

---

Le « syndrome nord-africain »

Author(s): FRANTZ FANON

Source: *Esprit*, FÉVRIER 1952, Nouvelle Série, No. 187 (2) (FÉVRIER 1952), pp. 237-248

Published by: Editions Esprit

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/24252443>

## REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

[https://www.jstor.org/stable/24252443?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/24252443?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

---

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact [support@jstor.org](mailto:support@jstor.org).

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to  
*Esprit*

JSTOR

# Le « syndrome nord-africain »

PAR FRANTZ FANON

ON dit volontiers que l'homme est sans cesse en question pour lui-même, et qu'il se renie lorsqu'il prétend ne plus l'être. Or il semble qu'il doit être possible de décrire une dimension première de tous les problèmes humains. Plus précisément : que tous les problèmes que se pose l'homme au sujet de l'homme peuvent se ramener à cette question :

« N'ai-je pas, du fait de mes actes ou de mes abstentions, contribué à une dévalorisation de la réalité humaine ? »

Question qui pourrait se formuler encore :

« Ai-je en toute circonstance réclamé, exigé l'homme qui est en moi ? »

Je veux montrer dans ces lignes que, dans le cas particulier du Nord-Africain émigré en France, une théorie de l'inhumanité risque de trouver ses lois et ses corollaires.

Tous ces hommes qui ont faim, tous ces hommes qui ont froid, tous ces hommes qui ont peur...

Tous ces hommes qui nous font peur, qui écrasent l'émeraude jalouse de nos rêves, qui bousculent la fragile courbe de nos sourires, tous ces hommes en face de nous, qui ne nous posent point de questions, mais à qui nous en posons d'étranges.

Quels sont-ils ?

Je vous le demande, je me le demande. Quelles sont-elles, ces créatures affamées d'humanité qui s'arc-boutent aux frontières impalpables (mais je les sais d'expérience terriblement nettes) de la reconnaissance intégrale ?

Quelles sont-elles, en vérité, ces créatures, qui se dissimulent, qui sont dissimulées par la vérité sociale sous les attributs de *bicot, bounioule, arabe, raton, sidi, mon z'ami* ?

THÈSE I. — *Que le comportement du Nord-Africain provoque souvent de la part du personnel médical une attitude de défiance quant à la réalité de sa maladie.*

A l'exception des cas d'urgence : occlusion intestinale, blessures, accidents, le Nord-Africain se présente baigné de vague.

Il a mal dans le ventre, dans la tête, dans le dos, il a mal partout. Il souffre atrocement, son visage est éloquent, c'est une souffrance qui en impose.

— Qu'est-ce que c'est, mon ami ?

— Je vais mourir, monsieur le docteur.

La voix est cassée, imperceptible.

— Où as-tu mal ?

— Partout, monsieur le docteur.

Surtout, n'exigez aucune précision ; vous n'en obtiendriez pas. Par exemple, dans les douleurs d'allure ulcéreuse, il est important de connaître l'horaire des algies. Cette conformité aux catégories du temps, le Nord-Africain semble y être hostile. Ce n'est pas incompréhension, car souvent il vient accompagné d'un interprète. On dirait qu'il lui coûte de retourner là où il n'est plus. Le passé, pour lui, est un passé cuisant. Ce qu'il espère, c'est de ne jamais plus souffrir, de ne jamais plus être face à face avec ce passé. Cette douleur présente, qui mobilise ainsi les muscles de son visage, lui suffit. Il ne comprend pas qu'on veuille lui imposer, même par le souvenir, celle qui n'est déjà plus. Il ne comprend pas pourquoi le médecin lui pose tant de questions.

— Où as-tu mal ?

— Dans le ventre. (Il montre alors thorax et abdomen.)

— A quel moment ?

— Tout le temps.

— Même la nuit ?

— Surtout la nuit.

— Tu as davantage mal la nuit que le jour, hein ?

— Non, tout le temps.

— Mais plus la nuit que le jour ?

— Non, tout le temps.

— Et où ça fait le plus mal ?

— Là. (Il montre alors thorax et abdomen.)

Voilà, dehors des malades attendent et, chose grave, on a l'impression que le temps ne changerait rien à l'affaire. On part donc avec un diagnostic de probabilité et on institue corrélativement une thérapeutique approximative.

