



**HAL**  
open science

# L'hémorragie du post-partum au 19<sup>e</sup> siècle et de nos jours à Marseille

Océane Donati

► **To cite this version:**

Océane Donati. L'hémorragie du post-partum au 19<sup>e</sup> siècle et de nos jours à Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01218572

**HAL Id: dumas-01218572**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218572>**

Submitted on 6 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**AIX MARSEILLE UNIVERSITE**

*Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée*

**L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM AU  
19<sup>ème</sup> SIECLE ET DE NOS JOURS A  
MARSEILLE**

Présenté et publiquement soutenu

Le 23 Avril 2015

Par

DONATI Océane  
Né(e) le 15 Juin 1991

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- Delaforge, Gurwan, sage-femme
- Balzing, Marie-Pierre, sage-femme cadre enseignante
- Zakarian, Carole, sage-femme enseignante (directeur de mémoire)

# AIX MARSEILLE UNIVERSITE

*Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée*

## L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM AU 19<sup>ème</sup> SIECLE ET DE NOS JOURS A MARSEILLE

**Donati Océane**  
15 Juin 1991

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**

**Année universitaire 2014-2015**

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2015 :** Oui

Mention : Passable

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2015 :**

**Visa et tampon de l'école**





L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM  
AU 19<sup>ème</sup> SIECLE ET DE NOS JOURS

# Remerciements

---

Je tiens à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

Mme Carole Zakarian, sage-femme enseignante à l'EU3M et directrice de ce mémoire, pour son aide précieuse, ses encouragements et pour avoir cru en mon travail.

Mr Laurent Dauvergne, du département santé du service patrimoine et conservation de la bibliothèque universitaire d'Aix-Marseille Université, pour m'avoir permis de consulter ces précieux ouvrages.

L'équipe pédagogie de l'EU3M pour leurs conseils avisés.

Ma famille, pour leur soutien depuis toutes ses années, ainsi que mes amis.

Camille, Marion et Lila sans qui rien n'aurait été pareil.

# Sommaire

---

INTRODUCTION A L'ETUDE.....	page 1
MATERIELS ET METHODE.....	page 6
1. Définition de la population étudiée.....	page 6
2. Modalités pratiques de recueil de données.....	page 7
3. Définition des variables mesurées.....	page 7
4. Analyse statistique.....	page 8
RESULTATS.....	page 9
1. Résultats principaux.....	page 9
2. Résultats secondaires.....	page 16
2.1. La prise en charge de la délivrance.....	page 16
2.2. La prise en charge de l'HPP.....	page 16
ANALYSE ET DISCUSSION.....	page 18
1. Validité interne de l'étude.....	page 18
2. Biais de l'étude.....	page 18
3. Résumé et analyse des principaux résultats.....	page 19
3.1. Fréquence de survenue de l'HPP.....	page 19
3.2. Décès maternels suite à une HPP.....	page 19
3.3. Facteurs de risques de survenue de l'HPP.....	page 20
4. Evolution des pratiques.....	page 24
4.1. Prise en charge de l'HPP.....	page 24
4.2. Outils d'amélioration des pratiques.....	page 26
4.3. Mesures de prévention.....	page 27
4.3.1. Prise en charge anténatale des patientes à risque hémorragique.....	page 27
4.3.2. Prévention lors de la troisième phase du travail.....	page 28
CONCLUSION.....	page 29
BIBLIOGRAPHIE.....	page 30
ANNEXES.....	page 32
ABREVIATIONS.....	page 34

# Introduction

---

Depuis les débuts de l'obstétrique, il est décrit qu'un accouchement « normal » s'accompagne toujours d'une hémorragie physiologique entre 50 et 300 ml [1]. C'est probablement pour cela que l'hémorragie du post-partum (HPP) a presque toujours été définie comme une perte sanguine d'origine intra-utérine supérieure à 500ml après l'accouchement par voie basse (un peu plus en cas de césarienne) [2].

En France, l'HPP concerne actuellement 5% des accouchements lorsque les pertes sanguines ne sont pas quantifiées et 10% lorsqu'elles le sont. Même si le nombre de décès maternel par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100 000 naissances vivantes) elle demeure la première cause de décès maternels (16 %) et la plus évitable (80 %) [2].

Dans l'imaginaire collectif il est fréquemment retrouvé l'idée qu'autrefois les femmes accouchaient et mourraient en couche dans une mare de sang<sup>a</sup>. Nous allons voir au travers de cette étude si l'HPP était aussi fréquente au 19<sup>ème</sup> siècle qu'on peut l'imaginer et qu'elle en a été l'évolution de jours.

La question de recherche est la suivante :

***Qu'en est-il de l'HPP à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et de nos jours en termes de fréquence, de mortalité maternelle, de facteurs de risque et de prise en charge à la maternité de l'Immaculée Conception de Marseille ?***

Les objectifs principaux de l'étude sont les suivants :

- Calculer la fréquence de survenue de l'HPP entre 1868 et 1870, ainsi que le pourcentage de mortalité maternelle,
- Dégager les facteurs de risque,
- Comparer ces résultats aux données actuelles de la science

L'objectif secondaire est de décrire les méthodes de prise en charge de l'HPP au 19<sup>ème</sup> siècle et de les comparer à ce qui est pratiqué actuellement.

---

<sup>a</sup> Idée recueillie lors de rencontres avec des professionnels de l'obstétrique en stage



## 1. Définitions

### 1.1. Contemporaine

L'hémorragie du post-partum (HPP) est communément définie comme une perte sanguine d'au moins 500 ml survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement (source organisme mondial de la santé). Plus récemment, le collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), dans ses recommandations parues en 2014, simplifie la définition en énonçant qu'il s'agit d'un saignement  $\geq 500$  ml après l'accouchement.

Les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2004 précisent que *« Bien que l'HPP concerne environ 5 % des naissances et que la plupart de ces hémorragies soient bien tolérées, le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge active doit être déclenchée (accord professionnel). »*

Mais en 2014 une nouvelle notion apparaît : *« Le seuil d'intervention clinique doit tenir compte du débit du saignement et du contexte clinique. Ainsi, il peut être justifié de débiter une prise en charge active avant que le seuil de 500 ml de perte sanguine ne soit atteint, si le débit de saignement est élevé ou la tolérance clinique mauvaise. »* [2].

### 1.2. Historique

Dans son cours donné dans les années 1890 à la maternité de Liège, le Docteur N. CHARLES définit l'hémorragie de la délivrance comme cela : *« Les hémorragies post-partum, aussi appelées hémorragies de la délivrance, sont celles qui arrivent après la sortie de l'enfant, soit avant l'expulsion du placenta, soit peu de temps après. Les hémorragies qui surviennent dans les suites de couches, le lendemain de l'accouchement, par exemple, ou quelques jours plus tard, sont plus spécialement décrites sous le nom d'hémorragies secondaires, d'hémorragie lochiales ou de l'état puerpéral. »* Il précise également que *« dans l'hémorragie externe, outre l'état d'inertie de la matrice, on constate que le sang sort en certaine quantité de la vulve ; il y a de plus des signes généraux plus ou moins accentués [...] (face pâle, muqueuses décolorées, pouls petit et fréquent, etc.)[...] l'hémorragie se fait à l'intérieur de la matrice [...] l'organe devient très gros et remonte au-dessus de l'ombilic »*.

Bien qu'il n'existe pas de définition précise et univoque de l'HPP au 19<sup>ème</sup> siècle, tous les ouvrages s'accordent sur la description des symptômes de l'hémorragie bien que l'appréciation des pertes sanguines ne soit que visuelle et donc subjective.

## 2. Contexte historique

### 2.1. Les maternités publiques de Marseille

La maternité publique à Marseille a subi de nombreux déménagements entre 1640 et 1864 : l'entrepôt, Hôtel-Dieu, hôpital du sauveur, Grandes Marie et enfin Conception. Finalement c'est en 1864, pour palier à la vétusté et à l'insalubrité des locaux, que s'installait la maternité publique de Marseille à l'hôpital du Petit Camas (ou de l'Immaculée Conception) dans deux pavillons.

