



Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant « indigènes » (XIX^e -début du XX^e siècle)

Claire Fredj

DANS **ANNALES DE DÉMOGRAPHIE HISTORIQUE** 2011/2 n° 122 , PAGES 169 À 203
ÉDITIONS **BELIN**

ISSN 0066-2062

ISBN 9782701164687

DOI 10.3917/adh.122.0169

Date de mise en ligne : 02/08/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-annales-de-demographie-historique-2011-2-page-169?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Belin.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

ENCADRER LA NAISSANCE DANS L'ALGÉRIE COLONIALE. PERSONNELS DE SANTÉ ET ASSISTANCE À LA MÈRE ET À L'ENFANT « INDIGÈNES » (XIX^e-DÉBUT DU XX^e SIÈCLE)¹

par Claire FREDJ

En 1935, les docteurs Henri Fulconis et Amédée Laffont, professeurs d'obstétrique à l'École de médecine d'Alger, soutiennent que « tant que nous n'aurons pas fait pénétrer jusqu'au fond des douars tous les moyens que la science peut mettre à la disposition de la femme qui souffre et qui enfante, notre œuvre civilisatrice dans ce pays comportera des lacunes » (Laffont et Fulconis, 1935, 561). Envisagée dès le milieu du XIX^e siècle, et considérée dans l'entre-deux-guerres comme « le premier terme de toute organisation d'assistance sociale » (DFA, 1926, 122)², l'assistance aux femmes musulmanes peine cependant à se développer, alors que la population concernée ne cesse de s'accroître³.

Dans le contexte démographique métropolitain caractérisé par une faible natalité, un discours nataliste s'est diffusé, les travaux consacrés à la mère et au nourrisson se sont multipliés et pour de nombreux médecins, la première nécessité qui s'impose pour la préservation de l'enfant, « c'est de protéger sa mère » (Harkavy, 1917, 22). L'assistance obstétricale s'est progressivement définie en fonction des progrès de l'obstétrique et des victoires qu'ils permettent sur la mortalité infantile, les infections puerpérales, la mortinatalité et la mortalité intra-utérine (Rollet-Échalier, 1990, 157-162). Elle prévoit une surveillance de la grossesse, un secours

médical au moment de l'accouchement, s'attache aussi à inculquer à la mère les règles de la puériculture, à dépister et soigner les affections du nourrisson. Inscrite dans le cadre d'organisations officielles (hôpitaux, infirmeries, maternités) et privées (dispensaires, gouttes de lait, crèches, pouponnières, œuvres diverses d'assistance aux mères), elle comprend ainsi la prophylaxie, l'assistance médicale, la thérapeutique de tout ce qui concerne la gestation, l'accouchement, les suites des couches, la petite enfance. S'il s'en faut de beaucoup que ce programme idéal soit appliqué partout en France, la législation sur la protection des mères et des nourrissons en train de s'élaborer s'applique avec quelques variations aux femmes européennes en Algérie. Dans la colonie toutefois, « les contingences des mœurs et du milieu » auraient profondément modifié « les facteurs avec lesquels la métropole se familiarise à peine », le problème se compliquant « par la diversité des races et des mœurs, la survivance du droit coranique à côté du droit français et la situation inférieure de la femme arabe » (Bourrel, 1937, 71 et 24). Une réflexion sur les spécificités de l'assistance obstétricale pour les femmes musulmanes émerge ainsi dès le XIX^e siècle, portant sur la manière d'amener ces femmes à se faire examiner et soigner dans les structures françaises mais aussi sur la nécessité de

former, selon les normes occidentales, des soignantes « indigènes » (sages-femmes, infirmières) appelées à remplacer les matrones traditionnelles (*qabla-s*), rendues responsables des fortes mortalités maternelle et infantile (Rollet-Échalier, 1990, 162 *sq.*; Barthélémy, 2004, 119-144).

Si les projets se succèdent depuis les premières décennies de la colonie, s'accéléralent dans les années 1890, leur réalisation demeure encore limitée un demi-siècle plus tard, tandis que l'importance des questions d'hygiène publique ne cesse de croître, surtout après la première guerre mondiale, entraînant l'organisation d'une administration de la santé toujours plus complexe ainsi que l'extension des œuvres d'assistance, publiques comme privées. Maternités et consultations gynécologiques, toujours plus nombreuses dans les villes algériennes, profitent avant tout aux Européennes alors que, dans les campagnes, l'assistance reste encore dans les années 1930 « à l'état d'ébauche » (Llouquet, 1936, 45). Quels moyens la France met-elle pour développer ce pan de l'assistance indigène? Comment les populations concernées acceptent-elles ces propositions? Les lignes qui suivent broseront le panorama des initiatives prises dans l'élaboration d'un système de soins aux femmes, depuis les premières réalisations du XIX^e siècle jusqu'à la fin des années 1930.

LES PREMIERS PAS DE L'ASSISTANCE AUX FEMMES « INDIGÈNES » EN ALGÉRIE

Instruire les matrones indigènes (qabla-s)

À la fin du XIX^e siècle, le gouverneur général Jules Cambon (1891-1897) s'appliquant « à faire profiter les populations

indigènes des bienfaits de l'assistance » (Cambon, 1918, 38), en large partie financée par les impôts arabes, fait créer des « hôpitaux indigènes », envisage la formation d'un corps de « médecins indigènes auxiliaires » et songe à une institution parallèle pour les femmes. C'est pour se rendre compte des possibilités d'implantation de cette dernière qu'en 1895, il envoie en mission dans l'Aurès la première femme médecin d'Algérie, Dorothee Chellier. Lors des quatre missions qu'elle effectue entre 1895 et 1899, elle recueille diverses informations et formule plusieurs propositions, consignées dans trois rapports (Fredj, 2012).

Elle décrit « les conditions de misère dans lesquelles se trouve la femme indigène au moment si douloureux de la parturition » (Chellier, 1897, 6) et s'indigne : quand, par une simple introduction de la main à la recherche du placenta, une femme pourrait être sauvée, « n'est-il pas déplorable de la voir succomber à cause de l'ignorance dans laquelle se trouve la matrone qui l'assiste? ». De plus, on ne peut espérer « l'acclimatement de nos mœurs dans un milieu réfractaire » sans atteindre les femmes, dont l'influence est grande sur leurs fils (Chellier, 1895, 23-24). C'est pourquoi « il y aurait intérêt pour nous, en respectant les mœurs arabes, d'agir sur la femme par la femme » (Chellier, 1895, 7). Seules, en effet, des femmes pourront effectuer cette mission car les musulmanes ne permettent quasiment jamais aux médecins hommes d'examiner les femmes malades, privilège réservé à la matrone, ignorante mais influente. Cette dernière est tolérée par les autorités françaises car les décrets du 12 juillet 1851 et du 7 août 1896, qui rendent exécutoires en Algérie les lois françaises de 1803 et de 1892 sur l'exercice de

la médecine, en excluent les « indigènes » qui pratiquent la médecine ou l'art des accouchements à l'égard de leurs coreligionnaires (Branthomme, 1892, 60 ; Carpentier et Frèrejouan du Saint, 1898, 724). Compte tenu de leur place auprès des accouchées et des enfants, faire instruire les matrones par des femmes docteurs en médecine serait « le seul vrai moyen de hâter le progrès en pays musulman » (Chellier, 1895, 7). À terme, il s'agira aussi de former de véritables « sages-femmes indigènes ».

Dès 1840, le médecin Ange Guépin proposait d'organiser une école de sages-femmes à Alger. À défaut d'élèves, le professeur pourrait « acheter des esclaves au compte du gouvernement, afin qu'il sorte, chaque année, au moins douze sages-femmes bénévoles de cet établissement » (Guépin, 1840, 228). Il reprend le modèle de l'École de sages-femmes qu'Antoine Clot-Bey a fondé en Égypte en 1832, avec pour premières élèves des esclaves libérées (Clot-Bey, 1849 ; Kuhnke, 1990, 122-133 ; Fahmy, 1998, 35-72). Aucune réalisation de ce type ne suit, mais un cours d'accouchement pour les musulmanes ouvre à Alger en 1851 sous la direction d'Augustine Mahé, maîtresse sage-femme de Paris qui a appris l'arabe et à qui la Colonie accorde des subventions⁴. Le Conseil général ferme cependant l'établissement huit ans plus tard pour absence d'élèves. La sage-femme est ensuite nommée professeur à l'école d'accouchement « pour les sages-femmes mauresques » de Constantine dont le Conseil général a voté la création en décembre 1858. Sept ans plus tard, l'établissement « s'est fermé de lui-même, faute d'élèves pour le fréquenter » (Province de Constantine, 1858, 285 et 1865, 297). Malgré ces brèves tentatives d'instruire les matrones musulmanes,

seules les Européennes se forment à l'École de médecine d'Alger qui organise depuis décembre 1858 un cours public d'accouchement pour les élèves sages-femmes près l'hôpital civil d'Alger. Il faut attendre 1907 pour y voir inscrite la première élève musulmane⁵.

Persuadée que les matrones indigènes ne viendront pas dans les écoles françaises urbaines, Dorothée Chellier propose que des femmes médecins les réunissent « à certaines époques de l'année » pour leur enseigner la pratique des accouchements et les soins aux petits enfants afin qu'elles portent « au sein du foyer arabe, surtout à la mère de famille, nos mœurs, nos habitudes, un commencement de progrès » (Chellier, 1895, 25). Dès 1865, le directeur de l'École de médecine d'Alger, Noël Patin, souligne le fait que les médecins ne pénètrent « qu'exceptionnellement » dans la famille arabe. Aussi la femme et les enfants continuent-ils d'être privés des soins de la médecine « et de tout contact avec la civilisation » (Patin, 1865, 33). Il approuve donc chaudement Victor Duruy d'avoir autorisé l'inscription dans son établissement de l'une des premières bachelières de France, Jenny Rengguer de la Lime, dont la famille est installée en Algérie (Girault, 1868). Défendant d'ailleurs l'idée d'un enseignement médical utile aux musulmanes tout en permettant de promouvoir l'activité professionnelle des femmes et d'étendre l'influence française dans le monde arabo-musulman, l'ancien ministre, soutenu par l'impératrice Eugénie, organise au printemps 1870 l'Association pour l'instruction médicale des femmes et fonde une École libre de médecine où l'enseignement, théorique et pratique, comprend des cours de turc et d'arabe (Duruy, 1901, 208 ; Geslot, 2009, 284). Prévue pour la rentrée de

septembre 1870, l'ouverture de ce cours ne peut avoir lieu.

Plus de trente ans après, on lit sous la plume du médecin Charles Viannay qu'« en des temps où l'encombrement de la profession médicale est encore accru par l'accession des femmes aux carrières libérales », l'assistance féminine chez les musulmans, particulièrement en Algérie, constitue un débouché qui intéresse les doctresses en médecine (Viannay, 1906, 270-271). Avec ce moyen honnête « d'exister socialement », la femme médecin pourrait donc devenir un « puissant facteur de propagande civilisatrice et scientifique », particulièrement indiqué dans les pays musulmans et en Asie, « partout où la condition sociale de la femme la maintient en état d'isolement » (Morache, 1901, 72 et 78). En Algérie, placer à demeure dans chaque province une femme docteur en médecine s'avère impossible faute d'effectif, malgré la progression du nombre d'étudiantes en médecine (Moulinier, 2002, 76-77). En revanche, les sages-femmes, en nombre plus important et dont le métier est souvent décrit comme « encombré », à l'instar d'autres professions médicales, consentiraient peut-être plus volontiers à accepter une situation dans la colonie et à former des sages-femmes indigènes, les colonies étant plus généralement vues comme un moyen pour les « non-classées » de la métropole de se faire une situation (Haussonville, 1898, 779-809).

Installer des sages-femmes françaises dans les villages

Le 21 octobre 1895, Cambon appelle l'attention des préfets et des généraux commandants de division « sur l'intérêt de

vulgariser en pays arabe les notions élémentaires de l'art des accouchements»⁶. Il obtient des chefs musulmans la promesse de leur concours pour accueillir des sages-femmes françaises « de colonisation » que Dorothée Chellier installe au centre de quelques agglomérations indigènes (Chellier, 1897, 7) : Lambèse, Khenchela, Sidi Aïch et El Kantara. Trois de ces quatre femmes sont diplômées de la Maternité de Paris et disposent de quelques notions générales de médecine, ayant suivi « pendant quelques semaines, les cliniques spéciales de la Faculté » (Chellier-Castelli, 1906, 18). Mais, « ignorantes de la langue, de l'éducation technique des matrones qu'elles étaient appelées à enseigner, comme des habitudes et des mœurs des femmes auxquelles elles avaient à prêter secours, ne disposant d'ailleurs pas des installations nécessaires à l'accomplissement de leur tâche, [elles] se sont trouvées condamnées à une inaction quelque peu forcée » (Conseil supérieur de Gouvernement, 1898, 56).

L'administration de la Colonie estime donc préférable de les placer dans les hôpitaux indigènes tenus par les sœurs blanches, où elles sont censées effectuer les accouchements, assister le médecin et instruire les matrones indigènes. Pas plus que les médecins, la sage-femme n'est admise aux accouchements indigènes et comme aucune femme ne vient accoucher à l'hôpital ; l'enseignement obstétrical se réduit donc à la théorie. La communication passe par une femme interprète, « aussi ignorante du français que la sage-femme était ignorante de l'arabe » (Lévi-Bram, 1907, 116). Face à la pénurie d'abord complète d'élèves, la somme de 1 fr. par jour de présence est versée et le nombre d'aspirantes augmente. L'allocation systématique est

rapidement remplacée par des primes d'encouragement et les effectifs baissent à nouveau (Gomma, 1904, 120). L'inspecteur des hôpitaux de l'Assistance publique E. de Méritens, estimant qu'on a été « un peu trop vite dans la voie imaginée par Mme Chellier »⁷, obtient la suppression des postes de sages-femmes. Seule Victorine Paquelllet est maintenue, peut-être parce que, élevée en Algérie, elle dispose d'une connaissance « précise et suffisante » des mœurs locales. Ayant, semble-t-il, réussi à gagner la confiance des Kabyles qui l'appellent pour assister leurs femmes au moment de l'accouchement, elle réunit autour d'elle une dizaine d'élèves musulmanes qui apprennent l'obstétrique en l'accompagnant. Quatre de ses élèves auraient « été primées et jugées aptes à pratiquer l'art des accouchements » (Lévi-Bram, 1907, 117) après deux ans de cours et de pratique. Pour autant, deux seulement auraient accepté le poste rétribué dans les tribus que leur a offert l'Administration⁸, sans que l'on sache comment leur carrière s'est poursuivie.

Dorothee Chellier propose malgré cela treize autres postes, mais le départ de Jules Cambon en 1897 empêche de donner suite à son projet. Pourtant, selon François Gomma, « l'excellente idée de remplacer les matrones ignorantes par des matrones instruites » aurait été poursuivie (Gomma, 1904, 120) et Mohamed Bourkaïb signale, onze ans plus tard, que de nombreuses communes auraient suivi ces premiers exemples en s'attachant des sages-femmes « qui vont chez l'indigène et préviennent le médecin des cas dystociques » (Bourkaïb, 1915, 58). Il ne précise pas davantage mais peut-être fait-il allusion aux infirmières que l'hôpital civil de Mustapha a cherché à former au début du siècle.