— Suis ce traitement pendant un mois. Si tu n'es pas amélioré, reviens me voir.

Alors, deux solutions :

1<sup>o</sup> Le consultant n'est pas immédiatement soulagé, et il retourne à la consultation trois ou quatre jours après. Cette démarche nous dresse contre lui, car nous savons qu'il y a un délai de prise en charge (nous nous excusons de cette expression) de la lésion par le médicament prescrit.

On le lui fait comprendre : plus exactement, on le lui dit. Mais notre malade ne nous a pas entendu. Il *est* sa douleur et il refuse de comprendre tout langage et le chemin n'est pas loin, qui conduit à cette proposition :

C'est parce que je suis Arabe qu'ils ne me soignent pas comme les autres.

2<sup>o</sup> Le consultant n'est pas immédiatement soulagé, mais il ne retourne pas dans le même service, ni chez le même médecin.

Il va ailleurs. Il part de ce principe qu'il faut, avant d'obtenir satisfaction, frapper à toutes les portes, et il frappe. Il frappe avec acharnement. Avec douceur. Avec naïveté. Avec rage.

Il frappe. On lui ouvre. Toujours on lui ouvre. Et il raconte *sa* douleur. Qui devient de plus en plus sienne. Il l'expose avec volubilité maintenant. Il la saisit dans l'espace, la met sous le nez du médecin. Il la prend, la touche de ses dix doigts, la développe, l'expose. Elle grossit à vue d'œil. Il la ramasse sur toute la surface de son corps et après quinze minutes d'explications gestuelles, l'interprète (déroutant comme il se doit) nous traduit : il dit qu'il a mal au ventre.

Toutes ces incursions dans l'espace, tous ces spasmes de la face, tous ces écarquillements ne voulaient exprimer qu'une douleur vague. Nous ressentons une sorte de frustration dans le domaine de l'explication. La comédie, ou le drame, recommence : diagnostic et thérapeutique approximatifs.

Il n'y a pas de raison pour que la roue s'arrête. Un jour, on lui fera une radiographie qui montrera un ulcère ou une gastrite. Ou qui ne montrera le plus souvent rien du tout. On dira de son algie qu'elle est « fonctionnelle ».

Cette notion est d'importance et mérite qu'on s'y arrête. Une chose est dite vague quand elle manque de consistance, de réalité objective. La douleur du Nord-Africain, à laquelle nous ne trouvons pas de base lésionnelle, est jugée inconsistante, irréelle. Or, le Nord-Africain *est* celui qui n'aime pas le travail. De sorte que toutes ses démarches seront interprétées à partir de *cet a priori*.

Un Nord-Africain entre dans le service pour lassitude, asthénie, faiblesse. On lui institue un traitement actif à base de recons-

tituants. Au bout de vingt jours on décide sa sortie. Il se découvre alors une autre maladie.

— C'est le cœur qui voltige là-dedans.

— C'est la tête qui éclate.

Devant cette crainte de la sortie, on arrive à se demander si la faiblesse pour laquelle il fut traité ne répondait pas à quelque vertige. On arrive à se demander si l'on ne fut pas le jouet de ce malade qu'on n'a jamais très bien compris. La suspicion fait son apparition. Dorénavant, on se méfiera des symptômes allégués.

La chose est nette en hiver ; aussi certains services sont-ils littéralement submergés de Nord-Africains au moment des grands froids. Il fait si bon dans une salle d'hôpital.

Dans un service, un médecin tançait un Européen atteint de sciatique et qui circulait toute la journée dans les salles. Il lui expliquait que le repos représentait dans ce cas particulier la moitié de la thérapeutique. Avec les Nord-Africains, ajouta-t-il à notre intention, le problème est différent : pas besoin de leur conseiller le repos, ils sont toujours au lit.

Devant cette douleur sans lésion, cette maladie répartie dans et sur tout le corps, cette souffrance continue, l'attitude la plus facile et à laquelle on est plus ou moins rapidement conduit, est la négation de toute morbidité. A l'extrême, le Nord-Africain est un simulateur, un menteur, un tire-au-flanc, un fainéant, un feignant, un voleur <sup>1</sup>.

