



Le libre choix de la voie d'accouchement : Enquête auprès de femmes tunisiennes

The autonomous choice of delivery mode: A survey of Tunisian women.

Kaouther Dimassi, Meriem Melki, Amal Chebbi, Rim Rafrafi

Service de gynécologie-obstétrique Hôpital Mongi Slim la marsa, Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis el manar

RÉSUMÉ

Introduction: Le phénomène de surmédicalisation de l'accouchement ne laisse plus place à la parole de la principale concernée : la femme enceinte. Dans notre pays, les femmes ne sont pas impliquées dans la prise de décision autour de leur accouchement.

Objectif : Analyser l'avis d'un échantillon de femmes tunisiennes concernant le droit au libre choix de la voie de leur accouchement et déterminer les facteurs pouvant influencer sur la voie d'accouchement choisie.

Méthodes : Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive. Ont été incluses: les femmes Tunisiennes : en âge de reproduction, praticiennes ou consultantes aux service d'obstétrique lieu de l'étude, étudiantes en médecine ou encore, membres de groupes dédiés aux questions féminines sur les réseaux sociaux .Le questionnaire a été utilisé lors des entretiens directs et posté en ligne. Le critère de jugement principal était l'avis des participantes concernant l'accès au libre choix de leur voie d'accouchement. Les participantes ont été réparties initialement en 2 groupes: Groupe revendiquant l'accès au libre choix -Groupe ne revendiquant pas l'accès à ce choix. Par la suite, les participantes ont été réparties en 2 autres groupes en fonction de la voie d'accouchement souhaitée: groupe ayant choisi la voie basse -groupe ayant choisi la césarienne .

Résultats: Le nombre de participantes était de 197 avec un taux de réponse de 80%. Deux tiers des participantes (63,45%) ont revendiqué l'accès au libre choix de la voie d'accouchement. Dans le cas où ce dernier leur est accordé, 64,46% opteraient pour la voie naturelle. Les revendicatrices du libre choix étaient: des consultantes: OR=7,76 IC 95%[0,568-106,168] ou des praticiennes: OR=3,93 IC95%[0,01-829,03], de niveau d'études supérieur OR=1,22 IC95%[0-1174,40], ayant déjà accouché avec un vécu positif: OR=1,24 IC95%[0,27-5,74]. Les femmes n'ayant pas revendiqué l'accès au libre choix étaient principalement: des médecins OR=-0,31 IC95%[0-32,58], des sages-femmes: OR=-0,08, IC 95%[0-18,12] ou encore des femmes au foyer OR=-0,42 IC95%[0- 68,88]. Les femmes qui ont déclaré préférer accoucher par césarienne étaient principalement: des praticiennes du service: OR= 2,03 IC95%[0,53-7,81], des nullipares OR=2,51 IC95%[0,243-25,98], enceintes au cours de la période de l'enquête OR=4,44 IC 95%[1,03-19,13], ayant un antécédent d'accouchement par césarienne: OR= 5,68 IC95%[0,64-50,43] ou encore un antécédent de vécu d'accouchement négatif: OR=1,87 IC95%[0,22-15,85].

Conclusion: Le libre choix de la voie d'accouchement exprime le plus souvent un certain nombre de croyances et de peurs, il serait souhaitable que les obstétriciens puissent prendre le temps de l'écoute et de l'explication. En se basant sur le principe de la justice , l'autonomie et le libre choix éclairé doivent être universellement reconnu par des textes législatifs et ainsi équitablement respectés pour toutes.

Mots-clés : naissance, grossesse, autonomie, demande maternelle, éthique de la naissance.

SUMMARY

Background: The recent overmedication of childbirth process ignores mothers wishes. In Tunisia, women are not involved in decision-making during childbirth.

Aim: To analyze the opinion of a sample of Tunisian women regarding the possibility of making their own informed choices during childbirth and to determine the factors that may influence the requested mode of delivery.

Methods: This was a 5-month descriptive cross-sectional survey. Were included Tunisian women who were consultants or practitioners at a university obstetrics and gynaecology department in Tunis, female medicine students and members of women dedicated social network groups.

The questionnaire was applied during direct interviews or posted online. The main judgment criteria was participants' opinion regarding access to autonomous choice of delivery mode. Participants were initially enrolled into 2 groups: a group of women requesting access to autonomous choice and a group of women who do not request access to autonomous choice. The participants were then divided into 2 other groups according to the requested mode of delivery: Cesarean section or vaginal delivery. A multivariate logistic regression was used to identify risk factors that may have influenced the responses.

