

DIDIER FASSIN
RICHARD RECHTMAN
L'EMPIRE
DU TRAUMATISME
ENQUÊTE
SUR LA CONDITION
DE VICTIME

Flammarion

Extrait de la publication

L'EMPIRE
DU TRAUMATISME

DES MÊMES AUTEURS

Didier Fassin

L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 1996.

Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Kathala, coll. « Hommes et sociétés », 2000.

Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, Paris, La Découverte, coll. « Alternatives sociales », 2004.

Quand les corps se souviennent. Expérience et politique du sida après l'apartheid, La Découverte, coll. « Armillaire », Paris, 2006.

Richard Rechtman
(sous la direction)

Victimes. Traumatismes, psychiatrie humanitaire et droits de l'homme, L'Évolution psychiatrique, Elsevier, Paris, 2002.

Didier FASSIN
Richard RECHTMAN

L'EMPIRE DU TRAUMATISME

Enquête sur la condition de victime

Flammarion

© Éditions Flammarion, Paris, 2007
ISBN : 978-2-0821-0449-4

Pour Anne-Claire et Vannina.

INTRODUCTION

LE NOUVEAU LANGAGE DE L'ÉVÉNEMENT

Dans les jours qui ont suivi l'attentat du 11 septembre 2001 contre les tours du World Trade Center à New York, on estime que neuf mille spécialistes de santé mentale, parmi lesquels sept cents psychiatres, sont intervenus pour apporter un soutien psychologique aux rescapés, aux témoins, aux habitants¹. Un mois plus tard, une enquête de la New York Academy of Medicine, conduite auprès d'un millier de personnes vivant dans la partie sud de Manhattan, mettait en évidence des taux de 7,5 % d'état de stress post-traumatique et de 9,7 % de dépression, un accroissement de la consommation de psychotropes et d'alcool, et un recours inhabituellement élevé aux services de santé mentale. Mais ces phénomènes étaient surtout observés dans la population blanche ayant reçu une éducation de niveau universitaire².

1. Voir l'article de Richard Gist et Grant Devilly dans le *Lancet* (2002) et celui de Matthew Dougherty sur le site de Columbia University Health Sciences (www.cumc.columbia.edu/news/in-vivo, consulté le 25 avril 2005).

2. Voir Sandro Galea *et al.* (2002) et Joseph Boscarino *et al.* (2004). « L'état de stress post-traumatique et la dépression sont les deux séquelles psychologiques de traumatisme et de catastrophe les plus fréquemment étudiées », écrivent les premiers dans le *New England Journal of Medicine*. « Les disparités ethniques et raciales dans l'utilisation des structures de santé mentale après la catastrophe sont surprenantes car des services gratuits de soutien étaient disponibles à New York après l'attaque »,

Peu après, une autre étude, menée cette fois sur un échantillon plus important, représentatif de l'ensemble des États-Unis, révélait un état de stress post-traumatique chez 4 % des Américains, ce qui n'est, apprenait-on à cette occasion, que la proportion statistiquement prévisible dans la population générale de ce pays, indépendamment du drame new-yorkais ; autrement dit, il semblait exister une sorte de bruit de fond traumatique sur lequel l'attentat n'avait finalement pas eu d'effet majeur ; élément notable, ce chiffre était cependant plus élevé parmi les personnes qui avaient été exposées de façon prolongée au spectacle télévisuel de l'attaque contre les tours jumelles¹. Au cours de cette période, nombre de sites Internet professionnels furent créés ou aménagés afin de pouvoir répondre à la demande de soutien psychologique. Quelque trois années après l'événement, un moteur de recherche électronique donnait près d'un million et demi de résultats lorsqu'on associait la date du 11 septembre à la notion de traumatisme². Très rapidement, le monde politique nord-américain se saisit lui aussi de l'attentat – non seulement, comme on le sait, pour renforcer son autorité internationale, fondée sur un ordre sécuritaire mis en place par George W. Bush et son secrétaire d'État Donald Rumsfeld, mais également, et on le dit moins, pour se donner une légitimité locale, faite d'empathie et de réassurance. Lorsqu'en décembre 2002, à Los Angeles, la Foundation for Psychocultural Research organisa un important colloque sur le « *Posttraumatic stress disorder* » (PTSD), c'est tout naturellement à

s'étonnent les seconds qui constatent, dans la revue *Psychiatric Services*, que les « Africains-Américains » et les « Hispaniques » ont consulté deux fois moins que les « Blancs », y compris lorsqu'ils présentaient des signes post-traumatiques.

