

# **“L’assistance clinique et sanitaire de l’accouchement: Trajectoire nationale et influences internationales, Santiago du Chili, 1900-1950”.**

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2008). *“L’assistance clinique et sanitaire de l’accouchement: Trajectoire nationale et influences internationales, Santiago du Chili, 1900-1950”*. CANADIAN BULLETIN OF MEDICAL HISTORY, - (-), 193-224.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/Q3U>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# L'assistance clinique et sanitaire de l'accouchement: Trajectoire nationale et influences internationales, Santiago du Chili, 1900-1950

MARIA SOLEDAD ZARATE CAMPOS

**Abstract.** This article outlines various aspects of the history of medical assistance for childbirth and its professionalization in Santiago, Chile, identifying the influences and interactions of Chilean medicine and national health and social policies with European clinical obstetrics and social medicine. It also explores the discussion and selective adoption and adaptation of these ideas by the Latin American scientific community and Chile's increasing interest in the US-developed field of public health specialization in the first half of the 20th century.

**Résumé.** Cet article se propose de décrire quelques-uns des aspects de l'histoire de l'aide médicale à l'accouchement et de sa professionnalisation à Santiago du Chili, en identifiant à la fois les influences et les interactions qu'expérimentèrent la médecine et les politiques sanitaires nationales avec l'obstétrique clinique et la médecine sociale, d'origine européenne, et à la fois la discussion et l'adaptation sélective de ces dernières par la communauté scientifique latino-américaine et l'intérêt progressif pour la spécialisation sanitaire, d'origine nord-américaine, durant la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle chilien.

**Resumen.** Este artículo se propone describir algunos aspectos de la historia asistencial del parto y su profesionalización en Santiago de Chile, identificando la influencia e interacción que tuvo la medicina y las políticas sanitarias nacionales con la admirada obstetricia clínica y luego la medicina social de origen europeo; la discusión y adaptación selectiva de estas por la comunidad científica latinoamericana y el progresivo interés en la especialización sanitaria, de procedencia norteamericana durante la primera mitad del siglo XX chileno.

---

Maria Soledad Zarate Campos, Professeur, Faculté de Philosophie et Humanités, Université Alberto Hurtado; Département de Bioéthique et Humanités Médicales, Faculté de Médecine, Université du Chili.

« A notre avis, il existe un fossé profond entre la masse des femmes exposées à un risque et l'arsenal médical d'assistance destiné à les protéger et à les soigner en cas de complications graves. Il y a un manque d'organisation unifiée pour contrôler la future mère dès les premiers symptômes de la gestation et la maintenir sous contrôle durant tout le processus de la grossesse, de l'accouchement, du post-accouchement et de l'allaitement. Nous, « *tocólogos* », avons une responsabilité et une mission à assumer dans cette affaire. Et qui d'autre que nous, au sein du corps médical, pourrait s'en charger de manière plus appropriée? »<sup>1</sup>

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle au Chili, l'aide médicale à l'accouchement destinée aux femmes des milieux défavorisés constituait un thème de fréquentes discussions publiques, particulièrement parmi les médecins qui travaillaient dans les services publics. Comme le soutenait le Dr. Onofre Avendaño, le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement constituait un des aspects d'une campagne majeure pour lutter contre la mortalité des mères et des nouveaux-nés, croisade qui requérait des services de plus ample couverture et des mécanismes plus efficaces de lien avec les futures mères. Disposer de bons « *tocólogos* », terme chilien désignant les prédécesseurs des obstétriciens, s'avérait n'être déjà plus suffisant.

L'intérêt pour l'aide médicale qualifiée à l'accouchement était né un siècle plus tôt. L'élaboration au niveau local de diagnostics et de traitements cliniques destinés à secourir les parturientes pauvres était le fruit de l'influence des médecins européens opérant depuis le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle et renforcée par les séjours effectués par les médecins chiliens dans les maternités du Vieux Monde depuis 1880. Cette influence offrit ses résultats les plus appréciables au niveau des aspects cliniques et médicaux de l'accouchement ainsi que du développement de l'obstétrique et de la gynécologie.

Depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'aide médicale à l'accouchement constitua le point de départ de nouvelles préoccupations sanitaires et sociales liées à la protection mère-enfant, bien que l'intérêt se soit focalisé de manière plus significative sur l'enfant. Grâce à la mise en place de politiques publiques spécifiques dans les années 1920, le renforcement du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement permit la prise de conscience de l'importance des soins à la mère et stimula sa professionnalisation, processus qui s'appuya sur de nouveaux points de référence internationaux. On peut citer, en premier, la très admirée obstétrique clinique puis la médecine sociale, toutes deux d'origine européenne; la discussion et l'adaptation sélective de ces dernières par la communauté scientifique latino-américaine; et plus tard, l'intérêt progressif pour la spécialisation sanitaire, d'origine nord-américaine.

Prenant le cas de Santiago, cet article décrit donc quelques aspects de l'histoire de l'aide médicale à l'accouchement, raison pour laquelle la relation entre les mères et la médecine constitue notre principal axe



Cabinet de nouveaux nés, Caisse Obligatoire d'Assurance, environ 1940, avec la permission du Musée de la Médecine, Enrique Laval, Université du Chili.

d'étude, tout comme il cherche à identifier les influences et les interactions que la médecine clinique eut avec les modèles sanitaires nationaux et étrangers durant la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle.

#### MÉDECINE OBSTÉTRIQUE: EMPREINTE EUROPÉENNE, XIX<sup>ème</sup> SIÈCLE

Les conditions difficiles dans lesquelles les femmes des couches défavorisées donnaient naissance constituèrent le point de départ, après la consolidation républicaine de la décennie 1830, des premières expériences cliniques des médecins et sages-femmes de la Maternité de Santiago. Suivant de près le modèle français d'assistance médicale, ce refuge de femmes enceintes, célibataires et « déshonorées » – héritier de la Maison des Orphelins de la Colonie – se convertit en l'espace de formation de l'obstétrique universitaire à partir de 1870. Cette professionnalisation naissante de l'aide médicale à l'accouchement constituait un des aspects du projet inaugural de la médecine universitaire, qui comptait sur la collaboration de médecins européens résidant dans la capitale et sur la confiance que la jeune élite locale avait en tout ce qui provenait du Vieux Monde, à l'exception de l'Espagne. L'Irlandais William Blest et le Français Lorenzo Sazié, arrivés respectivement en 1823 et 1834 au Chili, furent professeurs à l'École de Médecine de l'Université du Chili, fondée en 1842, donnant ainsi corps au lien constitutif entre la médecine européenne, principalement celle pratiquée à Paris et à Berlin, et la médecine républicaine émergente<sup>2</sup>. Deux textes de Blest eurent une influence notable sur la communauté médicale locale. Le premier fournissait un diagnostic de l'état de la médecine chilienne, principalement associée à des pratiques de sorcellerie qui la situaient dans un « état de dégradation », commun à toute l'Amérique du Sud, très distant de la

médecine européenne et nord-américaine<sup>3</sup>, vue comme « une profession moderne basée sur les connaissances scientifiques »<sup>4</sup>. Le second texte constituait une défense de l'usage approprié de l'ergot de seigle, connu aussi sous le nom de *sécale cornutum*, lors de l'accouchement et de ses effets sur les parturientes<sup>6</sup>, publication qui alimenta une vaste polémique dans la presse de la capitale avec le médecin français résidant José de Passamán<sup>6</sup>.

Reconnu comme le « premier obstétricien » du pays et professeur titulaire des chaires d'obstétrique et de chirurgie opératoire du premier programme de médecine universitaire, Sazié fonda l'École de Sages-femmes ou *Collège d'Obstétrique*, inaugurée en 1835 et inspirée par des écoles similaires apparues en Europe à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle<sup>7</sup>, modèles qui furent aussi imités au Pérou et au Mexique<sup>8</sup>. Lors de l'inauguration du premier cours d'obstétrique, qui réunissait de futurs médecins et des « sages-femmes instruites en la matière », Sazié mit en valeur la décision du « gouvernement éclairé et libéral » d'appuyer les études d'obstétrique, « art entouré de tant de splendeur dans les nations civilisées »<sup>9</sup>. Au cours de ses premières années, l'école obtint les apports de la sage-femme française Mme du Codray, des connaissances anatomiques du pelvis et de la mise en pratique des manœuvres de Velpeau et autres maîtres parisiens. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les « sages-femmes instruites » constituaient donc un petit groupe instruit par des médecins qui rivalisaient de manière rhétorique avec l'ancienne hégémonie de l'*accoucheuse*<sup>10</sup>, principalement à Santiago<sup>11</sup>.

Le travail des premiers médecins dans l'aide médicale à l'accouchement au XIX<sup>ème</sup> siècle, quoique limité, permit cependant des avancées cliniques – consignées dans la *Revue Médicale du Chili* fondée en 1872 – telles que les premières césariennes et embryotomies, l'usage du forceps, l'introduction de normes antiseptiques, le combat contre les épidémies postnatales et l'élaboration systématique de fiches cliniques. Les médecins les plus prolifiques dans ces domaines sont, entre autres, Afolfo Murillo<sup>12</sup>, Pablo Zorrilla<sup>13</sup> et le médecin italien résidant Luis Domingo Bixio<sup>14</sup>, qui recevaient leurs patientes à la Maternité de la capitale et qui étaient cités dans les leçons cliniques et dans les usages d'instruments de maîtres français comme Stéphane Tarnier<sup>15</sup>, Depaul<sup>16</sup>, Velpeau<sup>17</sup> et Cazeaux, auteur du manuel le plus utilisé par les étudiants chiliens et intitulé *Traité d'Obstétrique*<sup>18</sup>. Les références récurrentes à ces médecins laissent deviner le débat qui agitaient la communauté scientifique d'outremer et son désir de reproduire les normes d'hygiène européennes dans les hôpitaux chiliens, tout particulièrement dans les maternités, normes qui passaient, par exemple, par la séparation des jeunes accouchées entre elles ou la séparation des jeunes mères saines des jeunes mères malades. Ces auteurs permettaient la diffusion de la nouvelle fonction du médecin européen dans les soins obstétricaux puisqu'ils avaient la particularité d'avoir aidé,

tant de manière privée que dans les établissements sanitaires, à un plus grand nombre d'accouchements que la majorité des médecins et chirurgiens de leur époque.

Le débat émergeant sur l'aide médicale à l'accouchement se répercuta par ailleurs dans les premières thèses médicales et monographies qui suggéraient l'usage de traitements analgésiques et antiseptiques, traitements appliqués dans les maternités d'Europe et modestement expérimentés dans la Maternité de Santiago, et dont quelques-unes furent présentées au Premier Congrès National de Médecine (1889), au Congrès Scientifique Général Chilien (1896), comme par exemple les recherches de Murillo sur l'éclampsie, et au Premier Congrès Latino-américain de Médecine, qui eut lieu à Santiago (1901)<sup>19</sup>. Lors de cette dernière réunion, le médecin Alcibiades Viciencio exposa son étude sur l'usage de l'anesthésie lors des accouchements, qui fit ainsi connaître à un niveau international les premiers pas réalisés dans la combinaison de substances telles que la cocaïne et ses dérivés et leur usage sur la patiente par voie lombaire de manière à supprimer la douleur de l'accouchement<sup>20</sup>. Afin de remplacer le chloroforme, qui atténuait la douleur mais qui ne la supprimait pas, à moins de l'appliquer en dose qui affectait la bonne marche de l'accouchement, Viciencio expérimenta cette nouvelle substance et ce nouveau procédé sur 60 patientes en 1900. Cette expérience inédite jusqu'alors est considérée comme l'un des précurseurs de la fameuse rachianesthésie<sup>21</sup>.

