

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

Psychosomatique :
nouvelles perspectives

Sami-Ali
Sylviane Bertolus
Pierre Boquel
Danièle Bosom
Hervé Boukhobza
Isola Boulet
Sylvie Cady
Manuel Cajal
Michèle Chahbazian
Monique Dejardin
Anne Gatecel
Jean-Marie Gauthier
Rafah Nached
Berthe Rehahla
Laurent Schmitt



Extrait de la publication

**RECHERCHE
EN PSYCHOSOMATIQUE**

**Psychosomatique :
nouvelles perspectives**

Vj ku'r ci g'kpvgpvcpcmf 'igh'drcpm

**RECHERCHE
EN PSYCHOSOMATIQUE**

**Psychosomatique :
nouvelles
perspectives**

Sami-Ali
Sylviane Bertolus
Pierre Boquel
Danièle Bosom
Hervé Boukhobza
Isola Boulet
Sylvie Cady
Manuel Cajal
Michèle Chahbazian
Monique Dejardin
Anne Gatecel
Jean-Marie Gauthier
Rafah Nached
Berthe Rehahla
Laurent Schmitt



Centre International de Psychosomatique
Collection *Recherche en psychosomatique*
dirigée par Sylvie Cady

Dans la même collection

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Éditions E.D.K.
10, Villa d'Orléans
75014 PARIS
Tél. : 01 53 91 06 06
www.edk.fr

© Éditions E.D.K., Paris, 2004
ISBN : 2-84254-098-0

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

1^{re} Partie

La consultation psychosomatique

Vj k'ir ci g'k'pvgpvkpcmf 'igh'dicpm

Sami-Ali

La théorie relationnelle

La théorie relationnelle, présentée ici sous une forme tout à fait schématique, a pour point de départ une constatation : il est impossible que la psychanalyse, en tant que théorie relevant de la névrose, la psychose et la perversion, et rendant compte exclusivement des troubles fonctionnels que définit la psychopathologie freudienne, puisse être extrapolée à la pathologie organique. En effet, cette extrapolation s'opère de deux façons, notamment en assimilant la pathologie organique tour à tour, soit au symptôme hystérique chargé d'un sens symbolique, soit aux manifestations de la névrose actuelle dépourvue de toute symbolisation. Dans cette dernière extrapolation, on a sans doute reconnu des concepts comme la pensée opératoire ou l'alexithymie, s'employant à faire dériver la pathologie organique d'une carence de symbolisation, comme si on « somatisait » parce qu'on serait incapable de « mentaliser ».

En fait, on est en pleine confusion, car la pathologie organique porte d'emblée sur le corps réel, alors que la psychopathologie freudienne ne concerne que le corps imaginaire : la psychosomatique ne saurait donc être une psychanalyse appliquée, régie à la fois par la psychogenèse et la causalité linéaire. Or, toutes les théories de la psychosomatique issues de la psychanalyse partagent la même illusion : rendre compte de la pathologie organique en faisant appel exclusivement au fonctionnement psychique, en excès ou en défaut, sans s'apercevoir, par exemple, qu'il n'existe aucune corrélation significative entre le fonctionnement opératoire ou alexithymique et l'incidence de la pathologie organique. De même, des traits de caractère hystériques, obsessionnels ou psychotiques peuvent se retrouver dans différentes pathologies sans y jouer un rôle

étiologique quelconque. Il faut donc un autre point de départ. Celui-ci est fourni par la théorie relationnelle, qui pose dès l'origine le primat absolu de la relation, à la naissance, et même avant la naissance, ce qui interdit de postuler des « processus internes » sans relation. De ce point de vue, le « psychique » est relationnel au même titre que le « somatique ». On est ainsi renvoyé au fait psychosomatique le plus simple, à savoir qu'il n'y a pas de fonctionnement sans situation, ni de situation sans fonctionnement. Il s'agit maintenant de définir ces deux termes complémentaires.