THÈSE II. — *Que l'attitude du personnel médical est très souvent a prioriste. Le Nord-Africain n'arrive pas avec un fond commun à sa race, mais sur un fond bâti par l'Européen. Autrement dit, le Nord-Africain, spontanément, du fait de son apparition, entre dans un cadre préexistant.*

Depuis quelques années se manifeste une orientation médicale qu'on pourrait, très rapidement, dénommer néo-hypocratie. Cette tendance veut qu'en face du malade, les médecins se soucient moins de porter un diagnostic d'organe qu'un diagnostic de fonction. Mais ce courant d'idées ne s'est pas encore imposé dans les chaires où la pathologie est enseignée. Il y a un vice de construction dans la pensée du praticien. Un vice extrêmement dangereux.

Nous allons le saisir sur le fait.

Je suis appelé en consultation d'urgence auprès d'un malade. Il est deux heures du matin. La chambre est sale, le malade est sale. Ses parents sont sales. Tout le monde pleure. Tout le monde crie. L'impression étrange que la mort n'est pas loin. Le jeune

---

1. Cf. *La Sécurité sociale ? C'est nous qui payons !*

médecin expulse toute déroute de son âme. Il se penche « objectivement » sur ce ventre d'allure si chirurgicale.

Il touche, il palpe, il percute, il interroge, mais il n'obtient que des gémissements, il repalpe, derechef percute, et le ventre se contracte, se défend... Il ne « voit rien ». Pourtant, si c'était chirurgical ? S'il laissait passer quelque chose ? Son examen est négatif mais il n'ose repartir. Après pas mal d'hésitations, il dirigera son malade sur un centre avec le diagnostic de ventre chirurgical. Trois jours après, il voit arriver à son cabinet le « ventre chirurgical » souriant, complètement guéri. Et ce que le malade ignore, c'est qu'il y a une pensée médicale exigeante et que cette pensée, il l'a bafouée.

La pensée médicale va du symptôme à la lésion. Dans les illustres assemblées, dans les congrès internationaux de médecine, on s'est mis d'accord sur l'importance des systèmes neuro-végétatifs, du diencéphale, des glandes endocrines, des liaisons psychosomatiques, des sympathalgies, mais on continue à enseigner aux médecins que tout symptôme réclame sa lésion. Le malade est celui qui alléguant des céphalées, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, présentera en même temps une hypertension artérielle. Mais, qu'à l'occasion de ces mêmes symptômes on ne trouve ni hypertension, ni tumeur intracrânienne, en tout cas rien de positif, le médecin alors verra la pensée médicale en défaut ; et comme toute pensée est pensée de quelque chose, il verra *le malade* en défaut, — un malade indocile, indiscipliné, qui ignore la règle du jeu. Cette règle, pourtant si rigoureuse, qui s'énonce ainsi : Tout symptôme suppose une lésion.

Ce malade, que vais-je en faire ? Du service où je l'avais envoyé pour intervention probable, il me revient avec un diagnostic de « syndrome nord-africain ». Et il est vrai que le jeune hypo de première arrivée entrera en contact avec Molière à travers les Nord-Africains de son service. Malade imaginaire ! Si Molière (je vais dire une idiotie, mais toutes ces lignes ne font qu'explicitier, ne font que rendre flagrante une plus vaste idiotie), si Molière avait eu le privilège de vivre au xx<sup>e</sup> siècle, il n'eût certainement pas écrit *le Malade imaginaire*, car il ne fait de doute pour personne qu'Argan est malade. Malade, il l'est activement :

*Comment, coquine ! Si je suis malade ! Si je suis malade, impudente !*

Syndrome nord-africain. Aujourd'hui, le Nord-Africain qui se présente à une consultation supporte le poids mort de tous ses compatriotes. Tous ceux qui n'avaient que des symptômes, tous ceux à propos de qui l'on disait : « Rien à se mettre sous la

dent. » (Entendez : pas de lésion.) Mais le malade qui est là, en face de moi, ce corps que je suis forcé de supposer balayé par une conscience, ce corps qui n'est plus tout à fait corps ou du moins qui est doublement corps puisque ahuri d'épouvante, — ce corps qui me demande de l'écouter sans toutefois m'y attarder, — provoquera en moi une révolte.

— Où as-tu mal ?

— L'estomac. (Et il montre le foie.)