Lors de ces congrès, la confrontation entre la force de l'ancienne médecine populaire et le désir d'influence des connaissances scientifiques émergentes constituait un autre exemple de la classique transition entre « barbarie » et « civilisation » qui caractérisait le discours de l'élite locale à propos de la société chilienne, même si cette confrontation eut des particularités dans le cas de la médecine obstétrique. L'accouchement était en effet une expérience vécue seulement entre femmes, accouchées et accoucheuses, ces dernières étant les représentantes de la « science de femelle » du XIX<sup>ème</sup> siècle. L'incorporation des sages-femmes professionnelles, formées par des médecins pour aider à des accouchements tant à l'Ecole de Sages-Femmes que dans des cours privés, ainsi que l'éventuelle participation de médecins altérèrent le caractère traditionnel et quasi exclusivement féminin de cette assistance. La lente imposition des connaissances scientifiques sur les connaissances populaires fut ainsi accompagnée de la division des tâches par sexe, processus né en Europe au XVIII<sup>ème</sup> siècle. Le fossé entre une science aux mains d'hommes – puisque les femmes n'eurent pas accès au métier de médecin, à quelques exceptions près, avant 1920<sup>22</sup> – et un savoir populaire aux mains des accoucheuses donna ainsi naissance à des qualifications symboliques hiérarchiques et inégales, qui furent appuyées par une bataille verbale et, dans certains cas légale, que quelques médecins

menèrent contre les accoucheuses. C'est ce processus qui explique la transition vécue par l'aide médicale à l'accouchement durant le XIX<sup>ème</sup> siècle chilien : celle d'un acte quasi exclusivement aux mains d'accoucheuses – connues pour pratiquer une « science de femelle » liée à un savoir médical populaire et indigène – à un acte aux mains de médecins et sages-femmes instruits selon les principes d'une *science obstétrique* naissante, copiée sur son homologue européen<sup>23</sup>.

Sans tout ignorer de ce processus, il est néanmoins vrai que vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la « science obstétrique » se réduisait à l'offre d'une poignée de médecins et sages-femmes dont bénéficiait soit une population féminine qui pouvait payer ses services soit les plus pauvres qui recouraient à la Maternité, institution qui en 1899, par exemple, ne reçut pas plus de 2.000 femmes<sup>24</sup>. En 1900, le pays comptabilisait 110.697 nouveaux-nés en vie<sup>25</sup> et en 1895, l'existence de 842 médecins et 814 sages-femmes était enregistrée<sup>26</sup>. La meilleure des estimations indique que ces deux catégories regroupaient des personnes qui déclaraient exercer ces professions, mais sans certificat officiel. Dans plus de la moitié des déclarations de sages-femmes, il s'agissait très certainement d'accoucheuses et/ou de guérisseuses<sup>27</sup>, ce qui signifie que la « science de femelle » était celle qui continuait d'être employée dans la majorité des accouchements du pays.

#### LES PARTURIENTES : ENTRE LA RAISON CLINIQUE ET LA RAISON SOCIALE, 1900-1920

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'offre d'aide médicale à l'accouchement, tant publique que privée, était déficitaire à Santiago, capitale qui vivait alors un grand dynamisme économique, fruit de l'exploitation du salpêtre et du développement agricole et manufacturier. Les biens matériels provenaient principalement du continent européen, notamment de France qui constituait la principale source d'influence d'une culture bourgeoise qui attirait les élites urbaines. De même, le lien économique avec la Grande Bretagne commença à faiblir vers 1920, favorisant ainsi la participation de capitaux nord américains dans l'industrie naissante d'extraction du cuivre. Sur le plan politique, ces premières décennies représentent une période cruciale pour la consolidation des mouvements ouvrier, universitaire et féministe qui, grâce au soutien de la classe moyenne urbaine et professionnelle, firent pression pour obtenir les transformations de l'appareil étatique qui apparurent dans le courant des années 20.

Dans ces conditions d'économie mono exportatrice fragile, l'exode rural alimentait la croissance démographique de Santiago, Valparaiso et Concepción, villes subissant des phénomènes tels que le développement des services publics, la prolétarianisation des périphéries et la nais-



Bureau de l'Enfant, Caisse de Sécurité Sociale, avec la permission du Musée de la Médecine, Enrique Laval, Université du Chili.

sance de la classe moyenne. En 1895, Santiago comptait 256.403 habitants pour atteindre 712.533 habitants en 1930, soit une croissance de 170 % en 35 ans<sup>28</sup>.

Les établissements sanitaires du Santiago du XIX<sup>ème</sup> siècle – liés aux Agences de Charité et à une assistance caritative catholique – virent une augmentation de la demande de services sociaux au début du nouveau siècle. Epidémies, précarité de l'emploi et misère étaient le lot quotidien des couches défavorisées dans les villes, victimes de l'implantation accélérée d'une économie capitaliste et sujet favori d'une abondante littérature politique et médicale qui dénonçait les ravages du modèle et l'incapacité de faire face à l'épineuse « question sociale » qu'il entraînait<sup>29</sup>. Pour y répondre, l'accent fut mis sur la promotion de politiques hygiénistes, lesquelles, grâce à l'élan de la professionnalisation sanitaire, finirent par transformer la médecine locale en un savoir et une profession essentiels pour l'époque<sup>30</sup>.

Ce processus bénéficia, à partir du milieu des années 1870, du programme officiel de bourses de troisième cycle qui permit l'envoi de médecins en Europe pour deux ou trois ans, soutenus financièrement par l'Université du Chili<sup>31</sup>. Ainsi, vers le début du XX<sup>ème</sup> siècle, quelques médecins de la capitale avaient fait des études d'obstétrique et de gynécologie en Allemagne, en France et en Angleterre, comme par exemple Ernestina Perez, deuxième femme médecin<sup>32</sup> chilienne; Alcibiades Vicencio, mentionné auparavant, instructeur de l'École de Sages-femmes entre la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et 1913 ; Marcial Gonzalez, responsable de la fusion des spécialités obstétrique et gynécologique basée sur le modèle allemand, encore en vigueur dans le pays; Caupolican Pardo Correa, représentant du Chili au Congrès d'hygiène et de démographie qui eut

lieu à Paris en 1900<sup>33</sup>. La formation européenne de cette génération donna lieu à une discussion sur le rôle des obstétriciens et sur les considérations sociales que méritaient les parturientes. De même, cette génération renforça deux points de vue complémentaires utiles à la professionnalisation de l'aide à l'accouchement : l'augmentation du contrôle scientifique par les médecins et sages-femmes concernant les variables physiologiques lors de l'accouchement et la réduction au minimum des variables qui les liaient à des aspects folkloriques et à des pratiques médicales populaires menées par des accoucheuses et des guérisseuses.

Ainsi, en 1919, Pardo Correa défendait sa « conviction que l'obstétricien doit être chirurgien », le remplacement des pratiques obstétriques en vigueur « par des opérations simples et réalisables par un technicien » et la compréhension de la grossesse comme un état physiologique qui, éventuellement, pouvait présenter des pathologies en aucun cas attribuables à « une punition pour des fautes ancestrales »<sup>34</sup>.

À son retour en 1915, le médecin Carlos Monckeberg Bravo<sup>35</sup> organisa les sections de la Maternité de l'Hôpital Salvador – polyclinique, salles d'accouchement, de suites de couche, d'opération et d'isolement-, établissement modèle en comparaison avec les possibilités restreintes d'hospitalisation pour l'accouchement disponibles alors à Santiago. La section « d'assistance sociale », dotée des premières assistantes sociales à domicile, allait transformer l'établissement « en un vrai institut de maternité » offrant un refuge aux femmes qui « n'ayant pas de famille, ou celles-ci ne voulant pas les recevoir, ne savaient où aller, ni avec quels moyens vivre et élever leur enfant, une fois sorties de la clinique »<sup>36</sup>. Le plan de Monckeberg était d'élargir la responsabilité clinique pour y inclure un caractère social bénéficiant à la parturiente pauvre. Influencé par l'eugénisme européen et le facteur héréditaire, Monckeberg initiait une révolution intellectuelle dans l'aide à l'accouchement en lui réservant un rôle central, non seulement en ce qui concernait le contrôle de pathologies maternelles et infantiles, mais aussi la prévention de la mortalité maternelle et néonatale<sup>37</sup> :

« ...l'idéal de l'eugénisme n'est pas tant de sauver beaucoup d'enfants que de faire en sorte que naissent des êtres normaux, utiles à la société et, pour atteindre cet idéal, il est nécessaire de préparer méthodiquement la venue de l'enfant à la vie, de guider son développement depuis les aurores de la gestation et de combattre chez la mère les maux qui, pour des raisons héréditaires, peuvent se transmettre à l'enfant »<sup>38</sup>.

En conjuguant la pensée eugénique européenne avec les mésaventures de la pauvreté féminine urbaine locale, cette génération de médecins transformait l'aide à l'accouchement en un sujet public qui allait au delà de la frontière de l'espace clinique pour devenir un des axes de la « question sociale ». La couverture professionnelle de l'accouche-

ment chez les femmes des secteurs défavorisés fut considérée comme une politique stratégique pour faire chuter les indices de mortalité maternelle et néonatale<sup>39</sup>. Les exposés présentés au Premier Congrès de Protection de l'Enfance (1912), au Premier Congrès d'Assistance Publique (1917) et au Premier Congrès National des Gouttes de Lait (1919), le confirment. Tenus à Santiago, ces congrès furent dirigés par des médecins qui, au contact quotidien avec des institutions disponibles, prônaient un État et une charité organisée avec de plus larges attributions sanitaires, tels les États providence européens, et qui comprenaient la médecine comme facteur de progrès social.

Face à la prolétarisation de la population féminine urbaine<sup>40</sup>, ils suggéraient la mise en place de mesures juridiques du travail protégeant les parturientes et l'enfance abandonnée, ainsi que la création de « dispensaires pour nourrices » et d'« asiles maternels » qui protégeraient les femmes enceintes et celles sur le point d'accoucher, selon le modèle de l'assistance publique parisienne<sup>41</sup>. Suivant l'exemple de médecins français tels que Pinard et Budin, certains d'entre eux discutaient les effets du travail physique sur le cycle maternel<sup>42</sup>, les avantages pour les femmes pauvres d'accoucher dans des maternités<sup>43</sup> et la nécessité de perfectionner les statistiques, ce dont se chargea le premier Institut de Puériculture de Santiago, fondé en 1906<sup>44</sup>. On tenait compte aussi de l'expérience européenne dans les débats sur la construction de maternités urbaines et rurales, sur la diffusion de la puériculture et sur la formation des sages-femmes afin d'optimiser, en premier lieu, l'aide à l'accouchement à domicile<sup>45</sup>.

Malgré l'influence politique des médecins qui formulèrent ces propositions, elles souffraient de graves limitations en comparaison avec les modèles européens, comme par exemple l'absence d'une législation et d'institutions sanitaires pour assister les mères actives. De même, une autre critique constante visait le fait que la demande croissante d'assistance dans les villes telles que Santiago n'était pas satisfaite par les médecins et les sages-femmes disponibles<sup>46</sup>. De par ce diagnostic, la couverture certes critiquée que fournissaient les accoucheuses et leur « science de femelle » ne pouvait être dédaignée, puisqu'elle était jusqu'alors irremplaçable par la science obstétrique.