1. Voir W. E. Schlenger *et al.* (2002). Si les chiffres concernant la population de New York étaient plus élevés que la moyenne nationale, les taux pour la ville de Washington étaient paradoxalement plus faibles.

2. Interrogation avec les mots-clés « Trauma September 11 » effectuée le 25 avril 2005 sur Google (1 470 000 réponses). Parmi les sites : www.traumaresponse.org (avec la base de données « The 9/11 Trauma Response Database ») et www.psychologistshelp.org (avec des conseils prodigués dans « Coping with 9/11 »).

l'ancien maire de New York, Rudolph Giuliani, salué pour sa gestion de la crise, qu'elle demanda d'en prononcer la conférence inaugurale¹. Ainsi, psychologues à l'écoute des victimes et épidémiologistes comptabilisant les séquelles, spécialistes de l'Internet et champions de la politique, tous se retrouvaient autour d'une même évidence : rescapés ou témoins, mais aussi téléspectateurs, les habitants des États-Unis souffraient d'avoir été exposés à un événement traumatique dont les conséquences relevaient principalement d'une prise en charge psychiatrique.

De toutes les possibles conséquences humaines de l'attentat – mis à part, cela va de soi, les milliers de personnes qui ont trouvé la mort –, c'est donc l'empreinte psychologique qui apparaît aujourd'hui la plus patente, la plus durable et la plus incontestable : passé le deuil, demeure le traumatisme. Ce terme doit, du reste, s'entendre à la fois au sens restreint que la santé mentale lui confère (la trace laissée dans le psychisme) et en suivant l'usage toujours plus répandu dans le sens commun (une brèche ouverte dans la mémoire collective), car le traumatisme concerne à la fois les New-Yorkais et les États-Unis, des sujets et une nation. De l'acception littérale des psychiatres (le choc psychologique) à l'extension métaphorique dans les médias (le drame social) – et souvent, d'ailleurs, on passe au sein d'un même discours de l'une à l'autre sans précaution particulière –, la notion de traumatisme s'impose donc comme un lieu commun du monde contemporain, autrement dit comme une vérité partagée. Nul ne songe en effet à mettre en doute que les habitants de Manhattan et même une part importante des citoyens des

1. Colloque « *Posttraumatic Stress Disorder* », UCLA, 12-15 décembre 2002. Les organisateurs écrivent dans le programme : « Ce colloque porte sur les effets profonds des expériences traumatiques qui persistent longtemps après les événements horribles en eux-mêmes. La tragédie du 11 septembre 2001 l'atteste et souligne l'importance de comprendre de quelles manières le traumatisme forme et est formé par notre culture et notre biologie. » Ils ajoutent, pour justifier la présence de son invité d'honneur : « Le 11 septembre 2001, le maire Giuliani a apporté la force et la stabilité aux citoyens de New York en ces temps de grand traumatisme. »

États-Unis soient affectés psychologiquement et relèvent, par conséquent, d'une prise en charge spécialisée. Personne ne s'étonne de la présence massive des psychologues et des psychiatres sur cette scène du malheur. Chacun adhère à cette lecture qui nous est proposée de l'événement. Face à la violence des faits et même à celle de leur représentation télévisuelle, le recours à la notion de traumatisme s'impose avec une telle évidence que la réponse thérapeutique que la société apporte apparaît comme un progrès, à la fois dans la connaissance des réalités vécues par les personnes exposées (directement ou non) et dans leur prise en charge par la société et ses représentants.