Repenser l'instruction des qabla-s : un double modèle impérial

Dès sa première mission, Dorothee Chellier s'intéresse aux hôpitaux pour femmes, créés et dirigés en Inde par des doctresses britanniques (Chellier, 1895, 25). Le *Medical Women for India Fund of Bombay* fondé en 1882 à l'instigation du docteur Frances Hoggan, l'une des premières femmes médecins au Royaume-Uni, cherche à recruter des femmes médecins pour soigner des femmes indiennes (Hoggan, 1882, 267-275). Dans son sillage se constitue en 1885 le *Countess of Dufferin's Fund* pour aider la *National Association for Supplying Female Medical Aid to the Women of India*, fondée la même année par la vice-reine des Indes, Lady Dufferin. Cette association doit permettre à de nombreuses provinces indiennes de disposer d'écoles d'accouchements, de maternités, d'école pour gardes-malades mais aussi d'écoles de médecine pour femmes, formant des médecins et des auxiliaires féminines indiennes. Dès 1888, la presse algérienne s'en fait l'écho (Anonyme, 1888). Ce dispositif est complété en 1902 par le *Victoria Memorial Scholarships Fund* destiné à la formation des sages-femmes en Inde (les *dhais*) autour de laquelle les initiatives aussi se multiplient depuis les années 1860, puis par la *All-India League for Maternity and Child Welfare* (1920) (Lal, 1994; Jayawardena, 1995; Burton, 1996; Witz, 2001; Hardiman, 2006).

À Tanger, lors d'une troisième mission en 1899, Dorothee Chellier remarque que les soins aux femmes sont dispensés à domicile par les Anglaises qui dirigent aussi un hôpital appartenant à la *North Africa Mission* (Miège, 1955, 173). Elle fait également allusion à l'Égypte où la

Lady Cromer Society, associant femmes britanniques et femmes de la haute société égyptienne, cherche aussi à « améliorer l'état sanitaire des enfants pauvres indigènes en inculquant dans l'esprit de leurs mères les règles de l'hygiène élémentaire et en leur faisant comprendre l'importance de la propreté » (de Chamberet, 1909, 196). La santé des femmes et l'amélioration de leur condition par une meilleure formation relèvent de la mission-civilisatrice portée par les puissances coloniales. Mais la *modern Motherhood* constitue un élément non négligeable du nationalisme égyptien en plein essor au tournant des XIX^e et XX^e siècles, associant les femmes, mères de la nation, au relèvement de la patrie. Des femmes comme Huda Sha'rawi et Malak Hifni Nāsif appellent au développement de l'éducation et à l'accès au travail féminins, aussi bien qu'à la réforme des lois sur le mariage (Badran, 1995 ; Shakry, 1998 ; Nashat et Tucker, 1999, 91 ; Pollard, 2005, 249-269). Ces initiatives sont connues au Maghreb où les réformateurs s'y réfèrent, comme le Tunisien Muhammad Ibn al-Khūja (1869-1939) [Mohamed Belkhodja], qui espère que son pays suivra l'exemple de ses sœurs égyptiennes voire turques en fondant des écoles féminines (Bel Khodja, 1896 ; Husni et Newman, 2004, 14-15).

Dès 1896, Dorothee Chellier avait envisagé l'établissement à Biskra d'une école d'accouchement exclusivement réservée aux femmes indigènes. C'est l'époque, après une première expérience à Pondichéry en 1863, où des écoles de sages-femmes ouvrent dans plusieurs colonies françaises, à Tananarive (1903) et en Indochine (1904), dont les diplômées, au terme d'une formation de trois ans, sont versées dans les cadres de l'Assistance

médicale indigène (Richard, 2005, 25 ; Monnais-Rousselot, 1999, 287). Plutôt que de substituer aux matrones des sages-femmes françaises, on espère les « façonner à nos idées » et surtout progressivement les remplacer « par des jeunes filles indigènes qui auront fréquenté nos écoles et auxquelles on fera faire des études de sage-femme » (Chellier, 1897, 31), quand bien même les écoles primaires de filles demeurent très rares (Tsourikoff, 1935 ; Turin, 1971, 274). Dorothee Chellier propose d'installer un dispensaire-hôpital et une maternité-école pour les femmes musulmanes dans l'ancienne école normale pour filles indigènes de Taddert Oufellah. Mais en mars 1900, le gouverneur général Laferrière n'envisage qu'une réalisation très en deçà de son projet initial, lequel n'aboutit finalement pas du tout (Chellier, 1906, 13). En mai 1907, elle suggère encore d'ouvrir à Alger une clinique obstétricale pour musulmanes en couches qui participerait aussi à la formation d'accoucheuses indigènes ; en vain car le médecin Jules Rouvier considère que seule la clinique obstétricale de l'École de médecine bientôt promue au rang de faculté en aurait les moyens⁹.

L'assistance médicale aux femmes « indigènes » au début du XX^e siècle

L'assistance aux femmes indigènes devient au début du XIX^e siècle un sujet de préoccupation chez les médecins français alors que l'Assistance médicale aux indigènes (AMI) s'organise à partir de 1903, notamment avec l'ouverture de plusieurs infirmeries indigènes. Le recrutement d'infirmières est dès lors envisagé. Le médecin de colonisation qui dirige l'infirmerie d'Aïn-Bessem en souligne la nécessité en raison de la proportion « considérable » des femmes

qu'il recevrait. Le poste serait confié « à une Européenne qui pourrait dès lors pratiquer elle-même sur ses malades indigènes les pansements spéciaux, les injections vaginales etc. » (Poujol, 1904, 502). Un de ses collègues juge qu'on pourrait donner la préférence aux accoucheuses « car elles présenteraient des garanties supérieures et contribueraient, en exerçant leur art, à faire disparaître les ophthalmies purulentes dont le nombre est si considérable à la naissance par suite du manque d'antisepsie » (Lestage, 1904, 301).

Alors qu'à partir de 1904 se met en place un corps d'auxiliaires médicaux masculins indigènes, la formation de leur équivalent féminin commence aussi à apparaître indispensable. On en trouve déjà dans certains établissements. À Berrouigha et Palestro, les infirmiers indigènes travaillent par exemple avec leurs épouses. Quelques médecins tentent de les instruire, comme Gros qui, à Rebeval, aurait souhaité, en vain, rencontrer en la femme qu'il emploie « une intermédiaire adroite et intelligente » entre les femmes et lui, qui puisse leur poser « avec habileté les questions intimes qui effarouchent tant la pudeur des musulmanes », et qu'il aurait initiée à la pratique des accouchements (Gros, 1907, 493). L'idée progresse d'instruire de manière plus formelle « des femmes indigènes issues, autant que possible, des douars où elles devront exercer », des femmes « capables d'assister et de diriger leurs compatriotes dans le cours de la grossesse, des couches et de l'allaitement » (DFA, 1907, 40). Pour certains, les projets d'instruction des accoucheuses arabes de Dorotheé Chellier verraient un commencement d'exécution : en 1906, « à défaut de maternités », des dispensaires et des consultations gratuites ont été créés,

placés sous la direction de femmes médecins, en attendant que naisse une « maternité-école que fréquenteront les parturientes indigènes et où se formeront [...] leurs coreligionnaires » (Viannay, 1906, 270-271). Depuis 1902 en effet, le gouvernement général cherche à développer ce type de consultations. La première s'est ouverte à Alger sous la direction du Dr Françoise Entz-Legey. Le succès de cette expérience engage la colonie à favoriser le développement de ces cliniques qui inspirent également les projets d'assistance aux femmes au Maroc (Samne, 1904, 30; Lacascade, 1922).

Fin 1904, ces établissements fonctionnent dans huit villes d'Algérie (Jonnart, 1904, 150). Malgré la progression constante du nombre des visites, les femmes n'en restent pas moins négligées, dans les campagnes comme dans les villes, où seules les femmes abandonnées ou divorcées consultent : « Toutes celles qui ont un mari, une famille, si pauvres soient-elles, restent chez elles » (Legey, 1904, 44). Entre 1901 et 1911, 3 % à peine des patientes de la Maternité sont musulmanes, la plupart n'y arrivant qu'après avoir épuisé les ressources des matrones et attendu de longues journées dans les douleurs (Rouvier et Laffont, 1912, 789). L'alternative serait « qu'une sage-femme française attachée à la clinique aille dans les maisons mauresques faire les accouchements » (Legey, 1904, 10). Pendant des médecins de colonisation, la création d'un corps de sages-femmes de colonisation européenne destiné à des jeunes filles qui « seraient heureuses d'accepter une situation qui leur assurerait le lendemain » (Sabadini, 1907, 373) redevient d'actualité. Comme il est impossible de doter toutes les communes d'une sage-femme européenne « qui n'aurait pas du reste sur les musulmans la même

influence qu'une musulmane», Henri Gros juge qu'il faut recourir à des sages-femmes indigènes «surveillées, conseillées, guidées sans cesse par nous» (Gros, 1905, 29). Alors seulement on pourra interdire aux matrones ignorantes la pratique des accouchements (Abadie-Feyguine, 1905, 61). Il «suffirait» que ces futures auxiliaires puissent reconnaître une complication nécessitant l'intervention du médecin, exécuter les actes que nécessite un accouchement ordinaire, emmailloter et soigner l'enfant, parer enfin aux complications qui surviennent quelquefois après l'accouchement (Gros, 1905, 30). Les moyens proposés pour garantir l'acquisition de ces connaissances divergent. On pourrait convier toutes les matrones au centre de leur commune où serait fixée à demeure, à côté du médecin de colonisation, une femme médecin ou une sage-femme européenne, devant «justifier de connaissances réelles de la langue arabe usuelle» (Lévi-Bram, 1907, 111). On pourrait utiliser les infirmeries indigènes pour y former, uniquement sur des mannequins dans un premier temps, quelques sages-femmes indigènes (Gros, 1905, 29) ou adjoindre des maternités aux cliniques indigènes existantes et installer une clinique avec une sage-femme indigène dans chaque centre de colonisation (Harkavy, 1917, 99). Dans les Territoires du Sud, les militaires s'interrogent en 1905 sur les moyens d'améliorer le sort des femmes indigènes nomades. L'amélioration de l'hygiène «par l'exemple» et surtout le «dressage des matrones» sont évoqués mais aux difficultés pratiques déjà rencontrées dans le Tell (répugnance des femmes à venir voir le médecin, absence de langue commune) s'ajoutent les rudesses de la vie nomade et l'extrême dénuement de ces populations¹⁰.

Dix ans après les premières propositions de Dorothee Chellier, la réflexion porte donc à nouveau sur la nécessité d'organiser un corps de sages-femmes indigènes auxiliaires capables de rendre les services «que l'on doit exiger d'une sage-femme experte doublée d'une infirmière» (Lévi-Bram, 1907, 74). La possibilité de former des jeunes filles musulmanes reste cependant fortement remise en question, notamment parce que les mœurs arabes «défendent la femme avec un soin jaloux» (Rectenwald, 1908, 86), une certitude régulièrement répétée par les Français dans l'entre-deux-guerres dans un contexte politique en sensible évolution.

DES SOIGNANTES EUROPÉENNES POUR LES FEMMES MUSULMANES : LES EXPÉRIENCES DE L'APRÈS-GUERRE

Nouveaux besoins, nouveaux moyens et nouveaux métiers de soins

Après la première guerre mondiale, les réflexions sur l'assistance aux femmes musulmanes prennent une ampleur nouvelle. À Alger dans les années 1920, les femmes musulmanes sembleraient accepter avec plus de facilité qu'autrefois d'entrer à la Maternité dans les cas dystociques. D'abord attirées par les consultations contre la stérilité, elles continueraient de se faire examiner pendant leur grossesse dans les consultations prénatales, où le toucher vaginal est pourtant systématique (Hanafi, 1936, 23). Rares sont encore les femmes qui fréquentent les maternités, par ailleurs peu nombreuses : en 1934, 10 % des naissances européennes ont lieu à l'hôpital contre 0,3 % des naissances

indigènes (Bourrel, 1937, 23), encore ces chiffres concernent-ils les villes. Plusieurs médecins suggèrent donc l'organisation de conférences médicales en arabe, de tournées illustrées avec des affiches et des histoires « dites par des conteurs professionnels ou confiées à la voix du disque » (Bourrel, 1937, 177). Le film-éducatif, déjà employé dans la lutte contre le paludisme, le trachome et la syphilis (Vignaux, 2007, 110 ; Rollet-Échalier, 1990, 394-398), peut aussi concerner l'obstétrique : ainsi, « la maternité d'Alger », élaborée d'après les directives du professeur Laffont, montre par exemple les étapes que parcourt une « mauresque » avant d'atteindre la maternité du chef-lieu. Revenue dans son douar, « heureusement accouchée, la femme saura dire tout ce qu'elle a vu dans cette maternité et sera une propagandiste fidèle » (Llouquet, 1936, 80). En attendant, les cliniques et les consultations se multiplient.

Une trentaine de femmes médecins exercent en Algérie en 1931 dont douze dirigent une clinique indigène (Conseil national des femmes françaises, 1931, 89), sans rencontrer, malgré leurs titres, « la considération qu'elles méritent ». L'*Association française des femmes médecins* réussit à faire augmenter leur indemnité mais leurs émoluments restent très inférieurs à ceux de leurs confrères masculins, voire des auxiliaires médicaux indigènes (Poli-Garnier, 1931, 88). La formation d'un corps de doctresses françaises arabisantes et kabylisantes serait pourtant « d'un haut intérêt et ne pourrait prêter ombrage au corps des docteurs puisque [leur] champ d'action [...] s'étendrait à un domaine qui reste fermé pour eux » (Péraud, 1932, 66). D'autres carrières féminines cependant se développent : infirmières, infirmières visiteuses,

sages-femmes, ou assistantes coloniales et on appelle de plus en plus à la formation d'infirmières « indigènes » compétentes, « capables d'aider les médecins dans leurs consultations et de pénétrer dans les familles » (Conseil national des femmes françaises, 1931, 59-60).

En novembre 1933, le centre de la Croix Saint-Simon, qui réunit différentes œuvres affiliées à la Société de secours aux blessés militaires, ouvre à Paris une école d'infirmières pour préparer aux diplômés d'État les religieuses et missionnaires partant aux colonies (*BSSBM*, 1934, 23). Mais l'École de pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue de Vanves, formant à la fois des infirmières sanitaires et des « infirmières sanitaires coloniales », reste la plus importante (Echkenazy, 1929). À l'initiative de Gaston Calmette, en effet, une section « coloniale » propose depuis 1923 dans cet établissement une formation spécifique, dispensée par des médecins coloniaux, aux élèves se destinant à devenir visiteuses coloniales et monitrices dans les écoles coloniales d'infirmières indigènes¹¹. Jusqu'en 1925, l'École de Vanves offre, après la formation réglementaire d'infirmières hospitalières et visiteuses, une troisième année de spécialisation consacrée à l'apprentissage de l'hygiène coloniale¹², des rudiments de pathologie et de thérapeutique des affections exotiques, de petites interventions d'urgence, des accouchements simples, complétés par les conférences d'obstétrique avec démonstrations pratiques pour les élèves inscrites aux formations coloniales à la clinique Tarnier. Une formation complète semble en effet indispensable pour des infirmières « destinées à vivre souvent à plusieurs jours de marche de tout médecin, appelées à voir toujours seules les malades

femmes dans certains pays musulmans»¹³. Elles pourront ainsi «apporter une aide effective à l'œuvre très importante de dépistage et de prophylaxie des maladies, au sein même des populations comme au service des Consultations» (Le Dentu, 1935, 19). Alors qu'à la fin des années 1920, Émile Roux regrettait «qu'en dehors des missionnaires catholiques ou protestantes», il n'y eût pas de vocation sérieuse¹⁴, le recrutement des «coloniales» s'intensifie au cours des années 1930, notamment après la création en 1937 d'un corps d'infirmières et de sages-femmes coloniales¹⁵. Ces infirmières partent surtout pour l'Afrique occidentale Française (AOF), l'Afrique équatoriale française (AEF) et Madagascar. En 1929 cependant, l'École des infirmières coloniales qui fonctionne à Alger demande à l'Institut Lannelongue de compléter la formation de ses auxiliaires¹⁶.

