

La clinique comme dissidence : Frantz Fanon et la critique politique de la santé mondiale

Publié le 7 mars 2026 par Félix Atchadé



©

Résumé :

Cet article relit l'œuvre de Frantz Fanon à partir de son socle clinique en s'appuyant sur les *Écrits sur l'aliénation et la liberté* et sur un travail d'histoire des dispositifs sanitaires coloniaux. En croisant l'histoire coloniale des systèmes de santé (Van Lerberghe, de Brouwere), les analyses de Delphine Peiretti-Courtis sur le regard médical racialisé et la sociologie critique de Didier Fassin, il montre que la psychiatrie fanonienne constitue une rupture située dans une généalogie longue du gouvernement des corps. La dissidence clinique apparaît ainsi comme un cadre théorique, à





l'intersection de l'histoire coloniale, de la sociologie de la santé et de la théorie politique, pour interroger les continuités entre médecine coloniale et Global Health et penser les enjeux contemporains de souverainetés sanitaires.

Abstract: This article re-examines Frantz Fanon's work from its clinical foundation, drawing on his *Writings on Alienation and Freedom* and on a historical study of colonial healthcare systems. By combining the colonial history of healthcare systems (Van Lerberghe, de Brouwere), Delphine Peiretti-Courtis's analyses of the racialized medical gaze, and Didier Fassin's critical sociology, it demonstrates that Fanonian psychiatry constitutes a rupture situated within a long genealogy of the governance of bodies. Clinical dissent thus emerges as a theoretical framework, at the intersection of colonial history, the sociology of health, and political theory, for examining the continuities between colonial medicine and Global Health and for considering contemporary issues of health sovereignty.

Frantz Fanon demeure l'une des figures les plus invoquées — et paradoxalement les plus simplifiées — de la pensée anticoloniale du XX^e siècle. Souvent réduit à un théoricien de la violence révolutionnaire, il est fréquemment convoqué dans les débats politiques contemporains au prix d'une évacuation de ce qui constitue pourtant le cœur de son œuvre : sa pratique et sa pensée psychiatriques.

Cet article part d'un postulat inverse. Fanon n'est pas devenu penseur politique après avoir été psychiatre ; il a construit sa critique du colonialisme à partir de la clinique. Sa réflexion sur la violence, la nation ou la libération procède d'un diagnostic préalable : le monde colonial est un monde pathologique, producteur de souffrances psychiques spécifiques, qui ne peuvent être traitées sans transformation radicale de l'ordre social.

Le présent texte est issu d'une communication présentée au colloque international « *L'Espérance africaine de Fanon* », organisé à Dakar à l'occasion du centenaire de Frantz Fanon (17–20 décembre 2025). Il en prolonge les arguments, en interrogeant l'actualité de la dissidence clinique fanonienne face aux dispositifs contemporains de la santé mondiale.

Le colonialisme comme pathologie sociale

Dès ses premiers écrits, Fanon rompt avec une conception strictement individualiste de la maladie mentale. Dans *Le syndrome nord-africain* (1952), il montre que la douleur du patient colonisé est systématiquement disqualifiée par l'institution médicale coloniale. Les plaintes sont soupçonnées, les symptômes minimisés, le corps réduit à un objet de





contrôle et de surveillance.

Cette clinique du soupçon révèle une réalité plus profonde : la médecine coloniale ne se contente pas de soigner mal, elle produit un savoir qui naturalise la domination. La souffrance du colonisé n'est pas reconnue comme telle parce qu'elle contredit l'ordre colonial lui-même. Les travaux de Delphine Peiretti-Courtis permettent de situer historiquement cette intuition fanonienne. En analysant la longue durée de la médecine occidentale appliquée aux corps noirs et colonisés, elle montre comment s'est constitué un regard médical hiérarchisant, fondé sur l'anatomie comparée, la psychiatrie coloniale et la pathologie tropicale. Ce regard transforme des rapports sociaux et politiques en différences biologiques supposées, inscrivant la hiérarchie raciale au cœur même du savoir médical. Fanon saisi ainsi, par la clinique, ce que l'historienne met au jour par l'archive : le diagnostic médical est un acte de pouvoir.