Results: The total number of participants was 197. Access to autonomous choice was requested by 63.45% of the participants. These were mainly: consultants: OR=7.76 95% CI [0.56-106.16] or practitioners: OR=3.93 95% CI [0.01-829.03], with a high level of education OR=1.22 95% CI [0-1174.40], with a past positive birth experience: OR=1.24 95% CI [0.27-5.74]. The women who did not claim access to autonomous choices were mainly: doctors OR=-0.31 95% CI [0-32.58], midwives: OR=-0.08, 95% CI [0-18.12] or even housewives OR=-0.42 95% CI [0-68.88].

The women who preferred to give birth by Caesarean section were mainly: practitioners: OR=2.03 95% CI [0.53-7.81], nulliparous OR=2.51 95% CI [0.243-25.98], pregnant OR= 4.44 95% CI [1.03-19.13], with a history of cesarean delivery: OR=5.68 95% CI [0.64- 50.43] or even a history of negative childbirth experience: OR=1.87 95% CI [0.22-15.85].

Conclusion: The request for an Autonomous choice during childbirth most often expresses a certain number of beliefs and fears. Obstetricians should take time to listen and explain, in order to understand the mother's anxieties and enable her to resolve them. Based on the principles of justice, the access to autonomous choices during childbirth process should be universally recognized by legislations and thus fairly respected for all.

Keywords : childbirth, pregnancy, autonomy, maternal request, Birth ethics.

Correspondance

Kaouther Dimassi

Service de gynécologie-obstétrique Hôpital Mongi Slim la marsa / Université Tunis el manar faculté de médecine de Tunis

kaouther.dimassi@gmail.com

INTRODUCTION

L'accouchement est un phénomène physiologique, universellement grevé d'une surmédicalisation motivée par la lutte contre la morbi-mortalité périnatale. Cette surmédicalisation ne laisse plus place à la parole de la principale concernée : la femme enceinte. Nous, personnels de la santé sommes devant toute naissance, confrontés au choix de la voie d'accouchement. Et notre choix reposerait, selon la perception actuelle, sur une rationalité purement médicale reposant sur l'évaluation des risques de chaque option. Cependant un choix ne procède jamais exclusivement d'une rationalité scientifique (1). Les femmes sont aujourd'hui de plus en plus demandeuses de participer à la prise de décision et de disposer librement de leurs corps. Un article du *BJOG* (2) analyse non pas les risques encourus en fonction de la voie d'accouchement, mais le choix des femmes après qu'elles aient été informées par un texte standardisé des risques de l'une ou l'autre voie.

En Tunisie, les femmes ne sont pas impliquées dans la prise de décision autour de leur accouchement. Nous ne disposons actuellement d'aucune donnée pouvant nous éclairer sur leurs pensées, leurs craintes ou encore la voie d'accouchement souhaitée. Dans ce sens, nous avons mené ce travail ayant comme objectifs d'analyser l'avis d'un échantillon de femmes tunisiennes concernant le droit au libre choix de la voie de leur accouchement et de déterminer les facteurs pouvant influencer sur la voie d'accouchement choisie par les femmes.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive d'une durée de 5 mois allant du mois de juillet 2019 au mois de novembre 2019.

• *Critères d'inclusion*: Femmes Tunisiennes en âge de reproduction (18-49 ans), se présentant aux consultations externes du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Mongi Slim. Des praticiennes exerçant au service de gynécologie-obstétrique hôpital Mongi Slim, des étudiantes à la faculté de médecine de Tunis et des femmes tunisiennes faisant partie de groupes dédiés sur les réseaux sociaux : exemple groupe jeunes mamans, groupe femme tunisienne ...

• *Critères d'exclusion*: Femmes prises en charge dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mongi Slim pour une pathologie maligne ou urgente au cours de la période d'étude, le refus de participation et les investigatrices ainsi que les enquêtrices responsables de l'étude.

• *Critères de jugement*

-Avis des participantes concernant l'accès au libre choix de leur voie d'accouchement en cas de grossesse (réponses possibles : oui / non).

- La voie d'accouchement choisie en cas de possibilité d'accès au libre choix. (réponses possibles : vois naturelle / césarienne).