Former des infirmières-visiteuses coloniales dans les hôpitaux algériens

Au début des années 1920, les soignantes d'Algérie sont surtout formées dans la colonie. À côté des institutions publiques (Faculté de médecine d'Alger, école d'infirmiers et d'infirmières de l'hôpital civil de Mustapha, École d'infirmières de l'hôpital Parnet près d'Alger), on trouve des centres de préparation privés affiliés aux différentes sociétés de Croix-Rouge (Société de secours aux Blessés Militaires [SSBM], Union des Femmes de France [UFF], Association des Dames françaises [ADF]) mais travaillant avec l'Administration supérieure de la colonie. L'éducation des mères européennes est faite par les médecins et infirmières dans les consultations pré et post-natales et par

les infirmières-visiteuses et sociales à domicile. Celle des mères indigènes se déroule à l'hôpital auxiliaire – nouvelle appellation des infirmeries indigènes – et dans les douars, par les médecins de colonisation et les infirmières-visiteuses coloniales, cette «nouvelle espèce de soignantes laïques» qui, jusque dans les gorbis les plus humbles, va «porter la bonne parole de l'hygiène sociale» (Goutalier et Knibiehler, 1985, 188; Deyme, 1935, 83).

S'inspirant de la loi Strauss de 1913, l'arrêté du 1^{er} mars 1926 organise en effet en Algérie l'Assistance aux mères et aux nourrissons, financée par les administrations locales et l'administration centrale qui intervient pour les 4/5^e des dépenses occasionnées (DFA, 1934, 308). Ce texte concerne également la population indigène, en principe «jusque dans les douars les plus reculés» (Llouquet, 1936, 22). La création d'un corps d'infirmières visiteuses coloniales est alors décidée (arrêté du 1^{er} décembre 1927)¹⁷. Nommées par le gouvernement général, elles sont environ 80 en 1931 dans la colonie (Godard, 1934, 73). Placées sous les ordres des médecins de colonisation, attachées aux hôpitaux auxiliaires où elles sont chargées du service des femmes et de la tenue générale de l'établissement, elles accompagnent le médecin dans ses visites trimestrielles des nourrissons et font tous les mois des tournées pour contrôler l'état des enfants, veiller sur leur hygiène, donner des conseils aux jeunes mères et aux femmes enceintes (Bourrel, 1937, 41). Elles doivent également procéder aux vaccinations et au dépistage des maladies contagieuses. Ces infirmières sont formées en deux ans dans la nouvelle École coloniale d'infirmières visiteuses de protection maternelle et

infantile créée en 1926 à l'hôpital Parnet¹⁸. Dans les nombreuses circonscriptions rurales dépourvues de maternité, l'assistance aux femmes en couches ne peut se faire qu'à domicile. C'est pourquoi, durant leurs études, elles accomplissent des stages dans les dispensaires officiels ou privés dont les équipes assistent les femmes en couches chez elles et apprennent « à donner des soins dans ces milieux sans hygiène et sans ressources » (Bourrel, 1937, 91). La Maternité d'Oran forme elle aussi quelques infirmières diplômées d'État, pour le compte de l'Office départemental d'hygiène et de prévoyance sociale (Rocchisani, 1935, 35).

La tâche de ces infirmières-visiteuses coloniales est ardue : en nombre insuffisant, elles doivent couvrir des distances considérables et communiquent difficilement avec leurs patientes. À Boufarik par exemple, où Mlle Girard est envoyée fin 1926, « une femme sur mille peut-être parle le français » (Girard, 1931, dcxxvii). L'infirmière ignore « presque toujours le langage local ou s'exprime avec difficulté. Si elle est accompagnée d'un interprète, les femmes se refusent d'aller la voir », sans compter qu'arrivée dans un village, elle ne trouve pas toujours de salle où donner ses consultations (Lechani, 1933, 13). De plus, si, en pays musulman, « il faut des femmes pour pénétrer près des femmes », ces femmes qui vivent seules, fréquentent des hommes et travaillent pour gagner leur vie se heurtent à des difficultés considérables (Péraud, 1932, 11). Elles ne peuvent se déplacer qu'accompagnées par un garde-champêtre ou un cavalier de commune mixte, dont la présence éloigne certaines parturientes (Lejeune, 1941, 114). Isolées, « elles invoquent rapidement des raisons de santé ou de

famille pour quitter le bled et rentrer à la ville » (Conseil national des femmes françaises, 1931, 16). Mlle Girard juge par ailleurs les jeunes Européennes d'Algérie « handicapées par un tenace préjugé de races qui doit les gêner pour soigner des arabes en milieu européen et influe certainement sur leur jugement sinon sur leur sens du devoir » (Girard, 1931, dcxxix). Les infirmières visiteuses coloniales se plaignent des obstacles que les délégations financières et le corps médical font à leur existence : « Au cours des tournées », proteste Mme Thielly Norès, présidente de l'amicale des infirmières-visiteuses coloniales, « les populations indigènes sont mises en défiance contre son expérience et son petit savoir ; à l'hôpital, elle est presque toujours mise sous la surveillance de l'auxiliaire médical à diplôme égal sinon supérieur¹⁹. »

En 1928, les délégations financières souhaitent ne plus nommer d'infirmières-visiteuses « jusqu'à nouvel ordre » (Conseil supérieur de gouvernement, 1928, 88), jugeant le personnel « mal recruté et mal préparé à ces délicates fonctions » (Conseil supérieur de gouvernement, 1929, 12). Les jeunes femmes sorties de l'hôpital Parnet se seraient en effet affranchies de tout contrôle médical, provoquant par leur attitude de nombreux incidents portant atteinte au bon fonctionnement de l'œuvre (Bordes, 1928). La réorganisation de l'École en 1930 aboutit à un recrutement plus sévère des infirmières, mieux formées semble-t-il en « sociologie musulmane » (Conseil supérieur de gouvernement, 1935, 30), ainsi qu'en arabe et en kabyle ce qui leur permet d'interroger les mères et de se renseigner par elles-mêmes (DFA, 1933, 136). Dès lors, la colonie juge ce service « très satisfaisant, tant par le nombre de consultations que par l'accueil

reçu des milieux indigènes» (Carde, 1931, 10). L'existence de ces infirmières reste cependant longtemps critiquée. L'auxiliaire médical Ouldamer estime que pratiquement, « on ne peut pas demander à la constitution d'une femme, même gaillarde, de monter à cheval pendant presque toute la journée et plusieurs fois par semaine pour aller dans les différents douars toujours éloignés du centre »²⁰. Le Dr Soulié les juge inutile au « bled », où le délégué Bentounes propose de les remplacer par un adjoint technique indigène ou un infirmier (DFA, 1936a, 152; Godard, 1934, 73). Pour certains, il ne faudrait affecter ces infirmières que dans les villes, « où elles rendraient de réels services aux nourrissons et aux femmes en couches » (DFA, 1932b, 205). De fait, « sur l'immensité du territoire qui leur est alloué, le manque de remèdes, l'interdiction qui leur est faite de soigner [...] fait de leur travail une pénible plaisanterie qui éloigne les indigènes » (Girard, 1931, dcxxvii). Mme Thielly Norès confirme qu'au cours des tournées « on leur refuse les simples médicaments qu'une mère de famille même peu avisée possède dans son armoire pour parer aux urgences en attendant l'arrivée du médecin » et revendique notamment « l'autorisation d'emporter les médicaments d'urgence et [de] les distribuer selon les enseignements théoriques et pratiques qu'elles ont reçus dans les écoles professionnelles »²¹. Au fil du temps cependant, elles sont de plus en plus demandées. Un nombre croissant de communes adhère à l'Assistance aux mères et aux nourrissons (Fulconis et Laffont, 1935, 552), ce qui leur permet de réclamer la venue de personnel. En 1932, le médecin et délégué financier Abdenmour Tamzali, considérant la très grande mortalité infantile qui sévit au sein des populations kabyles, l'extension

de la tuberculose et l'inexistence de l'assistance aux femmes en couches, demande que des équipes sanitaires mobiles « formées d'un médecin, d'un pharmacien, de quatre auxiliaires médicaux, de dix infirmières visiteuses et de quatre sages-femmes » effectuent des tournées dans les douars (DFA, 1932a, 52). Dans les années qui suivent, les délégués indigènes demandent à plusieurs reprises qu'on intensifie le recrutement féminin.

Le médecin de colonisation et l'infirmière sage-femme devraient constituer « la cellule initiale de l'organisation » (Louquet, 1936, 29) et l'on rappelle régulièrement l'importance pour les infirmières-visiteuses d'être aussi sages-femmes. Elles sont d'ailleurs recrutées de préférence parmi ces dernières (DFA, 1935b, 559). Selon Mlle Girard cependant, peu de jeunes filles consentiraient à une année d'étude supplémentaire, si ce n'est en contrepartie d'un traitement correct pour leur permettre de tenir leur rang (Girard, 1931, dcxxviii). Ces infirmières sont donc appelées à suivre les cycles de perfectionnement de courte durée prévus dans les services d'accouchements et de puériculture d'Alger (Bourrel, 1937, 86). Cette spécialisation laisse supposer qu'elles peuvent dispenser leurs soins et faire des accouchements dans les centres indigènes. Pourtant, les instructions du gouvernement le leur interdisent, « même pourvue du diplôme de sage-femme » (Bordes, 1928), dans les centres où des sages-femmes sont déjà installées car ces dernières « pourraient se plaindre d'une concurrence organisée par l'Administration ». C'est le cas à Tiaret où la sage-femme française refuserait systématiquement de se rendre dans les milieux indigènes mais où l'infirmière-visiteuse

musulmane en poste depuis 1926, Mme Hamadou, sage-femme depuis 1910, n'est pas pour autant autorisée à pratiquer, malgré les vœux des conseillers indigènes du conseil municipal (DFA, 1928a, 100). Dans les communes où aucune sage-femme n'exerce, les infirmières-visiteuses pourvues du diplôme de sage-femme « pourront exceptionnellement exercer leur art sous réserve de l'autorisation du médecin » (Bordes, 1928).

Soigner les femmes musulmanes : œuvres laïques, missions féminines et laïcat missionnaire

Plusieurs œuvres de bienfaisances se consacrent aux soins aux mères et aux enfants « indigènes ». Certaines sont laïques comme la Tasse de lait, créée à Alger en 1934 et qui « a pour but de distribuer un aliment d'appoint aux enfants pauvres de la population musulmane de Belcourt ». La diminution de la mortalité infantile « dans la classe indigène pauvre » passe par le dépistage aux consultations de la clinique indigène et les visites et enquêtes à domicile par les infirmières visiteuses²². De même, le Berceau indigène distribue des secours en nature et propose également une fois par semaine des cours de puériculture élémentaires aux femmes afin de les initier aux premières notions de l'hygiène²³. Ces cours sont censés être faits en français et en arabe.

Nombre de ces œuvres cependant sont confiées aux religieuses comme l'œuvre du Dispensaire, déclarée en 1937, dirigée par les sœurs de Saint-Vincent de Paul, qui propose aux indigents de toutes nationalités, mais la plupart « indigènes », des consultations, des soins gratuits et des visites donnés à domicile par des infirmières diplômées²⁴. De

même, en 1935, la plupart, « pour ne pas dire la totalité des œuvres » fondées par l'Association franco-algérienne pour l'expansion de l'influence française dans l'Afrique du Nord, qui finance des œuvres « de bienfaisance corporelle », comme les écoles, les hôpitaux, les dispensaires, parfois explicitement réservées aux femmes et filles indigènes, « sont dirigées par des religieux ou des religieuses »²⁵.

La colonie peut aussi compter pour soigner les femmes indigènes sur les religieuses dont la collaboration avec l'administration hospitalière et les compétences linguistiques sont soulignées. Les missionnaires, qui utilisent la médecine en faveur de leur apostolat, commencent à recevoir dès la fin du XIX^e siècle une formation médicale qui va en s'améliorant. Les constitutions des missions d'Afrique précisent notamment en 1910 qu'on « fera donner des leçons de pharmacie ou de médecine aux sœurs » destinées aux dispensaires et aux hôpitaux, que l'on incite de plus en plus à prendre des brevets d'infirmières (Renault, 1991, 34). Un médecin est certes nommé pour chaque hôpital indigène « mais les besoins sont si grands qu'elles savent fort bien le suppléer dans sa tâche, à l'occasion ». Il ne leur manque d'ailleurs « que quelques femmes docteurs dans leurs rangs pour accomplir jusqu'au bout leur mission de pénétration » (Péraud, 1932, 53). Dans les villes, d'autres maisons religieuses participent à l'action sanitaire comme à l'hôpital d'Oran où la sœur trinitaire Louis de Gonzague assiste le Dr Jean de Vésian avec l'aide d'une consœur.

Dans l'entre-deux-guerres, diverses associations catholiques fournissent matériel, médecins et infirmières aux missions, tandis que les Instituts catholiques de Paris et de Lille proposent une

modeste formation médicale aux missionnaires, hommes et femmes. À Lille, le premier cours d'initiation médicale de ce type ouvre en septembre 1926 à l'initiative du père Joseph Loiselet, qui réunit pour quelques semaines plusieurs dizaines d'élèves venus recevoir des notions théoriques et pratiques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de thérapeutique et d'hygiène (Liefoghe et Ducoulombier, 2010, 520-521). En juillet 1933, l'Association des laïcs universitaires catholiques et missionnaires *Ad Lucem*, fondée en 1929, organise à Reims la Journée médicale missionnaire (Ligue missionnaire, 1933; Jacquin, 2005, 395-406). Elle entend établir une union catholique internationale d'étude, qui, pour réaliser l'Aide médicale aux missions, met en place un système de collecte fournissant aux missionnaires du matériel chirurgical et des médicaments pour le ravitaillement ou l'installation d'un lieu de soins (Guénin, 1933, 18). Plusieurs cercles missionnaires d'étudiantes se constituent dans ce but (Ligue missionnaire, 1934a, 123 et 1934b, 208).

La nécessité de former un personnel religieux spécialisé a été formulée dès 1909 par Agnes Mac Laren, médecin de la faculté de Montpellier et tertiaire de l'ordre de Saint Dominique. Après un voyage en Inde où elle a pu observer les réalisations du gouvernement britannique et des missions protestantes, elle propose d'organiser un groupement de femmes missionnaires « ayant une formation médicale les mettant à même d'exercer un apostolat de charité plus efficace auprès des femmes en pays de mission ». À partir de 1931, l'Association d'assistance coloniale des tertiaires dominicaines seconde les missionnaires dans leur action apostolique, « notamment auprès de la femme indigène »

(Guénin, 1933, 19, 22), en mettant sur pied une préparation de deux ans à la Maison Sainte-Clotilde de Cœuvres dans l'Aisne où les tertiaires missionnaires s'exercent sur les malades de la région. S'engageant à ne pas quitter leur poste pendant quatre ans, ces missionnaires doivent être diplômées (doctorat de médecine, de pharmacie, brevet d'infirmière, de sage-femme) et on leur recommande de « prendre leur brevet de conduite d'auto[mobile] avant de quitter la France » (Conseil national des femmes françaises, 1931, 67).