En 1891 il existait deux services distincts : la maternité et la clinique obstétricale. Cette dernière fut créée dans des nouveaux locaux en 1878 qui sont actuellement en lieu et place de l'actuelle maternité de la Conception.

C'est enfin en 1920 avec la création de l'hôpital de la Belle-de-mai que la maternité ainsi que l'école de sage-femme furent transférées dans ces nouveaux locaux. Seule la clinique obstétricale resta à la Conception et devint le seul service d'obstétrique de Marseille [3].

### 2.2. L'école de sage-femme

L'école d'accouchement de Marseille fut créée en 1826 et s'installa au refuge. Ces premiers enseignants furent le Pr Cauvière et le Pr Ducros. Après de nombreux déménagements, l'école de sage-femme fut transférée à l'hôpital du Petit Camas en 1864. Actuellement elle siège sur le site nord de la faculté de médecine de Marseille [3].

### 2.3. L'enseignement

L'enseignement était confié d'une part aux chirurgiens en chef de la maternité et d'autre part à la maitresse sage-femme. Les études duraient deux ans, validées

chaque année par la réussite aux examens de fin d'année et par le diplôme que les élèves devaient de passer à Montpellier.

En 1893 l'enseignement subit un profond changement. Il devient plus complet avec en première année l'étude de la physiologie, l'anatomie et la pathologie élémentaire puis en seconde année l'obstétrique était plus particulièrement enseignée. L'entrée dans le cursus était dépendante de l'obtention du brevet de capacité élémentaire ainsi que la réussite au concours qui fut créé cette année-là. Le manuel de référence était le catéchisme de Baudelocque [3].

La discipline était de fer, les élèves ne pouvaient sortir plus de six fois dans l'année scolaire sur demande de la famille et après autorisations de l'administration et de la maitresse sage-femme. La famille et les amis ne pouvaient être reçus qu'au parloir [3].

#### 2.4. Les élèves

L'école de sage-femme accueillait une douzaine d'élèves qui devaient remplir les conditions suivantes :

- être âgée de 18 ans révolus à 35 ans maximum,
- être de sexe féminin,
- savoir lire et écrire (certificat de moralité délivré par le maire de la commune),
- être de bonne vie et mœurs,
- avoir le consentement du père, de la mère ou du tuteur pour les mineures (la majorité était à 21 ans), ou de l'époux pour les femmes mariées [3].

#### 2.5. Les professeurs

André Cauvière et Jean-Baptiste Ducros inaugurent en 1826 la première école d'accouchement de Marseille, dont ils furent les enseignants.

Le Pr Etienne Villeneuve fut sûrement par ses nombreux travaux sur la mécanique obstétricale, l'anesthésie obstétricale, la césarienne, l'usage des forceps, son enseignement à l'école d'accouchement ainsi que par ses études statistiques sur la maternité, l'obstétricien Marseillais le plus célèbre du 19<sup>ème</sup> siècle.

Le Pr Queirel, un des titulaires du poste de chirurgien chef de la maternité, devint célèbre par ces travaux notamment sur l'hygiène.

Le Pr Charles Guérin de Mongareuil-Valmale, directeur de la clinique obstétricale, était surtout connu pour son enseignement et ses capacités d'orateur [3].

## 2.6. La maîtresse sage-femme

Résidant à la maternité, la maîtresse sage-femme avait un rôle prépondérant. En effet elle était chargée du maintien de l'ordre ainsi que de l'enseignement des élèves sages-femmes pour la pratique des accouchements et les cours d'obstétrique. Elle avait aussi en charge les accouchements délicats, mais elle devait faire appel au chirurgien ou au chef interne, en cas de danger grave qui ne relève alors pas de son champ de compétences. Il lui arrivait de placer les forceps (selon la méthode de Mme Lachappelle, célèbre sage-femme du 19<sup>ème</sup> siècle).

La maternité était aussi dotée d'une maîtresse sage-femme en second [3].

## 2.7. La population féminine

Selon le règlement des hospices civils de Marseille, seules les femmes résidant dans les Bouches-du-Rhône et dans le neuvième mois peuvent accoucher à la maternité. Cependant en pratique toute femme enceinte peut être admise en urgence.

La maternité était surtout fréquentée par les indigentes, les filles-mères, les célibataires et les prostituées alors que les femmes « respectables » accouchaient à la maison aidées d'une sage-femme [3].

# Matériels et méthodes

---

Les objectifs principaux de l'étude ont été de : calculer la fréquence de survenue de l'HPP en 1868, 1869 et 1870, calculer le pourcentage de mortalité maternelle et dégager les facteurs de risque.

L'objectif secondaire a été de décrire les méthodes de prise en charge de l'HPP au 19<sup>ème</sup> siècle.

Ces résultats sont comparés aux données actuelles de la science concernant l'HPP.

Pour cela les données de la population de femmes accouchant à la maternité de l'Immaculée Conception de Marseille entre 1868 et 1870 sont étudiées.

Dans un premier temps l'étude a été descriptive puisqu'il a été question de recueillir les données concernant les femmes (et de leurs nouveau-nés) ayant accouché entre Janvier 1868 et Décembre 1870, de décrire la prise en charge et de dégager les facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. De plus la fréquence de survenue de l'HPP ainsi que le pourcentage de décès maternels suite à une HPP sont calculés.

Puis dans un second temps, l'étude s'est portée sur la comparaison de ces données aux données actuelles connues des hémorragies du post-partum en France.

## 1. Définition de la population étudiée

Pour pouvoir répondre aux objectifs de la recherche il a été inclus dans l'étude chaque femme en travail, à terme, accouchant à la maternité de l'Immaculée Conception de Marseille en 1868, 1869 et 1870.

Les critères d'exclusion ont été un poids de naissance (PN) inférieur à 2500 g et la réalisation d'une césarienne. Les critères de non inclusion ont été l'absence du dossier des registres.

Comme la datation de la grossesse n'était pas aussi précise qu'actuellement, avec l'échographie obstétricale du premier trimestre, il est décidé de considérer comme grossesse à terme les nouveau-nés dont le PN était au moins égale à 2500 g ou plus.

## 2. Modalités pratiques du recueil de données

Cette étude est réalisée à partir des comptes rendus d'accouchements de la maternité de l'Immaculée Conception de Marseille qui sont conservés par le fonds ancien de la bibliothèque de la faculté de médecine de Marseille. Celui-ci est composé de 42 registres couvrant la période allant de 1832 à 1874.

Pour cette étude, il est étudié les données des accouchements des années 1868, 1869 et 1870. L'excellent état de conservation des dossiers a permis de faciliter le recueil des données cliniques des patientes ayant accouché dans cette maternité pendant la période définie.

## 3. Définition des variables mesurées

Pour chaque accouchement il est précisé : l'âge de la patiente ainsi que sa situation maritale, sa parité, la date des dernières règles, le terme de la grossesse, le sexe de l'enfant et ses mensurations (périmètre céphalique PC, taille, PN), le mode d'accouchement (accouchement voie basse AVB, présentation fœtale, extraction instrumentale EI, rupture artificielle des membranes RAM) et la durée des différentes phases de l'accouchement (durée d'ouverture de la poche des eaux DOPDE, durée phase active, durée entre la dilatation complète et l'expulsion). Pour finir, il est référencé la présence ou non d'une hémorragie du post-partum immédiat ainsi que la prise en charge effectuée. Les durées sont toutes calculées en minute, l'âge de la grossesse en jour, le PC et la taille en centimètre et le PN en gramme.

Concernant le terme, il est utilisé la date des dernières règles (DDR) de chaque patiente (lorsque celle-ci était mentionnée) qui sont reportée dans une calculatrice obstétricale informatisée afin d'éviter toute erreur de calcul (annexe 1).

Les données ont été recueillies dans une base de données anonyme qui est réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

#### 4. Analyse statistique

Afin de dégager les facteurs de risque en cause dans les cas d'HPP qui sont survenus au cours des trois années étudiées, une analyse statistique est réalisée à l'aide des tests statistiques de CHI2 (données qualitatives et pourcentage), de Student (comparaison de moyennes) ainsi que de Fisher (pour les effectifs inférieurs à 5). Les données sont analysées à l'aide du logiciel de statistiques en ligne BiostaTGV. Pour l'ensemble des tests statistiques, le risque alpha est fixé à 5% ( $p < 0,05$ ). Une valeur de  $p < 0,05$  est considéré comme statistiquement significative.