• *Déroulement de l'étude*

Le questionnaire élaboré pour l'étude était composé de 25 questions relatives aux données épidémiologiques, socio-économiques, antécédents obstétricaux ainsi que des questions abordant directement l'avis des participantes autour du libre choix de la voie d'accouchement et de ses arguments.

Le questionnaire a été appliqué de deux manières:

• Entretien direct mené par deux investigatrices résidentes en médecine de famille. Cet entretien a eu lieu au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Mongi slim et a inclus à la fois les consultantes et le personnel soignant.

• Questionnaire en ligne posté sur les réseaux sociaux (groupes d'étudiantes, jeunes mamans...).

Les participantes ont été réparties initialement en deux groupes en fonction de leur réponse concernant l'accès au libre de choix de la voie d'accouchement:

• Groupe de femmes revendiquant l'accès au libre choix de la voie d'accouchement.

• Groupe de femmes ne revendiquant pas l'accès à ce libre choix.

Par la suite, les participantes ont été réparties en deux autres groupes en fonction de la voie d'accouchement préférée dans le cas où l'accès au libre choix leur était accordé: groupe ayant choisi la voie basse et groupe ayant choisi la césarienne.

• *Étude statistique*

Nous avons étudié des variables à la fois quantitatives et qualitatives réparties en 4 catégories:

• Variables relatives aux données épidémiologiques: âge, parité, conditions socio-économiques, niveau d'instruction...

- Variables relatives à l'historique obstétricale des patientes: antécédents obstétricaux, dysgravidies, terme gestationnel, infertilité, épisiotomie, vécu des éventuels accouchements précédents...
- Variables relatives à la réponse concernant le droit au libre choix de la voie d'accouchement.
- Variables relatives à la voie d'accouchement choisie par les participantes.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et les variables qualitatives en proportions. La comparaison des pourcentages a utilisé le test de χ^2 de Pearson en comparant à chaque fois les groupes de femmes précédemment définis. De même, le test de régression logistique avec calcul des Odds Ratio a été utilisé pour identifier les facteurs ayant pu influencer les réponses des femmes d'une manière indépendante. Les données ont été analysées au moyen du logiciel XLSTAT, Addinsoft 2019 (version gratuite d'essai). Le seuil de signification adopté était de 0,05.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 227 ont été sollicitées pour l'enquête. Parmi elles, 30 femmes avaient refusé de participer. Ainsi le nombre total de participantes était de 197 femmes. L'entretien direct a été mené avec 95 participantes (n=95/197=48,22%). Parmi ces dernières, 74 étaient des consultantes du service (n=74/95= 77,89%) et 21 des praticiennes (n=21/95=22,1%). Le nombre de participantes ayant répondu au questionnaire en ligne était de 102 (102/197=51,77%). L'anonymat était souhaité par 131 participantes (131/197=61,17%).

L'âge moyen des femmes retenues pour l'étude était de 30,77 ans [18-48]. Les participantes étaient mariées dans 65,99% des cas (n=130). La majorité des participantes (n=142/197= 72%) étaient d'un niveau d'étude supérieur et 72 (72/142) avaient suivi un 3ème cycle. De même, 73,1% (n=144/197) avaient une activité professionnelle dont 53 étaient des médecins. La moyenne de l'ancienneté professionnelle était de 5,65 [0-29] années. Parmi les femmes interrogées 37,56% étaient nullipares (n=74), 9,64% étaient primipares (n=19), 52,79% étaient multipares (n=104) et 2,53% (n=5) étaient infertiles. En moyenne, les participantes avaient un enfant à charge (0-4). Pendant la période d'étude, 30,96% (n=61) des femmes étaient enceintes, le plus souvent à terme

(n=25/61; 40,98%). La grossesse était pathologique chez 17 participantes enceintes (n= 17/61; 27,86%).

Les femmes interrogées avaient un antécédent d'accouchement dans 50,25% (n=99) des cas. Le total des accouchements précédents à l'enquête était de 104 dont 32 étaient des accouchements par voie basse (32/104=30,76%). Il a été noté que l'épisiotomie était pratiquée systématiquement dans tous ces accouchements par voie basse.

Le vécu de l'accouchement était décrit comme positif dans 67,30% des cas (n=70/104), négatif dans 20,19% des cas (n=21/104) et neutre dans 12,50% des cas (n=13/104). Aucune différence significative n'a été observée en fonction de la voie (p=0,802) ou la structure de prise en charge de l'accouchement (p=0,33) (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des femmes en fonction du vécu des précédents accouchements.