Une source d'inspiration importante dans l'émergence de ces initiatives, particulièrement en direction du Maghreb, est le père Charles de Foucauld qui songe, à partir de 1906, à l'envoi dans le Sud algérien d'infirmières « laïques de costume mais toutes à Jésus de cœur » (Foucauld, 1966, 149). Il précise son projet en rédigeant en 1909 les statuts de l'Association des frères et sœurs du Sacré-Cœur de Jésus, œuvre organisée canoniquement en 1919 sous le nom d'Association Charles de Foucauld qui appelle à continuer son apostolat auprès des musulmans dans le désert (Voillaume, 1998, 65). Suzanne Garde accepte d'être la fondatrice de ce groupe d'infirmières laïques au service des musulmans. « Nous voulons, écrit-elle, attirer la grâce sur les infidèles et par l'action nous voulons faciliter ce travail même de la grâce. Notre vie de prière sera basée sur l'oraison et pour notre action auprès des indigènes, nous allons créer des ouvriers et des dispensaires » (Voillaume, 1998, 68). Elle fonde une « maison de formation » à Paris pour laquelle elle aurait reçu plusieurs dizaines de demandes. En septembre 1926, elle s'installe avec deux compagnes à Géryville. Elles y restent un peu plus d'un an, se heurtant au médecin sous l'autorité duquel ces

infirmières doivent travailler, dans une population parfois déconcertée par leur liberté d'allure. Leur dévouement est apprécié mais les Pères blancs, déroutés par leur manière de vivre, prennent leur distance pour ne pas compromettre leur mission auprès des musulmans (Voillaume, 1998, 71). Le poste ferme en 1927 et l'Association annonce la dissolution du groupe : « Pour faire actuellement en pays musulman, avec le minimum de danger et le maximum de sécurité un apostolat efficace, il faut diriger les vocations féminines vers les sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique ou vers les Sœurs missionnaires du Saint-Esprit » (*BACF* 1929, 78-79)²⁶. L'Association Charles de Foucauld continue cependant d'inciter à s'engager « les jeunes filles ou les veuves qui voudraient se dévouer dans les Missions à l'apostolat actif soit comme religieuses, soit comme auxiliaires de religieuses ou isolément en qualité de doctresses, d'infirmières, d'institutrices ou d'auxiliaires paroissiales du clergé sous des formes diverses » (*BACF*, 1934, n. p.).

L'abbé Jules Declercq, curé de Rivet, reprenant l'inspiration de la mission de Foucauld organise dans sa paroisse, située entre Alger et Blida, l'Association des infirmières catholiques de l'Afrique du Nord. Rebaptisée « Association des assistantes médicales et sociales », ses membres sollicitent en 1931 leur incorporation dans la congrégation des Servantes de Jésus-Prêtres d'Arcueil²⁷. Visant également à remplir « dans la mesure des possibilités le devoir que rappelait le Père de Foucauld », leur but est de « répandre dans les populations de l'Afrique du Nord [...] les bienfaits de la civilisation chrétienne »²⁸, par des dispensaires, des ouvroirs et toute œuvre d'assistance nécessaire. Le poste de Rivet comprend un dispensaire, un service social communal,

un service d'infirmière-visiteuse des écoles et une maternité de trois lits. L'Association projette également l'établissement d'un « préventorium » et d'un sanatorium, ainsi qu'un dispensaire communal à Burdeau²⁹. Jules Declercq envisage même la fondation d'une maison centrale à Alger, où logeraient les étudiantes faisant « leurs études d'infirmières (ou autres études) dans les écoles spécialisées d'Alger qui sont entre les mains des Sœurs Blanches et entre les nôtres », ainsi que « le personnel du dispensaire des femmes de l'UFF qui nous a été demandé »³⁰. C'est là aussi que pourrait être installée une « clinique bon marché » pouvant servir « d'application pendant les études », puisque la communauté prévoit « la formation professionnelle de [ses] membres actifs plus complète et plus spécialisée »³¹. En 1931, huit femmes âgées de 17 à 42 ans, possédant parfois un diplôme d'infirmière, travaillent pour la communauté comme assistantes médicales et sociales et quelques jeunes filles se préparant à un apostolat similaire effectuent un stage à Rivet³². Grâce à une entente avec la Croix-Rouge – le comité UFF de Rivet est fondé en 1929 –, elles reçoivent une formation technique hospitalière (Anonyme, 1931, 128). Avec les traitements reçus pour trois infirmières, le poste entretient pendant l'année 1932-1933 six associées dont deux, après avoir suivi des cours et effectué un stage, obtiennent leur diplôme. Un an plus tard, la plupart de ces associées sont pourvues d'un diplôme d'infirmière et d'« une formation spécialisée : l'étude de l'islam, de la langue arabe, des coutumes indigènes » (Anonyme, 1933 ; Declercq, 1934, 16-25, 21 et 18). Elles assurent le service d'un dispensaire qui développe son service de maternité et de consultations prénatales afin de réaliser « l'assistance aux

femmes en couches et aux nourrissons telle que la décrivent les directives du gouvernement » (Declercq, 1934, 24), subventionnée par le gouvernement général et la commune de Rivet, en relation avec les centres médicaux et les laboratoires d'Alger, notamment l'Institut Pasteur. À Rivet, les missionnaires d'Afrique paraissent évincer les assistantes médicales et sociales³³. Mais Jules Declercq, envoyé à Boghar en 1935, amène avec lui une communauté de la Congrégation composée de cinq sœurs qui fait fonctionner avec succès semble-t-il un dispensaire sous la direction du médecin de colonisation (*BACF*, 1938, 41)³⁴. C'est là que la future fondatrice des Petites Sœurs de Jésus, Madeleine Hutin, rencontre l'abbé Declercq en octobre 1936, lequel lui demande son aide pour « fonder en plein bled, dans un quartier musulman, une maison d'œuvres du Père de Foucauld » (Hutin, 1981, 32). Elles sont alors vêtues d'une longue robe blanche, d'un burnous et d'un voile d'infirmière et selon elle : « La grande croix que nous portons sur la poitrine montre bien que nous sommes consacrées à Dieu. C'est cela qui nous ouvre les portes. Alors que les infirmières du gouvernement ne pénètrent pas dans les villages arabes sans être escortées d'un cavalier, nous pouvons aller partout et nous y sommes merveilleusement accueillies » (Hutin, 1981, 41). Ces différentes actions soulignent la diversité des initiatives religieuses et privées dans le paysage sanitaire des années 1920 et 1930, au sein desquelles les sociétés de Croix-Rouge ont également une importance particulière.

L'action des sociétés de Croix-Rouge

Le président des délégations financières signale en 1932 qu'à Batna, des

dames de la ville s'occupent bénévolement de visiter les femmes en couches et de donner des soins aux enfants en bas âge. Très dévouées et très estimées par la population musulmane, elles auraient un nombre croissant de pratiques (DFA, 1932b, 206). Il s'agit sans doute des membres du comité local de l'Union des Femmes de France (UFF) créé en 1916. En effet, outre leur rôle traditionnel auprès des soldats, les différentes sociétés de Croix-Rouge se chargent de secours divers, organisant dans différentes villes d'Algérie des dispensaires et consultations de nourrissons ainsi que des gouttes de lait et des œuvres de layette. Comme d'autres œuvres, certaines sont explicitement mixtes ou destinées aux indigènes. Ainsi le premier des dispensaires ouverts par la Société de secours aux Blessés Militaires (SSBM) à Alger en 1923, rue Marengo, a-t-il été fondé « avec le but bien arrêté de former des infirmières et de soulager les misères dans le quartier de la Casbah, sans distinction de race et de religion » (*BSSBM*, 1928, 42 et 1929, 38). Dirigé par les sœurs blanches aidées dans leur tâche par des monitrices diplômées (infirmières hospitalières, visiteuses et sages-femmes), l'établissement reçoit la collaboration bénévole de plusieurs médecins (Péraud, 1932, 53). Toujours à Alger, le comité Croix-Rouge des Dames de France entre « en contact avec les familles indigènes » (*Bulletin de l'Association des Dames de France*, 1934, 108), peut-être par le biais de ses quatre consultations de nourrissons. À Oran, le dispensaire de la SSBM inauguré en 1935, situé « dans un quartier presque exclusivement habité par la population indigène », propose des consultations prénatales, de nourrissons mais aussi des soins à domicile (*BSSBM*, 1935a, 21).

L'une des deux consultations de Bougie est réservée aux nourrissons indigènes (RUFF, 1927 et 1933, 385) et à Bône, une « pouponnière musulmane » fonctionne, dirigée par le Dr Eva Genouy (RUFF, 1935a, n. p.). Grâce à des subventions du Gouvernement général et du maire, le comité UFF de Souk Ahras fait, quant à lui, ouvrir un dispensaire ainsi qu'un « ouvroir indigène » dont l'école ménagère accueille une quarantaine de fillettes qui suivent des cours pratiques et apprennent des notions élémentaires d'hygiène et de puériculture (RUFF, 1935b, 274).

Plusieurs comités proposent également des cours d'infirmières, éventuellement complétés par des leçons à la Faculté d'Alger qui ouvre son enseignement aux infirmières des sociétés de Croix-Rouge (Bourrel, 1937, 104). À Oran, ces cours commencent à fonctionner en 1928 et on en repère dans différentes villes dans les années qui suivent. La plupart de ces formations préparent à des diplômes simples, mais certaines proposent une préparation au diplôme d'État. C'est notamment le cas du dispensaire-école de la rue Marengo où l'enseignement est conforme au programme établi par le Ministère de la Santé publique pour la préparation aux brevets de capacité professionnelle d'infirmières hospitalières et d'infirmières-visiteuses d'hygiène sociale (Godard, 1934, 60). Le dispensaire organise aussi un service d'accouchements à domicile où les élèves européennes se familiarisent avec la « mentalité » indigène ainsi qu'avec la langue arabe, de façon à pouvoir l'emporter sur la « matrone indigène ignorante » et se passer des « interprètes bénévoles incapables » (Rousset, 1936, 63). En 1930, la

présidente générale de l'UFF, Marie-Clotilde Barbier-Hugo, de retour d'une tournée en Algérie insiste sur la nécessité de pousser les comités « à s'occuper de répandre des notions d'hygiène dans le monde indigène » et signale qu'à Alger, un certain « professeur Guennedouz » dispense aux membres du comité local des cours d'arabe pour qu'elles fassent « l'apprentissage de la langue des malades indigènes » (RUFF, 1931, 274 et 1933, 385)³⁵. Le personnel français manque cependant et les projets de formation d'infirmières et de sages-femmes indigènes se multiplient à partir des années 1920.

FORMER DES « INFIRMIÈRES INDIGÈNES » POUR LES FEMMES « INDIGÈNES » : LES TENTATIVES DE L'ENTRE-DEUX-GUERRES

Où l'on reparle de former des sages-femmes indigènes : les années 1920

La formation des sages-femmes à la faculté d'Alger ne cesse de s'étoffer. En 1937, elle accueille 107 élèves (27 en 1907) dont toujours très peu de musulmanes (Bourrel, 1937, 107)³⁶. En 1923, le conseil général d'Oran a pourtant émis le vœu tendant à la création dans chaque ville d'un « corps de sages-femmes indigènes »³⁷. À l'heure où « dans certaines écoles, de jeunes mauresques apprennent le français », on pourrait en choisir un certain nombre « capables de recevoir l'enseignement de la faculté de médecine »³⁸, soulignent les délégués arabes Abdessalem Taleb et Mahieddine Montera. Ces vœux rejoignent ceux du Comité franco-musulman et du médecin tunisien Béchir Dinguizli qui attire l'attention de l'Académie de médecine sur l'intérêt que présente

la création d'accoucheuses indigènes, appelant en Tunisie à l'ouverture d'une école pour la formation des sages-femmes et la surveillance rapprochée de celles utilisant encore les méthodes traditionnelles (Valran, 1924; Zitouna, Haouet et Mouaffak, 2003, 86).

Ces projets rencontrent du côté français un enthousiasme mitigé. D'après le président de la commission des finances Bordères, le budget de la colonie prévoyait dans les années 1920 des crédits spéciaux pour une école d'accoucheuses indigènes, « supprimés parce qu'ils n'ont jamais été employés » (DFA, 1935a, 229). En 1921, le préfet d'Oran estime inutile la mise en place d'une école d'accouchement dans son département, mentionnant la maternité indigène de Mazouna, « où aucun accouchement n'a eu lieu depuis fort longtemps »³⁹. Le scepticisme domine en effet quant à la fréquentation de tels établissements par les musulmanes, exceptées peut-être les plus âgées. « Nous doutons fort », note un certain G. M., « que beaucoup de musulmans consentent à laisser leurs épouses aller étudier dans les hôpitaux avec les roumis pour passer les examens, même très peu difficiles, de sage-femme indigène » (G. M., 1923). La question du recrutement touche en effet à la vie de la femme dans la société musulmane : mariée ou non, l'accoucheuse doit pouvoir sortir à toute heure, entrer dans les maisons, converser avec les hommes, ce qui serait impossible pour les jeunes femmes⁴⁰. Au Conseil général d'Oran, en 1923, Paul Saurin invite donc son collègue Taleb à faire quelques suggestions, « lui qui connaît mieux que nous les mœurs musulmanes »⁴¹.

La même année, le gouverneur général Steeg réunit donc une commission en

vue d'étudier la création d'un cours pour sages-femmes indigènes comme il en existe alors pour les auxiliaires médicaux masculins. Elle propose d'organiser deux années d'études à la Maternité d'Alger (Rousset, 1936, 65) et prévoit pour cela un budget de 60 000 fr. : la clinique, la salle de cours, le logement de la sage-femme et des élèves seraient isolés et à l'abri des visiteurs et des regards indiscrets des voisins dans les locaux de la SSBM rue Marengo⁴². Un plan d'aménagement des locaux est même préparé pour cette institution en « concordance avec les coutumes et les mœurs des indigènes » (DFA, 1924, 891). Or, aucune candidate ne se présente devant les autorités d'Alger et d'Oran⁴³ et trois candidatures seulement arrivent à la préfecture de Constantine, dont celle de la fille de l'instituteur de l'école indigène de Guellal, Khdidja Amrouche, qui a fait ses études à l'école primaire supérieure de Constantine et celle de H. Sid Cara, également fille d'instituteur⁴⁴. Houari Zineb d'Aïn Mila souhaite aussi suivre les cours d'élèves sages-femmes de la future école d'accoucheuses. Âgée d'environ 20 ans, « elle parle bien le français, sait lire et un peu écrire, elle est habituée à la propreté et au milieu français. Elle veut se perfectionner et gagner sa vie »⁴⁵, indique la lettre de recommandation qui accompagne sa demande. Le projet fait long feu mais certains délégués indigènes réitérent leur vœu : en 1928 par exemple, le délégué Ou Rabah, « considérant que les sages-femmes rendent dans les douars des services très appréciés [et] que des jeunes filles indigènes instruites pourraient recevoir un enseignement médical analogue à celui des sages-femmes européennes », demande à l'administration d'étudier « la création de sages-femmes indigènes » (DFA, 1928b, 24). Ce vœu est adopté mais, à la séance suivante, la délégation

kabyle ne juge pas pour autant indispensable l'emploi de sages-femmes indigènes, l'essentiel étant que des femmes donnent des soins aux femmes (DFA, 1929, 4).