Les facteurs de risque actuels, déjà connus, sont dégagés de la littérature récente.

# Résultats

---

## 1. Résultats principaux

682 grossesses ont été incluses après avoir exclu les grossesses dont le poids de naissance était inférieur à 2500 g : 41 grossesses pour l'année 1868, 41 pour l'année 1869 et 31 pour l'année 1870. Le poids de naissance n'est pas recueilli dans 7 dossiers qui ont donc été exclus.

Concernant l'année 1970 les mois de Novembre et de Décembre ont été manquants au registre, de même que 2 dossiers de l'année 1868 et 7 dossiers de l'année 1869.

Une seule césarienne, post-mortem, est relevée durant ces trois années d'étude.

Les caractéristiques générales des parturientes sont présentées dans les tableaux 1, 2 et 3.

Caractéristiques générales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Parité</b>			0,280
Primipare	5 (41,7%)	120 (51,3%)	
Multipare < 5	5 (41,7%)	100 (42,7%)	
Grande multipare > ou = 5	2 (16,6%)	14 (6%)	
<b>Situation maritale</b>			0,999
Célibataire	10 (83,3%)	179 (79,6%)	
Mariée	2 (16,7%)	41 (18,2%)	
Veuve	0 (0%)	5 (2,2%)	
<b>Age maternel moyen</b> [min ; max]	29 ans [18 ; 45]	25 ans [15 ; 45]	0,176

Tableau 1 : Caractéristiques générales des parturientes en 1868.



Caractéristiques générales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Parité</b>			0,302
Primipare	4 (67%)	91 (43,3%)	
Multipare < 5	1 (16,5%)	104 (49,5%)	
Grande multipare > ou = 5	1 (16,5%)	15 (7,2%)	
<b>Situation maritale</b>			0,053
Célibataire	3 (50%)	166 (80,2%)	
Mariée	2 (33,3%)	36 (17,4%)	
Veuve	1 (16,7%)	5 (2,4%)	
<b>Age maternel moyen</b> [min ; max]	26 ans [16 ; 38]	27 ans [17 ; 45]	0,877

Tableau 2 : Caractéristiques générales des parturientes en 1869.

Caractéristiques générales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Parité</b>			< 0,05
Primipare	3 (42,9%)	81 (52,6%)	
Multipare < 5	4 (57,1%)	58 (37,7%)	
Grande multipare > ou = 5	0 (0%)	15 (9,7%)	
<b>Situation maritale</b>			<0,05
Célibataire	5 (71,4%)	141 (86%)	
Mariée	2 (28,6%)	21 (12,8%)	
Veuve	0 (0%)	2 (1,2%)	
<b>Age maternel moyen</b> [min ; max]	29 ans [26 ; 32]	26 ans [11 ; 44]	<0,05

Tableau 3 : Caractéristique générales des parturientes en 1970.

Les caractéristiques obstétricales sont présentées dans les tableaux 4, 5 et 6.

Caractéristiques obstétricales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Terme moyen à l'entrée</b> [min ; max]	251 jours [201 ; 322]	249 jours [227 ; 268]	0,430
<b>Durée de la phase active</b>			<0,05
<5H	3 (27,3%)	90 (35,7%)	
5H<W3>10H	3 (27,3%)	94 (37,3%)	
>10H	5 (45,4%)	68 (27%)	
<b>Durée moyenne DC/EXP</b> [min ; max]	104 min [0 ; 660]	46 min [0 ; 660]	0,284
<b>Durée moyenne d'OPDE</b> [min ; max]	267 min [0 ; 1200]	289 min [0 ; 5760]	0,849
<b>Durée moyenne de délivrance</b> [min ; max]	12 min [0 ; 20]	17 min [0 ; 60]	<0,05
<b>Mode de dégagement</b>			0,375
OP	10 (91%)	224 (96,1%)	
Autre	1 (9%)	9 (3,9%)	
<b>Extraction instrumentale</b>			0,094
Oui	2 (14,3%)	9 (3,3%)	
Non	12 (85,7%)	264 (96,7%)	
<b>RAM</b>			1
Oui	0 (0%)	5 (1,8%)	
Non	14 (100%)	269 (98,2%)	

Tableau 4 : données obstétricales des accouchements en 1868.

Caractéristiques obstétricales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Terme moyen à l'entrée</b> [min ; max]	260 jours [255 ; 265]	258 jours [168 ; 285]	0,606
<b>Durée de la phase active</b>			< 0,05
<5H	3 (60%)	95 (58,3%)	
5H<W3>10H	1 (20%)	57 (35%)	
>10H	1 (20%)	11 (6,7%)	
<b>Durée moyenne DC/EXP</b> [min ; max]	39 min [0 ; 90]	61 min [0 ; 480]	0,213
<b>Durée moyenne d'OPDE</b> [min ; max]	164 min [6 ; 240]	282 min [0 ; 7200]	0,187
<b>Durée moyenne de délivrance</b> [min ; max]	19 min [15 ; 15]	16 min [12 ; 30]	0,579
<b>Mode de dégagement</b>			0,059
OP	5 (100%)	191 (95%)	
Autre	0 (0%)	11 (5%)	
<b>Extraction instrumentale</b>			0,262
Oui	1 (14,3%)	8 (3,8%)	
Non	6 (85,7%)	200 (96,2%)	
<b>RAM</b>			1
Oui	0 (0%)	1 (0,5%)	
Non	6 (100%)	202 (99,5%)	

Tableau 5 : caractéristiques obstétricales de l'année 1869

Caractéristiques obstétricales	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Terme moyen à l'entrée</b> [min ; max]	271 jours [253 ; 285]	263 jours [198 ; 295]	0,158
<b>Durée de la phase active</b>			2,162
<5H	2 (33%)	94 (72,3%)	
5H<W3>10H	4 (67%)	35 (27%)	
>10H	0 (0%)	1 (0,7%)	
<b>Durée moyenne DC/EXP</b> [min ; max]	120 min [30 ; 360]	59 min [6 ; 720]	0,222
<b>Durée moyenne d'OPDE</b> [min ; max]	1250 min [15 ; 2400]	320 min [6 ; 4320]	0,078
<b>Durée moyenne de délivrance</b> [min ; max]	? ?	40 min [30 ; 60]	?
<b>Mode de dégagement</b>			1
OP	6 (100%)	148 (95,5%)	
Autre	0 (0%)	7 (4,5%)	
<b>Extraction instrumentale</b>			< 0,05
Oui	2 (28,6%)	0 (0%)	
Non	5 (71,4%)	154 (100%)	
<b>RAM</b>			0,125
Oui	0 (%)	1 (100%)	
Non	7 (100%)	0 (0%)	

Tableau 6 : caractéristiques obstétricales de l'année 1870

Les caractéristiques néonatales sont présentées dans les tableaux 7, 8 et 9.