Je me fâche. Je lui dis que l'estomac est à gauche, que ce qu'il montre c'est le siège du foie. Il ne se démonte point, il parcourt de la paume de la main ce ventre mystérieux :

— Tout ça fait mal.

Moi je sais que dans « tout ça », il y a trois organes ; en toute rigueur cinq ou six. Que chaque organe a sa pathologie. Cette pathologie inventée par l'Arabe ne nous intéresse pas. C'est une pseudo-pathologie. L'Arabe est un pseudo-malade.

Tout Arabe est un malade imaginaire. Le jeune médecin ou le jeune étudiant qui n'a jamais vu un Arabe malade, *sait* (*cf.* la vieille tradition médicale) que « ces types sont des farceurs ». Il y a quelque chose qui pourrait donner lieu à réflexion. En face d'un Arabe, l'étudiant ou le médecin est enclin à employer la deuxième personne du singulier. C'est gentil, nous dira-t-on... pour les mettre à l'aise... ils ont l'habitude... Je m'excuse, je me sens incapable d'analyser ce phénomène sans abandonner l'attitude objective que je me suis imposée.

C'est plus fort que moi, me disait un interne, je ne puis les aborder de la même façon que les autres malades.

Eh oui ! c'est plus fort que moi. Si vous saviez ce qui dans ma vie est plus fort que moi. Si vous saviez ce qui dans ma vie me harcèle aux heures où les autres engourdissent leur cerveau. Si vous saviez... mais vous ne saurez pas.

Le personnel médical découvre l'existence d'un syndrome nord-africain. Non pas expérimentalement, mais selon une tradition orale. Le Nord-Africain prend place dans ce syndrome asymptomatique et se situe automatiquement sur un plan d'indiscipline (*cf.* discipline médicale), d'inconséquence (par rapport à la loi : tout symptôme suppose une lésion), d'insincérité (il dit souffrir alors que nous savons ne pas exister de *raisons* de souffrir). Il y a une idée mobile qui est là, à la limite de ma mauvaise foi, et quand l'Arabe se dévoilera à travers son langage :

« Monsieur le docteur, je vais mourir. »

Cette idée, après avoir parcouru quelques sinuosités, s'imposera, m'en imposera.

Décidément, ces types ne sont pas sérieux.

THÈSE III. — *Que les meilleures volontés, les plus pures intentions demandent à être éclairées. — De la nécessité de porter un diagnostic de situation.*

Le docteur Stern, dans un article sur la médecine psychosomatique, reprenant les travaux de Heinrich Meng, écrit : « Il ne faut pas seulement trouver quel est l'organe atteint, de quelle nature sont les lésions organiques, si elles existent et quel microbe a envahi l'organisme ; il ne suffit pas de connaître la « constitution somatique » du malade, mais il faut essayer de connaître ce que Meng appelle sa « situation », c'est-à-dire ses relations avec son entourage, ses occupations et ses préoccupations, sa sexualité, sa tension intérieure, son sentiment de sécurité ou d'insécurité, les dangers qui le menacent ; et ajoutons aussi son évolution, l'histoire de sa vie. Il faut faire un « diagnostic de situation »<sup>1</sup>.

Le docteur Stern nous propose un plan magnifique, nous le suivrons.

1<sup>o</sup> RELATIONS AVEC L'ENTOURAGE. — Faut-il vraiment en parler. N'y a-t-il pas un certain comique à parler des relations du Nord-Africain avec son entourage, en France ? A-t-il des relations ? A-t-il un entourage ? N'est-il pas seul ? Ne sont-ils pas seuls ? Ne nous paraissent-ils pas absurdes, c'est-à-dire sans fondement, dans les trams ou dans les trolleybus ? D'où viennent-ils ? Où vont-ils ? De temps à autre on les aperçoit travaillant à quelque édifice, mais on ne les *voit* pas, on les aperçoit, on les entrevoit. Entourage ? Relations ? Il n'y a pas de contacts. Il n'y a que des heurts. Sait-on ce que ce mot contact renferme de doux et de poli (pas de policé, de poli) ? Y a-t-il contacts ? Y a-t-il relations ?

