

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Dartois 29 – 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean – Ch. Coulon – M. Melen – I. Neiryngck – H. Schrod – J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**

Automne
2013

Lettre Circulaire

N°106

Format Numérique

Marc MELEN 28 sept., 11:32

CYCLE DE CONFÉRENCES 2013-2014

- 26 NOVEMBRE 2013 :** **LE PANIER À PROBLÈMES : LA RENCONTRE AVEC LES FAMILLES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE POUR ADOLESCENTS AUTOUR D'UN "OBJET FLOTTANT"**
DR CLAUDE VACHER
PSYCHIATRE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, ANCIENNE ASSISTANTE DES HÔPITAUX DE PARIS, PSYCHIATRE DES HÔPITAUX, PRATICIEN ATTACHÉ AU SERVICE DE MÉDECINE POUR ADOLESCENTS, C.H.U. BICÊTRE, LE KREMLIN BICÊTRE, VAL DE MARNE
- 16 JANVIER 2014 :** **FAMILLES MONOPARENTALES ET THÉRAPIES FAMILIALES**
DR JACQUES LE GOFF
MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX, ANCIEN MÉDECIN-CHEF DE SERVICE ET DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE, CONSULTANT EN THÉRAPIE FAMILIALE AU SERVICE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR DE L'ENFANT À L'HÔPITAL TROUSSEAU-AP-HP
- 25 MARS 2014 :** **RENCONTRE INTERGÉNÉRATIONNELLE EN MR-MRS : INÉVITABLE CONFRONTATION OU POSSIBLE COOPÉRATION ?**
MARC MELEN ET ISABELLE NEIRYNGCK
PSYCHOLOGUES, THÉRAPEUTES FAMILIAUX, FORMATEURS EN SYSTÉMIQUE
- 19 MAI 2014 :** **L'ÉVALUATION DES THÉRAPIES FAMILIALES**
PR. ROBERT PAUZE
DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE, THÉRAPEUTE FAMILIAL, PROFESSEUR ORDINAIRE À L'UNIVERSITÉ DE LAVAL (QUEBEC), DIRECTEUR SCIENTIFIQUE DU CENTRE JEUNESSE DU QUEBEC
- HORAIRE ET LIEU DES CONFÉRENCES**
DE 9 À 15H30, HÔPITAL DU PETIT BOURGOGNE, RUE PROFESSEUR MAHAIM 84, 4000 LIÈGE
P.A.F. PAR CONFÉRENCE : 35 EUROS (ANCIENS CFTF ET MEMBRES ABIPES) - 40 EUROS
- Paiement au compte du CFTF : IBAN BE67 0010 5080 9787 BIC GEBABEBB**
Pour les médecins : accréditation demandée

26 NOVEMBRE 2013

CONFÉRENCE

DR CLAUDE VACHER

claude.vacher@neuf.fr

PSYCHIATRE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, ANCIENNE ASSISTANTE DES HÔPITAUX DE PARIS, PRATICIEN ATTACHÉ AU SERVICE DE MÉDECINE POUR ADOLESCENTS, C.H.U. BICÊTRE, LE KREMLIN BICÊTRE

LE PANIER À PROBLÈMES : LA RENCONTRE AVEC LES FAMILLES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE POUR ADOLESCENTS AUTOUR D'UN "OBJET FLOTTANT"

Après avoir présenté brièvement le cadre de son travail, le Dr Vacher décrira " le panier à problèmes" et son procédé d'utilisation en séance.

Elle développera ensuite l'intérêt de cet objet flottant, tant pour l'exploration de la demande d'aide d'une famille que pour la mise en évidence des processus dysfonctionnels en cours.

La conférence montrera également comment les dimensions explorées (crises et changements, dynamique de communication intrafamiliale, appartenance/différentiation) aident à proposer des soins plus pertinents aux adolescents.

Des situations cliniques, dont un enregistrement audio/vidéo, illustreront le propos. Enfin, les participants seront invités à simuler une séance de thérapie familiale autour d'un "panier à problèmes".