Former des « infirmières visiteuses indigènes » dans les années 1930

Au milieu des années 1930, le médecin Bourrel enquête auprès d'une centaine de ses collègues sur les coutumes des matrones indigènes, les moyens que l'administration met à leur disposition et leurs résultats auprès des femmes enceintes, recueillant leurs suggestions pour « parvenir à une situation obstétricale meilleure » (Bourrel, 1937, 15). Quarante ans après le premier rapport de Dorothée Chellier, les médecins répètent encore à l'envi le même constat : tant que les matrones ne seront « pas surveillées ni instruites, la protection des mères indigènes en Algérie sera insuffisante » (Hanafi, 1936, 89). Comme cela est en train de se faire en Indochine (Monnais-Rousselot, 1999, 297 ; Monnais, 2005, 227-265), on songe une fois de plus à utiliser les services des accoucheuses traditionnelles en les attirant dans les hôpitaux auxiliaires pourvus de maternités afin de leur donner quelques notions d'hygiène maternelle et infantile et de faire pénétrer en milieu indigène la notion de l'accouchement médicalement surveillé (DFA, 1935b, 519). Comme il l'aurait fait avec succès en AOF, le gouverneur général Carde voudrait « former des jeunes filles indigènes aux soins des enfants et à l'hygiène familiale. De retour dans leurs groupements d'origine, encadrées par les infirmières-visiteuses européennes, elles assureraient la continuité de leur effort » (Laffont et Fulconis, 1935, 532 ; Barthélémy, 2010). En 1932, il s'informe auprès des préfets des possibilités de faire

instruire pratiquement ces matrones par des infirmières-visiteuses coloniales. Des tentatives auraient lieu dans plusieurs centres « pour les familiariser avec nos méthodes et surtout les empêcher de nuire » (Laffont et Fulconis, 1935, 532). L'auxiliaire médical Ouldamer suggère la même année qu'il y aurait intérêt à indemniser faiblement les matrones, qui, pour certaines, ont assisté à des centaines d'accouchements, pour en faire « des "faisant fonction de sages-femmes" régulièrement autorisées »⁴⁶. Ignorantes de l'antisepsie et de l'hygiène, elles pourraient être formées par les auxiliaires médicaux. On propose d'instaurer en Algérie, comme cela semble se faire dans d'autres possessions africaines, des primes aux matrones pratiquant des accouchements sous contrôle médical (Llouquet, 1936, 67) et le préfet de Constantine avalise à Taher une expérience conduite dans ce sens par le médecin de colonisation Pagès. Ses résultats sont présentés comme encourageants puisqu'il aurait réuni neuf matrones. Mais, malgré la prime de 10 fr. par accouchement constaté par une infirmière-visiteuse, cette dernière n'est jamais appelée. Le Dr Lakdari aurait mené une opération semblable à Guelma (Bourrel, 1937, 41). Quelques années plus tard, d'aucuns proposent le contrôle des activités des matrones accoucheuses « selon la méthode de Mme la doctoresse Legey à Marrakech : les *qablât* devraient signaler immédiatement les dystocies » (Lejeune, 1941, 105).

Pour le directeur de la Santé publique Lasnet, il faut avant tout augmenter le nombre des « infirmières-visiteuses indigènes » (Gouvernement général, 1935, 55), notamment afin de libérer l'infirmière européenne qui pourrait ainsi se contenter d'assurer les consultations à l'hôpital

et dans les salles de consultations rurales (DFA, 1933, 433). De fait, l'instruction du 18 janvier 1934 sur la protection maternelle et infantile coordonne l'assistance obstétricale entre les différents lieux de soins, l'administration et le personnel d'exécution comprenant des médecins, des sages-femmes et infirmières visiteuses formées à l'École coloniale de Parnet mais aussi des « infirmières-visiteuses indigènes ». En mai, un brevet spécial d'État est créé pour ces dernières. Il est prévu que les titulaires de ce diplôme, préparé en deux ans, soient recrutées par les communes ou la colonie pour occuper un poste dans les douars, « au milieu des populations indigènes » (DFA, 1935a, 217). On espère que, « bien dressées aux méthodes de l'hygiène élémentaire et de la puériculture, solidement encadrées par des infirmières françaises et guidées par des médecins de colonisation », elles veilleront sur les nouveau-nés, feront l'éducation des jeunes mères et introduiront « peu à peu dans le milieu familial l'habitude de mieux vivre et de se défendre contre les maladies évitables » (Carde, 1935, 3).

Il ne saurait être question de constituer une école analogue à celle des infirmières-visiteuses européennes. La société musulmane, qui craindrait « l'allure un peu libre des établissements d'État », préférerait « des milieux plus fermés » (Carde, 1935, 3). C'est pourquoi la Colonie s'adresse à des œuvres privées « qui ont la confiance des familles et paraissent réussir » (DFA, 1935a, 217), à savoir le dispensaire-école de la SSBM. En 1929, celui-ci a déjà créé une section d'infirmières sanitaires coloniales indigènes, reconnue l'année suivante par le Ministère de la santé publique (BSSBM, 1930, 48). Avec les religieuses, espère Lasnet en 1932, « il est possible qu'on arrive à former des petites

musulmanes ». Rue Marengo, il y en aurait alors quatre, âgées de 13 ou 14 ans, que les familles acceptent de laisser : « Si nous pouvions les garder deux ou trois ans, elles deviendraient des infirmières visiteuses parfaites, qui, rentrées dans leurs douars, feraient de la besogne utile. » (Goyau, 1933). Dans les années suivantes, trois à six internes suivent les cours au dispensaire grâce à une bourse accordée par le ministère de la Santé publique, complétée par le Gouvernement général (DFA, 1936a, 167). Les Sœurs blanches auraient appris à lire, à écrire, à compter, « à réfléchir à ces jeunes filles indigènes dont l'instruction était absolument nulle » (BSSBM, 1936b, 5). En 1932, leur programme de cours renforce la place de l'obstétrique, avec l'aval du Conseil de perfectionnement des infirmières. Quatre sages-femmes européennes travaillent alors au dispensaire. Une monitrice générale assure la surveillance de l'enseignement des élèves indigènes tandis que les trois autres se relaient pour le service des femmes en couches, la gynécologie et l'instruction des musulmanes. Toutes font des cours individuels : « L'élève rédige ensuite au crayon ce qu'elle a compris. La monitrice corrige avec elle cette rédaction et recommence la leçon jusqu'à complète compréhension. Elle lui donne enfin un résumé concis et clair adapté à l'intelligence de l'élève » (BSSBM, 1936b, 8). Les jeunes filles effectuent des stages dans les différents services de l'École, assurant notamment sous la surveillance d'une sage-femme française un service permanent d'accouchements dans les familles les plus pauvres : après avoir vérifié l'existence d'une fiche obstétricale concernant la parturiente et que cette dernière a déjà été examinée au dispensaire, elles partent avec tout le matériel nécessaire (bassin, cuvette, eau bouillie) pour pratiquer l'accouchement (Rousset,

1936, 66). En 1935, chacune des élèves aurait fait 80 accouchements (*BSSBM*, 1936a, 42). Elles continuent les soins aux mères et aux nouveau-nés pendant la période post-natale et, plus généralement, sont formées à soigner les malades et à la lutte contre les « fléaux sociaux ». Elles sont ensuite censées se rendre à l'hôpital indigène de Saint-Cyprien des Attafs où fonctionne une maternité puis sont autorisées à passer l'examen d'État (DFA, 1933, 137).

Plusieurs jeunes filles musulmanes auraient demandé à suivre les cours du comité SBM d'Alger (DFA, 1936b, 882)⁴⁷. C'est pourquoi Jules Carde demande aux préfets de lui faire savoir s'il existe des sociétés privées de bienfaisance susceptibles d'organiser près des hôpitaux civils de chefs-lieux de département ou d'arrondissement des écoles du type de celle d'Alger, à l'instar de l'hôpital du Syndicat agricole d'El Affroun où le maire Gaston Averseng organise un cours élémentaire « où les fillettes de 12 à 13 ans sont déjà dressées aux soins à donner aux enfants et préparées au cours d'ordre plus élevé du Comité SBM » (Carde, 1935, 3). Le délégué de l'UFF à Rélizane, rappelant l'intérêt croissant du gouvernement pour le « monde indigène », souhaite recruter des infirmières parmi les femmes indigènes (*RUFF*, 1935b, 272). À Oran, la préparation de la SSBM semble intégrer une formation d'« infirmières-visiteuses indigènes » (*BSSBM*, 1935b, 41), mais les Européennes seules la fréquentent. Trois ou quatre infirmières accoucheuses indigènes travaillent cependant à la maternité de la ville et, « sous la dépendance de la préfecture et d'après les plans du gouvernement général », devraient remplacer avantageusement « les vieilles

matrones qui opèrent dans les douars » (Rocchisani, 1935, 36). À Sétif, la directrice de l'école de filles indigènes envoie au docteur Abdelkader Smati ses élèves du cours complémentaire pour recevoir un enseignement de puériculture : « en un mot » précise le médecin, « je les prépare à leur futur rôle de maman. Je me propose même de pousser celles d'entre elles qui auraient les dispositions nécessaires vers la profession d'infirmière visiteuse » (DFA, 1933, 139). Il profite surtout des ressources de la consultation des mères et des nourrissons au dispensaire de protection maternelle et infantile pour former des élèves et trois d'entre elles, attachées en 1934 comme élèves externes à son service (Carde, 1935, 3), suivent les cours de la Croix-Rouge tout en faisant leur stage au dispensaire de la ville et à l'hôpital militaire. Ayant obtenu une bourse du Comité national de la tuberculose, elles auraient dû se rendre à Paris mais sont finalement dirigées vers le dispensaire de la SSBM d'Alger. Le récit que fait Smati de sa confrontation avec l'établissement contraste avec la satisfaction généralement affichée par les *Bulletins* de la Société. Il demande en effet qu'on lui donne « tout apaisement quant à la façon dont seraient respectées nos croyances religieuses dans cet établissement d'un caractère confessionnel différent du nôtre », sans préciser ce qui nourrit particulièrement sa méfiance. Ces garanties lui paraissent insuffisantes, il dit avoir dû, pour satisfaire les familles, ajourner ce projet, regrettant que les jeunes filles musulmanes dussent renoncer à leur religion ou abandonner « purement et simplement l'espoir d'accéder à la profession d'infirmière visiteuse indigène » (DFA, 1936a, 167).

Les « infirmières-visiteuses indigènes » au travail : modèle ou exception ?

Selon le Dr Capillery, président du comité de la SSBM pour l'Algérie en 1936, les maires attendraient plus d'infirmières-visiteuses indigènes que les écoles ne peuvent leur en envoyer (*BSSBM*, 1936b, 5 et 1937, 9-10). En 1937, elles ne sont en effet que cinq à sortir de l'école d'Alger. Leur nom n'est pas précisé. L'une d'elle exerce à Souma, où, en novembre 1934, à la demande du maire, un poste d'infirmière-visiteuse indigène a été créé. Il dessert une zone où vivent 10 000 musulmans répartis en 17 douars que la jeune femme parcourt à bicyclette (DFA, 1935b, 604), gage de modernité suffisamment remarquable pour que cette photographie illustre la thèse de Paul Rousset. Elle aurait rencontré un certain succès auprès des femmes en couches puisqu'elle en aurait assisté 120 en 1935 (DFA, 1936b, 852) et évacue vers Boufarik et Alger trois ou quatre femmes qui sans cela seraient mortes en couches (DFA, 1935a, 227). Comme elle ne peut accomplir seule sa tâche, deux infirmières surveillantes – sœurs blanches semble-t-il – viennent l'aider chaque semaine, avant qu'une infirmière-visiteuse européenne ne vienne collaborer avec elle (Rousset, 1936, 74). Deux diplômées travaillent à Rivet, une autre à Touggourt, attachée à l'infirmerie indigène desservie par les sœurs blanches d'où elle part rapidement sans être remplacée. La cinquième attend une affectation qui tarde à arriver. Est-ce pour elle qu'un nouveau poste est sur le point d'être créé en 1936? Au début des années 1940, des infirmières-visiteuses indigènes sont aussi formées à Souma, Sétif et Oued el Alleug. On connaît mal les rapports de ces infirmières avec les populations et avec les matrones qu'elles

sont censées remplacer, ainsi qu'avec les auxiliaires médicaux indigènes. Mais on peut noter la place « doublement subalterne » (Barthélémy, 2004, 124) qui leur est faite, à l'égard du médecin (comme c'est le cas pour les infirmières et les sages-femmes françaises) mais aussi vis-à-vis de leurs consoeurs européennes.

On appelle à la poursuite de l'installation de ces femmes diplômées dans tous les centres de colonisation et auprès des populations des douars (Hanafi, 1936, 96). Pourtant, quoique l'expérience des infirmières-visiteuses indigènes soit régulièrement présentée comme positive, on doute souvent qu'elle puisse durer : la colonie ne pourrait recruter que des veuves ou des divorcées (Péraud, 1932, 80), la jeune femme devant se consacrer à son foyer. La SSBM recruterait ses élèves dans une « élite restreinte » (Bourrel, 1937, 162), à peine une dizaine à la fin des années 1930, ce qui reste infime au regard de la situation dans d'autres colonies françaises. Contrairement à ce qu'affirme le docteur Bourrel, elles ne semblent pas être des catholiques risquant d'être « très mal accueillies quand elles iront dans les régions fanatiques des Hauts Plateaux et de Kabylie ». Mais il pose la question de l'ostracisme dont pourraient souffrir ces « m'tournées » (Bourrel, 1937, 162; Knauss, 1987, 57)⁴⁸. Ce pessimisme pose la question de l'instruction des jeunes musulmanes en Algérie et celle de leur « émancipation », alors que le monde musulman, en Égypte et en Turquie notamment, propose des modèles nouveaux.

Pourquoi des infirmières et sages-femmes musulmanes en nombre si limité ?

Jusqu'à quel point les rigidités de la société traditionnelle et celles de la société

coloniale expliquent-elles les difficultés de recrutement de sages-femmes et d'infirmières musulmanes? Un milieu féministe restreint, français et musulman, s'emploie à dépeindre le sort pitoyable de la femme indigène (Merad, 1999, 271). Les élites francisées musulmanes, à travers deux publications, *La Voix indigène* et *La Voix des Humbles*, publient régulièrement entre 1922 et 1939 des articles concernant le « relèvement » et l'émancipation de la musulmane (Benhoura, 1929, 8-12; Anonyme, 1930), par l'évolution de son statut et par l'instruction qui la rendrait apte « à bénéficier moralement et matériellement de la vraie civilisation » (Anonyme, 1925, 24). En 1929, sur 250 000 ou 300 000 filles d'âge scolaire, 7 000 fréquentent l'école dont 90 le lycée et 34 les classes de l'enseignement primaire supérieur (S., 1935, 268). Ce n'est qu'à la fin des années 1920 qu'elles commencent à être reçues au baccalauréat⁴⁹. En 1936, 3 % de la population féminine en âge d'être scolarisée fréquente effectivement l'école (Kateb, 2001, 255).