Blida-Joinville : la clinique comme rupture politique

L'expérience de Frantz Fanon à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville est souvent présentée comme une réforme interne : introduction de la sociothérapie, ouverture des services, décloisonnement des rapports entre soignants et patients. Cette lecture est incomplète. Elle installe Fanon dans la figure rassurante du modernisateur éclairé. Or Fanon n'est pas un réformateur : il est un dissident.

Par dissidence clinique, il faut entendre une position théorique et pratique qui refuse d'exercer la médecine dans un cadre institutionnel jugé structurellement aliénant. Il ne s'agit pas seulement de contester un paradigme scientifique, mais de rompre avec les conditions mêmes du soin lorsqu'elles reproduisent l'injustice. La dissidence est à la fois épistémologique, institutionnelle et existentielle.

À Blida, Fanon comprend que l'hôpital n'est pas neutre : il condense l'ordre colonial, avec sa hiérarchie racialisée et son autorité verticale. L'école d'Alger, autour d'Antoine Porot, pathologise le « Nord-Africain » en l'associant à une immaturité psychique supposée. La domination devient diagnostic ; la folie du colonisé, preuve d'infériorité. Fanon refuse cette naturalisation raciale. Il affirme que la maladie mentale est une réponse humaine à une situation inhumaine. Le symptôme n'est pas déficience ; il est effet d'un monde qui nie la subjectivité. Ainsi commence la désaliénation du regard médical.





Fanon tente pourtant de transformer l'institution : parole collective, activités culturelles, décloisonnement des services. Mais la réforme atteint vite ses limites. L'hôpital reste inséré dans un appareil colonial dont il dépend. On n'ajuste pas un dispositif de domination comme un protocole thérapeutique.

La dissidence devient alors institutionnelle. En 1956, Fanon démissionne, affirmant qu'il ne peut plus « servir loyalement une cause qui est celle de la déshumanisation systématique ». Il ne s'agit plus de réformer, mais de refuser d'exercer. La clinique ne peut être séparée du monde politique.

La rupture se prolonge dans l'engagement auprès du Front de libération nationale (FNL), puis dans son activité diplomatique. Fanon s'éloigne de la psychiatrie hospitalière classique. Ce détour politique n'est pas une infidélité à la clinique : il en est l'aboutissement. Sa trajectoire elle-même devient désaliénation pratique. Il met en acte ce qu'il théorise : si l'aliénation est produite par un ordre injuste, la guérison suppose de transformer les conditions d'existence.

Fanon dépasse ainsi la figure du psychiatre critique pour incarner une cohérence éthique. On ne peut désaliéner le patient sans désaliéner le praticien. Relue aujourd'hui, cette dissidence rappelle que lorsque les cadres institutionnels produisent l'aliénation, la question n'est plus celle de la réforme, mais celle de la rupture. Fanon n'est pas seulement le critique d'une psychiatrie racialisée : il est le praticien d'une désobéissance clinique.

Les Écrits sur l'aliénation et la liberté : le socle clinique

La publication des *Écrits sur l'aliénation et la liberté* (2015, 2018) ne répète pas ce que l'on savait déjà de Fanon ; elle en confirme la cohérence à partir des archives cliniques elles-mêmes. Ces textes montrent que la thèse selon laquelle la maladie mentale du colonisé est une réponse à une situation inhumaine n'est pas une extrapolation politique tardive, mais un principe clinique originaire.

On y découvre un psychiatre méthodique, attentif aux dimensions sociales, culturelles et institutionnelles de la souffrance psychique. La rupture avec l'école d'Alger n'est pas seulement polémique : elle est structurée. Fanon y opère un déplacement décisif du diagnostic vers le monde social. Le symptôme devient l'indice d'un conflit historique,



non d'une déficience raciale.