Cependant, même avec ces limitations, cette génération de médecins, principalement de la capitale, n'était plus seulement influencée par la clinique européenne ; cette référence internationale s'était étendue à des facteurs sociaux et structurels tels que la professionnalisation de l'aide médicale à l'accouchement, la multiplication des maternités et les aides financières en faveur des mères. De plus, vers la fin des années 1910, l'influence de l'expérience européenne n'avait plus l'exclusivité : les échanges entre médecins chiliens et latino-américains lors de réunions scientifiques, bien que le plus souvent centrés sur les épidémies et l'ingénierie sanitaire,



Médecins chiliens de la Sécurité Sociale en voyage d'étude aux Etats-Unis, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 21, mars 1942, n. 3, p. 226.

se firent aussi à propos de l'aide à l'accouchement, comme, par exemple, lors du Troisième Congrès Médical Latino-américain qui eut lieu à Montevideo en 1907. Des médecins chiliens, tel que Alcibiades Vivencio, prirent part aux débats entre obstétriciens latino-américains, comme ceux des uruguayens Augusto Turenne et Augusto Porfila et du brésilien Fernando de Magalhes sur le traitement de la fièvre puerpérale, les toxémies pendant la grossesse et les méthodes de dilatation artificielle<sup>47</sup>.

Néanmoins, le déplacement de l'obstétrique chilienne du clinique vers le socio-sanitaire restait guidé, de préférence, par l'expérience européenne. Bien que pour celle-ci le contrôle de l'accouchement ait commencé à prendre une importance primordiale dans la lutte contre les bas taux de natalité et l'avortement, tout particulièrement en France<sup>48</sup>, par contre pour la médecine chilienne l'objectif central était de réduire la mortalité néonatale et maternelle, puisque en 1900, pour 1.000 naissances vivantes au Chili il y avait 342 décès et en 1920 ce chiffre n'était plus que de 263. À Santiago, en 1920, le chiffre s'élevait à 334 décès pour chaque mille naissances vivantes. Ces chiffres comprenaient les enfants décédés moins d'un mois après leur naissance, ce qui représentait approximativement 36 % de la mortalité infantile totale<sup>49</sup>. Si l'on considère le fait que les rapports statistiques de l'époque n'étaient pas exhaustifs, l'indice de mortalité maternelle le plus sûr correspond à 1930, année pendant laquelle sont décédées 1147 femmes lors de l'accouchement à cause de complications puerpérales sur un total de 169.395 naissances vivantes dans le pays. Pour Santiago, des 9.645 naissances vivantes dans les trois maternités de la capitale les plus anciennes, 180 femmes sont décédées de causes similaires<sup>50</sup>.

Une explication historique de ces chiffres est l'influence qu'exercèrent sur la transformation du contrôle de la grossesse et de l'accouchement

chez les femmes de couches défavorisées les objectifs politiques et démographiques visant à garantir la naissance de citoyens et, en particulier, de travailleurs sains et productifs, utiles au développement industriel réalisé par l'économie locale et dont le Chili moderne avait besoin.

DE L'AIDE MÉDICALE CLINIQUE À L'AIDE SANITAIRE PUBLIQUE À L'ACCOUCHEMENT, 1920-1940

Parallèlement à la reconnaissance par le corps médical et les organisations caritatives des avantages cliniques et sociaux de l'aide à l'accouchement par des professionnels, les années 1920 voient émerger un nouvel acteur intéressé par la couverture médicale de l'accouchement : l'Etat. Les effets dévastateurs de la Première Guerre Mondiale sur l'économie, entre autres un chômage croissant, ainsi que le renforcement des groupes réformistes et des associations ouvrières de gauche, orientèrent l'Etat vers une voie jusqu'alors insoupçonnée lui permettant de jouer un rôle nouveau dans d'amples secteurs de la vie sociale chilienne.

Le gouvernement libéral d'Arturo Alessandri, élu en 1920, mit fin au régime parlementaire et inaugura une relation inédite entre l'Etat et la société civile, renforcée par la Junte Militaire dirigée par Carlos Ibáñez del Campo, après avoir imposé, en 1924, des réformes qui n'avaient pu se faire au temps de la démocratie. Influencé par les nations européennes du XIX<sup>ème</sup> siècle, en particulier par l'Allemagne, et en réponse à la « question sociale », le nouvel ordre politique modifia en substance la responsabilité politique de l'Etat en promulguant un règlement garantissant une couverture médicale et la sécurité de l'emploi à la population des salariés et des indigents, appuyé par la promulgation de la nouvelle Constitution Politique de 1925 qui rendait obligatoire la surveillance de la santé publique et de l'hygiène de la société chilienne<sup>51</sup>. En conséquence de quoi, l'assistance médicale destinée aux plus pauvres, jusqu'alors en grande partie aux mains de la charité privée, se convertit en l'objet d'une politique d'état.

L'influence internationale du mutualisme ouvrier, du féminisme européen et des assurances sociales inscrivit l'orientation idéologique des politiques chiliennes dans un cadre libéral-conservateur, social-démocrate et socialiste, dans lesquelles la maternité jouait un rôle stratégique<sup>52</sup>. Cependant, si les réunions latino-américaines, tout comme les congrès médicaux et sanitaires, spécialement ceux consacrés aux enfants, abordaient des thèmes liés à la santé des mères et des enfants ainsi qu'à la puériculture – à la différence du Bureau Sanitaire Panaméricain durant ses premières décennies<sup>53</sup> –, la protection de la santé féminine y était présentée quasi exclusivement comme un rempart contre la mortalité infantile et non comme une fin en soi, raison pour laquelle l'influence de ces réunions sur l'aide médicale à l'accouchement fut limitée durant les premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle, à l'exception du

4<sup>ème</sup> Congrès Panaméricain de l'Enfant en 1924<sup>54</sup>. Ce sont précisément les médecins chiliens qui y présentèrent des exposés sur l'aide clinique à l'accouchement<sup>55</sup> et sur les questions d'hygiène prénatale.<sup>56</sup> Les docteurs Arturo Scroggie V. et Joaquin Errázuriz abordèrent les questions de protection juridique et sanitaire des mères célibataires durant le cycle maternel, et Monckeberg analysa l'offre d'aide médicale dans les maternités de la capitale<sup>57</sup>. Les médecins cubains et nord-américains se penchaient aussi sur ces thèmes, en particulier ces derniers qui proposaient que la surveillance prénatale soit effectuée par des « centres de santé » et qui préconisaient le transport immédiat de l'accouchée de son domicile à l'hôpital en cas de complication<sup>58</sup>, positions qui furent discutées postérieurement par la communauté médicale nationale.

Au Chili, les aspirations à la protection juridique et sanitaire de l'accouchement se concrétisèrent grâce à l'élaboration de deux instruments légaux qui s'avèrent clés pour sa médicalisation : la Loi sur la Caisse Obligatoire d'Assurance Ouvrière de 1924 (CSO) et les réformes du Code du Travail de 1931 qui consacrèrent les droits de la mère ouvrière, le repos prénatal et postnatal ainsi que les allocations de maternité<sup>59</sup>. La première loi, présentée par le député conservateur et médecin Ezequiel González Cortes et inspirée de ses observations du système d'assurance allemand, stipulait l'affiliation obligatoire de la population ouvrière, hommes et femmes de moins de 65 ans, à un système d'assurance couvrant les maladies et les invalidités. En ce qui concernait les jeunes mères, elle établissait l'obligation d' « une surveillance professionnelle des assurées durant la grossesse, l'accouchement et l'après-accouchement, ainsi qu'une aide équivalant à 50 % de leur salaire durant les deux semaines précédant et suivant l'accouchement et à 25 % durant la période postérieure prolongée jusqu'au sevrage, durant laquelle elles allaitent. Cette période ne pourra dépasser les huit mois »<sup>60</sup>. Comptant à ses débuts sur la seule présence de sages-femmes et de médecins, les services de la CSO transformèrent l'aide professionnelle à l'accouchement, tant à domicile qu'à l'hôpital, en un objectif de politique sanitaire et, en garantissant la protection des mères assurées, en un objectif de politique publique.

Le nouveau rôle de l'Etat, délimité par ces réformes, se révéla insuffisant pour amortir les effets cruels – chômage et famine – que la crise économique des années 1930 engendra dans le pays. L'arrivée au pouvoir en 1938 du Front Populaire, coalition politique de centre-gauche dirigée par le radical Pedro Aguirre Cerda, renforça le rôle de l'Etat dans la planification économique et dans la distribution d'allocations aux classes ouvrières, inaugurant une époque durant laquelle l'Etat se transforma en un des protagonistes de l'histoire sociale jusqu'au coup d'Etat de 1973<sup>61</sup>. Pendant cette période, les mesures sanitaires prises par Salvador Allende, jeune ministre de la Santé et futur président des années 1970, se concentrèrent sur la diminution du coût élevé des « maladies



Supervision de la formation pratique, Ecole d'Infirmières, Université du Chili, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 27, mars 1950, n. 3, p. 313.

sociales», telles que la tuberculose et la syphilis, et sur la réduction de la mortalité materno-infantile au sein de la classe ouvrière, « capital humain » le plus touché par l'accélération de l'industrialisation<sup>62</sup>. Concernant l'aide médicale à l'accouchement fournie par la CSO, elle fut renforcée par le développement d'un critère préventif<sup>63</sup> et par l'augmentation au niveau national de la couverture de l'accouchement à domicile et à l'hôpital<sup>64</sup>.

Le travail efficace des médecins de la CSO stimula la prise de conscience de l'importance du contrôle de l'accouchement, non seulement en tant que démonstration du talent de l'obstétricien ou de la sage-femme, mais aussi en tant qu'objectif important et public de la médecine sociale, créant ainsi une nouvelle rupture avec l'hégémonie clinique. C'est précisément Monckeberg, actif conseiller de la CSO, qui soutenait en 1937, dans sa critique publique à l'intérêt chirurgical excessif des jeunes médecins, que l'aide obstétrique avait été réduite à « l'art d'accoucher » et qu'elle était désormais appelée à atteindre:

« ... le rang de science sociale étudiant dans son ensemble le grand problème de la génération humaine. La collectivité n'a pas le droit de se désintéresser du problème de la forme ou des conditions dans lesquelles les générations se multiplient ou se succèdent, car chaque génération a ses responsabilités et au-dessus de tous les idéaux égalitaires, tellement à la mode de nos jours, il existe celui de la femme dans son auguste mission de mère »<sup>65</sup>.

Si l'aide médicale à l'accouchement fournie par la CSO constituait une bonne opportunité de créer une version locale inspirée de celle pra-

tiquée en Europe, cette référence internationale se diversifia à partir de la fin des années 1930 grâce au développement de deux processus.

D'une part, l'influence de la Société Chilienne d'Obstétrique et Gynécologie, fondée en 1935<sup>66</sup>, la troisième dans l'ordre d'ancienneté des associations scientifiques nationales, précédée de celle de Pédiatrie, et la quatrième parmi celles de sa spécialité en Amérique Latine, fut cruciale dans la communication systématique entre les médecins nationaux et ceux du continent. Les travaux de cette association se concentrèrent sur la discussion clinique de diagnostics, pathologies et traitements et, exceptionnellement, sur les implications politiques et sanitaires du lieu et des personnes assistant à l'accouchement. La diffusion de ces thèmes se réalisa dans un bulletin académique, amplement cité dans cet article, qui incorporait les avancées obstétriques de la CSO, des maternités et des cabinets privés, ainsi que dans les études de grands médecins étrangers tels qu'Augusto Turenne ou l'argentin Jaime Morgues<sup>67</sup>. De plus, l'association comptait sur l'adhésion de maîtres étrangers tels que Turenne ou Manuel Luis Pérez, auteur d'un des manuels d'obstétrique en langue espagnole les plus utilisés au Chili durant les années 1930<sup>68</sup>. La visite de Turenne au Chili en 1937 stimula le débat sur « l'obstétrique sociale »<sup>69</sup> – tendance qui considérait l'aide médicale à l'accouchement comme le point de départ par excellence de l'aide publique aux accouchées démunies – ainsi que celui sur le développement de méthodes contraceptives et le traitement de la stérilité de la femme<sup>70</sup>.