Vécu de l'accouchement		Positif	Négatif	Neutre	valeur de p	Total
Voie d'accouchement	Voie basse	22	7	3	0,82	32
	Césarienne	48	14	10		72
Total		70	21	13		104
Lieu d'accouchement	Hôpital publique	25	10	7	0,33	42
	Structure privée	44	10	5		59
	à l'étranger	1	1	1		3
Total		70	21	13		104

Avis des femmes concernant l'accès au libre choix de leur voie d'accouchement.

Cent vingt-cinq participantes (125/197= 63,45%) ont revendiqué l'accès au libre choix de leur voie d'accouchement. La réponse des femmes sur ce point était significativement influencée par plusieurs variables indépendantes.

Les variables ayant le plus influé sur l'avis des femmes sont résumées dans la figure 1 et le tableau 2. Ainsi, les revendicatrices du libre choix étaient des femmes :

- Interrogées directement lors de leur consultation au service lieu de l'étude OR = 7,76 IC 95%[0,56-106,16] ou praticiennes : OR = 3,93, IC 95%[0,01-829,03].
- De niveau d'études supérieur OR = 1,22 IC 95% [0-

Tableau 2. Principales variables ayant influé sur la revendication de l'accès au libre choix de la voie d'accouchement.

Variables étudiées	Odds ratio	Odds ratio			Coefficients normalisés		
		OR Borne inf. (95%)	OR Borne sup. (95%)	Khi² de Wald	Wald Borne inf. (95%)	Wald Borne sup. (95%)	
Type entretien	Âge	1,05	0,96	1,15	1,34	-0,11	0,44
	Entretien direct: consultante	7,76	0,56	106,16	2,35	-0,151	1,24
	Entretien direct: praticienne	-0,89	0,25	3,18	-0,02	-0,23	0,19
	Primaire	-0,33	0	472,37	-0,08	-1,05	0,78
Niveau d'études	Secondaire	-0,44	0	595,74	-0,04	-1,80	1,44
	Supérieur	1,22	0,00	1174,40	0	-1,76	1,87
	Troisième cycle	1,41	0,001	1462,22	0,01	-1,74	1,92
Profession	Comptable	-0,17	0	126,59	-0,27	-0,32	0,19
	Enseignante	1,20	0,009	155,51	0,005	-0,59	0,64
	Étudiante	1,74	0,01	262,10	0,04	-0,56	0,70
	Gestionnaire	-0,04	0	43,25	-0,76	-0,38	0,14
	Informaticienne	0,54	0,001	371,90	-0,03	-0,28	0,23
	Ingénieure	0,82	0,006	123,30	-0,005	-0,49	0,45
	Libéral	-0,95	0,001	696,13	0	-0,26	0,25
	Médecin	-0,31	0,003	32,58	-0,24	-1,42	0,85
	Paramédical	-0,58	0,005	73,03	-0,04	-0,83	0,66
	Pharmacienne	1,64	0,002	1208,26	0,02	-0,24	0,27
	Sage-femme	-0,08	0	18,1	-0,80	-0,67	0,25
	Interne en médecine	-0,37	0,003	50,30	-0,15	-0,60	0,40
	Pilote	0,97	0,001	656,47	0	-0,25	0,25
	Responsable dans une société privée	2,42	0,008	695,04	0,09	-0,41	0,56
	Agent commercial	7,02	0,02	2174,95	0,44	-0,38	0,78
	Avocate	-0,36	0	381,77	-0,08	-0,31	0,23
	Caissière	-0,15	0	177,29	-0,27	-0,35	0,20
	Comptable	-0,10	0	116,46	-0,40	-0,36	0,18
	Couturière	-0,14	0,001	34,03	-0,48	-0,64	0,30
Cuisinière	-0,08	0	106,03	-0,46	-0,53	0,25	
Femme au foyer	-0,42	0,003	68,88	-1,37	-1,37	0,97	
Femme de ménage	-0,14	0	40,74	-0,45	-0,59	0,28	
Fonctionnaire de l'état	-0,59	0,001	297,62	-0,02	-0,37	0,31	
Ouvrière	-0,64	0,003	162,32	-0,02	-0,52	0,44	
Serveuse	-0,47	0	696,31	-0,04	-0,31	0,25	
Vendeuse	-0,19	0	202,25	-0,21	-0,33	0,20	
Enceinte	Non						
	Oui	0,68	0,17	2,63	-0,30	-0,44	0,24
Parité	Multipare						
	Nullipare	-0,43	0,05	3,66	-0,59	-0,79	0,34
	Primipare	-0,93	0,08	10,36	-0,003	-0,40	0,38
Antécédents d'accouchement voie basse	Non						
	Oui	-0,26	0,02	2,63	-1,27	-0,73	0,19
Antécédents de césarienne	Non						
	Oui	-0,14	0,01	1,47	-2,6	-1,11	0,10
	Indifférent						
vécu de l'accouchement	Négatif	-0,64	0,08	4,72	-0,19	-0,38	0,24
	Positif	1,24	0,27	5,74	0,07	-0,34	0,45
	Non applicable	-0,50	0,03	6,93	-0,25	-0,90	0,53