Caractéristiques du nouveau-né	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Poids de naissance moyen</b> [min ; max]	3251 g [2700 ; 3956]	3270 g [2500 ; 4800]	0,869
<b>Périmètre céphalique moyen</b> [min ; max]	33 cm [30 ; 38]	33 cm [22 ; 40]	0,961
<b>Taille moyenne</b> [min ; max]	49 cm [45 ; 55]	50 cm [28 ; 62]	0,272
<b>Sexe</b>			0,603
Garçon	7 (58,3%)	119 (50,6%)	
Fille	5 (41,7%)	116 (49,4%)	

Tableau 7 : caractéristiques néonatales de l'année 1868

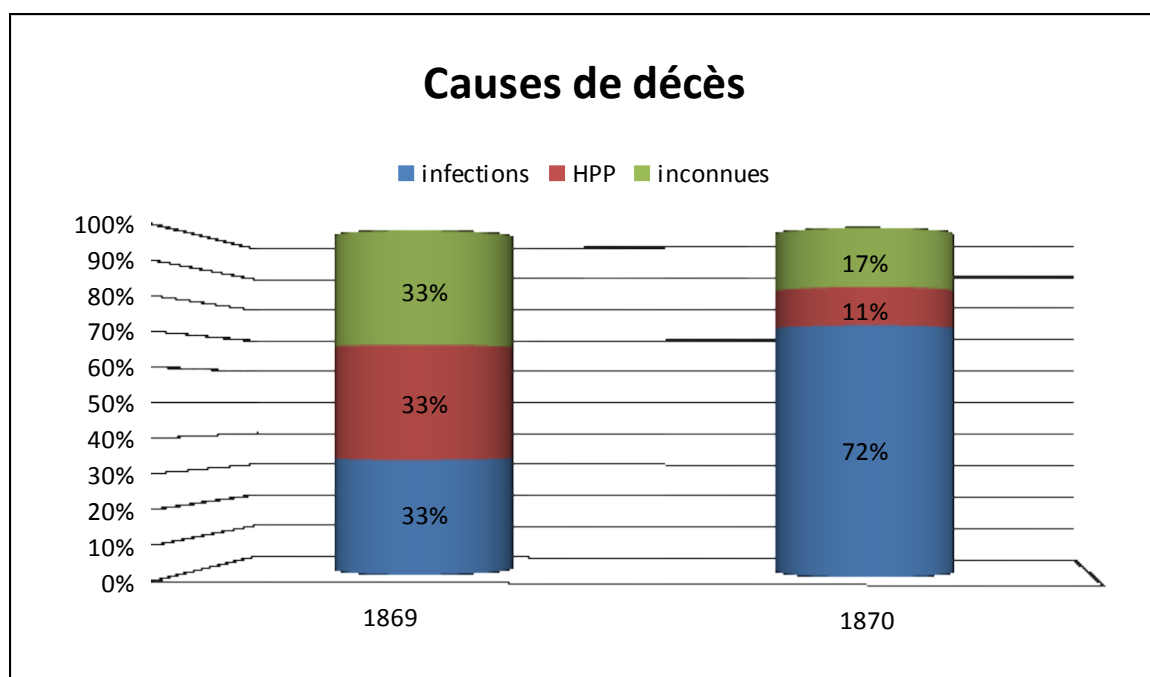
Caractéristiques du nouveau-né	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Poids de naissance moyen</b> [min ; max]	3217 g [2600 ; 3800]	3251 g [2500 ; 4800]	0,862
<b>Périmètre céphalique moyen</b> [min ; max]	33 cm [33 ; 35]	34 cm [28 ; 39]	0,188
<b>Taille moyenne</b> [min ; max]	50 cm [48 ; 53]	50 cm [40 ; 58]	0,764
<b>Sexe</b>			1
Garçon	3 (50%)	81 (44,3%)	
Fille	3 (50%)	102 (55,7%)	

Tableau 8 : caractéristiques néonatales de l'année 1869

Caractéristiques du nouveau-né	PP hémorragique	PP normal	P
<b>Poids de naissance moyen</b> [min ; max]	3257 g [2500 ; 3800]	3186 g [2000 ; 4600]	0,712
<b>Périmètre céphalique moyen</b> [min ; max]	35 cm [33 ; 37]	34 cm [24 ; 40]	0,168
<b>Taille moyenne</b> [min ; max]	50 cm [48 ; 51]	49 cm [40 ; 56]	0,249
<b>Sexe</b>			1
Garçon	4 (57%)	83 (53,2%)	
Fille	3 (43%)	72 (46,8%)	

Tableau 9 : caractéristiques néonatales de l'année 1870

Les causes de décès maternels ont été reportées dans le graphique 1.



Graphique 1 : causes des décès maternels en 1869 et 1870

Il n'a pas été possible de présenter de résultat concernant la mortalité maternelle dans le post-partum tardif (6 semaines<sup>b</sup>) pour l'année 1868, car les dossiers ont été absents des registres de l'état civil.

<sup>b</sup> Définition du comité éditorial pédagogique de l'UVMaF.

## 2. Résultats secondaires

Cette étude a également permis de recueillir les différents moyens de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance à cette époque.

### 2.1. La prise en charge de la délivrance

Les sages-femmes ont laissé le placenta se détacher naturellement et sont intervenues en réalisant une délivrance artificielle (DA) qu'en cas de saignement hémorragique. Malheureusement cette étude n'a pas permis de conclure quant à la durée maximale à partir de laquelle une DA pouvait être pratiquée en cas de non délivrance. Le seul cas de DA observée a été réalisée dans un contexte d'HPP immédiatement après la naissance. Il est tout de même constaté que des patientes pouvaient se délivrer après 60 minutes sans que cela soit mentionné comme pathologique.

Le placenta était examiné scrupuleusement et la notion « placenta entier » était reportée dans le compte rendu d'accouchement.

### 2.2. La prise en charge de l'HPP

En cas d'hémorragie du post-partum, la sage-femme ou le médecin ont réalisé la révision utérine pour vider l'utérus de tout élément pouvant gêner à sa bonne rétractation. Celle-ci était réalisée en l'absence de toute anesthésie. La main du praticien était graissée sans lavage des mains préalable.

Il est constaté un seul cas de délivrance artificielle dans les dossiers d'HPP, qui fut pratiquée immédiatement après l'expulsion en raison d'un saignement normo-supérieur de l'utérus. La technique de réalisation semble être, hormis les mesures d'hygiène, identique à nos jours.

Des stimulations externes et internes de l'utérus étaient pratiquées, aussi bien par des massages utérins externes que par des stimulations manuelles du col, en vue de lutter contre l'atonie utérine.

Les sages-femmes ont aussi eu recours au relèvement du bassin, à l'application de courant d'air dans l'utérus, à l'application de cataplasme froid sur les cuisses (avec

pour vertu un effet vasoconstricteur) et à la compression manuelle de l'aorte par voie abdominale.

L'ergot de seigle était le seul médicament administré pour lutter contre l'atonie utérine dans notre étude. La posologie était de 1g administré par voie orale en deux ou trois fois en fonction de l'évolution défavorable ou non des saignements.



# Analyse et discussion

---

## 1. Validité interne de l'étude

La plus grande limite a été l'absence des données concernant la mortalité maternelle en 1868. De plus, le manque de temps n'a pas permis de comparer ces données aux données récentes dans le cadre d'une étude comparative cas-témoin avec les dossiers obstétricaux actuels de la maternité de la Conception.

Les plus grandes difficultés ont été liées au temps de recueil de toutes les données des dossiers historiques, à leur inclusion dans une feuille excel et à leur analyse.

## 2. Biais de l'étude

### 2.1. Biais d'information

La qualité du registre des dossiers anciens a constitué le biais principal de cette étude. En effet, mise à part l'absence de certains dossiers, certaines phrases sont illisibles voire effacées par le temps. De plus il manquait quelques informations dans les dossiers. Ceux-ci étaient remplis par les élèves sages-femmes et n'étaient pas tous vérifiés par la maîtresse sage-femme, même si certains présentaient des traces de correction.

### 2.2. Biais de sélection

La population à l'étude ne peut pas être représentative de la population générale. Cela tient au fait que les catégories sociales accouchant à la l'hôpital au 19<sup>ème</sup> siècle étaient principalement des femmes aux conditions socio-économiques modestes ou des femmes de « mauvaise vie ». La plupart des femmes, notamment les plus aisées, accouchaient à la maison aidées de la sage-femme.

### 3. Résumé et analyse des principaux résultats

#### 3.1. Fréquence de survenue de l'HPP

Concernant la fréquence de survenue d'une HPP au cours des trois années étudiées, les données sont les suivantes :

- année 1868, 12 cas pour 248 dossiers (4,2%),
- année 1869, 6 cas pour 216 dossiers (2,8%),
- année 1970, 8 cas pour 218 dossiers (3,7%).

Pour les trois années étudiées, les résultats sont bien en deçà des chiffres actuels qui sont de 10% d'incidence d'HPP lorsque les pertes sanguines ne sont pas quantifiées [2] (comme c'était le cas au 19<sup>ème</sup> siècle).