La réaction à l'attaque contre le World Trade Center, si elle est, à cet égard, exemplaire par la force qu'elle confère à la réalité du traumatisme, n'en est pas moins l'illustration d'un fait social de portée générale. En France, après l'accident d'avion survenu à Charm el-Cheikh comme lors du retour précipité des expatriés de Côte-d'Ivoire, pour les passagers confrontés à l'effondrement du terminal de Roissy comme pour les rescapés du tsunami en Asie du Sud¹, des dispositifs de crise et de soutien psychologique sont mis en place pour les familles qui attendent ou qui arrivent à l'aéroport : là, dans des boxes spécialement installés, psychiatres et psychologues offrent leurs services aux personnes qui le veulent, pour un « débriefing », consultation en urgence à vertu préventive². De même, lors des inondations de la Somme au printemps 2001 et dans le Gard à l'automne 2002, dans les suites de la prise d'otages dans une école primaire à Clichy en 1995 et dans un centre commercial à Cergy en 2001, après le suicide d'un camarade de classe ou l'inscription de

1. Après de longues hésitations, le secrétariat d'État aux Droits des victimes a édité une brochure à l'intention des rescapés du tsunami, dans laquelle figure, en introduction, une note d'avertissement sur les éventuelles conséquences psychologiques de l'événement et une liste d'adresses de consultations spécialisées.

2. Pour une exposition de la technique du « débriefing », dont le nom n'est pas traduit en français, on peut lire les articles de François Lebigot (1998) et de Lionel Bailly (2003).

graffiti injurieux à l'encontre de professeurs en Seine-Saint-Denis, les cellules d'urgence médico-psychologiques interviennent avec leurs experts en psychotraumatologie qui œuvrent aux côtés de leurs collègues réanimateurs et urgentistes des SAMU : des professionnels de la santé mentale, formés à la gestion des crises, effectuent sur-le-champ les opérations de « déchoquage » des victimes et des témoins, des élèves et de leurs enseignants¹. Hors de nos frontières, ce sont des équipes de psychiatres et de psychologues, appartenant à Médecins du monde ou à Médecins sans frontières, qui partent pour venir en aide à des populations lointaines et meurtries par des catastrophes naturelles, des guerres ou d'autres calamités : sinistrés des tremblements de terre en Arménie et en Iran, rescapés des conflits de Bosnie et de Tchétchénie, enfants des rues en Chine et des orphelinats en Roumanie². Sur les champs de bataille, les troubles psychiques deviennent un enjeu majeur pour les commandements militaires, d'abord pour les troupes elles-mêmes – comme l'a montré le syndrome dit de la première guerre du Golfe, affectant les soldats engagés dans cette campagne en 1991 –, ensuite pour les populations civiles, par exemple lors de la seconde guerre du Golfe en 2003. Dans le premier cas, 250 millions de dollars ont été dépensés dans des centaines de programmes destinés à identifier les causes des mystérieux symptômes présentés par les anciens combattants américains ; pourtant, ce sont les psychothérapies comportementales qui se sont largement imposées, faute d'explication satisfaisante sur l'origine exacte de ces troubles. Dans le second, les estimations des autorités américaines, rendues

1. Pour une présentation de la procédure de « déchoquage », correspondant au terme anglais « *defusing* », on peut se référer aux articles de Louis Crocq *et al.* (1998) et de François Ducrocq *et al.* (1999).

2. Les programmes de psychiatrie humanitaire de ces deux organisations font l'objet de dossiers dans leurs revues respectives : *Médecins sans frontières Medical News*, « Spécial psy », 1998, 7^e année, n° 2, et *Médecins du Monde. Journal destiné aux donateurs*, « Les blessures de l'âme », 1999, n° 56.

publiques au moment même où les bombardements sur Bagdad commençaient, anticipaient que cinq cent soixante-dix mille enfants irakiens risquaient de présenter des séquelles post-traumatiques liées au deuxième conflit, nécessitant une prise en charge psychologique¹. Dans cette diversité de situations, qui évoque plutôt une encyclopédie chinoise selon Borges qu'un catalogue raisonné de l'American Psychiatric Association, le plus petit dénominateur commun est le traumatisme, c'est-à-dire l'événement tragique et sa trace psychique.

L'intervention des psychologues et des psychiatres sur le théâtre des guerres et des catastrophes, des violences extrêmes ou ordinaires, est donc devenue chose normale aux yeux de nos contemporains. Personne ne s'étonne plus que ces professionnels de la santé mentale sortent de leurs institutions de soins et de leurs cabinets de consultation pour se porter au-devant des « blessés psychiques ». On admet avec la même facilité que des événements tragiques et douloureux, individuels ou collectifs, impriment dans l'esprit des marques qui, par analogie avec celles qu'ils laissent sur les corps, sont désormais pensées comme des « cicatrices »². Qu'une personne sinistrée lors d'un accident ou d'un attentat réclame une réparation financière, au titre du traumatisme psychique, dans le cadre de la législation sur l'indemnisation des victimes de son pays, cela paraîtra d'autant plus légitime que l'événement et ses conséquences seront perçus comme « réels » par l'ensemble des acteurs – y compris, souvent, si elle n'a été

1. Sur le syndrome de la première guerre du Golfe, on peut lire l'article de Martin Enserink dans *Science* (2003) ; quant aux chiffres concernant les enfants potentiellement victimes du second conflit contre l'Irak, ils sont cités par John Barrie et Adam Piore dans un dossier de *Newsweek* (2003).