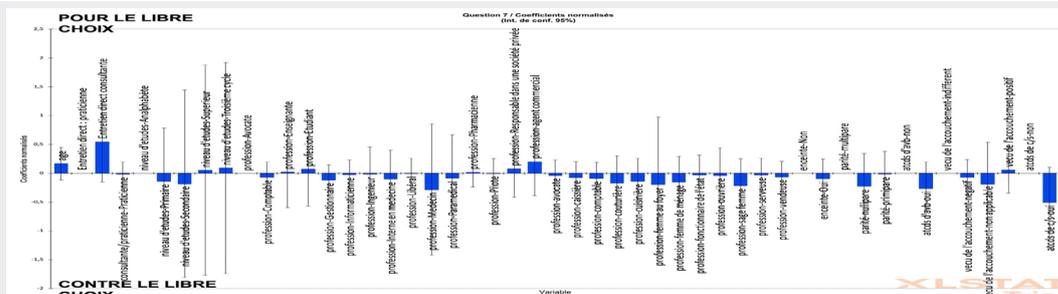


Figure 1: Étude des variables ayant influé sur la revendication de l'accès au libre choix de la voie d'accouchement : coefficients normalisés

semé de controverses et plusieurs dilemmes éthiques. La principale concurrence étant entre l'autonomie des femmes et la volonté du médecin d'agir au mieux pour l'intérêt de ses patientes.

Dans un souci de représentativité, l'enquête a été menée principalement dans une maternité universitaire publique mais aussi en ligne via les réseaux sociaux. Un total de 197 femmes ont participé avec un taux de réponse de 80%. Cet effectif est intéressant pour une enquête préliminaire visant principalement à lancer le débat. Malgré le fait d'avoir inclus à la fois des praticiennes et des non-praticiennes, une limite méthodologique peut être notée qui est celle de l'exclusion des hommes (qu'ils soient praticiens ou non). Dans une société patriarcale comme la nôtre, il aurait été intéressant d'étudier si le sexe influe significativement sur les réponses.

Les principaux résultats de cette enquête ont révélé que 2/3 des participantes (63,45%) revendiquent leur libre choix de la voie d'accouchement. Dans le cas où ce dernier leur est accordé, 64,46% opteraient pour la voie naturelle. Au-delà des résultats descriptifs, une étude analytique a permis d'identifier les principaux facteurs influant sur les réponses des femmes. Ainsi, les revendicatrices du libre choix étaient des femmes :

Interrogées directement, de niveau d'études supérieur, ayant déjà accouché avec un vécu positif. Les femmes n'ayant pas revendiqué l'accès au libre choix de la voie d'accouchement étaient principalement: de niveau d'études primaire, des médecins, des sages-femmes ou encore, des femmes au foyer.

Les femmes qui ont déclaré souhaiter accoucher par césarienne étaient principalement: des praticiennes du service interrogées directement, des nullipares, ou enceintes au cours de la période de l'enquête ou avaient un antécédent d'accouchement par césarienne: ou encore un antécédent de vécu d'accouchement négatif. Après une contextualisation du processus de la naissance dans le monde mais aussi dans notre pays, et en tenant compte des résultats de cette enquête, il s'avère être primordial de discuter les aspects éthiques autour d'un choix libre et éclairé de la voie d'accouchement. Dans ce sens, il faudra considérer les points de vue des différents acteurs autour de la naissance: Les mères mais aussi l'enfant à naître, les médecins, et la société.