Dans ce contexte, le fonctionnement psychosomatique est déterminé par rapport à l'activité onirique, qui est l'imaginaire par excellence, selon qu'elle est présente, absente, ou alternant entre la présence et l'absence. Ce qui permet de définir le fonctionnement par la relation d'inclusion ou d'exclusion réciproque de la conscience vigile et de la conscience onirique, en introduisant, du même coup, un principe très général de continuité et de discontinuité au niveau de l'ensemble du fonctionnement. Sans vouloir entrer dans les détails, indiquons simplement que l'activité onirique englobe ici non seulement le rêve nocturne mais également tous ses équivalents diurnes, qui ont nom la rêverie, le jeu, l'hallucination, le délire, le transfert, l'affect, etc., et qui en constituent autant de variations où se reconnaît la même fonction de l'imaginaire.

Pour ce qui est maintenant de la situation relationnelle, il faut surtout considérer que, de conflictuelle et susceptible dès lors de trouver une issue possible, elle peut également évoluer vers l'impasse. Celle-ci comporte plusieurs formes, dont la contradiction, le cercle vicieux et l'alternative absolue, interdisant que le conflit, dans lequel l'autre aussi est impliqué, puisse s'ouvrir en quelque sens que ce soit. Or, la pathologie organique doit être vue sous l'angle de l'impasse, comme si la même aporie se projetait simultanément au niveau biologique et relationnel. C'est en tenant compte de l'existence d'une impasse relationnelle potentielle, à l'arrière-plan de la pathologie organique, qu'il devient possible d'envisager une autre forme thérapeutique, non pour trouver une issue là où il n'y en a pas, mais pour poser précisément le problème de l'impasse en tant que telle, afin de savoir comment elle s'est effectivement constituée. En quelque sorte, il ne s'agit pas de résoudre l'impasse mais de la dissoudre, en transformant les données. Travail patient, qui s'effectue avant tout par la libération du rêve et de l'affect.

Reconnaître un lien possible entre la pathologie organique et l'impasse ne signifie pas qu'on introduit subrepticement de nouveau la psychogenèse et la causalité linéaire, mais au contraire que l'on restitue à la réalité clinique, ancrée dans la subjectivité, une complexité à la fois relationnelle et biologique à l'articulation du corps

réel et du corps imaginaire. Cependant, la relation dont il s'agit ici n'a rien à voir avec ce qu'on appelle relation d'objet, puisque, d'un côté, elle est relation de sujet et, de l'autre, elle est pourvue de quatre dimensions qu'il importe de ne pas perdre de vue dans tout travail thérapeutique placé dans cette perspective : l'espace, le temps, le rêve et l'affect.

Vj k' r ci g' k p v g p v k p c m (' i g h v ' d r e p m

Jean-Marie Gauthier

La pédopsychiatrie, une spécialité qui s'adresse à des troubles de développement

Pour commencer, je tiens à insister sur le fait qu'il est indispensable de réfléchir à la question du corps en pédopsychiatrie. En effet, aucun d'entre nous n'a jamais imaginé qu'il puisse effectuer la psychothérapie d'un enfant en allongeant celui-ci sur un divan.

Ceci est la conséquence directe du fait que, chez l'enfant, la pensée est indissociable du fonctionnement corporel, si bien qu'il ne peut penser qu'en bougeant, qu'en se mobilisant, qu'en effectuant des gestes, en particulier dans la relation avec l'adulte, mais il faut tenir compte en plus que ce corps est un corps en développement et, par ailleurs, que ce corps est un corps relationnel en ce sens que les attitudes et les gestes dépendent autant de la nature de la relation qui est en train de se développer, que du monde interne propre à l'enfant.

Il faut donc réfléchir à la fois au corps, au lien qui existe chez l'enfant entre la pensée et le corps et réfléchir à notre dispositif thérapeutique puisque le corps y est inévitablement présent (il ne peut être mis à l'écart comme dans le processus thérapeutique de l'adulte). Les manifestations qui sont les siennes à l'intérieur d'une cure sont autant des manifestations naturelles de l'enfant que des manifestations de l'enfant en réaction au dispositif thérapeutique que nous lui avons proposé.

Frédéric

Frédéric a 5 ans lorsqu'il nous est adressé pour des problèmes qui, à l'heure actuelle, restent encore relativement mal définis.

Il présente un grand retard et une grande difficulté de développement. Mais, cliniquement, on sera surtout frappé par le fait que c'est un enfant qui présente une forme de désorganisation majeure, à la fois de sa pensée et de son corps.