Le décalage de plus en plus flagrant entre la scolarisation des garçons et celle des filles est expliqué de deux manières. Pour les uns, la colonie ne fait pas assez d'efforts. Pour les autres, la société traditionnelle oppose une résistance au progrès. Dans la lignée des auteurs de la *Nahda* (renaissance arabe), de l'Égyptien Qāsim Amīn au Tunisien Tāhar Haddād et de son ouvrage *Notre femme dans la loi religieuse et la société*, des musulmans appellent à rendre « à la femme le rang élevé que lui assigne l'Islam », l'instruction faisant partie de ses « droits moraux », ainsi que la loi coranique le stipulerait (Aït-Ameur, 1931, 7-10; Hassan, 1930; Husni et Ronak, 2007). Selon Houria Ameur, toutes les femmes, aisées ou non, désireraient « la vie plus large, plus complète, plus active

qu'elles envient à l'euro péenne. Le seul obstacle à leur émancipation est et a toujours été le Musulman! » (Ameur, 1929). Démontant les arguments mettant en avant les traditions et la religion, elle appelle en 1929 à l'instruction obligatoire pour les filles, comme le fera quelques années plus tard Mme Djabali, institutrice à Sétif (Djabali, 1937, 30-32).

Le thème de la dégradation de la femme indigène est souvent utilisé pour justifier la colonisation (Midgley, 1998; Eichner, 2009, 63-84). Aussi bien le général Daumas dans les années 1840 que l'ethnographe Desparmet au début du XX^e siècle auraient désiré trouver en l'Algérienne une alliée, « ce afin de modifier un ordre social qui, avec l'aide des colonisateurs, serait plus clément à l'égard des femmes et les amèneraient par là à rejeter et les structures sociales traditionnelles et l'islam pour adopter la civilisation qu'on leur proposerait » (Titah, 1996, 80). En 1931, la féministe Cécile Brunschvicg rappelle que la France, en laissant les indigènes continuer à opprimer leurs femmes, ne remplit pas son devoir « vis-à-vis de ces malheureuses qui sont après tout soumises à notre protection et à nos lois » (Brunschvicg, 1931). Sous prétexte de vouloir éviter de froisser l'islam dans ses traditions ou de « brusquer les mœurs », on ne se donnerait pas les moyens d'agir, « car même là où ces écoles sont demandées par la population, on se heurte à des difficultés budgétaires » (Truphémus, 1933, 30-31). Les indigènes consentant de plus en plus à l'instruction des filles, l'émancipation intellectuelle féminine ne dépendrait plus que de l'Administration dont l'instituteur Ahmed Bouri souligne les carences, appelant à une instruction féminine pensée sur « un plan national » (Bouri, 1930, 5-7).

Une Algérie où les musulmanes continuent, «faute d'écoles ou victimes de préjugés cléricaux à s'étioler dans la routine superstitieuse» (Benriba, 1930, 5-7) s'opposerait à un islam moderne dans lequel on voit «la femme égyptienne, syrienne, irakienne à la tête de mouvements littéraires, scientifiques, sportifs voire politiques. Elles sont médecins, institutrices, artistes, employées dans les administrations publiques» (Abou-Ezzohra, 1934). La Turquie a émancipé la femme et tous les pays musulmans rivaliseraient d'émulation sur ce point: «Quand donc l'Algérie les imitera-t-elle?» (Anonyme, 1935, 61). On voit ainsi se dessiner un courant favorable à l'émancipation de la femme dans le cadre d'une évolution générale des esprits dans le monde arabe, sous la double influence de la Turquie et de l'Égypte (Merad, 1999, 271). La question d'un métier est cependant très rarement évoquée, bien qu'on note que les femmes doivent pouvoir s'adapter «au nouveau genre de vie de leurs époux», et «faire face à des activités, à des responsabilités que n'ont pas connues leurs mères» (S., 1936, 312). Cette réforme a surtout pour espace le foyer domestique: «instruite et éduquée, la femme indigène connaîtra les règles de l'hygiène et les appliquera; elle élèvera mieux ses enfants et deviendra un facteur de progrès social en Algérie» (Lechani, 1933, 14), le «relèvement définitif de la femme indigène» précédant celui «de tout le peuple algérien» (Hanafi, 1936, 103).

Parce que les recrutements peuvent se superposer (Rahal, 2008), cette volonté de «modernisation de la famille et des femmes» pensée par les hommes (Gadant, 1995, 121), d'abord les intellectuels «francisés», rencontre jusqu'à un certain point les évolutions prônées

par l'Association des Oulémas réformistes. Le mouvement d'Ibn Bâdis, dont le développement à partir de 1931 est l'un des phénomènes politiques majeurs de l'entre-deux-guerres en Algérie (Merad, 1999, 273), a été qualifié par Jacques Berque d'«islam jacobin». Il place au centre de son projet la résurrection de l'instruction qui doit accompagner l'unification sociale du pays sous l'égide d'un islam réformé et purifié (McDougall, 2006, 112). Même si les filles sont retirées des écoles à la puberté, les deux sexes doivent bénéficier d'une instruction en arabe, facteur essentiel de la renaissance nationale, dans la droite ligne de la *Nahda*. D'une façon générale, les nationalistes algériens restent silencieux sur la question féminine et l'évolution des *gender roles* (Knauss, 1987, 42; Kimble, 2006, 110). Mais l'image même de la femme moderne donnée par l'Européenne, loin de servir d'exemple, devient, parce qu'elle est issue du monde colonial, le modèle réprouvé (Amrane Minne, 1993, 17). S'opposer au port du voile ou à la claustration des femmes, c'est porter atteinte à la famille traditionnelle et menacer de dépersonnalisation le peuple algérien (Merad, 1999, 279 et 274). Le nationalisme révolutionnaire tel qu'il se constitue dans le courant des années trente, intègre la religion à sa stratégie politique et définit l'identité nationale par l'arabisme, condamnant tout autre projet de modernisation comme assimilationniste (Gadant, 1995, 122).

Les femmes sont cantonnées au rôle, «certes glorifié, mais limité, de procréatrices et d'éducatrices». La condition féminine en Algérie a beau être multiple, dans les années 1950 encore, il existe «une évidence incontournable: l'absence totale des femmes dans le monde extérieur»

(Amrane Minne, 1993, 33 et 17). Comme une enquête sur le travail féminin le souligne plusieurs décennies plus tard, la *horma* – élément fondamental constitutif de l'identité féminine dans les sociétés du Maghreb – et le rapport entre le dedans et le dehors demeurent des éléments essentiels de la logique patriarcale au sein de laquelle la séparation des sexes (*infiçāl*) est considérée comme fondamentale (Gadant, 1995, 118). Or, « en imposant le franchissement quotidien du seuil de la demeure par les femmes », le travail rémunéré bousculerait une pratique millénaire garante de l'ordre social (Abrous, 1989, 193 et 199). Si les hommes font de la femme un objet idéologique, les femmes n'ont pas de contre-idéologie à proposer et pas d'espace public pour l'exprimer (Lazreg, 1994, 87), si ce n'est dans quelques segments très limités de l'espace associatif comme l'Association des femmes musulmanes algériennes qui vise à « l'éducation de la femme musulmane en vue de hâter son évolution » et la réalisation « d'œuvres d'entraide sociale, notamment les soins aux mères indigènes »⁵⁰, et qui est fondée en 1947 par Mamia Aïssa-Chentouf, élève sage-femme, et Nefissa Hamoud, étudiante en médecine de l'université d'Alger.

CONCLUSION

L'assistance aux mères et aux nourrissons en Algérie menée par des soignantes françaises se diffuse en même temps que se construisent en métropole plusieurs métiers infirmiers, éventuellement adaptés aux colonies (infirmières visiteuses coloniales, infirmières visiteuses indigènes, puis après-guerre, infirmières polyvalentes avec activité limitée à l'Afrique du Nord), et que se poursuit en matière de soins un mouvement de professionnalisation

féminine amorcée à la fin du XIX^e siècle. Soigner les femmes indigènes est aussi une facette d'une « mission-civilisatrice » régulièrement affirmée par les médecins et les autorités coloniales et à laquelle de nombreuses femmes européennes souscrivent dans le cadre d'un « féminisme impérial » caractérisé par une sollicitude teintée de supériorité – le « maternalisme » (Brahimi, 1984, 15 ; Messaadi, 2002).

Mais par réticences, manque de volonté, et surtout manque de personnels, l'extension des soins aux femmes et aux enfants reste laborieuse. En 1944, alors que la France cherche à réformer le fonctionnement de la colonie, le médecin Abdennour Tamzali souligne que « l'organisation de la médecine sociale sera satisfaisante le jour où chaque médecin chef d'un centre de santé aura sous sa direction deux auxiliaires hommes parlant la langue du pays [...] et trois assistantes femmes, l'une assurant plus spécialement le secrétariat du centre, une autre susceptible de pratiquer les accouchements, la troisième faisant fonctions d'infirmière-visiteuse ». Il estime nécessaire « un minimum de mille médecins avant tout traitants, installés, autant que possible dans des dispensaires strictement outillés et assistés, au fur et à mesure des possibilités pratiques, de 2 000 auxiliaires indigènes et de 3 000 assistantes sociales » (Tamzali, 1944, 12 et 17), mais aussi d'infirmières-visiteuses et de sages-femmes, en insistant sur le nécessaire recrutement de personnel musulman, dont les difficultés persistent. Les vœux régulièrement répétés de former des femmes soignantes indigènes se heurtent aux réalités politiques algériennes et aux rigidités des sociétés traditionnelles renforcées par la colonisation. Le recensement de 1954 évalue à 4,5 % la part des femmes musulmanes alphabé-

tisées. Rares sont donc les travailleuses bénéficiant d'une qualification. Parmi elles, les femmes soignantes sont toujours très peu nombreuses⁵¹.

Plusieurs s'engagent cependant dans la guerre d'indépendance (Amrane Minne, 1993, 286-292) et, dans la jeune littérature nationale, les infirmières dévoilées peuvent devenir le symbole de la « nouvelle femme » algérienne, comme celles exprimant leurs désirs (conduire une voiture, habiter seule, ne pas se marier, aller en France) que met en scène Rabah Belamri dans son *Regard blessé* (Belamri, 1987, 105-106) : à sa collègue la prévenant : « Toi, ma soeur, tu n'es pas normale. On dirait que l'Indépendance t'a retourné l'esprit. Tu

finiras par avoir des ennuis. Tu veux tout avoir! », l'une de ces infirmières répond : « Et alors, pourquoi avons-nous fait la guerre pendant sept ans? », tandis qu'une autre tempère cet enthousiasme par un : « Si je faisais ça, mon père et mes frères m'égorgeraient », mêlant ainsi émancipation de la femme et émancipation du pays tout en rappelant le poids des traditions.

Claire FREDJ

Paris-Ouest Nanterre La Défense
 CNRS-IDHE UMR 8533,
 bâtiment T,
 200 avenue de la République,
 92001 Nanterre Cedex.
 cfredj@u-paris10.fr

NOTES

1. Je remercie Virginie Alauzet, archiviste de la Croix-Rouge française (Paris), Sœur Marie-Marcel Cassan, de la communauté des Sœurs du Christ (Paris), pour l'aide qu'elles m'ont apportée ainsi qu'Alain Messaoudi et Malika Rahal pour leurs conseils.

2. Le décret du 23 août 1898 crée une assemblée dénommée « Délégations financières algériennes » (DFA), composées de trois délégations (colons, non-colons, indigènes). Son rôle, d'abord consultatif, s'accroît après 1900 et le vote de la loi du 19 décembre prévoyant un budget spécial pour l'Algérie (Bouveresse, 2008, 19). Les débats de cette assemblée sont régulièrement publiés par le gouvernement général d'Algérie et accessibles sur <http://gallica.bnf.fr>.

3. La population de l'Algérie passe de 2,8 millions en 1876 (dont 2,4 millions de musulmans) à 9,5 millions en 1954 (dont 8,4 millions de musulmans) (Kateb, 2001, 120, 242).

4. Archives d'outre-mer (Aix-en-Provence), F80/1846.

5. Bendjemaa Fatma bent Mohamed (Mme Hamadou) entre à l'École de médecine d'Alger en 1907. Elle est diplômée en 1910. L'essentiel de sa carrière, couronnée par la Légion d'honneur en 1948, se déroule à Tiaret. Voir *Tiaret agricole*, 23 avril 1948.

6. Archives nationales d'Algérie (Alger) (désormais ANA), Territoires du Sud, AMI, Accoucheuses indigènes, Projet d'organisation rédigé par la sous-commission, 30 janvier 1924.

7. Archives de la Société des missionnaires d'Afrique-Pères blancs (Rome), Fond Livinhac, 57005, E. de Méritens, PV de vérification des services administratifs et de la comptabilité de l'hôpital indigène de Saint-Cyprien, 19 avril 1898.

8. ANA, Territoires du Sud, AMI, Accoucheuses indigènes, Projet d'organisation rédigé par la sous-commission, 30 janvier 1924.

9. Rapport daté 27 mai 1907, mentionné dans ANA, Territoires du Sud, AMI, Accoucheuses indigènes, Projet d'organisation rédigé par la sous-commission, 30 janvier 1924.