Ce corpus permet surtout de comprendre que la désaliénation n'est pas un mot d'ordre militant, mais une catégorie thérapeutique centrale. Soigner ne signifie pas adapter le sujet à l'ordre existant ; cela implique de créer les conditions d'une liberté réelle. La clinique fanonienne apparaît ainsi, rétrospectivement, comme une théorie du soin indissociable d'une théorie de la transformation sociale.

De la médecine coloniale à la Global Health : continuités et reconfigurations du pouvoir sanitaire

L'actualité de Frantz Fanon tient à un constat dérangeant : la médecine coloniale n'a pas disparu, elle s'est reconfigurée. Comme l'ont montré Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere, la médecine en Afrique ne fut pas un simple accompagnement humanitaire de la colonisation, mais l'un de ses instruments constitutifs. Elle accompagne l'exploration, l'armée, la formation de l'État colonial et l'exploitation des ressources. La santé moderne y naît comme dispositif de pouvoir.

L'État colonial organise d'abord la médecine pour protéger les Européens exposés aux risques tropicaux. Le spectre du « tombeau du Blanc » structure la médecine tropicale, tandis que les villes coloniales se dotent d'infrastructures sanitaires visant à isoler et contenir. La santé publique sert autant à séparer qu'à soigner. Puis la logique se déplace : la dégradation sanitaire des populations africaines menace la productivité. La santé devient condition d'exploitation rationnelle. Les grandes campagnes contre la trypanosomiase ou le paludisme, menées avec une intensité quasi militaire, visent moins l'émancipation que la continuité de l'ordre colonial. La médecine organise les corps pour garantir la reproduction du système.

Dans les années 1980, les ajustements structurels et la contraction des budgets publics fragilisent les États postcoloniaux et leur capacité à structurer des systèmes cohérents. C'est dans cet espace affaibli qu'émerge la Global Health.

La Global Health constitue un régime de gouvernance transnational associant organisations multilatérales, partenariats public-privé et fondations philanthropiques. Elle se présente comme universelle et technique, mais repose sur la définition externe des priorités, la standardisation des indicateurs et la contractualisation des





financements. Les campagnes verticales contre certaines maladies rappellent, par leur logique, les campagnes coloniales ciblant des pathologies jugées stratégiques. La différence n'est pas morale ; elle est structurelle : la décision demeure concentrée.

La philanthropie contemporaine accentue ce déplacement. En finançant massivement la recherche et l'innovation biomédicale, les grandes fondations orientent les agendas mondiaux. Elles sauvent des vies, mais déplacent aussi la source de légitimité : celle-ci procède moins de la souveraineté démocratique que de la capacité à mobiliser des fonds et à produire des résultats mesurables.

C'est dans ce cadre que la question de la désaliénation se pose à nouveaux frais.

La désaliénation confisquée : de Fanon à la Global Mental Health

Chez Fanon, la désaliénation est une subversion politique. À Blida-Joinville, il ne modernise pas l'institution : il en conteste la logique racialisée, abolit la ségrégation, introduit la parole collective et relie l'aliénation psychiatrique à l'aliénation coloniale. Le malade n'est pas isolé d'un monde sain ; il est le symptôme d'un ordre politique pathologique. En Tunisie, avec l'hôpital de jour, Fanon cherche à préserver la liberté du patient et à retirer toute dimension carcérale au soin. La liberté n'est pas l'aboutissement de la guérison ; elle en est la condition.

Le projet MIND de l'OMS, inscrit dans la Global Mental Health, reprend ce vocabulaire — désinstitutionnalisation, soins de proximité, intégration communautaire — mais en inverse la logique. Comme l'ont montré Tanya Titchkosky et Katie Aubrecht, chez Fanon la maladie mentale révèle un monde injuste à transformer ; dans le programme MIND, la « crise » devient un déficit technique de prise en charge. Les causes structurelles s'effacent derrière l'amélioration des services.

Le soin communautaire risque alors de produire des sujets adaptés à un environnement social inchangé. La désaliénation devient ajustement. Là où Fanon faisait du soin un acte collectif et démocratique, la Global Mental Health repose sur une expertise internationale qui définit les normes et mesure la conformité : la subversion se transforme en administration.