Aspects éthiques pour les femmes : principes de l'autonomie, du choix libre et éclairé.

Le libre choix des modalités d'accouchement s'inscrit dans une logique de reprise de pouvoir de la femme sur son corps : après le combat pour le droit à la contraception, le combat pour le droit à l'avortement, la revendication du droit à ne pas allaiter, les femmes souhaitent désormais pouvoir choisir leur mode d'accouchement. Dans notre étude, presque 37% des participantes ne s'accordent pas ce libre choix. Ce taux est conséquent, comment l'expliquer ? Le problème est que 55,55% (40/72) de ces femmes n'ont même pas argumenté leur réponse. 41,66% (30/72) étaient convaincues que le choix de la voie d'accouchement est un choix strictement médical. Plusieurs questionnements sur ce résultat restent sans réponse et doivent être explorés par d'autres enquêtes plus approfondies. En exemple, le fait de spontanément déléguer ce choix au médecin, est-ce parce que la grossesse est vécue comme une maladie ? Est-ce que les femmes souhaitent se décharger d'un choix qu'elles estiment difficile ? Mais qu'en est-il de leur propre perception de la liberté ou de l'autonomie ? Soixante-quatre (64/197=32,8%) participantes ont clairement revendiqué leur liberté dans cette enquête. Ce taux est en dessous de ce qui peut être attendu dans un pays relativement avancé en termes de droit des femmes par rapport aux pays arabo-musulmans, dix années après la révolution pour la liberté et la dignité.

L'autonomie est plus qu'une simple question d'accès aux options (3). Un choix est suffisamment autonome lorsqu'il est fait avec compréhension (4-6). Au cours de la grossesse, cette compréhension, et d'autres informations, peuvent être obtenues. Ainsi, les droits de toute personne n'ont pas à être diminués par la grossesse. Un perpétuel mythe selon lequel la grossesse représente un «contexte différent» encourage potentiellement les médecins à s'approprier le choix des femmes en argumentant le faire pour leur intérêt. En effet, refuser le choix des femmes traite les femmes comme un simple moyen de «délivrer un nouvel être humain» et dégrade l'intégrité corporelle (7,8)]. Le choix de l'accouchement pour une femme ne concerne pas uniquement la reproduction, mais la manière dont elle utilise son corps pour achever cette dernière (3).

Du point de vue de l'enfant à naître : principes de bienfaisance et de non-malfaisance

Du point de vue sujet fœtus quelle serait la voie d'accouchement la moins risquée ? Au vu des données de la littérature, nous avons retenu que le risque de l'accouchement par voie basse reste hypothétique, peu fréquent mais réel avec des conséquences pouvant être graves. Celui d'une césarienne programmée au-delà de 39 semaines n'est pas sans risque mais semble plus fréquent et moins grave à type de détresse respiratoire transitoire (9). Vu que le fœtus est incapable de consentir A qui revient le choix ? au médecin ? à la mère ? au couple ? La prise de décision encore une fois ne peut pas inclure uniquement le sujet fœtus mais aussi tous les concernés autour de la naissance et plus encore l'impact sur la santé publique d'une manière générale.

Aspects éthiques pour le médecin : principes d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance.

Un médecin peut légitimement s'interroger sur le fait d'accepter de pratiquer une opération chirurgicale lorsque celle-ci n'est pas nécessaire. La plupart des praticiens opposés au libre choix en cas d'accouchement sont préoccupés par les risques supplémentaires de césarienne (10). Les preuves concernant les césariennes semblent définitives, mais en réalité elles ne permettent pas de mettre en évidence un risque significatif quand elle est réalisée en dehors d'un contexte d'urgence (11). D'un autre côté, rien ne garantit que le résultat d'un accouchement par les voies naturelles soit non nocif (pour le bien-être physique et mental d'une femme). Alors comment appliquer le principe de non-malfaisance devant ces deux possibilités à risque (césarienne et accouchement par voie basse) ?

En réalité, la demande d'une césarienne ne se base que très rarement sur des arguments rationnels. Puisqu'il s'agit, le plus souvent, de l'expression d'un certain nombre de croyances et de peurs, Les femmes n'ont pas toutes la même expérience physique ou psychique de la grossesse. En exemple, en grande Bretagne, la majorité des femmes contactent Birthrights pour exprimer une expérience antérieure de naissance traumatique, de tokophobie primaire ou sexuelle (12). Dans notre étude, l'antécédent de vécu d'accouchement négatif a significativement impacté la demande d'une césarienne de convenance.