10. Archives de la wilaya de Ghardaïa, non coté, Capitaine Marignac au commandant supérieur du cercle de Ghardaïa, Ghardaïa, 30 juin 1905 ; Capitaine Mathieu au commandant supérieur du cercle de Ghardaïa, El Goléa, 20 juillet 1905 ; Capitaine Maurial au commandant supérieur de cercle de Ghardaïa, Ouargla, 19 septembre 1905 ; George, médecin chef de l'infirmierie d'El-Goléa au commandant Mathieu, septembre 1905.
11. Archives de l'Institut Pasteur (Paris) (désormais AIP), ILA 2, Rapports annuels, 1925 et ILA 1, Mise en harmonie des services d'infirmières avec les prescriptions du décret du 27 juin 1922, s. d. [1925].
12. AIP, BCG 30/b, Lafosse à Calmette, Dossier en vue de la reconnaissance administrative de l'École, Vanves, 27 juin 1923. En 1925, la formation passe à deux ans, avec une première année employée à l'enseignement général suivie d'une année de spécialisation (Professeur Camail, « La préparation au diplôme d'État d'infirmière sanitaire coloniale à l'École d'infirmière de l'Institut Lannelongue », *L'Infirmière française*, nov. 1926, p. 320-323).
13. AIP, VAD 8/5, Calmette, Rapport complémentaire sur l'enseignement de spécialisation de la 3^e année, réservé aux infirmières sanitaires et aux infirmières coloniales de l'Institut Lannelongue, s. d. [1925?], p. 4.
14. AIP, ILA 2, Rapport annuel, 1928.
15. AIP, ILA 2, Rapports annuels, 1931, 1932 et 1937.
16. AIP, ILA 2, Rapports annuels, 1929 et 1930.
17. ANA, 101, Soulié et Aubry, Rapport sur la réorganisation de l'auxiliarat médical, s. d. [1927].
18. ANA, Archives du Gouvernement général, 22/50, 23 décembre 1925.
19. ANA, DZ/AN 17E1/1094, Mme Thielly-Norès, Rapport sur le cadre des infirmières visiteuses coloniales de l'Algérie, s. d. [1932].
20. ANA, DZ/AN 17E1/1094, A. Ouldamer, Note sur l'assistance médicale Algérie, Nedroma, 24 août 1932
21. ANA, DZ/AN 17E1/1094, Mme Thielly-Norès, Rapport sur le cadre des infirmières visiteuses coloniales de l'Algérie, s. d. [1932].
22. Archives de la wilaya d'Alger (Alger) (désormais AWA), 1Z/153, La Tasse de lait [1934].
23. AWA, 1Z/120, Le berceau indigène [1934].
24. AWA, 1Z/58, Œuvre du dispensaire [1937].
25. Chef de la sûreté départementale au préfet, 9 février 1935, AWA, 1Z4/276, Association franco-algérienne pour l'expansion de l'influence française dans l'Afrique du Nord [fondée en 1909].
26. Suzanne Garde entre dans le tiers ordre dominicain. Elle s'installe à Lille où se trouve la Faculté catholique de médecine, afin de donner à ses compagnes une formation complète en matière médicale par des études sérieuses et suivies. La Mission de Foucauld prend le nom d'Association d'étudiantes coloniales. Son but reste de « pénétrer chez les musulmans en nous adaptant étroitement à leurs nécessités et surtout à leur esprit. Se faire Arabe pour pénétrer chez les Arabes [...]. Nos projets sont de créer des postes médicaux. Faire des visites à domicile, installer des dispensaires ». Le groupe s'installe finalement en 1945 à Bône où il fonctionne 17 ans (Voillaume, 1998, 72).
27. Archives de la communauté des Sœurs du Christ (Paris) (ACSC), 6A, Missions en pays musulmans. Assistantes médicales et sociales (1931-1940) ; « Les infirmières catholiques de l'Afrique du Nord et les Servantes de Jésus-Prêtre », 35-39, *En terre d'Islam*, (58). Les affiliations successives de la Congrégation de Jésus Prêtre et les scissions ayant pu avoir lieu en son sein expliquent la conservation de leurs archives chez les Sœurs du Christ.
28. ACSC, 6A, Statuts, article 1.
29. ACSC, 6A, Règlement provisoire des Assistantes missionnaires, s. d.
30. ACSC, 6A, Jules Declercq, Rivet, 25 septembre 1931.
31. ACSC, 6A, Rapport moral présenté à l'Assemblée générale (28 janvier 1930).
32. ACSC, 6A, Assistantes médicales et sociales au 26 septembre 1931.
33. ACSC, 6A, Sœur Marie-Thérèse du Saint-Esprit, Clamart, 31 octobre 1935.
34. ACSC, 6A, Archevêché de Paris au Vicaire général, Paris, 14 octobre 1935.
35. Il s'agit certainement d'Omar Guendouz, instituteur honoraire à Alger.
36. Quelques noms de sages-femmes sont mentionnés par Rouvier (ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, PV de la

commission, 20 mars 1923). Quelques autres femmes musulmanes sont reçues au cours des années 1930, comme Rabia Lacheref (née en 1916) ou Meriem Mellali (née en 1918), membre notamment du syndicat des sages-femmes de l'Afrique du nord (AWA, 1Z5/148, Syndicat des sages-femmes de l'Afrique du nord, fondé en 1920 puis 1944).

37. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, gouverneur général au préfet d'Oran, 9 janvier 1924.

38. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, Conseil général d'Oran, séance du 23 octobre 1923, p. 333.

39. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, préfet d'Oran au gouverneur général, 28 juillet 1921.

40. *Ibid.*

41. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, conseil général d'Oran, séance du 23 octobre 1923, p. 333.

42. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, Projet d'organisation rédigé par la sous-commission, 30 janvier 1924.

43. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, préfet d'Alger au gouverneur général, 25 septembre 1924 et IDEM, préfet d'Oran au gouverneur général, 27 août 1925.

44. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, préfet de Constantine au gouverneur général, 22 juillet 1924 et IDEM, Mlle H. Sid Cara, chez son père, instituteur, à M. le secrétaire général de colonisation, Saint-Arnaud, 28 juin 1924.

45. ANA, Territoires du Sud, AMI, accoucheuses indigènes, Lettre de recommandation du Dr Georges Mons, 21 juin 1925.

46. ANA, DZ/AN 17E1/1094, A. Ouldamer, Note sur l'assistance médicale Algérie, Nedroma, 24 août 1932.

47. C'est peut-être à cette formation que fait allusion Saliha Bouralha quand elle demande des renseignements « concernant l'entrée des jeunes musulmanes éduquées dans les formations des corps sanitaires d'Algérie » et s'il est possible de « faire partie des infirmières stagiaires » (ANA, DZ/AN 17E1/1100, Saliha Bouralha, à M. le directeur de la Santé publique à Alger, Alger, 2 avril 1939).

48. Bourrel retranscrit le terme arabe adapté du français « m'tournis », « épithète malsonnante, grossière, d'un usage assez fréquent et faisant partie du charabia algérien » signifiant renégat et qualifiant à la fois les musulmans qui ont demandé la naturalisation et ceux qui ont embrassé le christianisme », *Le M'Tourni. Revue mensuelle de défense indigène et d'union des races*, n° 1, juin 1933.

49. D'après Charles-Robert Ageron (Ageron, 1979, 534), la scolarisation des musulmans évolue de la manière suivante :

	Nombre de filles scolarisées	Nombre de garçons scolarisés
1907	2 667	30 661
1939	22 000	114 000
1954	76 610	218 000
Secondaire	952	5 308
Supérieur	19	570

50. AWA, 1Z/164, Association des femmes musulmanes d'Algérie, déclarée le 26 juillet 1947. L'Union franco-musulmane des femmes d'Algérie, association mixte fondée à Alger en 1937 cherche à créer des centres juridiques et médicaux, des cours pour illettrées, des cours de couture et à « participer à tout mouvement ou toute campagne tendant à améliorer le sort de la femme ». Elle dispose d'une commission médicale composée en 1956 entre autres de la sage-femme Lacheref, de l'assistante hospitalière Fatima Amarani et de l'infirmière Sakina Aït-Saada (AWA, 1Z/135, Union franco-musulmane des femmes d'Algérie, déclarée 14 mai 1937).

51. Ch.-R. Ageron évalue à six le nombre de sages-femmes musulmanes en Algérie en 1950 (Ageron, 1979, 519). Ces chiffres paraissent légèrement sous-estimés : au vu de la liste officielle de sages-femmes du département d'Oran établie en 1960 et 1962, on peut repérer dans le seul département d'Oran onze sages-femmes musulmanes dont deux reçues dans les années 1930, quatre dans les années 1940 et cinq après 1950. Mais parmi les infirmières polyvalentes et les femmes inscrites comme travaillant pour l'Assistance publique algérienne, certaines ont aussi été reçues sages-femmes ou travaillent dans les maternités (Archives de la wilaya d'Oran (Oran), Liste officielle des professions paramédicales, arrêtée au 1^{er} janvier 1962 ; Département d'Oran, Conseil de l'ordre des sages-femmes, liste officielle des sages-femmes. Année 1962 ; entretiens).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABADIE-FEYGUINE, Hélène (1905), *De l'assistance médicale des femmes indigènes en Algérie*, Thèse de médecine, Montpellier.
- ABOU-EZZOHRA (1934), « En instruisant nos filles, nous deviendrons meilleurs », *La Voix indigène. Journal d'union franco-musulmane et de défense des intérêts indigènes* (VI), 268.
- ABROUS, Dahbia (1989), *L'Honneur et le travail des femmes en Algérie*, Paris, L'Harmattan.
- AIT-AMEUR, Ahmed (1931), « La femme dans l'Islam », *La Voix des Humbles* (VH), 96-97, 7-10.
- AGERON, Charles-Robert (1979), *Histoire de l'Algérie contemporaine*, t. II, Paris, PUF.
- AMEUR, Houria (1929), « La femme musulmane dans l'Afrique du Nord », VI, 6 et 9, n. p.
- AMRANE MINNE, Danièle Djamila (1993), *La guerre d'Algérie (1954-1962). Femmes au combat*, Alger, RAHMA.
- ANONYME (1888), « Les femmes-médecins aux Indes », *L'Avenir de Bougie*, 23 décembre.
- ANONYME (1925), « Des écoles pour nos filles », VH, 39, 20-25.
- ANONYME (1930), « La femme musulmane dans le nord de l'Afrique », VI, 37.
- ANONYME (1931), « Association des Assistantes médicales et sociales », *En terre d'Islam*, 45, 125-128.
- ANONYME (1933), « Les infirmières catholiques de l'Afrique du Nord et les Servantes de Jésus-Prêtre », *En terre d'Islam*, 58, 35-39.
- ANONYME (1935), « Un grand congrès féministe à Istanbul », VH, 157, n. p.
- BADRAN, Margot (1995), *Feminists, Islam and Nation. Gender and the Making of Modern Egypt*, Princeton, Princeton University Press.
- BARTHÉLÉMY, Pascale (2004), « Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960 », 119-144, in *Histoire des femmes en situation coloniale*, Anne Hugon (éd.), Paris, Karthala.
- BARTHÉLÉMY, Pascale (2010), *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, PUR.
- BELAMRI, Rabah (1987), *Regard blessé*, Paris, Gallimard.
- BEL KHODJA, Mohamed (1896), « L'instruction des musulmanes », *Le Mobacher*, 3784.
- BENHOURA (1929), « Pour le relèvement de la musulmane, la question du voile », VH, 76, 8-12.
- BENRIBA (1930), « Féminisme et instruction (Turquie et Algérie) », VH, 92, 5-7.
- BORDES, Pierre (1928), « Assistance aux mères et aux nourrissons. Infirmières-visiteuses coloniales », Circulaire du 15 juin.
- BOURI, Ahmed (1934), « De quelques moyens propres à amener l'émancipation de la femme musulmane algérienne », VH, 144-145, 89-92 et 113-122.
- BOURKAÏB, Mustapha (1915), *Contribution à l'AMI d'Algérie*, Thèse de médecine, Alger.
- BOURREL, Marcel (1937), *L'assistance obstétricale en Algérie*, Thèse de médecine, Alger.
- BOUVERESSE, Jacques (2008), *Un parlement colonial? Les délégations financières algériennes (1898-1945)*, Mont-Saint-Aignan, Publication des universités de Rouen et du Havre.
- BRAHIMI, Denise (1984), *Femmes arabes et sœurs musulmanes*, Paris, Tierce.
- BRANTHOMME, Gaston (1892), *De l'exercice de la médecine en Algérie*, Thèse de médecine, Lyon.
- BRUNSCHVICG, Cécile (1931), « La situation des femmes en Algérie », VI, 92, n. p.

- Bulletin de l'Association des Dames de France*, (1934), juillet.
- Bulletin de l'Association Charles de Foucauld (BACF)* (1929), octobre-décembre. (1934), mai-juin. (1938), juillet-septembre.
- Bulletin de la Société de Secours aux Blessés militaires (BSSBM)* (1928), juillet. (1929), juillet. (1930), juillet. (1934), janvier. (1935a), avril. (1935b), mai. (1936a), mai. (1936b), juillet. (1937), octobre.
- BURTON, Antoinette (1996), "Contesting the Zenana: the Mission to Make 'Lady Doctors for India' 1874-1885", *Journal of British Studies*, 35 (3), 368-397.
- CAMBON, Jules (1918), *Le gouvernement général de l'Algérie (1891-1897)*, Paris, E. Champion.
- CARDE, Jules (1931), *Exposé de la situation en Algérie en 1930*, Alger, V. Heintz.
- CARDE, Jules (1935), *Circulaire de M. le gouverneur général Carde aux préfets en date du 26 décembre 1934 au sujet du recrutement et de la formation des infirmières visiteuses d'origine indigène, Direction de la santé publique, recrutement et formation des infirmières-visiteuses indigènes*, Alger, J. Carbonel.
- CARPENTIER, Adrien, FREREJOUAN DU SAINT, Georges (1898), *Répertoire général alphabétique du droit français*, tome 27, Paris, Sirey.
- CHAMBERET, Raoul de (1909), *Enquête sur la condition du fellah égyptien*, Dijon, imprimerie Darantière.
- CHELLIER, Dorothée (1895), *Voyage dans l'Aurès*, Tizi-Ouzou, J. Chellier.
- CHELLIER, Dorothée (1897), *Notes de voyage et rapport à M. le gouverneur général d'une mission médicale chez les indigènes de l'Algérie* (1896), Montélimar, Bourron.
- CHELLIER-CASTELLI, Dorothée (1906), *L'Assistance médicale féminine chez les Musulmanes. Ses débuts*, Alger, Imprimerie agricole et commerciale.
- CLOT-BEY, Antoine-Barthélemy (1849), *Compte rendu de l'état de l'enseignement médical et du service de santé civil et militaire de l'Égypte au commencement de mars 1849*, Paris, V. Masson.
- CONSEIL NATIONAL DES FEMMES FRANÇAISES (1931), *États généraux du féminisme. 3^e session. Les femmes dans la France coloniale*, Paris.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE GOUVERNEMENT (1898), *Exposé de la situation générale de l'Algérie*, Mustapha, Giralt. (1928), Session ordinaire. (1929), Session ordinaire, séance du 25 juin. (1935), Session ordinaire, séance du 29 juin.
- DECLERCQ, Jeanne-Marie (1934), «L'action des infirmières en pays musulman», *Ligue missionnaire, Bulletin des étudiants de France*, 27, 16-25.
- DÉLÉGATIONS FINANCIÈRES ALGÉRIENNES (1907), séance du 5 avril. (1924), séance du 13 juin. (1926), séance du 16 novembre. (1928a), séance du 26 janvier. (1928b), séance du 9 juin. (1929), séance du 22 mai. (1932a), séance du 31 mai. (1932b), séance du 18 octobre. (1933), séance du 17 mai. (1934), séance du 11 juin. (1935a), séance du 6 juin. (1935b), séance du 21 juin. (1936a), séance du 3 juin 1936. (1936b), séance du 20 juin.
- DEYME, Georges (1935), *La Mère et l'Enfant dans les colonies françaises et pays de protectorat*, Thèse de médecine, Alger.