2. Dans son livre, Claude Barrois (1998) écrit : « Presque toutes les blessures laissent des cicatrices. Un être qui a presque traversé le miroir n'en revient jamais absolument indemne. Même si sa cicatrice est de bonne texture, elle demeure indélébile. » Ici, on est davantage dans la figure de la métonymie que de la métaphore.

exposée qu'au spectacle du fait réputé traumatisant. Qu'une victime de torture ou de persécution se prévale d'un certificat médical, attestant l'existence de troubles post-traumatiques, pour faire reconnaître son statut de réfugié apparaît à chacun comme une exposition pertinente des faits, précisément parce qu'un lien d'« imputabilité »¹ et de nécessité s'est progressivement constitué entre les sévices et leurs séquelles.

Or, il y a encore un quart de siècle, toutes ces évidences n'en étaient pas. Le traumatisme n'avait guère droit de cité, en dehors des cercles fermés de la psychiatrie et de la psychologie. Sur les scènes du malheur individuel ou collectif, psychiatres et psychologues étaient des acteurs improbables, hormis les rares cas où les tribunaux sollicitaient leur expertise clinique. Et lorsqu'ils intervenaient dans des conflits ou des accidents, ils s'interrogeaient sur la réalité des symptômes des blessés et des rescapés, suspectant toujours, derrière la « névrose » du soldat, une simulation pour éviter de retourner au front² et, derrière la « sinistrose » du travailleur, une recherche plus ou moins consciente de bénéfices secondaires³. La victime – qui, du reste, n'était guère pensée sous

1. En 1995, Allan Young a retracé les débats au Congrès américain autour de l'enjeu de la réparation financière, central dans la genèse du « *Posttraumatic stress disorder* » qui, aux États-Unis, permit l'indemnisation des anciens combattants du Vietnam à la fin des années 1970. Depuis lors, la question du lien entre événement tragique et troubles psychiques s'est trouvée posée à maintes reprises en termes de bénéfices (compensation de dommages, statut de réfugié, etc.) et fut presque toujours résolue favorablement pour les victimes (au moins dans les principes).

2. On trouvera, dans l'article de José Brunner (2000) sur la première guerre mondiale, des éléments sur l'intensité des discussions, parmi les neurologues et les psychiatres, au sujet de cette « névrose » qui revenait à stigmatiser les soldats comme lâches et calculateurs, justifiant des traitements d'une particulière brutalité.

3. On relira, à ce sujet, l'article d'Abdelmalek Sayad (1999) sur la « sinistrose », dans lequel il rappelle que cette pathologie mentale n'était plus utilisée par les psychiatres dans les années soixante et soixante-dix que pour caractériser des troubles psychiques que l'on constatait chez des travailleurs immigrés à la suite d'accidents survenus en milieu professionnel et que l'on n'expliquait que par leurs tendances revendicatrices.

cette qualification – était frappée d'illégitimité. En somme, le doute pesait sur le traumatisme. En quelques années, le cours de l'histoire s'est donc inversé. Désormais, la victime est reconnue, le traumatisme est revendiqué. C'est cette nouvelle condition de la victime instituée par le traumatisme qui fait l'objet de ce livre.