Le fait que les pertes sanguines, au 19<sup>ème</sup> siècle, n'étaient pas objectivement quantifiées peut induire une sous-évaluation du nombre de cas d'HPP survenue. Certaines HPP ont pu passer inaperçues.

Nous savons actuellement que la chorio-amnionite (infection de l'amnios et du chorion) est un facteur de risque d'atonie utérine qui est la première cause d'HPP. Il peut être possible d'imaginer qu'avec l'amélioration de l'hygiène à l'hôpital et la PEC du risque infectieux la fréquence des chorio-amnionites a diminué et que cette diminution a pu avoir un impact sur la fréquence de survenue des HPP. Bien que dans cette étude il soit retrouvé des fréquences d'HPP inférieur au 19<sup>ème</sup> siècle, mais compte tenu de la possible sous évaluation, cette fréquence peut être bien plus importante au 19<sup>ème</sup> siècle qu'aujourd'hui. D'autant que d'après l'étude de Descargues et al sur les hémorragies non diagnostiquées du post-partum publiée en 2002, cette sous évaluation en l'absence de mesure objective<sup>c</sup> atteints 15,57%.

Il aurait été intéressant de pouvoir recueillir, comme pour les accouchements à l'hôpital, les comptes rendus des accouchements réalisés au domicile des parturientes par les sages-femmes pour pouvoir calculer une fréquence pour toutes les naissances à Marseille.

---

<sup>c</sup> A l'aide d'un sac de recueil sous fessiers graduée permettant la mesure objective des pertes sanguines et non plus simplement visuelle et donc subjective.

### 3.2. Décès maternel suite à une HPP

En 1869, le nombre de décès maternels était de 6 dont 2 directement liés aux suites d'une HPP (33%). Pour l'année 1870, le nombre de décès suite à une HPP est également de 2 sur les 18 décès maternels (11%) qui sont en grande partie dus à des épidémies d'infection résultant sûrement du manque d'hygiène à la maternité. Certains décès sont consécutifs à un sepsis suite aux manœuvres endo-utérine de la prise en charge de l'HPP (2 cas en 1870). Les décès suites à une infection survenaient par épidémies.

Même si les locaux de l'Immaculée Conception ont été construits pour pallier au manque d'hygiène des précédentes maternités, il ressort de la lecture des comptes rendus d'accouchement que les cas de fièvre puerpérale demeurent importants. Cela serait dû à la présence de médecins accoucheurs dans les maternités publiques qui naviguent entre la salle d'autopsie et la salle d'accouchement sans se laver les mains [4]. Et pourtant en 1868, certains travaux d'Ignace Philippe Semmelweis étaient déjà publiés.

### 3.3. Facteurs de risque de survenue de l'HPP

Des différences significatives ont été observées pour 6 des 45 variables mesurées pendant les 3 années d'études : durée moyenne de la phase active, durée moyenne de délivrance, extraction instrumentale, parité, situation maritale et âge maternel.

Il est retrouvé en 1868 et en 1869 que la durée de la phase active des femmes ayant fait une HPP est significativement plus long ( $p < 0,05$ ).

Actuellement, dans leur étude sur les facteurs de risque au cours du travail, V. Tessier et F. Pierre retrouvent une durée moyenne du travail plus longue en cas d'HPP par rapport à la population témoin. Que ce soit au 19<sup>ème</sup> siècle ou de nos jours, une durée de la phase active du travail prolongée (>10 heures) constitue un facteur de risque de survenue d'une HPP.

Selon Saunders, dans son étude sur la morbidité néonatale et maternelle en fonction de la durée de la seconde partie du travail (définie entre la dilatation complète et l'expulsion [5]), il constate une augmentation des HPP avec l'augmentation de la

deuxième partie du travail (dans son étude la différence est significative au-delà de 4h) [6]. Or, bien que la durée entre la dilatation complète et l'expulsion soit plus importante dans deux années sur trois, les résultats de l'étude ne permettent pas de conclure sur leurs significativités.

Trois études concluent sur la fréquence plus élevée d'HPP en cas d'utilisation de forceps (le seul instrument d'extraction fœtale, en cas de fœtus vivant, utilisé dans notre étude) [6, 7, 8]. Il en ressort un résultat significatif uniquement pour une année sur les trois étudiées (1870), pour lesquels aucun autre facteur de risque connu actuellement [2] n'a été retrouvé (28,6% d'utilisation de forceps en cas d'HPP vs 0% en cas de PP physiologique,  $p < 0,05$ ). Ce qui permet de conclure dans le même sens que les trois études citées car la différence observée est uniquement due à l'utilisation du forceps. D'autant plus que dans les années 1868 et 1869, où la différence observée n'est pas significative, les cas d'HPP suite à une extraction instrumentale présentaient d'autres facteurs de risques associés (durée de la seconde phase du travail > 10 heures). Il n'aurait donc pas été possible de pouvoir conclure à une fréquence plus importante d'HPP suite à l'utilisation de forceps avec les données de ces deux années.

Concernant la troisième phase du travail (durée de la délivrance [5]) plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'une durée de délivrance supérieure à 30 minutes est fortement liée à l'HPP [7, 8]. Dans cette étude, le seul résultat significatif est contradictoire. En effet, il est retrouvé un délai de délivrance plus court en cas d'HPP qu'en cas de post-partum (PP) physiologique : 12 minutes (0 à 20 minutes) pour le post-partum hémorragique vs 17 minutes (0 à 60 minutes) pour le post-partum physiologique en 1868 ( $p < 0,05$ ). Il n'a de plus pas été retrouvé de cas d'HPP suite à une délivrance supérieure à un délai de 30 minutes. Il n'est pas possible de conclure qu'une durée de délivrance prolongée constitue un FDR de survenue d'une HPP.

La plupart des cas d'hémorragie sont survenus quelques heures suivant la naissance principalement par atonie utérine. Un seul cas est survenu avant que la délivrance ne soit faite et a donc nécessité une délivrance artificielle. Il apparaît que les sages-femmes ne pratiquaient pas l'expression utérine dans les suites de l'accouchement (comme cela est préconisé en post-partum immédiat (PPI) [2]) ce qui permet de dégager l'utérus de caillots sanguin, qui peut non seulement obstruer le col mais également entretenir le saignement utérin. Cette hypothèse peut peut-être expliquer

que malgré une délivrance rapide l'hémorragie survient à quelques heures du post-partum.

Cependant, les données n'ayant pas pu être recueillies concernant la durée de la délivrance pour les années 1869 et 1870, l'analyse des données ainsi que les conclusions sont réalisées à partir des données de l'année 1868.

Dans les dossiers consultés la hauteur utérine n'était pas mesurée et si elle l'a été elle n'était pas indiquée dans le compte-rendu. Or il est bien connu qu'en cas de poids de naissance élevé, ce n'est pas réellement le poids de l'enfant qui rentre en compte dans la survenue d'une HPP, mais plutôt le volume utérin [10]. Dans cette étude, 45 nouveau-nés avaient un poids de naissance >4000g (dont 5 >4500g) sans qu'aucun ne soit lié à un post-partum hémorragique.

Descargues et Combs ne trouvent pas de relation entre PN>4000g et HPP mais les conclusions divergent dans les études. Ceci tient notamment au fait que pour pouvoir étudier ce facteur de risque il faudrait des cohortes plus importantes, alors que les études portant sur ce sujet ne contiennent que des groupes de faible importance.

De ce fait, il ne sera pas possible de conclure que l'excès de volume utérin dans les dossiers consultés constituait, à l'époque, un facteur de risque d'HPP.

Si on s'intéresse à l'âge maternel et que l'on se réfère à l'étude de Subtil [9] selon laquelle à partir de 35 ans il y a un sur-risque de mortalité maternelle, cette étude ne permet pas de conclure dans ce sens car il a été retrouvé que pour un seul décès sur les 6 la patiente était âgée de plus de 35 ans. Cependant on constate que 3 des 6 patientes décédées étaient âgées d'au moins 30 ans. Il aurait été judicieux, à l'époque, de redoubler de vigilance dans le post-partum des femmes de plus de 30 ans.