POUR SE PRÉPARER À LA CONFÉRENCE

«LE PANIER À PROBLÈMES» : LA RENCONTRE AVEC LES FAMILLES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE POUR ADOLESCENTS AUTOUR D'UN «OBJET FLOTTANT»

THÉRAPIE FAMILIALE, 2012, 33, 247-262 (EXTRAITS, ARTICLE INTÉGRAL [ICI](#))

Introduction

[Le panier à problèmes] appartient au groupe des « objets flottants », tels qu'ils ont été définis et décrits par Philippe Caillé et Yveline Rey. (...)

Depuis l'année 2008, nous avons une activité de psychiatre et thérapeute familiale dans le service de médecine pour adolescents – hospitalisation et consultations – au CHU du Kremlin Bicêtre, dans le Val-de-Marne (service du Docteur P. Alvin). L'âge des patients varie de 11 ans à 18 ans. Ce *service universitaire de pédiatrie pour adolescents* a une activité hospitalière et ambulatoire très polyvalente.

Notre travail est exclusivement familial, en liaison étroite avec les pédiatres du service qui soignent l'adolescent, hospitalisé ou consultant. Les pédiatres restent les référents médicaux pendant toute la durée des soins hospitaliers ou ambulatoires.

La demande d'entretien familial n'est pas exprimée par la famille, mais par l'équipe pédiatrique. L'indication d'entretien familial est faite en équipe, au terme d'une réflexion riche et approfondie. Ce travail clinique institutionnel préalable est fondamental : outre son intérêt stimulant pour la réflexion, il prépare et garantit un espace respectueux de notre place auprès des familles et de l'équipe soignante.

Les entretiens familiaux sont ensuite proposés, mais non imposés, à la famille par le pédiatre en charge de l'adolescent. Ces entretiens ont pour but d'explorer le fonctionnement familial, ce qui permettra de proposer une organisation plus pertinente des soins à l'adolescent par l'équipe pédiatrique. Ce ne sont pas des « thérapies familiales » à proprement parler. (...)

Exploration de la demande d'aide

(...) Reprenons les trois axes d'exploration de la demande en thérapie familiale telle qu'elle a été formulée par R. Neuberger (1984), à savoir *l'exploration du symptôme* (qu'est-ce qui pèse le plus pour la famille actuellement ?), *l'exploration de la souffrance* (pour qui ce panier pèse-t-il le plus ?) et enfin ce que R. Neuberger nomme *l'allégation* – alléguer signifie invoquer, s'appuyer sur, mettre en avant – (qui est le plus préoccupé de la situation ?). Neuberger cite des observations cliniques où le clivage se situe entre symptôme et souffrance (symptôme sans souffrance apparente ni demande d'aide), d'autres où il y a clivage entre souffrance et allégation (les symptômes font souffrir mais on ne les allègue pas pour demander de l'aide).

Allégation du symptôme

Dans notre contexte de travail, *l'allégation* qui indiquerait des entretiens familiaux *est portée au départ par l'équipe pédiatrique, qui se montre le plus préoccupée par les symptômes* – ceux du patient désigné ou ceux d'un membre de la famille ou de la famille dans son ensemble. C'est un point fondamental dans notre travail en service de médecine : la famille n'est pas en quête d'exploration de son fonctionnement, elle demande seulement au pédiatre de soigner son malade et d'être soulagée de son inquiétude pour recommencer à vivre « normalement ». C'est dire que la proposition du pédiatre doit être argumentée clairement pour éviter qu'elle soit ressentie comme accusatrice par la famille et que d'autre part, l'affiliation des thérapeutes familiaux avec celle-ci est loin d'être gagnée d'avance. Un des enjeux de notre premier entretien est peut-être de *redonner à la famille la possibilité d'alléguer elle-même un symptôme*, même si celui-ci prend dans un premier temps la forme de la *désignation* (ses symptômes nous préoccupent, changez-les pour nous soulager). Dans le meilleur des cas, si la famille arrive à s'appuyer sur un symptôme d'un de ses membres pour explorer et questionner son fonctionnement, elle aura des chances *d'assouplir* celui-ci.