- DJABALI, Mme (1937), « Rapport sur l'instruction des filles indigènes », *VH*, 181-182, 30-32.
- DURUY, Victor (1901), *Notes et souvenirs*, Paris, Hachette.
- ECHKENAZY, Bouca (1929), *Vanves. L'hygiène en action*, Paris, Le Lac.
- EICHNER, Carolyn J. (2009), "La Citoyenne in the World: Hubertine Auclert and Feminist Imperialism", *French Historical Studies*, 32 (1), 63-84.
- FAHMY, Khaled (1998), "Women, Medicine and Power in Nineteenth-Century Egypt", 35-72, in *Remaking Women*, Lila Abu-Lughod (ed.), Princeton, Princeton University Press.
- FOUCAULD, Charles de (1966), *Lettres à Madame de Bondy, de la Trappe à Tamanrasset*, Paris, Desclées de Brouwer.
- FREDJ, Claire (2012), « Agir sur la femme par la femme » : trois rapports au gouvernement général sur la condition des femmes indigènes, par Dorothee Chellier, première femme médecin en Algérie (1895-1906), édition commentée, Paris, Ibis Press.
- GADANT, Monique (1995), *Le nationalisme algérien et les femmes*, Paris, l'Harmattan.
- GESLOT, Jean-Charles (2009), *Victor Duruy, historien et ministre, 1811-1894*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- GIRARD (1931), « Étude sur les visiteuses coloniales », *L'Hygiène sociale*, 58, dcxxvii-dcxxx.
- GIRAULT, Augustine (dite A. GAËL) (1868), *La femme médecin, sa raison d'être au point de vue du droit, de la morale et de l'humanité*, Paris, E. Dentu.
- G. M. (1923), « Sages-femmes indigènes », *Le Sémaphore* [Alger], 27 juillet.
- GODARD, Georges (1934), *La réorganisation des services de la santé publique en Algérie*, Thèse de médecine, Alger.
- GOMMA, François (1904), *L'assistance médicale en Tunisie*, Thèse de médecine, Toulouse.
- GOITALIER, Régine, KNIBIEHLER, Yvonne (1985), *La femme au temps des colonies*, Paris, Stock.
- GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE (1935), *Développement de la Réorganisation Sanitaire en 1934*, Alger, J. Carbonel.
- GOYAU, Georges (1933), « Infirmières en Algérie », *BSSBM*, n. p.
- GROS, Henri (1905), « L'assistance aux femmes musulmanes en couches », *BMA*, 1, 28-31.
- GROS, Henri (1907), « Remarques sur l'aménagement et le fonctionnement des infirmeries indigènes », 477-499, *BMA*, 13, 477-499.
- GUÉNIN, Bernard (1933), *L'apostolat médical en pays de mission. L'Association d'assistance coloniale et la Maison Sainte-Clotilde*, Maison Sainte-Clotilde, Œuvres.
- GUÉPIN, Ange (1840), « Note sur l'importance d'un enseignement médical en Algérie », *Revue du progrès politique, social et littéraire*, 2, 228-230.
- HANAFI, Khacer (1936), *La femme indigène à la Maternité d'Alger*, Thèse de médecine, Alger.
- HARDIMAN, David (2006), *Healing Bodies, Saving Souls. Medical Missions in Asia and Africa*, Amsterdam-Atlanta, Rodopi.
- HARKAVY, Véra (1917), *Contribution à l'étude de la protection des enfants en bas âge*, Thèse de médecine, Alger.
- HASSAN (1930), « Le féminisme chez les musulmanes », *VI*, 77, n. p.
- HAUSSONVILLE, Gabriel (1898), « Les non-classées », *Revue des Deux Mondes*, 779-809.
- HOGGAN, Frances (1882), "Medical Women for India", *Contemporary Review*, 42, 267-275.
- HUSNI, Ronak, NEWMAN, Daniel L. (2007), *Muslim Women in Law and Society: Annotated Translation of al-Tāhir al-Haddād's "Imra' tunā fi 'l-shari' a wa 'l-mujtama "*, Londres, Routledge.

- HUTIN, Madeleine [Petite Sœur Magdeleine de Jésus] (1981), *Du Sahara au monde entier. Les petites sœurs de Jésus sur les traces du Frère Charles de Jésus*, Paris, Nouvelle cité.
- JACQUIN, Françoise (2005), «Naissance du laïcat missionnaire. L'exemple d'Ad Lucem (1930-1939)», 395-406, in *Diffusion et acculturation du christianisme (XIX^e-XX^e siècles)*, Jean Comby (éd.), Paris, Karthala.
- JAYAWARDENA, Kumari (1995), *The White Woman's Other Burden. Western Women and South Asia during British Colonial Rule*, Londres, Routledge.
- JONNART, Charles (1904), *Exposé de la situation générale de l'Algérie*, Alger, V. Heintz.
- KATEB, Kamel (2001), *Européens, «indigènes» et Juifs en Algérie (1830-1962)*, Paris, PUF.
- KIMBLE, Sara L. (2006), "Emancipation through Secularization: French Feminist Views of Muslim Women's Condition in Interwar Algeria", *French Colonial History*, 7, 109-128.
- KNAUSS, Peter R. (1987), *The Persistence of Patriarchy: Class, Gender, and Ideology in Twentieth Century Algeria*, New York, Praeger.
- KUHNKE, La Verne (1990), *Lives at Risk*, Berkeley, University of California Press.
- LACASCADE, Renée (1922) *Puériculture et colonisation. Étude sur la puériculture au Maroc (Aperçu du rôle colonisateur que peut jouer la femme médecin dans les pays d'occupation)*, Thèse de médecine, Paris.
- LAFFONT, Amédée, FULCONIS, Henri (1935), «La protection obstétricale en Afrique française», *Gynécologie et obstétrique*, 31 (4), 517-662.
- LAL, Maneesha (1994), "The Politics of Gender and Medicine in Colonial India: the Countess of Dufferin's Fund 1885-1888", *Bulletin of the History of Medicine*, 68 (1), 28-66.
- LAZREG, Marnia (1994), *The Eloquence of Silence*, New York-Londres, Routledge.
- LECHANI, (1933), «La famille indigène en Algérie», *VH*, 99, 10-15.
- LE DENTU, René (1935), *Notion d'hygiène, d'épidémiologie et de pathologie coloniales*, Paris, Le François.
- LEGEY, Françoise (1904) *Notes sur le fonctionnement de la clinique indigène d'Alger*, Alger, Crescenzo.
- LEJEUNE, Robert (1941), *La Médecine de colonisation et l'assistance médicale indigène en Algérie*, Thèse de médecine, Alger.
- LESTAGE, Jean (1904), «Infirmeries indigènes», *BMA*, 8, 298-309.
- LEVI-BRAM, Abel (1907), *De l'Assistance médicale des Indigènes d'Algérie, particulièrement assistance des femmes et des enfants*, Thèse de médecine, Paris.
- LLOUQUET, Louis (1936), *L'assistance obstétricale en Algérie*, Thèse de médecine, Alger.
- LIEFOOGHE, Jacques, DUCOULOMBIER, Henri (2010), *Histoire de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille, de 1876 à 2003*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- LIGUE MISSIONNAIRE (1933), *Bulletin des étudiants de France*, 20.
- LIGUE MISSIONNAIRE (1934a), *Bulletin des étudiants de France*, 22.
- LIGUE MISSIONNAIRE (1934b), *Bulletin des étudiants de France*, 25.
- MCDOUGALL, James (2006), *History and the Culture of Nationalism in Algeria*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MERAD, Ali (1999) [1^{re} éd., 1967], *Le réformisme musulman en Algérie de 1925 à 1940. Essai d'histoire religieuse et sociale*, Alger, El Hikma.
- MESSADI, Sakina (2002), «*Nos sœurs musulmanes*» ou le mythe féministe, civilisateur, évangélisteur du messianisme colonialiste dans l'Algérie colonisée, Alger, Houma.
- MIDGLEY, Clare (1998), *Gender and Imperialism*, Manchester, Manchester University Press.

- MIEGE, Jean-Louis (1955), « Les missions protestantes au Maroc 1875-1905 », *Hespéris*, 153-192.
- MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence (1999), *Médecine et colonisation. L'aventure indo-chinoise (1860-1939)*, Paris, CNRS.
- MONNAIS, Laurence (2005), « Médicalisation de la mère et de son enfant. L'exemple du Viet Nam sous domination française (1860-1939) », 227-265, in *Children's Health Issues in Historical Perspective*, Cheryl Kranick Warsh et Veronica Strong-Boag (eds.), Waterloo, Wilfried Laurier University Press.
- MORACHE, Georges (1901), *La profession médicale, ses devoirs, ses droits*, Paris, Félix Alcan.
- MOULINIER, Pierre (2002), *La naissance de l'étudiant moderne (XIX^e s.)*, Paris, Belin.
- NASHAT, Guity, TUCKER, Judith E. (1999), *Women in the Middle East and North Africa*, Bloomington, Indiana University Press.
- PATIN, Noël (1865), *Séance solennelle de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, Alger, jeudi 16 novembre 1865*, Alger, J. Breucq.
- PERAUD, Jeanne-Marie (1932), *La femme médecin en Afrique du Nord et son rôle d'éducatrice*, Thèse de médecine, Bordeaux.
- POLI-GARNIER, Marie-Louise (1931), « Rapport sur la femme médecin dans les pays exotiques », *Association internationale des femmes-médecins*, 4, 87-103.
- POLLARD, Lisa (2005), « Learning Gendered Modernity. The Home, the Family, and the Schoolroom in the Construction of Egyptian National Identity (1885-1919) », 249-269, in *Beyond the Exotic. Women's Histories in Islamic Societies*, Amira El-Azhary Sonbol (ed.), Syracuse, Syracuse University Press.
- POUJOL, Jean (1904), « Trois mois de fonctionnement de l'infirmier indigène d'Aïn Bessem », *BMA*, 14, 496-511.
- PROVINCE DE CONSTANTINE (1858), *Conseil général, procès-verbaux*, Constantine, Veuve Guende.
- PROVINCE DE CONSTANTINE (1865), *Conseil général, procès-verbaux*, Constantine, Veuve Guende.
- RAHAL, Malika (2008), « La tentation démocratique en Algérie. L'Union démocratique du Manifeste algérien (1946-1956) », *Insanyat*, n°42.
- RECTENWALD, Georges (1908), *Des œuvres d'assistance spéciales aux indigènes en Algérie. Contribution à l'étude des questions algériennes*, Thèse de droit, Alger.
- RENAULT, François (1991), « Principes missionnaires et action sanitaire des pères blancs et sœurs blanches du Cardinal Lavigerie (1868-1960) », 27-48, in *Église et santé dans le Tiers Monde, hier et aujourd'hui*, Jean Pirotte et Henri Derroitte (éd.), Leyde, Brill.
- REVUE DE L'UNION DES FEMMES DE FRANCE (RUFF) (1927), juillet-août.
- (1931), mai-juin.
- (1933), octobre.
- (1935a), février.
- (1935b), septembre.
- RICHARD, Blanche Nirina (2005), *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- ROCCHISANI, Jean (1935), *La Maternité d'Oran. Ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être*, Thèse de médecine, Alger.
- ROLLET-ÉCHALIER, Catherine (1990), *La Politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, INED-PUF.
- ROUSSET, Paul-Adrien-Frédéric (1936), *Le Service social en milieu indigène d'Algérie. L'œuvre de la Société de Secours aux Blessés militaires d'Alger*, Thèse de médecine, Alger.
- ROUVIER, Jules, LAFFONT, Amédée (1912), « Les Mauresques à la Maternité d'Alger », *Bulletin de la Société d'obstétrique et de*

- gynécologie de Paris et des réunions obstétricales de Lyon, de Montpellier et de Lille*, XV, 787-790.
- S. (1935), « L'enseignement des filles indigènes en Algérie en 1935 », *VH*, 162, 163 et 164, 215-219, 265-270 et 305-313.
- SABADINI, Dominique (1907), « Observations de fistules vésico-vaginales chez les femmes indigènes », *BMA*, 10, 369-374.
- SAMNE, Georges (1904), *L'assistance au Maroc. Rapport présenté au Congrès colonial français tenu à Paris, le 29 mai 1904*, Paris, Jules Rousset.
- SHAKRY, Omnia (1998), "Schooled Mothers and Structured Play: Child rearing in Turn-of-the-Century Egypt", 126-170, in *Remaking Women*, Lila Abu-Lughod (ed.), Princeton, Princeton University Press.
- TAMZALI, Abdennour (1944), *Rapport sur la réorganisation de l'hygiène et de l'assistance médicale dans les milieux musulmans d'Algérie présenté à la Commission chargée d'établir un programme de réformes politiques, sociales et économiques en faveur des musulmans français d'Algérie*, Alger, imprimerie officielle.
- TITAH, Rachida (1996), *La galerie des absentes. La femme algérienne dans l'imaginaire masculin*, Saint-Étienne, édition de l'Aube.
- TRUPHEMUS, Jeanne (1933), « L'enseignement des indigènes en Algérie », 30-31, *VH*, 126, 30-31.
- TSOURIKOFF, Zénaïde (1935), *L'enseignement des filles en Afrique du Nord*, Paris, Pédone.
- TURIN, Yvonne (1971), *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, écoles, médecines, religion (1830-1880)*, Paris, F. Maspero.
- VALRAN, Gaston (1924), « Pour les femmes auxiliaires indigènes », *La Dépêche coloniale*, 26 janvier.
- VIANNAY, Charles (1906), « De l'assistance médicale féminine chez les musulmanes », *La Province médicale*, 22, 270-271.
- VIGNAUX, Valérie (2007), *Jean Benoit-Lévy ou le corps comme utopie. Une histoire du cinéma éducateur dans l'entre-deux-guerres en France*, Paris, AFRHC.
- VOILLAUME, René (1998), *Charles de Foucauld et ses premiers disciples. Du désert arabe au monde des cités*, Paris, Bayard Éditions/Centurion.
- WITZ, Anne (2001), "'Colonising Women': Female Medical Practice in Colonial India 1880-1890", 23-52, in *Women and Modern Medicine*, Anne Hardy et Lawrence Conrad (eds.), Amsterdam-Atlanta, Rodopi.
- ZITOUNA, Mohamed Moncef, HAOUET, Slim, MOUAFFAK, Fayçal (2003), *Béchir Dinguizli. Vie et œuvre du premier tunisien musulman docteur en médecine (1869-1934)*, Tunis, Centre de publication universitaire.

RÉSUMÉ

En Algérie coloniale, une réflexion sur les spécificités de l'assistance obstétricale pour les femmes musulmanes émerge au XIX^e siècle. Elle porte sur la manière d'amener ces femmes à se faire examiner et soigner dans les structures françaises mais aussi sur la nécessité de former, selon les normes occidentales, des soignantes « indigènes » (sages-femmes, infirmières) appelées à remplacer les matrones traditionnelles (*qabla-s*), rendues responsables des fortes mortalités maternelle et infantile.

Les projets se succèdent à partir des années 1840. Peu aboutissent : cours dans les villes, installations de sages-femmes françaises dans les villages, consultations spéciales pour femmes et enfants. Après 1914, alors que plusieurs métiers féminins s'inventent, le

gouvernement général organise un corps d'infirmières-visiteuses coloniales pour s'occuper des femmes musulmanes. Plusieurs œuvres laïques, missions féminines et sociétés de Croix-Rouge ont le même but.

L'administration songe aussi de plus en plus à partir des années 1920 à former des infirmières musulmanes. Quelques-unes sont diplômées au cours des années 1930 mais leur nombre reste très limité. Réticences, manque de volonté, et surtout manque de personnel, font que l'extension des soins aux femmes et aux enfants reste laborieuse. Les vœux régulièrement répétés de former des femmes soignantes indigènes se heurtent aux réalités politiques algériennes et aux raidissements des sociétés traditionnelles face à la colonisation.

SUMMARY

During the 19th century in colonial Algeria thought was given as to the types of obstetrical help that could be given to Muslim women. The idea was to find a way to lead these women to be treated within the context of French medical practice and also to create "native" caregivers (midwives and nurses) trained in western practice to replace traditional birth helpers (*qabla-s*). The latter were regarded as responsible for the high rates of mother and infant mortality.

Beginning in the 1840s, a series of measures were proposed (educational programs in the villages, French midwives in residence in same, special medical care for women and children) and little implemented. After 1914, in addition to local self-help organizers, the colonial administration created a

visiting nurse service aimed at Muslim women. Several secular organizations and feminine religious missions, as well as the Red Cross, had similar objectives.

In the 1920s, the authorities increasingly hoped to create a corps of Muslim women nurses. While a few were educated in the 1930s, their number remained quite small. Partly because of reluctance by the colonial authorities, partly because of a want of energy, but mostly because of a lack of personnel, increases in care offered to women and children was very slow. The often repeated wish to increase the number of "native" caregivers was broken by Algerian political reality and the rigidities of a traditional society hardened by colonisation.