De plus il a été constaté que dans près d'un cas sur deux d'HPP (12 cas/ 25, 48%) la parturiente était âgée d'au moins 30 ans.

Tout de même, par rapport aux patientes ayant eu un post-partum physiologique, les patientes ayant eu une HPP sont significativement plus âgées en 1870 : moyenne d'âge de 26 ans (11 à 44 ans) vs 29 ans (26 à 32 ans) respectivement ( $p < 0,05$ ).

Mais l'âge maternel du premier enfant avançant il n'est pas étonnant de ne pas retrouver la même notion concernant l'âge à partir duquel il constitue un facteur de risque de survenue de l'HPP.

Les facteurs de risque qu'il est alors possible de dégager de ces résultats sont les suivants : l'âge maternel > 30 ans, l'utilisation de forceps et une durée de la phase active longue (>10 heures).

Les professionnels s'accordent aujourd'hui pour dire qu'en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de recommander une stratégie de prévention de l'HPP qui reposerait sur l'identification des facteurs de risque (FDR). En effet la plupart des HPP surviennent sans qu'aucun FDR ne soit clairement identifié. Il faut donc être vigilant à chaque instant, tout particulièrement lorsqu'une patiente présente une association de FDR qui semblerait augmenter le risque de survenue d'une HPP (dont les proportions sont à ce jour mal identifiées) [10]. Il a été retrouvé dans les dossiers que pour 36% des cas d'HPP (9/25) une association de facteurs de risque est en cause.

Dans la présente étude, il n'a pas été retrouvé de FDR pour 9 des 25 cas d'HPP (36%). Il est donc important de rester vigilant pour chaque femme qui accouche, d'autant plus que pour les années 1869 et 1870 sur les 7 parturientes sans FDR identifié, 3 sont décédées.

L'étude est telle que les conclusions qui vont pouvoir être dégagées ne peuvent pas être généralisées ni à la population générale de Marseille ni à la population française car seuls les dossiers des femmes accouchant à l'hôpital de l'Immaculée Conception ont été étudiés. Or la plupart des femmes au XIX<sup>ème</sup> siècle accouchaient à domicile avec une sage-femme. De plus les parturientes fréquentant l'hôpital étaient de milieu social défavorisé.

## 4. Évolution des pratiques

### 4.1. La prise en charge de l'HPP

L'ergot de seigle, unique médicament utilisé au cours de notre étude comme traitement curatif de l'hémorragie du post-partum, était encore utilisé jusqu'en 2004 sous forme d'un dérivé (methyl-ergomethrine, Methergin®). Il fut abandonné à partir des recommandations du CNGOF de 2004 à cause de ses effets indésirables (poussées hypertensives sévères, accidents vasculaires cérébraux).

En obstétrique, le dérivé de l'ergot de seigle n'était autorisé<sup>d</sup> qu'en intra-musculaire à la posologie de 0,2mg alors qu'au 19<sup>ème</sup> siècle on administrait 1g per os en trois doses à 10 minutes d'intervalle. Malgré la dose élevée administrée aucun des effets indésirables actuellement connus n'étaient mentionnés.

La délivrance artificielle/révision utérine (DA/RU), gestes endo-utérins, dont la seule et importante évolution a été la mise en place d'une antibioprofylaxie à large spectre afin de prévenir le risque infectieux à partir des recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF de 2004. Effectivement au 19<sup>ème</sup> siècle, les femmes ne mouraient pas des conséquences directes de l'hémorragie (choc hémorragique) mais plutôt de la conséquence du manque d'hygiène dans la pratique des gestes endo-utérins. En effet, ceux-ci étaient en général réalisés par les médecins qui transportaient des germes manuportés d'un service à l'autre de l'hôpital et notamment de la salle d'autopsie.

Les forces de la patiente étaient soutenues à l'aide de bouillon et de vin. De nos jours, on réalisera une expansion volémique initialement avec des cristalloïdes par voie intraveineuse ainsi qu'une oxygénothérapie pour compenser la perte sanguine et traiter le choc hémorragique [2, 14].

La surveillance initialement clinique (pouls pris manuellement, coloration de la langue, état d'éveil) sera remplacée par une surveillance numérique : scope, pression artérielle non invasive, oxymètre de pouls [10].

---

<sup>d</sup> Dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché du médicament (AMM).

Certaines méthodes, devenues obsolètes aujourd'hui car elles n'ont pas de validité scientifique sur la prise en charge (PEC) de l'HPP, ont été abandonnées :

- la stimulation manuelle du col qui avait pour vertu supposée d'être utérotonique,
- le relèvement du bassin qui devait effectivement empêcher le saignement de s'extérioriser mais ne stoppait certainement pas l'hémorragie,
- l'application de courant d'air dans l'utérus,
- l'application de cataplasme froid sur les cuisses (avec pour effet attendu un effet vasoconstricteur),
- la compression manuelle de l'aorte.

Par contre, concernant le massage utérin la méthode n'a pas changé et il est toujours recommandé dans la PEC initiale de l'HPP.

Il n'y a aucune mention ni dans les dossiers consultés pour l'étude ni dans les manuels et ouvrages d'obstétriques de l'époque d'une surveillance attentive du post-partum immédiat (les 2 heures qui suivent la naissance de l'enfant) notamment des saignements et de la tonicité du globe utérin. De nos jours depuis les RPC de 2004, il est recommandé de pratiquer « *une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent un accouchement (accord professionnel). Cette surveillance porte sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente (accord professionnel)* » afin de diagnostiquer précocement une HPP et de déclencher une PEC immédiate et adaptée.



## 4.2. Outils d'amélioration des pratiques

Avant 1980, la mortalité maternelle était un phénomène peu étudié, voire ignoré. En France, la surveillance de la mortalité maternelle a débuté en 1995 avec le premier « plan périnatalité ». Selon les résultats de l'enquête du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), créée le 2 Mai 1995 : Les hémorragies demeurent la première cause de mort maternelle en France (21%) ; c'est une situation unique au sein de l'Europe. De plus parmi les cas expertisés de morts maternelles, il apparaît que les deux tiers de ces morts auraient pu être évités [11].

Pour permettre de diminuer ces taux il a été édité en 2004 des recommandations par le CNGOF et la direction générale de la santé (DGS) concernant la prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat. Ces RCP ont été actualisées en 2014.

Malgré les recommandations de 2004 le rapport du CNEMM publié en 2013 montre une stagnation de la mortalité maternelle. Mais il ne faut pas oublier que l'âge maternel augmentant, facteur aggravant du risque obstétrical, il est difficile d'évaluer la tendance chronologique de ce taux [15].

Cependant on constate que le pourcentage des hémorragies du post-partum (par atonie) a diminué de moitié (8,3% versus 16% en 2004-2006). Le nombre de décès est passé de 33 entre 2004 et 2006 à 21 entre 2007 et 2009 et le taux spécifique de mortalité par HPP a diminué de 1,3 à 0,8 pour 100 000 (baisse significative,  $p=0,05$ ) entre les deux périodes [12].

Les études concernant les pratiques professionnelles ainsi que les études épidémiologiques et les RPC qui en découlent ont un réel impact sur la morbi-mortalité materno-fœtale et notamment, en ce qui concerne cette étude, sur la morbi-mortalité maternelle suite à une HPP comme nous le démontrent ces chiffres. Il faut donc poursuivre les efforts dans ce sens pour améliorer d'une part le diagnostic et la PEC de l'HPP et d'autre part le pronostic maternel. En Europe, malgré une amélioration des données concernant la mortalité maternelle suite à une HPP, la France se situe parmi les plus mauvais élèves (mortalité maternelle suite à une HPP deux fois supérieure à celle des pays développés [10])

### 4.3. Mesures de prévention

De nos jours, la prévention prend une place importante dans la pratique médicale. En ce qui concerne l'HPP, les recommandations de 2004 ont posé les bases de la prévention dans ce domaine. Puis, pour la première fois en 2012, il est présenté les résultats des indicateurs de qualité de prévention et de PEC initiale de l'HPP. Ils permettront aux établissements de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans un souci de toujours améliorer la qualité [13].