2<sup>o</sup> OCCUPATIONS ET PRÉOCCUPATIONS. — Il travaille, il est occupé, il s'occupe, on l'occupe. Ses préoccupations ? Je crois que le mot n'existe pas dans sa langue. Se préoccuper de quoi ? En France on dit : il se préoccupe de trouver du travail ; en Afrique du Nord : il s'occupe à trouver du travail.

— Pardon madame, selon vous, quelles sont les préoccupations du Nord-Africain ?

---

1. Dr E. Stern. Médecine psycho-somatique, *Psyché*, janv.-févr. 1949, p. 128.



3° SEXUALITÉ. — Je vous entends, elle est faite de viol. Pour montrer à quel point une étude scotomisante peut être préjudiciable au dévoilement authentique d'un phénomène, je voudrais reproduire quelques lignes d'une thèse de doctorat en médecine soutenue à Lyon en 1951 par le docteur Léon Mugniery :

« Dans la région stéphanoise, huit sur dix ont épousé des prostituées. La plupart des autres vivent en collage accidentel et de courte durée, quelquefois maritalement. Souvent ils hébergent pendant quelques jours une ou plusieurs prostituées auxquelles ils conduisent leurs amis.

» *Car la prostitution semble jouer un rôle important dans le milieu nord-africain*<sup>1</sup>... Elle découle du fort appétit sexuel qui est l'apanage de ces méridionaux au sang chaud. »

Plus loin :

« Sans doute peut-on faire de nombreuses objections et montrer par des exemples multiples que les essais entrepris pour loger convenablement les Nord-Africains sont autant d'échecs.

» Il s'agit d'hommes jeunes pour la plupart (25 à 35 ans), avec de gros besoins sexuels, que les liens d'un mariage mixte ne peuvent fixer que temporairement, pour lesquels l'homosexualité est un penchant désastreux...

» Il existe peu de solutions à ce problème : ou bien, malgré *les risques*<sup>2</sup> que comporte un certain envahissement par la famille arabe, on doit favoriser le regroupement de cette famille en France et faire venir des jeunes filles et des femmes arabes ; ou bien il faut tolérer pour eux des maisons closes...

» Si l'on ne devait pas tenir compte de ces facteurs, on risquerait de s'exposer de plus en plus à des tentatives de viol dont les journaux nous citent des exemples constants. La morale publique a sans doute plus à craindre de l'existence de ces faits que de l'existence des maisons de tolérance. »

Et pour terminer, le docteur Mugniery dénonce l'erreur du gouvernement français en écrivant en lettres capitales dans sa thèse cette phrase : « L'OCTROI DE LA CITOYENNETÉ FRANÇAISE CONFÉRANT L'ÉGALITÉ DES DROITS, SEMBLE AVOIR ÉTÉ TROP PRÉCOCE ET BASÉ SUR DES RAISONS SENTIMENTALES ET POLITIQUES, PLUS QUE SUR LE FAIT DE L'ÉVOLUTION SOCIALE ET INTELLECTUELLE D'UNE RACE A CIVILISATION PARFOIS RAFFINÉE, MAIS A COMPORTEMENT SOCIAL, FAMILIAL ET SANITAIRE ENCORE PRIMITIF. » (p. 45)

1. <sup>1</sup> Souligné par moi (p. 20).

2. <sup>2</sup> Souligné par moi (p. 20).

## LE SYNDROME NORD-AFRICAÏN

Faut-il ajouter quelque chose, faut-il reprendre les unes après les autres ces phrases absurdes, faut-il rappeler au docteur Mugniery que si les Nord-Africains en France se contentent de prostituées, c'est parce que, premièrement, ils y trouvent des prostituées, et qu'ensuite ils n'y trouvent pas de femmes arabes (qui pourraient envahir la nation).

4° SA TENSION INTÉRIEURE. — Aucune réalité ? Autant parler de la tension intérieure d'une pierre. Tension intérieure ! Cette blague !

5° SON SENTIMENT DE SÉCURITÉ OU D'INSÉCURITÉ. — Le premier terme est à éliminer. Le Nord-Africain est en perpétuelle insécurité. Insécurité plurisegmentaire.