D'autre part, depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'influence nord-américaine s'accrut en Amérique Latine et entraîna, dans le domaine sanitaire en particulier, une technisation et une formation des professionnels de santé ainsi que l'éradication des maladies épidémiques en Colombie, Pérou, Brésil et Mexique<sup>71</sup>. Au Chili, cette influence se développa dans le domaine de la spécialisation sanitaire et de la médecine préventive grâce à l'aide de spécialistes et au séjour de médecins dans des universités nord-américaines, entre autres celle de Johns Hopkins<sup>72</sup>. L'apport de ces premiers boursiers au débat sur l'aide médicale à l'accouchement fut modeste, mais vers la fin des années 1930 il joua un rôle dans le soutien à la spécialisation sanitaire, à l'étude des causes et des solutions à la mortalité materno-infantile et à la nécessité d'optimiser les ressources professionnelles<sup>73</sup>.

Un aspect-clé qui marqua une différence entre les traditions européenne et nord-américaine dans la professionnalisation de l'aide médicale à l'accouchement fut le rôle des sages-femmes. Dans la tradition européenne, les sages-femmes étaient les assistantes cliniques de l'obstétricien alors que dans la tradition nord-américaine, elles étaient pratiquement inexistantes et le rôle d'assistante de l'obstétricien revenait aux infirmières, considérées comme des agents de la politique sanitaire. Au Chili, bien que le rôle principal fut tenu en théorie par le médecin, il



Infirmière sanitaire enseignant aux mères à préparer les biberons. Club des Mères de la zone de Independencia, Santiago, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 27, mars 1950, n. 3, p. 313.

est certain que le poids de l'aide médicale à l'accouchement sans complication pathologique reposait sur les sages-femmes, tant dans la sphère privée que publique, en accord avec la délimitation obstétrique européenne. Cependant, l'absence d'une politique spécifique visant à une meilleure prévention les plaçait dans une position désavantageuse par rapport à d'autres professionnelles telles que les infirmières sanitaires. Selon la Journée des Médecins de la CSO de 1938, l'éducation sanitaire, c'est-à-dire l'enseignement aux mères des notions rudimentaires de puériculture, ainsi que la distribution d'allocations maternelles, pouvaient être optimisées si elles leur étaient confiées, jugement qui semblait ignorer l'important enracinement des sages-femmes parmi la population féminine et leur présence significative parmi les professionnels de la CSO<sup>74</sup>.

Malgré cette dispute naissante, il n'en reste pas moins vrai que le travail des sages-femmes au sein de la CSO consolidait l'important intérêt suscité par l'aide médicale lors des accouchements à domicile – dû à l'insuffisante couverture hospitalière – contribuant à la diminution des interventions chirurgicales lors des accouchements qui préoccupaient les premières générations de médecins locaux et qui, finalement, furent restreintes aux maternités de Santiago et autres villes importantes de province et qui, vers le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, ne dépassaient pas 38 % des accouchements.

L'AIDE A L'ACCOUCHEMENT : VERS LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE, 1940-1950

En 1941, 23,8 % des accouchements dans le pays étaient couverts par la Section Mère et Enfant de la CSO, parmi lesquels plus de 25 % se concentraient dans la capitale. Une fois consolidée la légitimité de l'aide sanitaire publique à l'accouchement, les années 40 virent l'apparition d'un débat sur le fonctionnement du service de la CSO et de ses bénéficiaires<sup>75</sup>.

Tout d'abord, le travail sanitaire de la CSO et des maternités donna lieu à l'élaboration d'une information quantitative et qualitative sur les mères chiliennes dans plusieurs publications médicales et sociales, permettant le remplacement d'exemples extraits de sources internationales par des cas locaux. Ainsi, le médecin Raúl Ortega, Chef de la Section Mère et Enfant de la CSO, de conclure que les plus grandes difficultés rencontrées par le contrôle médical de l'accouchement étaient liées aux origines rurales, à la préférence pour les accoucheuses et au fort taux d'analphabétisme des femmes qui accédaient aux services médicaux publics<sup>76</sup>.

Transformées en sujets d'études privilégiées de l'obstétrique, les parturientes symbolisaient les conséquences sociales négatives du modèle capitaliste, chaque fois que l'on faisait allusion à la pauvreté et au manque de protection inhérents au modèle. La relation complexe entre travail physique, eugénisme et grossesse présentée dans les congrès du début du siècle à partir de petits corpus, était maintenant illustrée par des groupes de femmes plus nombreux, prouvant ainsi qu'il était nécessaire de comprendre son influence non seulement dans le champ limité de l'intérêt clinique mais aussi dans celui des politiques sanitaires mises en place<sup>77</sup>.

La plupart des publications incluaient une perspective clinique, excepté certaines d'entre elles qui incorporaient partiellement le point de vue des parturientes. Ainsi, l'analyse de 3500 fiches cliniques d'enfants assistés dans différents centres médicaux publics de Santiago pendant l'année 1943, fut la base de l'étude pionnière de Raul Ortega et Adriana Castro qui se fixa pour but de connaître « l'attitude des mères » assurées et celle des non assurées – c'est-à-dire, les femmes de travailleurs assurés – reçues par la CSO<sup>78</sup>. Il en ressort en conclusion que dans les deux groupes, la première consultation prénatale se produisait, dans 60 % des cas seulement, après le cinquième mois de grossesse, chiffre qui traduisait le besoin d'améliorer la stratégie mise en place pour recevoir les femmes plus tôt durant leur grossesse. En ce qui concernait le mode d'accouchement, parmi les assurées une moitié des accouchements se faisait à domicile et l'autre moitié à l'hôpital, mais parmi les non assurées, plus de 70 % accouchaient à domicile, puisque les assurées étaient les seules à recevoir une aide financière lors d'une hospitalisation.

Plus de 80 % des mères qui accédaient au contrôle postnatal et du nouveau-né le faisaient avant le premier mois de vie de ce dernier. Ceci

constituait une preuve tangible, selon Ortega et Aguayo, du « haut rendement du travail éducatif effectué par les infirmières, assistantes sociales et auxiliaires maternelles à domicile pour que les mères inscrivent leurs enfants »<sup>79</sup>. On peut constater une omission évidente des sages-femmes dans le répertoire de spécialistes. Il est aussi expliqué qu'une des motivations de l'inscription précoce de l'enfant chez les assurées était l'intérêt légitime de toucher l'allocation-maternité, plus que le but sincère d'assurer la prévention de maladies. Pour Ortega et Castro cette opinion était répandue chez les « médecins de cabinet » ou parmi ceux qui qualifiaient encore les mères chiliennes d'« un ensemble maladroit, ignorant, pourvu du laisser-aller et de l'indolence caractéristique du Chilien ». De pair avec l'idée de perfectionner le système d'assistance et d'insister sur une politique préventive, ces médecins pariaient sur la « responsabilité de la mère chilienne » et indiquaient que les attitudes négatives qui leur étaient imputées existaient « dans un pourcentage non négligeable dans tous les pays et même dans les couches sociales plus élevées »<sup>80</sup>.

Au milieu des années 1940, on réalisa de fréquentes évaluations publiques de l'aide à l'accouchement fournie par la CSO et les maternités. Le bilan médical identifiait les faiblesses liées au manque de spécialisation professionnelle et d'organisations efficaces : « Nous avons été un peu égoïstes, et un peu vaniteux en restant dans nos salles de maternité », disait Onofre Avedaño en 1944, critiquant le manque d'intérêt des obstétriciens locaux lorsqu'une femme décédait d'une « cause évitable » après avoir été hospitalisée<sup>81</sup>. Malgré le fait de disposer de « techniques chirurgicales modernes », de thérapies au soufre, de transfusions sanguines et de « bons tocólogos », la mortalité maternelle ne baissait pas de manière significative. Pourquoi ? Selon Avedaño, la cause résidait dans cette « déconnexion » existant entre les femmes et le système d'assistance que nous citons au début, et pas uniquement dans l'intérêt clinique et individuel de l'obstétricien.

La discussion engendrée par ces faiblesses entre médecins boursiers en santé publique aux Etats-Unis et observateurs étrangers tels que Lewis Hackett, Directeur pour la Région des Andes de la Fondation Rockefeller, renforça les liens intellectuels entre la médecine nord-américaine et chilienne<sup>82</sup>. A première vue, cette relation pouvait paraître contradictoire puisqu'elle tentait de légitimer une collaboration entre un pays champion du capitalisme et un pays latino-américain gouverné par une alliance politique de gauche dans un contexte de fort climat anti-marxiste. Cependant, la collaboration entre les médecins chiliens et la Fondation Rockefeller était basée sur des motivations communes qui transcendaient les intérêts géopolitiques du moment, comme, par exemple, la protection du capital humain dans le contexte d'un Chili industrialisé et le renforcement de la médecine publique de prévention. Comme le suggèrent les preuves fournies par Victoria Lynn Black, les dirigeants de la Fonda-

tion, bien que compromis avec le capitalisme, appuyèrent la transformation du système sanitaire national ainsi que la consolidation de l'autorité des médecins socialistes qui y jouaient un rôle<sup>83</sup>.

L'impossibilité d'une formation en masse à l'étranger, tant pour des raisons économiques qu'en raison du contexte de conflit international, encouragea la fondation de l'École de Santé Publique de l'Université du Chili en 1943 grâce à l'appui du Service National de Santé Publique et d'agences internationales tels que l'Organisation Panaméricaine de Santé, l'Institut des Affaires Inter-Américaines de Washington et la Fondation Rockefeller. Ses professeurs, dans leur majorité formés aux États-Unis et particulièrement à l'Université Johns Hopkins, furent à l'origine de la consécration de la santé publique en tant que discipline académique<sup>84</sup>. La santé publique supposait l'élaboration de diagnostics plus précis, de mesures préventives et de principes d'administration sanitaires plus efficaces mettant en jeu l'observation de multiples facteurs environnementaux et sociaux. Sensibles au modèle nord-américain, des professeurs tels que Onofre Avendaño et les spécialistes en santé publique Hernán Romero et José Manuel Ugarte mettaient l'accent sur le manque de corrélation entre les efforts des organisations sanitaires et le lent recul des indices de mortalité et morbidité au Chili et, conjointement à la nouvelle École, fondèrent en 1946 la Société Chilienne de Santé Publique et de Médecine Publique<sup>85</sup>.

Un des faits marquants liés à cette nouvelle relation entre la médecine chilienne et la médecine nord-américaine fut la création de la première unité sanitaire en 1943, située dans une commune ouvrière de la capitale, Quinta Normal, grâce à l'appui du Service National de Santé Publique et à l'apport technique et financier de la Fondation Rockefeller<sup>86</sup>. Dans la claire intention d'imiter les "health centers" admirés par certains médecins chiliens<sup>87</sup>, les unités sanitaires incorporaient plus énergiquement le critère préventif dans l'obstétrique locale<sup>88</sup> et conféraient un rôle central aux infirmières dans les soins aux mères et aux enfants ainsi que dans certaines tâches obstétriques.