Il serait souhaitable que les médecins puissent prendre le temps de l'écoute et de l'explication, afin de comprendre les angoisses de la mère, et de lui permettre de les dépasser. On sort là du cadre de la médecine mécanique

«symptôme donc prescription de soin», pour revenir vers la notion d'accompagnement humain. Ce dialogue entre le médecin et la future maman est fondamental, et, plus il sera entamé tôt pendant la grossesse (pourquoi pas lors de la visite du 4ème mois), plus il aura de chances de porter ses fruits.

Notons que le système tunisien actuel, dans lequel bien souvent les futures mamans sont suivies d'abord par leur gynécologue de ville, puis à l'hôpital par différents intervenants, dans le cadre de consultations courtes car trop chargées, rend l'établissement de ce dialogue bien difficile.

Du point de vue de la société : principe de justice.

Il y a une différence entre reconnaître que le libre choix est autorisé et doit être disponible, et faire valoir qu'il doit être systématiquement disponible. En Tunisie, l'accès au libre choix serait le plus souvent accordé aux femmes ayant recours aux structures privées et n'est jamais discuté dans les structures publiques prenant en charge 80% des naissances du pays. Le principe de la justice nous oblige à considérer l'accès équitable du libre choix lors de l'accouchement.

Enfin, la différence substantielle entre le financement et le non-financement des césariennes de convenance dépend entièrement du nombre de femmes choisissant cette voie d'accouchement. Le coût est limité si seulement un petit pourcentage de femmes optent pour la chirurgie. Dans notre enquête, et en dehors de tout conseil médical dirigé, la majorité des participantes (64,46%) ont choisi la voie naturelle. Il faudrait faire une estimation plus large de cette proportion par une étude populationnelle pour une estimation réelle du coût de l'accès au libre choix de la voie d'accouchement dans notre pays.

CONCLUSION

En Tunisie, cette discussion éthique autour du consentement éclairé et du libre choix des femmes lors de l'accouchement doit être abordée car jusque-là elle est complètement ignorée que ce soit par le corps médical, les institutions, les tribunaux mais aussi par les sujets eux-mêmes c'est à dire les femmes.

REFERENCES

1. Vercoustre L. « Choisir sa voie d'accouchement » : choisir, vous avez dit choisir ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 juin 2014;43(6):409-10.
2. Schoorel ENC, Vankan E, Scheepers HCJ, Augustijn BCC, Dirksen CD, Koning M de, et al. Involving women in personalised decision-making on mode of delivery after caesarean section: the development and pilot testing of a patient decision aid. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(2):202-9.
3. Yamamoto SL. Recognizing cesarean delivery on maternal request as a social problem: utilizing the public arenas model. *Policy Polit Nurs Pract.* août 2011;12(3):168-74.
4. Burcher P, Gabriel JL, Campo-Engelstein L, Kiley KC. The case against cesarean delivery on maternal request in labor. *Obstet Gynecol.* sept 2013;122(3):684-7.
5. Siddique H. One in six NHS trusts do not offer caesareans on request – charity. *The Guardian* [Internet]. 21 août 2018 [cité 17 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/society/2018/aug/21/one-in-six-nhs-trusts-do-not-offer-maternal-request-caesarians>
6. Burrow S. On the cutting edge: ethical responsiveness to cesarean rates. *Am J Bioeth AJOB.* 2012;12(7):44-52.
7. Instead of judging women who want a C-section, why not listen? | Rebecca Schiller | Opinion | *The Guardian* [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/aug/21/women-c-section-birth-planning-caesarean>
8. Kukla R, Kuppermann M, Little M, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, et al. Finding Autonomy in Birth. *Bioethics.* janv 2009;23(1):1-8.
9. E BHN, A B, A BM, S C, R S, N BJ. [Neonatal respiratory morbidity after elective cesarean section at term]. *Tunis Med.* 1 déc 2010;88(12):924-7.
10. Plante LA. Public Health Implications of Cesarean on Demand. *Obstet Gynecol Surv.* déc 2006;61(12):807-15.
11. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries - Habiba - 2006 - *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2006.00933.x>
12. Corthésy S. À la recherche d'un accouchement physiologique : revivre la naissance au naturel. 2017.