitaire lié à la COVID-19, les sages-femmes estiment que la téléconsultation constitue un bon outil, mais un outil complémentaire au suivi des femmes, même si elles doivent tenir compte des

spécificités de cette pratique (limitation du sens clinique, absence d'examen direct, aspects émotionnels différents, limites techniques pouvant impacter l'anamnèse et les échanges), des inquiétudes qu'elle soulève quant au secret médical et des possibles inégalités d'accès aux soins qu'elle est susceptible d'engendrer. Ainsi, certaines sages-femmes dans notre étude nous ont confié ne pas souhaiter faire perdurer cette pratique qui ne peut en aucun cas remplacer le face-à-face au cabinet ou à domicile.

Néanmoins, cette nouvelle modalité d'exercice professionnel offre aux sages-femmes une possibilité de mieux objectiver et valoriser le temps consacré à l'accompagnement des femmes, notamment dans sa dimension de soutien et de conseil, ainsi que le travail de *care*, ô combien essentiel. Rappelons qu'aujourd'hui dans notre pays, le suicide est devenu l'une des principales causes de mort maternelle [28]; l'accompagnement, le soutien des femmes tout au long de la grossesse et du post-partum participent donc de manière très concrète à la prévention du risque de dépression maternelle et au renforcement du lien mère-enfant, fondamental au bon développement de ce dernier. Il s'agit donc de véritables enjeux de santé publique qui nécessitent d'être pris en compte par la reconnaissance et la valorisation de ce travail de *care* assuré par les sages-femmes.

Enfin, si la téléconsultation a permis de maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie, elle met aussi en évidence des inégalités d'accès aux soins propres au numérique : certaines inégalités apparaissent du fait de raisons socio-économiques ou géographiques, par exemple.

En conclusion, la COVID a permis une expérimentation de la téléconsultation pour les sages-femmes qui en sont plutôt satisfaites et souhaitent désormais continuer à l'utiliser comme un outil complémentaire, adapté selon elles à la continuité de l'accompagnement des femmes et des couples. Une réflexion reste à mener sur les besoins des femmes afin de mieux cerner les activités les plus adaptées à la téléconsultation.

*Aucun conflit d'intérêts déclaré*

## Références

- Huang C, Wang Y, Li, X, Ren L, Zhao J, Hu Y, *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- World Health Organization (WHO). Pneumonia of unknown cause – China: COVID-19 – China. 2020 [Internet] [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>.
- WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation report – 9. 2020. Geneva: WHO; 2020 Jan 29 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330774/nCoVsitrep-29Jan2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation report – 56. 2020. Geneva: WHO; 2020 Mar 26. [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331480/nCoVsitrep-16Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- WHO. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: WHO; 2020 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331510/WHO-2019-nCov-HCWadvice-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- République française. Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19. [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041737443/>.
- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395(10226):809-15. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).
- Chen L, Li Q, Zheng D, Jiang H, Wei Y, Zou L, *et al.* Clinical Characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med*. 2020;382(25):e100. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009226>.
- Revil H, Blanchoz JM, Bailly S, Olm C. Renoncer à se soigner pendant le confinement : Premiers résultats de l'enquête Assurance Maladie – Odenore, en partenariat avec le Laboratoire HP2 et la société VizGet. Paris : Assurance maladie, Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore); 2020 Dec [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/renoncer-se-soigner-pendant-confinement>.
- Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Communiqué de presse du 16 septembre 2020 : Téléconsultation, une pratique qui s'inscrit dans la durée. 2020 Sep 16 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf>.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. La téléconsultation [Internet]. 2020 Dec15 [Visité le 23/06/2021]. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>.
- Rousseau A, Baumann S, Gaucher L. Enquête COVID-SF : Rapport descriptif. Paris : Conseil national des sages-femmes (CNSF), université de Versailles



- Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ); 2020 Jun [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-Etude-Covid-SFVF-1.pdf>
13. Dumez H. Comment traiter le matériau : l'attention flottante et le codage. Chap. 5. In: *Méthodologie de la recherche qualitative*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Vuibert; 2016. p. 71-73 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.furet.com/media/pdf/feuilleter/9/7/8/2/3/1/1/4/9782311402988.pdf>.
  14. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2019.
  15. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : facteurs de risque individuels et sociaux. Communiqué de presse. 2020 Oct 9. [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032/>.
  16. Astruc B, Henry C, Masson M. Intérêt de la télépsychiatrie pour la prise en charge des patients : enjeux et questions d'une nouvelle pratique. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2013; 171(2) : 61-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.09.015>.
  17. Fieux M, Duret S, Bawazeer N, Denoix L, Zaouche S, Tringali S. Téléconsultation en ORL : enquête de satisfaction en période pandémique COVID-19. Published online 2020 juin 17. French. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.05.012>.
  18. Nabarette H. L'Internet médical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux*. 2002; 114(4) : 249-86. <https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2002-4-page-249.htm>
  19. Hardey M. Internet et société : Reconfigurations du patient et de la médecine? *Sci Soc Sante*. 2004; 22(1) : 21-43.
  20. Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (Arcep). La couverture des zones peu denses [Internet]. 2022 Oct 10 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.arcep.fr/la-regulation/grands-dossiers-reseaux-mobiles/la-couverture-mobile-en-metropole/la-couverture-des-zones-peu-denses.html>.
  21. CNOSF. Code de déontologie de la profession de sage-femme [Internet]. 2021 May 28 [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>.
  22. Hoerni B. *Le secret médical : Confidentialité et discrétion en médecine*. Issy-les-Moulineaux : Masson; 1996.
  23. Rüedi B. *Le secret médical est-il en danger?* Neuchâtel : Éditions Bernard; 2003.
  24. Lalau JD. Cure and care. *Med Mal Metab*. 2021; 15(1) : 99-103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.10.009>.
  25. Le Dû M. Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. 2019;49(1) : 137-51.
  26. Molinier P. Le travail du care. *Nouvelles Questions féministes*. 2015;34(1):126-30. DOI: <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0126>.
  27. Baumann S, Gaucher L, Bourgueil Y, Saint-Lary O, Gautier S, Rousseau A. Adaptation of independent midwives to the COVID-19 pandemic: A national descriptive survey. *Midwifery*. 2021;94:102918. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102918>.
  28. Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir. 6<sup>e</sup> Rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France; 2021 Jan. [Visité le 01/12/2022]. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e->.