De son côté, les activités de la Société Chilienne d'Obstétrique et de Gynécologie dans les années 1940 confirment que les influences externes étaient réparties entre celles de l'Amérique latine, de l'Europe et de l'Amérique du nord. Par exemple, la première journée nationale, réalisée en 1945 avec le concours de plus de 100 adhérents, rend compte des deux premières. Le discours inaugural fut le témoignage des tendances de la pratique clinique en vigueur au milieu du siècle encore influencée par la pratique européenne – par exemple, la valorisation du traitement préventif et curatif des infections puerpérales, la découverte des sulfamides et de la pénicilline – mais aussi de l'adaptation de techniques d'accouchement telles que la symphysiotomie sous-cutanée pratiquée par le médecin argentin Zárate et l'utilisation de l'anesthésie locale,



Infirmierie sanitaire rurale au Chili (Infirmières de l'Unité Sanitaire de San Felipe, Chile) *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 30, juin 1951, n. 6, p. 762.

régionale, rachidienne et épidurale<sup>89</sup>. La preuve de ces liens intellectuels entre médecins chiliens et nord-américains, particulièrement en ce qui concerne les capacités cliniques et la qualité de l'aide médicale à l'accouchement des maternités publiques, est fournie par les thèses de certains maîtres de l'époque comme, par exemple, celle de l'obstétricien Raúl García Valenzuela qui participa de manière permanente aux réunions régionales en tant que représentant de son groupe professionnel depuis sa création<sup>90</sup>.

La participation de délégués de la Société aux congrès latino-américains rend aussi compte, par exemple, de l'admiration ressentie par les médecins chiliens pour les services des maternités argentins où « les malades infectées ne sont pas reçues et où, grâce aux magnifiques conditions de travail, l'apparition de complications infectieuses est un événement exceptionnel. Mais, pour les Chiliens, ce triomphe n'est rien d'autre que la révélation des conditions misérables dans lesquelles nous travaillons quotidiennement dans les hôpitaux »<sup>91</sup>. Enfin, vers le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, la Société participa activement à l'organisation du Premier Congrès latino-américain d'Obstétrique et de Gynécologie, appuyé par la FLASOG et qui eut lieu à Buenos Aires en 1952<sup>92</sup>. Les résultats généraux de cette réunion, et de la suivante en 1954, confirment que ces journées privilégièrent les aspects chirurgicaux et cliniques des deux spécialités au détriment des aspects sanitaires, comme en témoigne la discussion à propos des compétences professionnelles des sages-femmes et des médecins, de la couverture étendue de l'aide à l'accouchement aux mains des sages-femmes et des « accoucheuses » ou du travail des serv-

ices publics. Le consensus sur les orientations cliniques des spécialités latino-américaines se fit autour du rejet de la « chirurgie mutilatrice appliquée sans discrimination » et de « l'adoption, la création et la mise en pratique de techniques chirurgicales ayant pour objectif le respect des fonctions de l'appareil génital féminin »<sup>93</sup>.

Vers la fin des années 1940, le bulletin de la Société maintenait un échange avec plus de 40 revues scientifiques, dans leur majorité latino-américaines, et rapportait les textes de 9 publications nord-américaines<sup>94</sup>. Le bulletin publia une série de comptes-rendus de missions scientifiques de 3<sup>ème</sup> cycle au Chili qui valorisait les avancées technologiques et les méthodes employées pour infléchir le taux de mortalité maternelle et infantile. Dans ce sens, les rapports du docteur Avendaño, exposant assidu de la comparaison naissante entre l'aide médicale à l'accouchement aux Etats-Unis et au Chili durant les années 1940, se révèlent particulièrement utiles<sup>95</sup>. Avendaño identifiait comme différences substantielles avec l'obstétrique chilienne la responsabilité exclusive du médecin lors de la surveillance prénatale, de l'accouchement et de la période puerpérale, l'inexistence de sages-femmes possédant des diplômes universitaires et la formation obstétrique que recevaient les infirmières sanitaires aux Etats-Unis.

La préférence croissante pour les infirmières dans le cadre de l'aide médicale à l'accouchement n'était pas une idée singulière, comme l'atteste l'infirmière de la CSO, Amanda Parada, qui, influencée par son voyage aux Etats-Unis, proposait une plus grande participation de ces dernières au « contrôle de l'évolution de la grossesse » et à « l'enseignement de la puériculture pré et post-natale » en 1946<sup>96</sup>. Vers la fin de la décennie, l'incorporation d'infirmières sanitaires à des tâches associées traditionnellement au travail des sages-femmes se développait. L'autorité graduelle des premières reposait sur la possibilité qu'elles avaient de diffuser les normes hygiéniques dans les milieux ruraux et dans les banlieues – dominés par une population significative d'accoucheuses ou « empiriques » – et sur leur travail en tant qu'assistante du médecin et « lien humain » entre les mères et la médecine « formelle », modèle renforcé par les unités sanitaires. Il faut cependant noter que ce pouvoir n'était pas concédé aux sages-femmes, malgré l'insistance de la CSO – service qui les employait plus largement que les infirmières – qui voulait les convertir en remplaçantes principales des pratiquantes de la « science de femelle » encore en vigueur<sup>97</sup>.

La préférence pour les infirmières sanitaires constituait une conséquence de la haute estime dont jouissaient les études de 3<sup>ème</sup> cycle aux Etats-Unis et au sein de l'Ecole de Santé Publique ainsi que la garantie d'une formation adéquate en médecine préventive<sup>98</sup>. Au contraire, les sages-femmes étaient mal considérées à cause de la formation rudimentaire et dépassée qu'elles recevaient qui, aux dires de García Valenzuela,

était encore en vigueur dans les années 1960: « c'était un fait indiscutable que la sage-femme ignorait certains problèmes liés à la santé d'un individu », manque qui fut seulement comblé par la formation sur des thèmes liés à la santé publique qu'elles reçurent à partir de 1955<sup>99</sup>. Il est important de signaler que García Valenzuela fut un des premiers médecins envoyés à l'étranger par l'Université du Chili afin d'étudier l'organisation d'une école de sages-femmes, mission qu'il réalisa à l'Université de Buenos Aires en 1935<sup>100</sup>.

En dernier lieu, ce qui constituait une des forces de l'obstétrique nord-américaine était une des faiblesses de la CSO dans les années 1940 : le contrôle prénatal. Alors même qu'on disait que les centres de maternité du pays le mettaient en place, on reconnaissait en même temps qu'un maximum de 31 % des femmes y avait recours avant leur cinquième mois de grossesse, pourcentage qui augmentait légèrement à Santiago, 35,4 % en 1941<sup>101</sup>. Aux Etats-Unis, la préférence marquée pour l'aide hospitalière à l'accouchement dans les années 1940, près de 60 % des cas, était aussi frappante, bien que cette tendance n'ait pas été étrangère au cas chilien. La première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle rend compte d'une transition lente et, jusqu'alors définitive, d'un accouchement à la maison à un accouchement à l'hôpital. Comme le montre le tableau 1, dans le cas de Santiago et en l'espace de 20 ans seulement, le pourcentage des accouchements à l'hôpital fut presque multiplié par deux entre 1931 et 1951.

Tableau 1  
Nouveaux-nés en vie selon le lieu de l'accouchement,  
Santiago, 1931-1951

Année	Total	Maternités et hôpitaux		Domicile particulier	
			%		%
1931	33.060	11.102	33,58	21.226	64,20
1951	53.976	32.512	60,23	21.246	39,36

Source: Anuario Estadístico, 1931, 1951<sup>102</sup>.

Les études de responsables de la santé publique et d'obstétriciens qui faisaient le lien entre le contrôle médical de la grossesse et la chute de la mortalité maternelle et néonatale se multiplièrent durant les années 1940, en réunissant des preuves sur les mesures et les ressources sanitaires qui amélioreraient les instruments statistiques et qui favorisaient la baisse de ces indices.

La chute de la mortalité maternelle due à des causes septiques et non septiques était attribuée à l'utilisation des sulfamides et à l'action de la CSO et des maternités hospitalières. Ainsi, au Chili, des 1.300 femmes décédées durant l'accouchement ou dues à des maladies puerpérales, 586 l'étaient de septicémies puerpérales en 1935, tandis que la même



Interrogation d'une femme enceinte. Centre Maternel, Polyclinique Loi 4054, Valparaíso, *Revista de Asistencia Social*, Vol. 4, n° 4, déc 1935, p. 689. Avec la permission de la Bibliothèque du Congrès de la République du Chili.

comparaison en 1945 nous indique que parmi les 1.005 décédées, le chiffre avait baissé à 324. Cette baisse était plus significative dans les accouchements contrôlés dans des établissements maternels disposant de sulfamides, ce qui laisse supposer qu'à Santiago cette diminution était plus importante puisque la capitale concentrait l'offre hospitalière la plus importante de tout le pays<sup>103</sup>. Cette tendance sera confirmée par une étude de 1956, qui calculait que le taux de mortalité maternelle dans les maternités de Santiago avait baissé en moyenne de 22 à 1,1 femmes décédées pour 1.000 naissances vivantes entre 1932 et 1955<sup>104</sup>.

En ce qui concerne la mortalité infantile, le taux national et celui de Santiago ont aussi diminué entre 1920 et 1950, comme le montre le Tableau 2 ; et le déclin de la mortalité néonatale à Santiago entre 1940 et 1950 – de 63 à 38 décédés pour 1.000 nouveaux-nés vivants – constitue une preuve particulière que le développement du contrôle prénatal et l'hospitalisation de l'accouchement commençaient à porter leurs fruits<sup>105</sup>.

Tableau 2  
Taux de mortalité infantile y néonatal,  
Santiago – Chili, 1920 et 1950<sup>106</sup>

1920	Mortalité Infantile	Mortalité Néonatale
Chili	263	99
Santiago	334	120
1950		
Chili	153	65
Santiago	119	39

Au début des années 1950, on supposait que les causes historiques de la mortalité de 41.8 % d'enfants de moins d'un mois entre 1917 et 1951 se répartissaient entre ceux qui présentaient des « déficiences congénitales », des « malformations », des « naissances prématurées et des conséquences de l'accouchement » en concluant que les soins prénataux et le contrôle médical de l'accouchement étaient les méthodes préventives des pathologies citées<sup>107</sup>.

La baisse de la mortalité maternelle et néonatale était alors une conséquence de la combinaison de procédés liés au contrôle prénatal et à l'optimisation de la prise en charge professionnelle de l'accouchement, comme l'augmentation du nombre de sages-femmes, « obstétriciens » et infirmières, le processus de spécialisation sanitaire dont bénéficiaient en particulier ces derniers, l'utilisation progressive de sulfamides et d'antibiotiques, l'hospitalisation des femmes les plus défavorisées et le développement de la couverture hospitalière ainsi que des services de la CSO. Mais, le fait le plus significatif réside dans ceci, à savoir que la chute de la mortalité maternelle et néonatale transformait cette donnée statistique, jusqu'alors d'ordre purement clinique, en un clair indicateur du développement de la politique sanitaire urbaine.

La préoccupation de l'État pour l'aide à l'accouchement depuis les années 1940 avait renforcé la création de connaissances cliniques destinées, d'une part à combattre les maladies de femmes enceintes, les problèmes de l'accouchement et la mortalité maternelle et néonatale, et d'autre part, à permettre l'essor de l'optimisation des services médicaux et préventifs grâce à la multiplication de contrôles sanitaires précoces effectués par des spécialistes. Transformer l'assistance médicale publique en une offre de grande couverture capable de reconnaître des espaces, des agents et des processus spécialisés était capital, et constituait à la fois le premier pas vers la conformation d'une connaissance spécialisée qui avait besoin de l'alliance politique et scientifique entre le domaine sanitaire et clinique, entre responsables de la santé et spécialistes et qui plaça l'accouchement comme point de départ d'un concept nouveau et décisif qui s'imposait durant les années 1950 : la santé maternelle et infantile.