Partout, nous sommes confrontés à une forme d'incohérence, en ce sens que Frédéric, la plupart du temps, se met dans une situation d'opposition spatiale par rapport à son thérapeute à qui il tourne le dos alors qu'à d'autres moments, il entre dans un collage irrémédiable qui est non seulement un collage psychique mais également physique. Il adhère en totalité à l'adulte.

Son langage est totalement incompréhensible. À certains moments, son comportement est marqué par des signes importants d'agressivité qui font qu'il doit être contenu physiquement alors qu'à d'autres moments, il est extrêmement passif. À d'autres moments, il semble jouer calmement puis s'élançait sur le mur comme si ce mur n'existait pas. De nouveau, le thérapeute qu'il a mis à distance se sent obligé de le contenir pour éviter qu'il ne se cogne trop violemment contre le mur qu'à certains moments il semble ne pas voir.

Au niveau du langage, s'il a un langage incompréhensible, il peut à certains moments répéter des phrases parfaitement stéréotypées comme : « moi j'ai 40 000 \$, moi j'ai 40 000 \$ moi », durant de très longues minutes.

Lorsqu'il a ce type de comportements en présence de sa mère, sa mère répète, elle aussi, de manière systématique la phrase stéréotypée de Frédéric. Il nous faudra plusieurs mois pour apprendre que Frédéric est, par ailleurs, un enfant gravement insomniaque, il ne dormirait pas plus de 5 heures par nuit ; il s'éveille à tout moment si bien qu'il est extrêmement difficile de savoir combien de temps exactement il dort par nuit. Son sommeil est donc agité, entre-coupé de réveils fréquents, tout se passe donc à ce niveau comme si cet enfant ne pouvait être passif.

Nous insistons sur l'exemple de Frédéric parce que nous pensons qu'il se confronte à une situation que nous retrouvons régulièrement en psychopathologie de l'enfant. Nous nous trouvons, en fait, en face d'un enfant énigmatique. Il est très difficile pour nous de savoir à quoi peuvent correspondre toutes ces manifestations cliniques. Il est difficile de trouver une logique interne à ces manifestations symptomatiques. Notre intuition clinique est en quelque sorte prise en défaut par ce type de situation.

Il est très difficile de repérer en quoi certaines manifestations sont des mécanismes de défense, des manifestations symptomatiques ou encore des réactions à un entourage qui se montre épuisé par cet enfant.

Lorsque nous recevons un enfant de ce type à notre consultation, il est difficile de déterminer quelle est la part de ces différentes hypothèses et comment nous pouvons, en quelque sorte, comprendre les manifestations cliniques que nous avons sous nos yeux. Frédéric représente le type même d'une sorte d'enfant chaotique ou dont le développement psychique et corporel a pris des orientations qu'il nous est difficile de comprendre, de repérer, d'expliquer et d'interpréter. On peut dire que ce type d'enfant met à mal notre capacité d'intuition clinique.

Pour un nouveau dispositif diagnostique en matière de pédopsychiatrie

Face à ce genre de difficulté, il nous paraît inévitable que les dispositifs mis en place pour observer et diagnostiquer la psychopathologie des enfants soient diversifiés.

L'observation au cabinet du psychologue ou du pédopsychiatre, bien qu'elle nous paraisse tout à fait indispensable, nous semble, dans ce type de situation, parfaitement insuffisant. Il nous faudra comprendre comment ces troubles du développement ont eux aussi une histoire et une histoire relationnelle. Cela veut dire qu'il est tout à fait indispensable de pouvoir observer l'enfant dans son contexte de vie, en particulier, dans son contexte relationnel avec ses parents. Nous devons donc pouvoir multiplier les endroits d'intervention, nous devons aussi diversifier nos modèles d'intervention en ce sens que nous devons pratiquer des entretiens et pratiquer des séances d'observation et que ces observations soient de caractère global telles qu'elles furent décrites par Esther Bick dans le domaine de la psychanalyse ou qu'il s'agisse d'observations plus focales centrées sur certains points précis qu'on veut éclaircir. Il est indispensable, qu'à côté des méthodes d'intervention au cabinet du spécialiste, on développe des méthodologies d'observation à l'extérieur de ce cabinet et dans les milieux de vie du patient¹.