Je me demande à certains moments s'il ne serait pas bon de révéler au Français moyen que c'est un malheur d'être Nord-Africain. Le Nord-Africain n'est jamais sûr. Il a des droits, me direz-vous, mais il ne les connaît pas. Ah ! Ah ! Il n'a qu'à les connaître. La connaissance. Eh oui ! nous retombons sur nos pieds. Droits, Devoirs, Citoyenneté, Egalité, que de belles choses ! Le Nord-Africain au seuil de la Nation française — qui est, nous dit-on, la sienne — vit dans le domaine politique, sur le plan civique, un imbroglio que personne ne veut voir en face. Quel rapport avec le Nord-Africain en milieu hospitalier ? Justement, il y a un rapport.

6° LES DANGERS QUI LE MENACENT.

Menacé dans son affectivité,

Menacé dans son activité sociale,

Menacé dans son appartenance à la cité,

le Nord-Africain réunit toutes les conditions qui font un homme malade.

Sans famille, sans amour, sans relations humaines, sans communion avec la collectivité, la première rencontre avec lui-même se fera sur un mode névrotique, sur un mode pathologique, il se sentira vidé, sans vie, en corps à corps avec la mort, une mort en deçà de la mort, une mort dans la vie, et qu'y a-t-il de plus pathétique que cet homme aux muscles robustes qui nous dit de sa voix véritablement cassée : « Docteur, je vais mourir. »

7° SON ÉVOLUTION ET L'HISTOIRE DE SA VIE. — Il vaudrait mieux dire l'histoire de sa mort. Une mort quotidienne.

Une mort dans le tram,

une mort à la consultation,

une mort avec les prostituées,

une mort au chantier,

FRANTZ FANON

une mort au cinéma,  
une mort multiple dans les journaux,  
une mort dans la crainte de tous les honnêtes gens de sortir  
après minuit.

Une mort,  
oui une MORT.

— Tout cela est bien beau, nous dira-t-on, mais quelle solution proposez-vous ?

Vous le reconnaissez, ils sont vagues, amorphes...

« Il faut qu'on soit dans leur dos. »

« Il faut les pousser hors de l'hôpital. »

« Si on les écoutait on prolongerait indéfiniment leur convalescence. »

« Ils ne savent pas s'expliquer. »

Et puis ils sont menteurs

et puis ils sont voleurs (voleur comme un Arabe)

et puis, et puis, et puis

l'Arabe est un voleur

tous les Arabes sont des voleurs.

C'est une race feignante

sale

dégueulasse

Y a rien à en faire

rien à en tirer

bien sûr, c'est dur pour eux d'être ainsi

d'être comme ça

mais, enfin, admettez que la faute ne vient pas de nous.

— Justement, la faute vient de nous.

Justement, la faute est TA faute.

Comment, des hommes vont et viennent le long d'un couloir que tu as construit sans eux, où tu n'as ménagé aucun banc où ils puissent se reposer, où tu as cristallisé un tas d'épouvantails qui leur giflent rageusement le visage, où ils se blessent la face, la poitrine, le cœur.

Où ils ne trouvent pas de place

où tu ne leur fais pas de place

où il n'y a absolument pas place pour eux

et tu oses me dire que cela ne t'intéresse pas !

Que ce n'est pas ta faute !

Comment, cet homme que tu chosifies en l'appelant systématiquement Mohammed, que tu reconstruis, ou plutôt que tu dissous, à partir d'une idée, une idée que tu sais dégueulasse (tu le sais bien, tu lui enlèves quelque chose, ce quelque chose

pour lequel il n'y a pas bien longtemps tu étais prêt à tout quitter, même la vie) eh bien ! *cet homme-ci*, tu n'as pas l'impression de le vider de sa substance ?

Ils n'ont qu'à rester chez eux !

Eh oui ! Voici le drame : ils n'ont qu'à rester chez eux. Seulement on leur a dit qu'ils étaient Français. Ils l'ont appris à l'école. Dans la rue. Dans les casernes. (Où il y avait des chaussures à leur pied). Sur les champs de bataille. On leur a introduit la France partout où, dans leur corps et dans leur « âme », il y avait place pour quelque chose d'apparemment grand.

Maintenant, on leur répète sur tous les tons qu'ils sont chez « nous ». Que s'ils ne sont pas contents, ils n'ont qu'à retourner dans leur kasbah. Car là encore, il y a un problème.

Quelles que soient les vicissitudes rencontrées par lui en France, prétendent certains, le Nord-Africain sera plus heureux chez lui...