## CONCLUSION

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle au Chili, les politiques sanitaires publiques destinées au binôme mère-enfant se regroupèrent autour du concept de santé materno-infantile, promu au niveau international par l'Organisation Mondiale de la Santé et au niveau local par le Service National de la Santé (SNS). Un des antécédents historiques de cette transformation fut la professionnalisation de l'aide médicale à l'accouchement des femmes des couches défavorisées de Santiago du Chili, processus qui fit ses premiers pas grâce à la formation obstétrique, d'origine européenne,

de médecins et de sages-femmes et qui avait comme objectif, explicite mais encore irréalisable, de supplanter les accoucheuses, pratiquantes de la « science de femelle », depuis le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Le contrôle médical de l'accouchement des femmes des milieux défavorisés et des ouvrières urbaines fut un des objectifs de la profession médicale et de la charité privée qui stimula une lente transition : dépouiller l'accouchement de l'hégémonique intérêt clinique et privé qui le caractérisait depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour le convertir en l'objet d'un intérêt sanitaire public d'une haute signification politique et sociale à partir des années 1920. C'est ainsi que les femmes enceintes et les accoucheuses s'ajoutèrent aux femmes ouvrières en tant que victimes des conséquences du processus d'urbanisation et du capitalisme industriel chilien.

La transition d'un intérêt exclusivement clinique que suscitait l'accouchement à un intérêt qui incluait les aspects sanitaires qui l'entouraient comme, par exemple, la couverture et les professionnels de la santé qui pouvaient légitimement l'assurer, compta sur des références internationales telles que l'incorporation de principes préventifs, promus par des médecins ayant obtenu des bourses en Europe depuis 1880. Ces derniers estimaient, en résumé, qu'une adéquate aide médicale à l'accouchement ne sauvegardait pas seulement la naissance d'un futur citoyen/ne, mais aussi qu'elle aidait à prévenir des pathologies qui influençaient directement sur les indicateurs de mortalité des mères et des enfants. Cet argument rendit indispensable l'établissement de services publics assurant une aide professionnelle à l'accouchement et aux soins et dispensant une instruction en puériculture aux mères, ce qui, dans le cas chilien, s'effectua au travers de l'action de la CSO.

De la même manière, durant les premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle, les échanges entre médecins chiliens et latino-américains au sujet de la santé des mères et des enfants renforcèrent une certaine tendance à discuter et comparer les attributions des maternités publiques ainsi que la formation des sages-femmes, même s'il faut bien reconnaître qu'ils s'orientèrent de préférence vers la figure de l'enfant. Les réunions scientifiques latino-américaines les plus intéressées par l'accouchement sont celles qui réunirent des spécialistes convaincus de l'importance de la consolidation de la médecine obstétrique et gynécologique, objectif qui illustre le fait que, même s'ils partageaient une certaine préoccupation sanitaire, ces obstétriciens gardaient un solide intérêt clinique à l'égard de l'aide qualifiée à l'accouchement, intérêt qui reposait sur leurs propres capacités et sur leur succès, et non nécessairement sur la mère.

L'influence de la spécialisation sanitaire, promue par les Etats-Unis et dont le rayonnement atteignit aussi les professionnels chiliens à partir de 1930, eut des effets particuliers qui constituent un témoignage de l'équilibre entre la préoccupation clinique et la préoccupation sanitaire

qui affecta l'aide médicale qualifiée à l'accouchement assurée par les services sanitaires publics qui se consolidèrent à cette époque. Le contrôle prénatal efficace, les compétences des infirmières sanitaires et des assistantes obstétriques ainsi que l'hospitalisation des futures mères lors de leur accouchement constituent quelques-uns des aspects de l'expérience nord-américaine les plus valorisés par les médecins, les infirmières et les assistantes sociales chiliens formés aux Etats-Unis dans des questions de santé publique et de spécialité obstétrique.

En résumé, on peut dire que la participation active des médecins dans les services de la CSO, en recueillant les différentes influences décrites dans cet exposé, collabora aux processus historiques suivants : éloigner l'accouchement d'un cercle chirurgical exclusif et l'associer à un milieu sanitaire et préventif ; systématiser les procédures du contrôle médical des mères ; accroître la couverture hospitalière de l'accouchement et lancer un débat relatif à l'aide assurée par les sages-femmes et les infirmières. L'aide médicale qualifiée à l'accouchement se convertit ainsi en un champ d'action, tant clinique que sanitaire, de première importance dans le cadre des politiques sanitaires chiliennes du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle.

#### RECONNAISSANCES

Cet article est publié dans le cadre d'une recherche financée par FONDECYT, projet N°3040063. Je remercie tout particulièrement l'aide que m'a apportée l'historienne Anne-Emanuelle Birn et celle de Jacqueline Mendels Birn durant l'élaboration de cet article et sa révision, ainsi que Solène Bergot pour sa traduction de l'espagnol au français.

#### NOTES

- 1 Onofre Avendaño, "Sobre mortalidad materna por causas obstétricas en Chile," *Boletín Sociedad Chilena Obstetricia y Ginecología*, 9, 4 (Julio 1944): 199.
- 2 Blest fit ses études dans les universités de Dublin et Edimbourg. Quant à Sazié, il étudia à l'Université de Paris, fut recteur de la faculté de l'Université du Chili, médecin en chef des hôpitaux de Santiago et président du Comité de Bienfaisance. Le médecin d'origine espagnole Manuel Grajales, qui joua un rôle prépondérant dans l'implantation du vaccin au Chili, jouissait aussi d'une notoriété spéciale dans la médecine obstétrique au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Cf. Miguel J. Semir, « Apuntes de la historia de la enseñanza médica en Chile », *Anales de la Universidad de Chile*, XVII (1860): 751.
- 3 Guillermo Blest, « Observaciones sobre el estado actual de la medicina en Chile », *Revista Médica de Chile*, 111 (1983): 351.
- 4 Sol Serrano, *Universidad y nación. Chile en el siglo XIX* (Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1993), p. 178.
- 5 Guillermo Blest, « El sécale cornutum », *Gaceta Ministerial*, N° 14 (Santiago de Chile), 3 Febrero 1829.
- 6 José de Passamán, *Contrarrefutación del papel del Dr. Blest sobre el medicamento llamado sécale cornutum* (Santiago de Chile: Imprenta Rengifo, 1829). Passamán fut embauché par le gouvernement pour remplacer Manuel Grajales comme titulaire de la chaire de chirurgie en 1825. Il avait étudié dans les Universités de Paris et Montpellier, cf.

- 7 Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle* (Paris: Editions Belin, 1999).
- 8 María Lucía Mott, « Midwifery and the Construction of an Image in Nineteenth-Century Brazil », *Nursing History Review*, 11 (2003): 31-49; Ana María Carrillo, « Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México », *Dynamis*, 19 (1999): 167-90; et Lee Penyak, « Obstetrics and the Emergence of Women in Mexico's Medical Establishment », *The Americas*, 60, 1 (July 2003): 59-85.
- 9 Lorenzo Sazié, « Discurso del Dr. Lorenzo Sazié en la apertura del curso de obstetricia (1835) », *Revista Médica de Chile*, 112 (1984): 298.
- 10 Au Chili, la dénomination « accoucheuse » était utilisée en référence à la femme qui assistait les accouchées sans autre formation que l'observation et la tradition orale. Au contraire, celle de « sage-femme » était généralement réservée aux femmes qui, à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, avaient fait des études de médecine et par la suite universitaires.
- 11 Il est impossible de déterminer le nombre exact de diplômées, mais les demandes pour passer l'examen atteignirent le nombre de 400 durant le XIX<sup>ème</sup> siècle. Cf. la publication de María Soledad Zárate, « Dar a Luz en Chile, S. XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica », (Santiago de Chile : Editorial DIBAM. Universidad Alberto Hurtado, 2007).
- 12 Murillo fut un brillant élève de Sazié, dont il hérita la chaire par la suite. Il fut aussi un des fondateurs de la Société Médicale de Santiago en 1869 et de la *Revue Médicale du Chili*, ainsi que recteur de la Faculté de Médecine en 1880. Bien qu'il n'ait pas fait ses études en Europe, Murillo connaissait les publications médicales européennes, qu'il cita amplement dans les articles suivants : « Parto provocado por dilatador de Busch », *Anales de la Universidad de Chile*, XLV (1874): 332-334; « Parto prematuro artificial, provocado a los ocho meses de embarazo; terminación feliz para la madre y el feto », *Anales de la Universidad de Chile*, XLVII (1875): 140-142; « Historia de dos operaciones cesáreas », *Revista Médica de Chile*, XXI (1893): 88-99; et « Mi tercera cesárea », *Revista Médica de Chile*, XXVII (1899): 228-231. En plus, il publia trois oeuvres dans ce continent: *Farmacopea Chilena*, junto a Carlos Middleton (Leipzig: Imprenta de F. A. Brockhaus, 1886) et les textes en français, *Plantes médicinales du Chili e Hygiène et assistance publique au Chili* (Paris: Expositión Internacional, Imprimerie de Lagny, 1889).
- 13 Sa thèse, défendue une année avant l'obtention de son diplôme, s'intitulait « Consideraciones sobre la fiebre puerperal », et fut publiée dans les *Anales de la Universidad de Chile*, XX, (1862): 174-187. Il y établissait une courte chronologie des épidémies à la Maternité de Santiago et y passait en revue les connaissances locales sur cette pathologie. Ses contemporains furent surpris par ses références aux travaux du médecin allemand Ignaz Semmelweis à la Maternité de Vienne, publiés en 1861, où la maladie se manifestait chez les patientes, transmise principalement par les étudiants en médecine et les médecins qui pratiquaient les dissections et les études post-mortem, et non par les sages-femmes.
- 14 Diplômé à Genève, il présenta une thèse pour faire valider son diplôme au Chili qui offrait une réflexion sur deux des pratiques obstétriques les plus controversées en Europe à cette époque : « Del parto prematuro artificial y del aborto provocado como medio preventivo y curativo obstétrico », *Anales de la Universidad de Chile*, XXX (1868): 725-747. A partir de 1872, Bixio dirigea l'École de Sages-femmes fondée par Sazié en 1835.
- 15 Stéphane Tarnier publia sa thèse en 1857, intitulée « Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches », puis fut médecin à la Maternité de Port-Royal à Paris entre 1867 et 1889. Cf. Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle*, p. 277-278, et A. Figueroa, « El Basiotribo de Tarnier », *Revista Médica de Chile*, XXI (1893): 175-189.
- 16 Depaul, médecin interne de la Maternité de Paris, inspira plusieurs articles, parmi lesquels celui de Elias Cordavez, étudiant stagiaire à la Maternité, « Memoria sobre