Cette modification du dispositif vise à atteindre deux objectifs.

1. J.-M. Gauthier *et al.* *L'observation en psychothérapie d'enfant*. Paris, Dunod, 2002.

- Multiplier les points de vue de thérapeutes différents à partir du même patient. Nous pensons que certaines particularités des observations peuvent susciter des réactions différentes chez différents observateurs, ce qui peut entraîner une vision moins stéréotypée et beaucoup plus dynamique des patients tels que ceux que nous venons de décrire. Un des dangers, en effet, est qu'en étant confronté à des comportements stéréotypés, de développer une compréhension de ces phénomènes qui soit également stéréotypée à partir du seul point de vue d'un seul thérapeute. À la répétition des comportements, s'ajoutera alors la répétition des interprétations, ce qui ne peut aboutir qu'à un cercle vicieux qui rend impossible toute évolution thérapeutique. Le 1^{er} objectif est donc de nature méthodologique et vise à multiplier les points de vue, ce qui peut faire apparaître beaucoup plus facilement en quoi certains comportements de l'enfant peuvent être des défenses, en quoi l'environnement modifie son comportement, en quoi certains comportements restent stables, en quoi d'autres comportements sont modifiables par l'environnement. Ils peuvent ainsi faire apparaître très facilement comment le thérapeute peut induire certaines attitudes et comportements.

- Le 2^e objectif est de nature plus traditionnelle et historique. Il vise à comprendre comment et dans quel contexte ces troubles relationnels se sont développés. Dans le cas de Frédéric, il serait en effet essentiel de comprendre comment il se fait que la maman a un discours répétitif lorsque son fils développe des phrases stéréotypées. Quelle ne fut pas notre surprise dans le décours du travail avec cet enfant de constater que les parents ne pouvant pas contenir son hyperexcitation, à certains moments, avaient décidé de l'enfermer dans un petit chalet qui se trouvait dans sa chambre, petit chalet qu'ils fermaient à clé pour pouvoir contenir leur fils réellement dans un espace limité. Mais sans doute culpabilisés d'utiliser des méthodes aussi radicales, ils avaient installé ce chalet comme une véritable petite maison possédant tout ce qui était nécessaire au repos mais aussi à la détente, puisqu'ils avaient installé la télévision à l'intérieur de ce qui était au départ un jouet. Une petite maison qui, à certains moments, devenait le lieu de vie de Frédéric.

En fait, de tout ceci, nous retiendrons que la pathologie de l'enfant se manifeste essentiellement au niveau corporel. Nous sommes même confrontés chez l'enfant à des pathologies qui se développent avant que se soient développées les capacités de représentation et les capacités de verbalisation. Il est dès lors inévitable que ces enfants présentent des symptomatologies qui ne peuvent pas être directement comprises à travers le monde de la représentation mais qui peuvent être comprises comme des modes relationnels et de réactions à certains contextes d'environnement.

Quand on dit que chez l'enfant la pensée passe par le corps, nous voulons dire par là que la pensée est chez l'enfant essentiellement soutenue par le corps, que son mode relationnel se manifeste d'abord au niveau corporel et que c'est peu à peu que vont se dégager les capacités de représentation et les capacités de verbalisation.

Ce détachement des capacités de verbalisation n'est jamais complet. C'est pourquoi, quelque part, chez l'enfant et d'ailleurs chez beaucoup d'adultes, le corps n'est pas indépendant de la pensée. Chez l'enfant, la question est beaucoup plus essentielle puisque certains de ces comportements ont une signification qui est liée à une période de la vie où le corps était le seul représentant de la vie psychique des individus. Il est donc essentiel de prendre cette dimension en compte outre le fait que l'enfant se manifeste toujours par le corps.

Ceci a pour conséquence directe importante que le corps du thérapeute lui-même est impliqué dans la relation à l'enfant. Si on ne peut pas étendre l'enfant sur un divan, on ne peut pas non plus se cacher de lui derrière des paravents. Le thérapeute est ainsi confronté à devoir analyser lui-même la manière dont il se tient, dont il se positionne parce que son corps a une influence directe non seulement sur le fonctionnement physique de l'enfant mais sur son fonctionnement psychique. C'est ce que nous avons appelé² le travail du contre-transfert corporel qui est une dimension nouvelle et indispensable à la thérapie avec les enfants.