#### 4.3.1. Prise en charge anténatale des patientes à risque hémorragiques

Les patientes ayant un antécédent d'HPP sévère ou une pathologie de l'hémostase sont plutôt orientées vers une maternité permettant un accès rapide aux produits sanguins labiles (PSL) et à un plateau technique permettant la prise en charge maternelle [2].

De plus, les patientes présentant une anémie pendant et surtout en fin de grossesse, sont supplémentées en fer. Ce qui permet de traiter la carence d'hémoglobine et de limiter le risque de transfusion sanguine en cas de saignement hémorragique [2].

Nous sommes, avec les recommandations et les nombreuses études à ce sujet, sensibilisés aux FDR et aux facteurs favorisant de l'HPP que nous recherchons à chaque consultation au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement. Il y a alors une vigilance plus particulière qui se met en place et notamment nous anticipons le risque de transfusion en prévenant la structure de délivrance des PLS.

Dans les dossiers historiques il n'a été mentionné qu'à une seule reprise un antécédent d'HPP. Il semble que la surveillance a alors été plus assidue car une DA a été réalisée immédiatement. En effet la patiente présentait un saignement normo-supérieur après l'expulsion. Il s'agit vraisemblablement du seul motif qui conduisait, à l'époque, à une surveillance attentive de la patiente en PPI sûrement par lacune des connaissances concernant les autres éléments favorisant ou FDR de survenue d'une HPP qui sont connus de nos jours.

#### 4.3.2. Prévention lors de la troisième phase du travail

Il est recommandé de pratiquer une injection préventive d'ocytocine au moment de la naissance à toutes les femmes, qu'elles aient un FDR ou non [2, 10]. Ceci se justifie par le fait que la majorité des HPP surviennent actuellement sans qu'aucun FDR ne soit clairement identifié.

Pour les césariennes, on réalise la même prévention mais il est de plus recommandé de poursuivre cette prévention avec une perfusion intra-veineuse (IV) systématique d'entretien d'ocytocine pendant 2 heures [2].

Suite à l'accouchement, les pertes sanguines sont collectées dans un sac de recueil sous fessier gradué permettant une évaluation objective de la quantité. Cela permet le diagnostic précoce de l'HPP et une prise en charge immédiate [2, 10].

Au 19<sup>ème</sup> siècle, l'analyse de la quantité de sang perdue n'était que visuelle et donc très subjective ; or il est décrit dans des études jusqu'à 50% de diagnostics d'HPP qui ne sont pas posés lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise voire non quantifiée [2, 8]. Il est très probable que le nombre d'HPP non diagnostiquées au 19<sup>ème</sup> siècle devait être plus important qu'aujourd'hui.

Actuellement, la prise en charge de l'HPP est guidée par des recommandations nationales permettant d'uniformiser les pratiques aussi bien à l'échelle du pays que du service d'obstétrique. La prise en charge devient alors plus efficace car chaque intervenant (obstétricien, sage-femme, anesthésiste et infirmier) sait ce qu'il a à faire (annexe 2).

Bien que la plupart des recommandations éditées par les organismes compétents soient déjà mises en place, dans de nombreux centres, avant leur parution.

# Conclusion

---

Ces résultats illustrent le perfectionnement de la pratique obstétricale en ce qui concerne l'HPP en un peu plus d'un siècle. Alors que la fréquence de survenue de l'HPP ainsi que les données de la morbi-mortalité maternelle suite à une HPP demeurent toujours importantes de nos jours, voire même plus importantes qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'hémorragie du post-partum représente toujours la première cause de mortalité maternelle en 2015.

La prise de conscience, à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle du risque maternel, ainsi que les mesures de prévention et de prise en charge mises en place n'ont pas permis à ce jour de faire décroître les données concernant la morbi-mortalité suite à une hémorragie du post-partum à un niveau au moins égal à celui des autres pays européens, même si depuis quelques années une amélioration a été notée. Malgré tout il faut poursuivre l'effort collectif dans ce sens à l'aide des nombreuses études réalisées et des recommandations professionnelles qui en découlent.

# Bibliographie

---

- [1] Brindeau A. La pratique de l'art des accouchements. Volume 1 ; 1927
- [2] Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum. Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français 2014. CNGOF. [PDF] [http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF\\_2014\\_HPP.pdf](http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf)
- [3] Tramier D., Spithakis C., Serment H. Les Maternités publiques à travers les siècles (À Marseille, depuis le XIVe siècle) 1996
- [4] Ricard et al. Un regard dans le passé : évolution du devenir materno-fœtal en maternité depuis le XIXe siècle. J Gyneco Obstet Biol Reprod 2011 ; volume 6 : 549-556
- [5] Schaal JP. Mécanique et techniques obstétricales 2012
- [6] Saunders NS, Paterson CM. Neonatal and maternal morbidity in relation of the length of the second stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 1992; volume 99: 381-5
- [7] Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; volume 77: 69-76
- [8] Descargues G, Pitette P, Gravier A, Roman H, Lemoine JP, Marpeau L. Hémorragie non diagnostiquées du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; volume 30 : 590-600
- [9] Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; volume 33 (suppl. au n° 8): 4S9-4S16
- [10] Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum immédiat. Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français 2004. CNGOF. [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_12.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM)
- [11] Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1999 / 2000 / 2001
- [12] Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009

[13] Indicateurs de qualité Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat (HPP) - Analyse descriptive des résultats agrégés de la première campagne de recueil 2012. HAS. [PDF] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/ipaqss-rapport-hpp-v3.pdf>

[14] Boisseau N, Lhubat E, Raucoules-Aimé M. Hémorragies du post-partum immédiat 1998. SFAR.  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca08/html/ca08\\_05/ca08\\_05.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca08/html/ca08_05/ca08_05.htm)

[15] Bouvier-Colle M-H, Péquignot F, Jouglu E. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; volume 30 (n° 8) : 768-775

# Annexes

Annexe 1 : Calculatrice obstétricales en ligne ([http://www.aly-abbara.com/utilitaires/calendrier/calculatrice\\_age\\_de\\_grossesse.html](http://www.aly-abbara.com/utilitaires/calendrier/calculatrice_age_de_grossesse.html))

### Calculatrice de l'âge de grossesse

jeudi 12 mars 2015  
71<sup>e</sup> jour et 10<sup>e</sup> semaine  
de l'année


Date d'aujourd'hui : corrigez l'année si vous ne naviguez pas avec Internet Explorer

Jour  Mois  Année

introduisez la date présumée du début de grossesse :