- una observación hecha en la maternidad, que ha sido calificada de raquitismo intra-uterino, negado por Depaul y descrita como una enfermedad especial del sistema óseo »" *Revista Médica de Chile*, XII (1883-84): 416-422.
- 17 Il est l'auteur de l'étude classique *Traité complet de l'art des accouchements* (Paris, 1835).
  - 18 Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle*, p. 277-278.
  - 19 *Primer Congreso Científico General Chileno, Concepción 23-28 Febrero 1896* (Santiago de Chile: Imprenta y Encuadernación Roma, 1896); Adolfo Murillo, "De la eclampsia en la Maternidad de Santiago y en especial de la eclampsia tardía" *Primer Congreso Científico General Chileno, Concepción 23-28 Febrero 1896* (Santiago de Chile: Imprenta y Encuadernación Roma, 1896); et *Primer Congreso Médico Latinoamericano, Santiago de Chile 1 al 9 de enero de 1901. Actas y Trabajos* (Santiago de Chile: Imprenta Barcelona, 1903).
  - 20 Alcibiades Vicencio, « De la supresión del dolor en el parto », *Primer Congreso Médico Latinoamericano* (Santiago de Chile: Imprenta Barcelona, 1903), p. 89-109.
  - 21 Vicencio indiquait que jusqu'au 15 juin 1900, date à laquelle il commença le traitement, il n'y avait eu aucune publication sur le sujet, et que ce fut seulement le mois suivant que le *Central Blatt für Gynäkologie* et la *Semana Medical* annoncèrent des expériences similaires dont il n'avait pas eu connaissance auparavant. Cf. Vicencio, « De la supresión del dolor en el parto », p. 107.
  - 22 et seulement 34 chirurgiens femmes. Cf. *Censo de la Población de la República de Chile, 1920*. Dirección General de Estadística (Santiago de Chile: Sociedad Imprenta y Litografía universo, 1925).
  - 23 Sur ce sujet, voir Zárate, « Dar a Luz en Chile, S. XIX ».
  - 24 « Boletín Anual Casa de Maternidad de Santiago », *Memoria de la Junta de Beneficencia*, (Santiago de Chile: 1899).
  - 25 *Anuario Estadístico*, Santiago de Chile, Dirección General de Estadística, 1900.
  - 26 *Sétimo Censo Jeneral de la Población de Chile, 1895*. Oficina Central de Estadística (Santiago de Chile: Imprenta de Encuadernación Barcelona, 1896). Pour la province de Santiago, les chiffres indiquent 267 médecins et 212 sages-femmes.
  - 27 Cf. n. 10.
  - 28 Armando de Ramón, *Santiago de Chile, (1541-1991) Historia de una sociedad urbana*, 2<sup>a</sup> ed. (Santiago de Chile: Editorial Sudamericana, 2000), p. 185.
  - 29 Sergio Grez, *La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores (1804-1902)* (Santiago de Chile: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM), 1995); et Luis Alberto Romero, *¿Qué hacer con los pobres?, Elite y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895* (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1997).
  - 30 María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973* (Santiago de Chile: Editorial Colectivo de Atención Primaria, 1993).
  - 31 Claudio Costa-Casaretto, « Los primeros becados chilenos en Europa », *Revista Médica de Chile*, 107 (1979): 432-437. Fréquents furent aussi les voyages individuels de médecins comme, par exemple, Ventura Carvallo Elizalde, spécialiste de la fièvre puerpérale, « Ensayo sobre la naturaleza y tratamiento de la eclampsia puerperal », *Revista Médica de Chile*, Tomo VII (1879-80): 265-270.
  - 32 Face au manque de textes en espagnol, Ernestina Pérez publia les *Lecciones de ginecología* (Berlín: sin editorial, 1910), un précis des connaissances acquises pendant divers séjours à l'Université de Berlín à partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle.
  - 33 María Soledad Zárate, « Enfermedades de mujeres. Ginecología, médicos y presunciones de género, Chile, fines del siglo XIX », [www.memoriachilena.cl](http://www.memoriachilena.cl), 1 (2001); Enrique Laval, *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador*, Separata VI (Santiago: Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile, 1961).
  - 34 Caupolicán Pardo Correa, *Clínica Obstétrica. Curso de 1919. Lección Inaugural* (Santiago de Chile: Librería e Imprenta Artes y Letras, 1919), p. 7.
  - 35 Monckeberg travailla comme assistant de maitres tels que Paul Bar, Adolfo Pinard et Jean Louis Faure. Sa thèse, « Patología de la gestación » fut fréquemment citée par

- la littérature scientifique internationale, Cf. Laval, *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile*, p. 54.
- 36 Carlos Monckeberg, *La clínica obstétrica universitaria en el Hospital de San Vicente* (Santiago de Chile: Imprenta Siglo XX, 1929), p. 8.
- 37 Les affections intestinales et respiratoires, fruits d'une mauvaise alimentation et de conditions de vie détériorées, allaient être étudiées par la pédiatrie nationale comme causes de la mortalité des enfants de moins de 4 ans à partir des années 1920, Cf. Nelson Vargas, *Historia de la pediatría chilena: Crónica de una alegría* (Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2002).
- 38 Carlos Monckeberg, « Consideraciones sobre la protección social y médica de la mujer como factor de Eugenesia », *Revista Médica de Chile*, LIII, 3-4 (Marzo-Abril 1925): 89.
- 39 María Soledad Zárate, « Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920 », *Nomadías, Serie Monográfica*, N° 1, Programa Género y Cultura en América Latina, Universidad de Chile, (1999): 163-182.
- 40 En 1912, les femmes constituaient un tiers de la force ouvrière, représentant une proportion de trois hommes pour une femme dans l'industrie textile et du tabac, *Oficina Central de Estadísticas*, (Santiago de Chile, 1912). Voir Elizabeth Hutchison, *Labors Appropriate to Their Sex. Gender, Labor and Politics in Urban Chile, 1900-1930* (Durham and London: Duke University Press, 2001).
- 41 Robert Simon, « Reducción de la mortalidad infantil del 1er año por la asistencia a las madres antes, durante y después del parto », *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia, 21-26 Septiembre 1912* (Santiago de Chile: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1912).
- 42 Appellation que nous utilisons en référence à la période de la grossesse, de l'accouchement, de la période puerpérale et de l'allaitement qui en moyenne pouvait représenter deux ans de la vie d'une femme.
- 43 Víctor Körner, « Protección de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y su influencia sobre la mortalidad infantil », *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, p. 137-144.
- 44 R. Aldunate, « Datos suministrados por la Estadística del Instituto de Puericultura », *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, p. 355-359.
- 45 Fernando Romero Aguirre, « El cuidado del embarazo y la asistencia del parto como factores de protección a la infancia », *Trabajos y Actas del Primer Congreso Nacional de Protección Nacional a la Infancia*, p. 213-218.
- 46 En 1920, la province de Santiago comptait 24.628 naissances vivantes et il n'y avait que 734 sages-femmes – chiffre qui comprenait une forte proportion d'accoucheuses – et 331 médecins parmi lesquels certains ne s'occupaient pas d'accouchements, voir *Censo de Población de la República de Chile, 1920*.
- 47 *Tercer Congreso Médico-Latinoamericano, Actas y Trabajos, 17-24 Marzo 1907* (Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado, 1908).
- 48 Karen Offen, « Depopulation, Nationalism, and Feminism in Fin-de-Siècle France », *The American Historical Review*, 89, 3 (June 1984): 648-676.
- 49 *Estadísticas de Chile en el siglo XX* (Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, 1999), p. 30; et *Anuario Estadístico*, Vol. I, Demografía y Asistencia Social, (Santiago de Chile: Dirección General de Estadística, 1920). Les taux de mortalité infantile au Chili étaient parmi les plus élevés au monde, Amérique du Sud comprise. À la même époque, des pays comme les États-Unis, la France ou l'Angleterre, ne dépassaient pas le coefficient moyen de 150 morts pour 1000 naissances vivantes, voir Alfredo Commentz, « Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile », *Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y actas*, p. 315-313.
- 50 *Anuario Estadístico*, Vol. I, Demografía y Asistencia Social, (Santiago de Chile: Dirección General de Estadística, 1920).

- 51 Sofía Correa et al., *Historia del siglo XX chileno* (Santiago de Chile: Editorial Sudamericana, 2001).
- 52 María Eliana Labra, « Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950) », *Cuadernos Médico Sociales*, 44 (2004): 207-219; et Asunción Lavrin, *Women, Feminism and Social Change in Argentina, Chile and Uruguay, 1890-1940* (Lincoln: University of Nebraska Press, 1995).
- 53 A propos du rôle spécifique du Bureau Sanitaire Panaméricain et de la question sanitaire materno-infantile, voir Anne-Emanuelle Birn, « No More Surprising Than a Broken Pitcher? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau », *CBMH/BCHM*, 19 (2002): 17-46. Pour les congrès panaméricains sur l'enfance, voir Donna Guy, « The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942 », *Journal of Family History*, 23, 3 (July 1998): 272-291.
- 54 *Antecedentes, actas y trabajos del Cuarto Congreso Panamericano del Niño, Santiago, 1924*. Tomo I (Santiago de Chile: Imprenta Cervantes, 1925).
- 55 Carlos Monckeberg, « Traumatismos obstétricos de los recién nacidos, distrofias óseas », *Antecedentes, actas y trabajos del Cuarto Congreso Panamericano del Niño*, Tomo II, Sección Medicina, p. 157-248.
- 56 Sara Izquierdo de Philippi et Cora Mayers, « Puericultura pre-natal. Protección a la mujer en cinta », *Antecedentes, actas y trabajos del Cuarto Congreso Panamericano del Niño*, Tomo III, Sección Higiene, p. 50-60. Cora Mayers fut une des femmes médecins les plus actives durant les premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle dans le secteur de la médecine sociale. Elle occupa des postes tels que celui de Secrétaire de la section d'Hygiène ou celui de Directrice de la Ligue Chilienne d'Hygiène Sociale, de la Société Chilienne de Pédiatrie et de la Commission Nationale d'Éducation Physique.
- 57 L'exposé de Monckeberg fut inclus dans la table des matières mais non publié dans le tome III d'Hygiène. Il n'a pas été possible de vérifier la publication de l'exposé Scroggie et Errázuriz car le tome IV de Sociologie n'est pas disponible au Chili.
- 58 C. P. Knight, « La mortalidad infantil y métodos para prevenirla », *Antecedentes, actas y trabajos del Cuarto Congreso Panamericano del Niño*, Tomo III, Sección Higiene, p. 9-15.
- 59 Cette loi fut accompagnée de la création d'un Ministère de l'Hygiène, du Travail et de la Couverture Sociale. Cf. Jorge Jiménez de la Jara, ed., *Medicina social en Chile* (Santiago de Chile: Editores Aconcagua, 1977); et Mario Livingsstone et Dagmar Raczinsky, eds. *Salud pública y bienestar social* (Santiago de Chile: CIEPLAN, 1976).
- 60 María Ferrero Matte de Luna, *El problema materno-infantil ante la ley* (Santiago de Chile: Biblioteca Jurídica Universidad Católica, 1946), p. 88.
- 61 A propos des politiques sociales de la période des Fronts Populaires, cf. Karin Roseblatt, *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950* (Chapel Hill and London: University of North Carolina Press, 2000).
- 62 Salvador Allende, *La realidad médico social en Chile* (Santiago de Chile: Imprenta Lathrop, 1939).
- 63 Une impulsion particulière fut donnée à ce critère grâce à la promulgation de la Loi sur la Médecine Préventive élaborée par le médecin Eduardo Cruz Coke, Ministre de la Santé et de l'Assistance Publique (1937-1938). Cf. Carlos Huneeus y María Paz Lanas, « Ciencia política e historia. Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938 », *Historia*, 35 (2002): 151-186.
- 64 En 1938, la CSO prit en charge 22.000 accouchements et l'année suivante plus de 25.000, parmi lesquels 8.000 correspondaient à des accouchements à la maternité. Cf. Raúl Ortega, « La hospitalización en los Servicios Madre y Niño de la CSO », *Revista de Asistencia Social*, 9, 2-3 (Junio-Septiembre 1940): 536-542.
- 65 Carlos Monckeberg y Juan Puga, « Comentario sobre 300 cesáreas », *Revista Médica de Chile*, LXV, 11 (Noviembre 1937): 1020.
- 66 Parmi ses précurseurs, on peut trouver plusieurs des médecins cités dans cet article: Onofre Avendaño, Víctor Manuel Avilés, Víctor Gacitúa, Raúl García Valenzuela, Carlos Monckeberg, Juan Puga, Carlos Ramírez Bravo, Luis Tisné, Juan Wood.