Les dimensions du corporel

Comme Sami Ali l'a montré, nous pouvons estimer que le corps se manifeste dans plusieurs dimensions au sein d'un espace thérapeutique : il y a tout d'abord le corps réel dans sa dimension biologique et le corps imaginaire, c'est-à-dire la manière dont tout individu investit son propre corps, dont il se le représente, dont il l'utilise.

Nous avons, en ce qui nous concerne³, montré qu'il existe une autre dimension du corporel qui est le corps relationnel. Ce corps relationnel est le corps biologique tel qu'il est façonné par la mère dès la naissance. La mère, en effet, intervient très vite pour modifier les rythmes, la tolérance à la passivité, l'activité chez l'enfant. On peut dire, dans une certaine mesure, que notre corps est porteur de

2. J.-M. Gauthier *et al.* *Le corps de l'enfant psychotique*. Paris, Dunod, 1999.

3. J.-M. Gauthier. *L'enfant malade de sa peau*. Paris, Dunod, 1993.

notre histoire, de notre histoire relationnelle avec notre mère et de l'histoire relationnelle que notre mère a entretenue avec la socio-culture dans laquelle elle a été plongée.

Nous pensons, par exemple, que ce qui fait défaut chez Frédéric, c'est l'absence de corps relationnel. En effet, tout s'est passé dans son histoire comme si la mère n'avait pas pu interpréter le corps de son enfant, qu'elle ne lui avait pas donné sens, et que ce corps est resté en quelque sorte comme non relationnel, c'est-à-dire comme présentant une difficulté très importante à pouvoir entrer en relation avec l'autre. Cette attitude défensive de la mère et réciproquement de Frédéric pour les contacts, se manifeste dans le rapport avec le thérapeute et se manifeste encore actuellement dans la famille à travers les symptômes du chalet-prison.

Or, c'est bien à partir du corps relationnel que nous parvenons à décoder les messages corporels d'un enfant et à nous identifier à lui ou à ses parents dans une histoire qui fut la leur. C'est pourquoi la dimension du corps relationnel est une dimension importante parce qu'elle est à la base de nos capacités d'intuition du monde relationnel de l'enfant. Nous devons, en effet, revoir et réexaminer les bases sur lesquelles reposent nos capacités de compréhension de l'enfant.

Un moment important dans cette histoire a été la proposition de Winnicott qui disait que : « pour pouvoir comprendre un enfant, il suffit d'avoir eu une mère soi-même ». Mais il me semble que cette proposition, bien qu'elle soit extrêmement fondamentale et intéressante, doit être approfondie. Tout d'abord, parce que la clinique nous confronte souvent à des psychopathologies et des manifestations comportementales qui ne permettent pas une identification du thérapeute au besoin de l'enfant et aux réponses que la mère aurait pu avoir données. C'est pour cela qu'il est tout à fait indispensable que nous puissions disposer aussi de schémas représentatifs qui concernent la neurobiologie du développement, c'est-à-dire, quelles sont les compétences du bébé, quelles sont ses incompétences, à quel âge se développent de nouvelles compétences et comment l'enfant a pu les utiliser. C'est sur la base de cette connaissance du développement, à son niveau le plus biologique qui soit, que nous pourrions tirer des enseignements qui concernent alors le corps relationnel, c'est-à-dire comment la mère a pu répondre ou n'a pas pu répondre à certains de ces aspects développementaux et à partir de là comment se sont constitués peut-être certaines distortions du fonctionnement relationnel corporel et psychologique de l'enfant. Le corps relationnel est en effet porteur de toute l'histoire de la relation de l'enfant à sa mère.