Didier Fassin éclaire cette mutation avec la notion de « raison humanitaire » : la





souffrance est reconnue et quantifiée, mais rarement replacée dans les structures qui la produisent. La vulnérabilité est administrée plutôt que politisée ; la maladie devient un risque à gérer, non une injustice à transformer.

Covid-19 : révélateur d'une hiérarchie sanitaire mondiale

La gestion internationalisée de la pandémie en Afrique a rendu visible l'architecture de la Global Health. Les modèles épidémiologiques produits dans les centres du Nord ont structuré les réponses, souvent indépendamment des dynamiques locales. Confinements, priorités vaccinales, protocoles hospitaliers ont circulé comme des normes universelles.

La distribution des vaccins a accentué cette asymétrie. Le mécanisme COVAX, présenté comme équitable, s'est inscrit dans un contexte de nationalisme vaccinal et de concentration industrielle. Les États africains ont dépendu de calendriers et de choix technologiques largement définis ailleurs.

Mais la question décisive demeure : où était la parole des sujets ? Les populations ont été réduites à des indicateurs de couverture ou d'« hésitation », interprétée comme déficit d'adhésion plutôt que comme réponse historique à des expériences de domination médicale et de fragilisation étatique. Qui diagnostique la crise ? Qui en nomme les causes ? Qui définit la solution ?

La riposte à la pandémie a sauvé des vies, mais elle a confirmé une hiérarchie décisionnelle où la norme circule du centre vers la périphérie. Relu à la lumière de Fanon, l'enjeu n'est pas de nier les progrès, mais d'interroger le lien entre soin et souveraineté. Lorsque la définition des priorités échappe aux sociétés concernées, la santé demeure un champ de pouvoir. Désaliéner, pour Fanon, signifiait restituer aux sujets la capacité d'agir. La question reste ouverte : la Global Health émancipe-t-elle, ou adapte-t-elle les peuples à un ordre inchangé ?

Conclusion

La dissidence clinique de Fanon nous oblige à poser une question concrète : qui regarde, qui diagnostique, qui décide — et dans quelles structures de dépendance ces décisions s'inscrivent-elles ?





Affirmer qu'il faut « restituer aux peuples la maîtrise de leur santé » n'a de sens que si l'on prend au sérieux les contraintes réelles : fragilité budgétaire des États postcoloniaux, dépendance pharmaceutique, dette, ajustements structurels, fuite des personnels de santé, insertion asymétrique dans l'économie mondiale. La souveraineté sanitaire ne se décrète pas. Elle suppose des capacités industrielles, des infrastructures de formation, une stabilité institutionnelle et la possibilité de définir des priorités nationales sans conditionnalités extérieures. Elle implique aussi de transformer les rapports de pouvoir internes qui fragilisent les systèmes de santé.

Références

Fanon, F. (1952). *Le syndrome nord-africain*.

Fanon, F. (2015). *Écrits sur l'aliénation et la liberté*. Paris : La Découverte.

Fanon, F. (2018). *Œuvres II*. Paris : La Découverte.

Peiretti-Courtis, D. (2016). *Corps noirs et médecins blancs*. Paris : La Découverte.

Fassin, D. (2018). *La raison humanitaire*. Paris : Seuil.

Van Lerberghe, W., & de Brouwere, V. (2000). État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne. In *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, numéro spécial, 175-190.

Arnold, D. (1994). *Medicine and colonialism*. In W. F. Bynum & R. Porter (Eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge.

Snyder, F. G. (1974). Health policy and the law in Senegal. *Social Science & Medicine*, 8 (1), 11-28.

McGoey, L. (2012). Philanthrocapitalism and its critics. *Poetics*, 40(2), 185-199.

Pour citer cet article :

Félix Atchade, *La clinique comme dissidence : Frantz Fanon et la critique politique de la*



santé mondiale, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 56 mars
2026.