« Mon problème, disait Michel Foucault à la fin de sa vie, c'est de savoir comment les hommes se gouvernent (eux-mêmes et les autres) à travers la production de vérité », ajoutant : « Par production de vérité, je n'entends pas la production d'énoncés vrais, mais l'aménagement de domaines où la pratique du vrai et du faux peut être à la fois réglée et pertinente¹. » Tel est bien notre propos. Il ne s'agit pas de savoir si une personne qui a fait l'expérience d'un fait dramatique ou a été exposée à son spectacle souffre ou non d'un état de stress post-traumatique, et si elle est, par conséquent, fondée ou non à recevoir des soins psychologiques et des réparations financières. Il s'agit de comprendre comment l'on est passé d'un régime de véridiction, dans lequel les symptômes du soldat blessé ou de l'ouvrier accidenté étaient systématiquement mis en doute, à un régime de véridiction où leur souffrance, devenue incontestée, vient attester une expérience qui suscite la sympathie et appelle une indemnisation. Il s'agit d'appréhender ce mouvement par lequel ce qui provoquait la suspicion vaut aujourd'hui pour preuve – autrement dit, par lequel le faux est devenu le vrai. La fin du soupçon : c'est ce moment historique que nous voulons saisir.

Ce renversement se joue parallèlement sur deux scènes. D'une part, les cercles spécialisés de la psychiatrie et de la psychologie, dont on verra qu'ils ont été largement tributaires de l'influence de mouvements sociaux revendiquant des droits, ceux des anciens combattants et des femmes victimes de violence notamment. C'est de ces convergences et de ces alliances qu'a émergé la nosographie qui fait de l'état de stress

1. Cet extrait, où Michel Foucault (1994) utilise également l'expression « régime de véridiction », est tiré d'un texte peu connu, résultat d'une table ronde avec un groupe d'historiens le 20 mai 1978.

post-traumatique la clé de voûte de l'édification de la nouvelle vérité. C'est dans leur prolongement que s'inscrivent les développements ultérieurs de la victimologie psychiatrique et de la psychiatrie humanitaire. D'autre part, de façon plus diffuse et globale, la notion de traumatisme, désignant une réalité irrécusable associée à un sentiment d'empathie, a envahi l'espace moral des sociétés contemporaines. Et cela indépendamment de ce que l'on pense du bien-fondé de la catégorie du PTSD (issue de la nomenclature nord-américaine) pour rendre compte de l'expérience douloureuse des événements tragiques dans d'autres contextes culturels ; d'ailleurs, les critiques ne manquent pas contre ce que certains considèrent comme une forme d'ethnocentrisme psychologique, sans toutefois remettre en cause l'importance morale du traumatisme. On a donc bien deux ordres de faits : l'un relevant de l'histoire des sciences et de la médecine, l'autre s'inscrivant dans une anthropologie des sensibilités et des valeurs. La plupart des travaux portant sur le traumatisme psychique, principalement dans la littérature nord-américaine, l'ont abordé dans la première perspective, s'attachant à rendre compte des recherches et des discussions qui ont abouti à la production d'une nouvelle classification des maladies mentales¹. Il nous semble nécessaire de penser ces deux ordres de faits ensemble, en tenant compte de la généalogie des catégories médicales, mais

1. La principale référence, en sciences sociales, est l'ouvrage de l'anthropologue canadien Allan Young (1995), qui retrace l'histoire de la catégorie, tout en faisant la sociologie de ses usages dans un service de psychiatrie. L'enquête du philosophe canadien Ian Hacking (1995) porte plus amplement sur la reconfiguration des troubles psychiques qui mettent en jeu la mémoire, en particulier autour de l'émergence des personnalités multiples. Aux États-Unis, les études littéraires ont également joué un rôle important dans l'analyse des enjeux théoriques et pratiques autour du traumatisme, dans le champ de la psychanalyse notamment, avec les livres de Cathy Caruth (1996) et de Ruth Leys (2000). Tous ces travaux relèvent essentiellement d'une analyse interne au champ de la psychiatrie et de la psychologie. Le constat vaut *a fortiori* pour les écrits des spécialistes de la santé mentale eux-mêmes, qu'ils se posent en promoteurs du traumatisme, comme Bessel Van der Kolk *et al.* (1996), ou, au contraire, en pourfendent les évidences, tels Patrick Bracken *et al.* (1998).

aussi des normes morales, de l'invention de l'état de stress post-traumatique, mais également de la reconnaissance des victimes, de ce que disent les psychiatres ou les psychologues, et tout autant de ce que font les journalistes ou les associations. Le traumatisme n'appartient pas au seul lexique psychiatrique, il s'inscrit dans le sens commun. Il constitue un nouveau langage de l'événement.