- 67 Jaime Morgues, « Asistencia social de la Maternidad. La protección post-natal », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, VI, 1 (Noviembre 1940): 52-61.
- 68 Manuel Luis Pérez, *Tratado de obstetricia* (Buenos Aires : Aniceto López, 1936)
- 69 Cf. Carlos Ramírez, « Problemas de Obstetricia Social. Proyecto de protección maternal e infantil por el Estado », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 3, 9 (1938): 626-641.
- 70 Augusto Turenne, « Algunos aspectos del problema de la infecundidad femenina », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 3, 2 (Diciembre 1937): 66-81; y Augusto Turenne, « ¿Por qué fracasa el método anticoncepcional de Ogino-Knaus? », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 4, 2 (Diciembre 1938): 113-122.
- 71 Marcos Cueto, « Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940 », en Marcos Cueto, ed., *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas Históricas* (Lima: IEP Editores y OPS, 1996), p. 179-201.
- 72 Un antécédent de cette influence fut l'évaluation donnée par le médecin nord-américain John Long, qui fut sous-directeur du Bureau Sanitaire Panaméricain en 1925, à l'élaboration du Code Sanitaire de 1918. Cf. John Long, « Reorganización del Servicio Nacional de Sanidad de Chile », *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6, 12 (Diciembre 1997): 819-825. Quelques-uns de ces boursiers furent Armando Larraguibel dans les années 1910 et dans les années 1920, Alfredo de María, Atilio Macchiavello et Hernán Romero, tous docteurs en Santé Publique.
- 73 Tegualda Ponce, diplômée en 1932, fit son internat dans des hôpitaux nord-américains à la fin des années 1930 et se fit remarquer pour son travail dans le Service de Maternité de la CSO et pour son rôle en tant que Vice-présidente de l'Association Panaméricaine des Femmes Médecins, cf. Felicitas Klimpel, *La mujer chilena. El aporte femenino al progreso de Chile (1910-1960)* (Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1962), p. 160; et « Cooperación Médico Sanitaria de las Américas. Hablan los becados de la OSP », *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 22, 12 (Diciembre 1943): 1080.
- 74 « Jornadas Médicas de 1938 », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, VI, 58 (1939): 176-180. Dans la seule province de Santiago, le nombre de sages-femmes atteignait le chiffre de 512 en 1940, époque à laquelle leur qualification professionnelle était déjà plus sûre, cf. *Sétimo Censo General de la Población de Chile, 1895*. En 1944, la CSO employait 250 sages-femmes fonctionnaires et 75 sages-femmes à domicile. Voir Ferrero Matte de Luna, *El problema materno-infantil ante la ley*, p. 89.
- 75 Raúl Ortega, Onofre Avendaño y Pedro Araya, « Los servicios de madre y niño de la Caja de Seguro Obligatorio durante 1942 », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, X, 111 y 112 (1943): 1-20.
- 76 Raúl Ortega Aguayo, « Atención rural de la madre y el niño », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, VI, 58 (1939): 145-150.
- 77 M. Guajardo de Atria, « Causas del trabajo obrero femenino en Chile », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, IV, 44 y 45 (1838): 9-14; Victoria García Carpanetti, « Algunas consideraciones sobre medicina social en la mujer obrera chilena », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, IV, 44 y 45 (1938): 15-25; et R. Daudet, « Estudio estadístico de cien casos de embarazadas, de la oficina maternal atendidas en 1936 », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, IV, 46 (1938): 89-91.
- 78 Raúl Ortega et Adriana Castro, « Actitud de las madres frente al seguro social », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 120-122, (1944): 487-492.
- 79 Ortega y Castro, « Actitud de las madres frente al seguro social », p. 488.
- 80 Ortega y Castro, « Actitud de las madres frente al seguro social », p. 489.
- 81 A cette époque Avendaño était médecin de la Maternité de l'Hôpital du Salvador de Santiago et du Service Médical Section Mère et Enfant de la CSO.
- 82 Lewis Hackett, *Orientaciones modernas de la salubridad* (Santiago de Chile: Imprenta Universo, 1942).

- 83 Victoria Lynn Black, « Taking Care of Baby: Chilean State-Making, International Relations and the Gendered Body Politics: 1912-1970 », PhD thesis, University of Arizona, 2002.
- 84 Salvador Díaz, *La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile (ensayo crítico)* (Santiago de Chile: Imprenta Cultura, 1957); Nina Horwitz et al., *Salud y Estado en Chile* (Santiago de Chile: Serie Publicaciones Científicas OPS Chile, 1995).
- 85 Cette Société réunissait les médecins qui s'intéressaient à la spécialisation sanitaire et à la continuation du travail de pionniers tels que Alejandro del Río, Luis Calvo Mackenna et Ezequiel González, tous considérés comme des modèles de la combinaison stratégique entre les aspects clinique et de salubrité. Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública, *Segundas Jornadas de Salubridad*, (Santiago de Chile, Julio 1952), p. 6.
- 86 Hernán Urzúa Merino, « Unidades Sanitarias en Chile. Su ubicación en el desarrollo de la salubridad chilena » (Rapport présenté lors de la XII<sup>ème</sup> Conférence Sanitaire Panaméricaine, Caracas, Venezuela, 12 au 24 janvier 1947), *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26, 5 (Mayo 1947): 428-436; et Hernán Romero y Nacienceno Ortega, « Unidades Sanitarias de Chile », *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 31, 1 (Julio 1952): 11-17.
- 87 Alejandro del Río, « La Casa de Socorro de Puente Alto », *Revista Médico-Asistencial*, V, 3 (1936): 141-154.
- 88 Carlos Ribbeck, « La obstetricia actual y la salud pública. Hospital – Maternidad "Unidad Sanitaria" », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 16, 3 (1951): 78.
- 89 *Primeras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología, 2-5 Diciembre 1945* (Santiago de Chile: Litografía Stanley, 1945), p. 17.
- 90 Raúl García Valenzuela, « Homenaje a los viejos amigos gineco-obstetras de Latinoamérica », *Revista Chilena de Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 56, 5 (1991): 382-389.
- 91 Víctor M. Gacitúa, « Quinto Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, VIII, 8-9 (Noviembre-Diciembre 1943): 326.
- 92 *Primer Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. 8º Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, Buenos Aires, 26-31 Octubre 1952. 2 vols.* (Buenos Aires: Secretaría del Congreso, 1952). Le sigle FLASOG correspond à la Confédération Latino-américaine de Sociétés d'Obstétrique et Gynécologie créée en 1949 à Buenos Aires.
- 93 « Cuenta del profesor Word, Presidente de la delegación al Segundo Congreso Latinoamericano y Cuarto Congreso Brasileño de Obstetricia y Ginecología celebrado en San Pablo, Brasil », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, XIX (1954): 132.
- 94 Parmi les plus importantes se trouvent l'*American Journal Obstetrics and Gynecology* et *Surgery et Obstetrics and Gynecology* de Chicago.
- 95 Onofre Avendaño, « Asistencia obstétrica en EEUU de Norte América », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, XII, 128-130 (1945): 355-361; « Panorama de la Obstetricia en los EEUU (I parte), » *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, X, 7 (1945): 307-315; « Panorama de la Obstetricia en los EEUU (II parte) », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, X, 8-9 (1945): 356-370. Les observations de Avendaño furent le résultat de son séjour en tant qu'étudiant de 3<sup>ème</sup> cycle à l'Institut de Santé Publique de l'Université de Columbia et en tant qu'interne dans quelques-uns des services obstétriques et gynécologiques des hôpitaux de New York, Toronto, Californie, Washington et Chicago. Comme autres exposants, on peut mentionner Manuel Avilés, « Impresiones de una visita a las Clínicas Obstétricas norteamericanas », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, XI, 1-2 (1946): 28-29 et Aníbal Rodríguez Velasco, qui suggéra que la différence substantielle existant entre les Etats-Unis et le Chili à propos des pratiques opératoires obstétriques et gynécologiques était due à « la mentalité, l'orientation

- de vie et l'activité » des femmes. Ces dernières considéraient en effet leur santé « exclusivement en fonction de leur capacité de travail » et étaient donc plus enclines à accepter des interventions radicales, « stimulées par leur peur du cancer génital ». Cf. « Impresiones de un viaje a Estados Unidos », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, XII, 1-9 (1948): 147-148.
- 96 Amanda Parada, « Servicio de Enfermería en la Caja de Seguro Obligatorio », *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, XIII, 140 (Mayo 1946): 213.
- 97 En 1944, la CSO comptait dans les rangs de ses professionnels nationaux 127 pédiatres, 50 obstétriciens, 120 infirmières, 250 sages-femmes fonctionnaires, 75 sages-femmes à domicile et 98 assistantes sociales. Cf. Ferrero Matte de Luna, *El problema materno-infantil ante la ley*, p. 89. Le déséquilibre entre infirmières et sages-femmes commençait à être évident à Santiago en 1940. Selon le recensement, il existait 2.584 infirmière, chiffre qui ne rendait pas compte de la présence d'un diplôme certifié, et 512 sages-femmes. Cf. *XI Censo de Población de 1940*, Santiago de Chile, Dirección de Estadísticas y Censos.
- 98 En 1927 fut offert le premier cours destiné aux futures infirmières sanitaires, sous les auspices du Directeur de l'Hygiène, Lucas Sierra, et dirigé par Cora Mayers, l'infirmière Eleanira González et l'infirmière nord-américaine Sara Adams. Cf. « Enfermería », *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 22, 4 (Abril 1943): 358-361; María Godoy, Yolanda Ortiz et Nora Fardella, « Desarrollo y perspectiva de la enfermería sanitaria en Chile », *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 30, 2 (Agosto 1951): 158-164.
- 99 Raúl García Valenzuela, « Importancia de la matrona en Chile », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 21, 1 (1966): 136.
- 100 Raúl García Valenzuela, « Homenaje a los viejos amigos gineco-obstetras de Latinoamérica », p. 384.
- 101 Ortega, Avendaño y Araya, « Los servicios de madre y niño de la Caja de Seguro Obligatorio durante 1942 », p. 7.
- 102 *Anuarios Estadísticos*, Dirección General de Estadística, 1931, 1951, Santiago de Chile. Le pourcentage restant, qui variait entre 0,5 % et 2,5 % de tous les nouveaux-nés en vie, se répartissait entre les nouveaux-nés dans les cités, conventillos, l'assistance publique et l'abandon. Le nombre des accouchements à domicile incluait aussi bien ceux qui reçurent une aide médicale formelle – d'ordre public ou privé – que ceux qui ne reçurent aucune aide professionnelle.
- 103 Juan Moroder y Francisca López, « Mortalidad materna y sulfadrogas », *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, IX, 3-4 (Septiembre-Diciembre 1947): 279-288; et Avendaño, « Sobre mortalidad materna por causas obstétricas en Chile ».
- 104 Onofre Avendaño, Hernán Romero y Ernesto Medina, « Mortalidad materna », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 21, 6 (1956): 142-153. Les Maternités étaient celles des Hôpitaux du Salvador, José Juan Aguirre et San Francisco de Borja.
- 105 *Anuarios Estadísticos*, Dirección General de Estadística, 1940, 1950.
- 106 Les taux correspondent au nombre d'enfants décédés pour mille naissances vivantes.
- 107 José Manuel Ugarte, « Mortalidad materna en Chile », *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 17, 7 (1952): 182.