On s'est aperçu en Angleterre que des enfants magnifiquement nourris, ayant chacun deux nurses entièrement à leur service, mais vivant en dehors du milieu familial, présentaient une morbidité deux fois plus importante que ceux moins bien nourris mais vivant au milieu de leurs parents. Sans aller si loin, qu'on pense à tous ceux qui mènent une vie sans avenir dans leur pays et qui refusent de belles situations à l'étranger. A quoi sert la belle situation quand elle n'aboutit pas à un milieu familial ou parental, quand elle ne permet pas l'épanouissement du « milieu » ?

La science psychanalytique tient l'expatriement pour un phénomène morbide. Ce en quoi elle a parfaitement raison.

Ces considérations nous permettent de conclure :

1<sup>o</sup> Le Nord-Africain ne sera jamais plus heureux en Europe que chez lui car il lui est demandé de vivre sans la matière même de son affectivité. Coupé de ses origines et coupé de ses fins, il est une chose jetée dans le grand fracas, courbée sous la loi de l'inertie.

2<sup>o</sup> Il y a dans ce propos une mauvaise foi manifeste et abjecte. Si le standard de vie (?) mis à la disposition du Nord-Africain en France est supérieur à celui auquel il était habitué chez lui, cela veut dire qu'il reste beaucoup à faire dans son pays, dans cette « autre partie de la France ».

Qu'il y a des immeubles à construire, des écoles à ouvrir, des routes à tracer, des taudis à démolir, des villes à faire surgir de terre, des hommes et des femmes, des enfants et des enfants à garnir de sourires.

Cela veut dire qu'il y a du travail là-bas, du travail humain, c'est-à-dire du travail qui soit la signification d'un foyer. Pas celle d'une chambre ou d'un casernement. Cela veut dire que sur tout le territoire de la nation française (métropole et Union française) il y a des pleurs à sécher, des attitudes inhumaines à combattre, des *mon z'ami* à rendre inadmissibles, des hommes à humaniser, des rues Moncey<sup>1</sup> à rendre à la circulation.

Votre solution, monsieur ?

Ne me poussez pas à bout. Ne m'obligez pas à vous dire ce que vous devriez savoir, monsieur. Si TU ne réclames pas l'homme qui est en face de toi, comment veux-tu que je suppose que tu réclames l'homme qui est en toi ?

Si TU ne veux pas l'homme qui est en face de toi, comment croirai-je à l'homme qui est peut-être en toi ?

Si TU n'exiges pas l'homme, si TU ne sacrifies pas l'homme qui est en toi pour que l'homme qui est sur cette terre soit plus qu'un corps, plus qu'un Mohammed, par quel tour de passe-passe faudra-t-il que j'acquière la certitude que, toi aussi, tu es digne de mon amour ?

Frantz FANON.

### *Morbidité.*

Il ne faudrait pas conclure hâtivement de l'article de Frantz Fanon que les Nord-Africains n'ont pas de « vraies » maladies. Bien au contraire, la morbidité de la communauté nord-africaine en France est deux fois plus importante que la morbidité d'un groupe correspondant de métropolitains. Outre les maladies indigènes<sup>2</sup> (amibiase, trachome, paludisme, etc...), les maladies contractées dans la métropole font d'énormes ravages chez les Nord-Africains, en s'installant sur un terrain mal préparé, mal défendu. Comme nous l'écrivait un étudiant en Médecine de Lyon :

*Ce sont nos microbes, nos pneumopathies, nos maladies professionnelles, notre tréponème, nos infections de toute sorte, et, par-dessus tout, notre bacille de Koch, qui tuent nos hôtes. L'Académie de Médecine s'est un jour couverte de honte dans une déclaration<sup>3</sup> d'un égoïsme insensé qui mettait en garde contre le danger pour la*

1. Rue d'un quartier pauvre de Lyon qu'habitent de nombreux Nord-Africains.

2. Voir à ce sujet les deux cahiers des ESNA : Santé des Nord-Africains en France.

3. « L'Académie nationale de Médecine constate que, depuis la suppression du contrôle médical des travailleurs nord-africains, des cas de maladies infectieuses, de tuberculose, ont été apportés dans la métropole et qu'il importe d'éviter ce danger de contagion ; ne peut que renouveler son vœu