Jour  Mois  Année

Calculer l'âge de la grossesse



aly-abbara.com

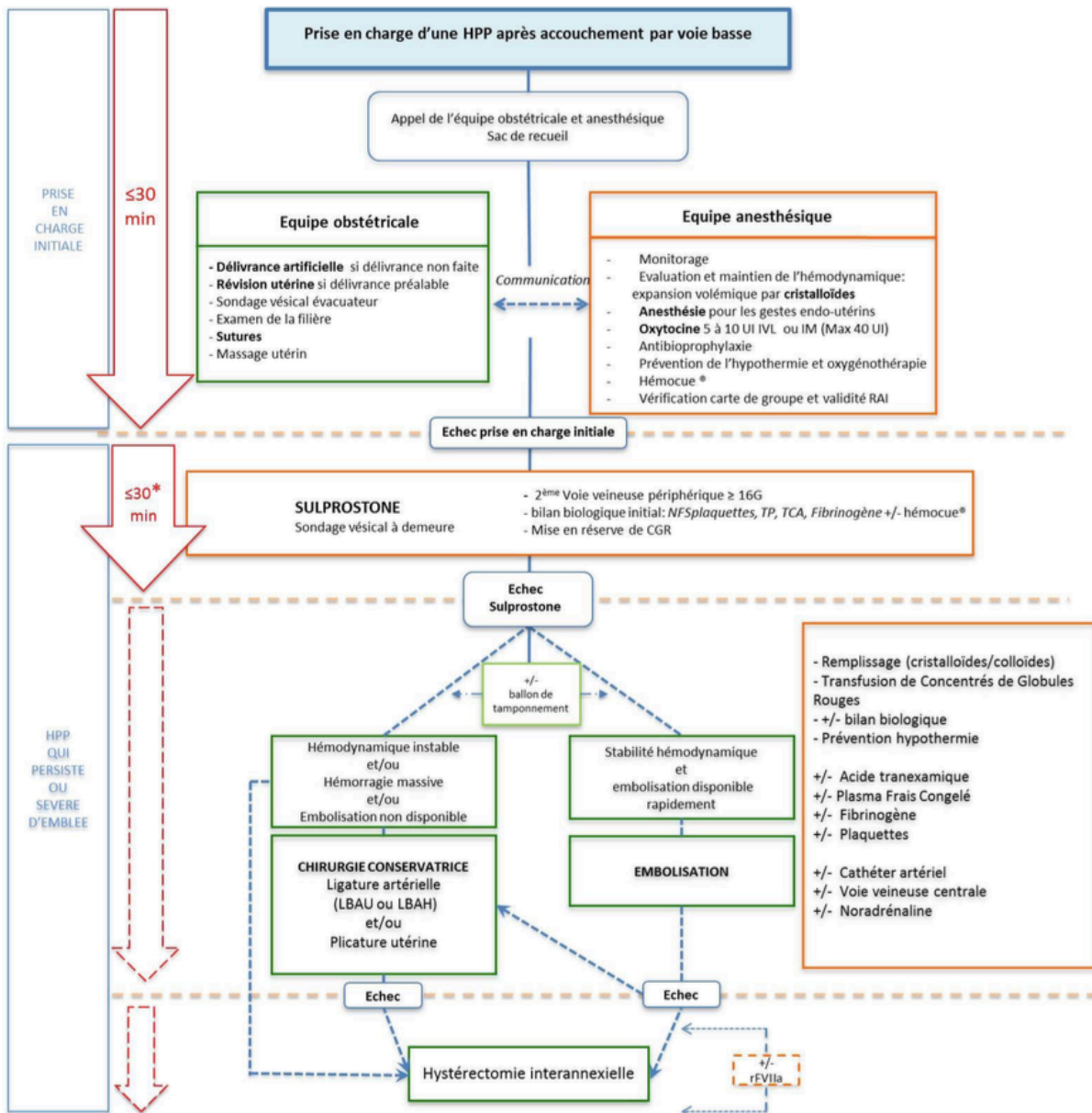
La date prévue d'accouchement (selon la mode de calcul de la sécurité sociale en France) est le :

<b>- Durée totale de grossesse calculée en jours de gestation</b>					
	<input type="text"/>				jours
- Âge de grossesse calculé en jours de gestation	<input type="text"/>				jours
- Âge de grossesse calculé en semaines de gestation	<input type="text"/>		semaines et	<input type="text"/>	jours
- Âge de grossesse calculé en semaines d'aménorrhée	<input type="text"/>		semaines et	<input type="text"/>	jours
- Âge de grossesse calculé en mois de gestation	<input type="text"/>		mois et	<input type="text"/>	jours
- La durée restant pour atteindre la date prévue d'accouchement :					
	<input type="text"/>				jours
	soit :	<input type="text"/>	semaines et	<input type="text"/>	jours
	soit :	<input type="text"/>	mois et	<input type="text"/>	jours

- De gestation : c'est-à-dire de grossesse et l'âge de grossesse est calculé à partir de la date présumée du début de grossesse = de la date de fécondation.

- D'aménorrhée : âge de grossesse en semaines d'aménorrhée = âge de grossesse en semaines de gestation + 2.

Annexe 2 : Algorithme de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après accouchement par voie basse (RPC du CNGOF de 2014)





# Abréviations

---

AVB: accouchement voie basse

CNEMM: comité nationale d'experts sur la mortalité maternelle

CNGOF: collège national des gynécologue-obstétriciens français

DA: délivrance artificielle

DC: dilatation complète

DDR: date des dernières règles

DGS : direction générale de la santé

DOPDE: durée d'ouverture de la poche des eaux

EI: extraction instrumentale

EXP: expulsion

FDR: facteurs de risque

HAS: haute autorité de santé

HPP : hémorragie du post-partum

IV : intraveineuse

OMS: organisation mondiale de la santé

PC: périmètre céphalique

PEC: prise en charge

PLS : produits sanguins labiles

PN: poids de naissance

PP: post-partum

PPI: post-partum immédiat

RAM: rupture artificielle des membranes

RPC: recommandation pour la pratique clinique

RU: révision utérine



## Résumé

### Introduction à l'étude

Dans l'imaginaire collectif, il est fréquemment retrouvé l'idée qu'autrefois les femmes accouchaient et mourraient en couche, dans une mare de sang. Nous allons voir au travers de cette étude si l'hémorragie du post-partum (HPP) était, d'une part, aussi fréquente qu'on peut l'imaginer au 19<sup>e</sup> siècle ; d'autre part, quelle en a été l'évolution jusqu'à aujourd'hui en ce qui concerne les facteurs de risque, la fréquence, la mortalité maternelle et la prise en charge.

### Objectifs de l'étude

- Objectifs principaux : Calculer la fréquence de survenue de l'HPP, le pourcentage de mortalité maternelle et d'en dégager les facteurs de risque
- Objectif secondaire : décrire les méthodes de prise en charge

### Matériels et méthodes

Etude rétrospective, descriptive et comparative à partir des comptes rendus d'accouchement de la maternité de l'Immaculée conception de Marseille de 1868 à 1870. Les enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2500g ont été exclus. Les résultats obtenus ont été comparés aux données actuelles de la science.

### Résultats

Concernant la fréquence de survenue de l'HPP : valeurs inférieures pour les trois années d'études avec 4,2%, 2,8%, 3,7% respectivement en 1868, 1869 et 1870 par rapport aux données actuelles qui sont de 5% lorsque les pertes sanguines sont quantifiées et 10% lorsqu'elles ne le sont pas.

Concernant la mortalité maternelle : valeurs supérieures pour les deux années étudiées avec 33% en 1869 et 11% en 1870 par rapport aux 1,6/100 000 actuellement.

L'âge maternel > 30 ans, l'utilisation de forceps et la durée de la phase active prolongée (> 10 heures) ont représenté les facteurs de risque de survenue de l'HPP au 19<sup>ème</sup> siècle.

### Conclusion

Ces résultats illustrent le perfectionnement de la pratique obstétricale en ce qui concerne l'HPP en un peu plus d'un siècle. Il a permis la nette amélioration de la mortalité maternelle alors que la fréquence de survenue de l'HPP demeure toujours importante de nos jours, voire même plus importante qu'au 19<sup>ème</sup> siècle.

### Mots-clés

Hémorragie du post-partum, 19<sup>ème</sup> siècle

### Introduction

In the collective imagination, it is frequently found the idea that formerly women gave birth and died in childbirth, in a pool of blood. We will see through this study if postpartum hemorrhage (PPH) was, firstly, as common in the 19th century as it can be imagined; and secondly the evolution until today regarding the frequency, risk factors, maternal mortality and medical care.

### Objective of the study

- Primary Objectives: To calculate the frequency of PPH , the percentage of maternal mortality and to identify risk factors
- Secondary Objective: To describe medical care methods

### Materials and methods

Retrospective, descriptive and comparative study from delivery records of the Immaculée Conception maternity in Marseille from 1868 to 1870. Children with birth weight less than 2500g were excluded. The results were compared with the current data of science.

### Results

Concerning the frequency of PPH : Lower values for the three years of study with 4.2 % , 2.8%, 3.7% in 1868, 1869 and 1870 compared to current data that are 5 % when the blood loss are quantified and 10% when they are not.

Concerning maternal mortality: higher values for both years with 33% in 1869 and 11% in 1870 compared to 1.6 / 100 000 now.

Maternal age > 30 years, the use of forceps and the prolonged active phase (> 10 hours) have shown risk factors for the occurrence of PPH in the 19<sup>th</sup> century.

### Conclusion

These results illustrate the improvement of obstetric practice regarding PPH in about one century. It allowed the improvement in maternal mortality while the frequency of PPH remains important today, even more important than in the 19<sup>th</sup> century.

### Key words

Postpartum hemorrhage, 19<sup>th</sup> century