Nous prendrons pour exemple la question du temps à laquelle nous nous sommes beaucoup intéressé. Nous avons montré à

plusieurs reprises que la mère plonge en permanence l'enfant dans la notion du temps et ce dès le 1^{er} âge. Par exemple, quand elle parle de son enfant, elle cite systématiquement son âge, quand elle le réveille, elle fait l'agenda de ce qui va être fait l'après-midi et puis elle fait toute une série de jeux, comme le jeu de la chatouille ou le jeu de la petite abeille où elle apprend à l'enfant ce qu'est le temps, ce qu'est la durée, ce qu'est le rythme, ce qu'est l'histoire. Le corps est donc ainsi porteur de la relation et de l'histoire de la relation de l'enfant à son entourage. Nous voyons alors comment peut se faire une évaluation diagnostique des troubles de développement extrêmement graves chez l'enfant. D'une part, le thérapeute va disposer de multiples observations, il va disposer d'une comparaison entre ce qui pourrait être les manifestations comportementales et les attitudes de la mère et, d'autre part, la manière dont lui-même est sollicité par un enfant dans son propre corps.

Nous réunissons à la fois des questions qui concernent la biologie du développement, la neurobiologie du développement, l'histoire relationnelle d'un sujet et son histoire thérapeutique. Nous pouvons, à partir de ce moment là, dessiner quelle fut l'histoire relationnelle de l'enfant et quelle place le corps a pris à l'intérieur de cet espace relationnel. À cela, il faudra ajouter que l'enfant manifeste aussi une certaine réaction par rapport à l'étrangeté que peut représenter pour lui l'apparition d'un thérapeute ou d'un observateur dans son milieu familial habituel.

À partir de tous ces éléments, nous pouvons commencer à réinterroger le développement de l'enfant, son histoire relationnelle et voir en quoi ce qu'il nous propose aujourd'hui comme mode relationnel est le résultat de cette histoire compliquée. Mais pour arriver à cette nouvelle définition de psychopathologie de l'enfant, il est bien entendu aussi que nous devons non seulement tenir compte du corporel et lui donner une place dans notre métapsychologie ; nous devons développer d'autres méthodologies d'observation, comme l'observation directe, l'observation plus ponctuelle, en même temps que des observations en salle de thérapeutes.

Nous devons aussi apprendre à travailler en équipe car il est bien entendu que face à ce type de psychopathologie extrêmement sévère, la multiplication des points de vue est certainement une des sources potentielles pour sortir des impasses thérapeutiques dans lesquelles nous sommes le plus souvent enfermés.

Cette nouvelle approche psycho-diagnostique en matière de psychiatrie est donc le résultat de la convergence entre différents points de vue : un premier qui concernerait la biologie du développement ; un deuxième qui serait la relation de l'entourage de l'enfant ; la socio-culture environnante ; une troisième dimension qui serait la

Recherche en psychosomatique

relation de la mère à l'enfant et enfin un quatrième point qui serait la relation de l'enfant au thérapeute, relation qui passe nécessairement par le corps qui est lui-même finalement porteur de l'histoire relationnelle de l'enfant.

Sylviane Bertolus

La consultation psychosomatique en dermatologie

Le symptôme est à la base du motif de consultation. Le patient vient pour une pelade, un psoriasis, un lichen, une trichotillomanie, un lupus, une urticaire. Il date facilement l'apparition de cette pathologie. Généralement il n'a aucune difficulté ou réticence pour raconter l'histoire de sa maladie. Dès les premières consultations, la situation affective contemporaine de l'apparition de la pathologie est connue, et les liens entre pathologie et vie affective éclatent au grand jour, comme une évidence, c'est la base du travail.

À la différence du cadre d'une psychothérapie pour psychonévrose le patient n'est pas perdu dans un questionnement sans fin sur lui-même. Dans une psychothérapie, il vient rechercher une aide psychologique, il parle de son mal être diffus ou de zones d'ombres dans sa personnalité.

Le patient qui consulte un dermatologue psychosomaticien ne sait pas très bien ce qu'il vient chercher. Parfois il fait l'hypothèse qu'il existe des liens entre sa pathologie et son histoire, il considère souvent que c'est au médecin-psychosomaticien de les découvrir.

Je vais montrer le rôle singulier du dermatologue psychosomaticien et son vaste champ d'action.

Vj ku' r ci g' k p v g p v k q p c m { ' i g h v ' d r e p m



Achévé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 76431 - Dépôt légal : avril 2004
Imprimé en France