La lecture que nous proposons dans ce livre peut être qualifiée de constructiviste, au sens où elle porte sur la manière dont le traumatisme est le produit d'une mobilisation d'acteurs, professionnels de la santé mentale, défenseurs de la cause des victimes en particulier, et plus largement d'une restructuration des soubassements cognitifs et moraux de nos sociétés, mettant en jeu le rapport au malheur, à la mémoire, à la subjectivité. En cela, elle s'oppose aux approches substantialistes, les unes (psychanalytiques) faisant du traumatisme une donnée psychique inscrite dans l'inconscient, les autres (organicistes) cherchant la trace matérielle de ce traumatisme dans le cerveau humain¹. Cette opposition n'est pas une mise en cause du bien-fondé des interprétations psychanalytiques et des observations neuro-anatomiques. Elle procède d'un choix épistémologique différent. Nous nous intéressons au déploiement d'une catégorie de pensée et à l'avènement d'un régime de véridiction. Nous ne discutons pas l'universalisme du traumatisme ou sa variation selon les cultures, nous constatons son succès presque universel et son adoption dans des contextes culturels multiples. Nous ne nous demandons pas si, de manière générale ou dans des cas particuliers, il constitue une notion pertinente d'un point de vue médical ou social, nous prenons acte du fait qu'il est considéré comme tel dans les cercles médicaux et dans les mondes sociaux. Autrement dit, notre lecture ne procède ni d'un relativisme qui, implicitement ou explicitement, réintroduirait le

1. Deux approches substantialistes qui peuvent du reste s'articuler, comme s'y emploient Bessel Van der Kolk et Onno Van der Hart (1995) en rassemblant dans une même analyse les théories freudiennes et les constats neurophysiologiques.

doute autour du traumatisme en se demandant si la chose existe bien, ni d'une posture morale qui conduirait à s'indigner de son usage intempestif, ni enfin d'un discours cynique qui ironiserait sur ses tendances en les qualifiant d'inflationnistes. Ces points de vue ont leur logique. Ils ne sont pas les nôtres. Nous nous efforçons de comprendre ce que nous considérons comme une innovation sociale majeure par sa signification anthropologique : le basculement d'un système de savoirs et de valeurs, l'ébranlement d'un rapport à la vérité, en somme la reconfiguration de l'économie morale contemporaine.

Si les sciences sociales ont une utilité pour la société – ce dont nous sommes convaincus –, c'est par leur travail critique. Cette critique porte principalement sur les notions et les instruments avec lesquels les hommes et les femmes d'aujourd'hui pensent et transforment le monde, notions et instruments qui, souvent, leur deviennent invisibles, donc impensés. Une lecture critique du traumatisme en récuse donc la naturalisation¹. Le simple fait qu'il semble aujourd'hui aller de soi d'envoyer des psychiatres et des psychologues – depuis seulement deux décennies – là où des personnes ont été acteurs ou témoins de drames devrait inciter à la réflexion. Nous savons, par notre expérience clinique et notre travail ethnographique avec des personnes confrontées à des épreuves parfois terribles, qu'un passé douloureux peut resurgir de manière sourde ou violente dans le corps et dans le psychisme². Cependant, dans la mesure où cette réalité n'a été reconnue (c'est-à-dire identifiée et légitimée) que récemment, notre interrogation est précisément : qu'est-ce que cette reconnaissance sociale change, pour les hommes et les femmes d'aujourd'hui (pour les victimes comme pour les

1. En montrant notamment comment la « narration traumatique » (Rechtman, 2002) met en résonance la « condition humaine » de la victime et la « condition clinique » du PTSD.

2. Nous nous permettons de renvoyer à certains de nos travaux sur les malades sud-africains (Fassin, 2006a) et sur les réfugiés cambodgiens (Rechtman, 2000) qui rapportent ces expériences et ces enquêtes.

DANS LA COLLECTION « LA BIBLIOTHÈQUE DES SAVOIRS »

Pierre-André Taguieff, *Le Sens du progrès, une approche historique et philosophique*, 2004.

Gérard Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, 2004.

Alberto Alesina, Edward L. Glaeser, *Combattre les inégalités et la pauvreté. Les États-Unis face à l'Europe*, 2006.

Composition et mise en page



N° d'éditeur : L01EHBNU0449N001
Dépôt légal : mars 2007

Extrait de la publication