Exploration du symptôme : « Qu'est-ce qui pèse actuellement le plus dans ce panier ? »

Le contenu du panier est décrit par chaque membre de la famille, à tour de rôle. Les autres, y compris les thérapeutes, voient, écoutent, observent, entendent celui ou celle qui tient le panier.

Le contenu du panier reprend le postulat de l'information « pertinente » : c'est celle qui vient de la famille et qui y retourne (Bateson, 1984). C'est aussi le propos développé par Guy Ausloos sur la compétence des familles : *une famille ne pose que les problèmes qu'elle est capable de résoudre ; elle ne peut pas résoudre ceux qui s'imposent* (Ausloos, 1995).

Les questions identiques posées à chacun amènent des réponses individuelles. Il ne s'agit pas seulement de faire un recueil de données, mais bien de faire découvrir aux autres membres présents ce que la personne qui tient le panier ressent ou sait du problème. L'École de Milan a développé ces techniques de *circularisation de l'information* (Selvini, 1982). La circularisation est nécessaire – mais non suffisante – à la famille pour développer des solutions alternatives en rapport avec les nouvelles informations dont elle dispose.

Avec le panier à problèmes, la famille expérimente un processus différent des modalités relationnelles habituelles et découvre des choses qu'elle ne savait pas ou plutôt qu'elle ne savait pas qu'elle savait (Ausloos, 1995). Ainsi, dès la première séance, le « panier à problèmes » permet de *faire l'expérience d'une alternative relationnelle, souvent vécue de façon intense*. Par la suite, nombreuses sont les familles qui y font référence comme un moment-clé de la thérapie.

Par ailleurs, il est évident que la famille a déjà tenté de développer des solutions autocuratives, bien avant le premier entretien familial. Celles-ci ont échoué, elles ont parfois été critiquées par le monde extérieur, par les services sociaux, les soignants, les professeurs ou l'entourage. *On accepte le « ticket d'entrée » proposé par chacun*. Accepter le contenu du « panier à problèmes » sans y ajouter nos a priori de thérapeutes – nos propres mythes, nos résonances familiales – limite le risque de réponse non spécifique ou inadéquate qui viendrait fragiliser davantage la dimension mythique de la famille, déjà fort abîmée. Enfin, l'exploration du symptôme passe par celle de sa *fonction* dans l'homéostasie du système familial (que se passerait-il dans la famille si ce panier s'allégeait ?). Souvenons-nous à ce propos des processus de désignation, puis de sélection-amplification des symptômes et enfin de cristallisation-pathologisation, au moment où ces symptômes commencent à remplir une fonction dans la famille, tels qu'ils ont été décrits par G. Ausloos (1995).

Chez les adolescents, le désir d'individuation, la demande d'autonomie, même ambivalente ou paradoxale, provoquent un changement. La marche du temps impose parfois un véritable remue-ménage dans

l'homéostasie familiale. Une des façons de refuser le changement est de désigner l'adolescent comme un patient qui empêche la famille de « tourner rond » « comme avant », la désignation et la pathologisation ayant pour fonction de suspendre le temps.

Exploration de la souffrance : « Pour qui pèse-t-il le plus ? », « Qui peut alléger le panier dans la famille ? »

Outre l'énoncé explicite de la désignation de « celui par qui les problèmes arrivent », souvent chargé de culpabilité et de culpabilisation, on explore ici le degré d'implication individuelle de chaque membre de la famille dans les symptômes présentés, ainsi que la solidarité et l'empathie du groupe, le souci et le soin qu'on a des autres, et aussi d'éventuelles alliances et/ou coalitions intergénérationnelles et intragénérationnelles.

« Y a-t-il d'autres choses qui vous inquiètent, qui vous font souffrir ? »,

Le *contexte* des difficultés familiales est ici énoncé : les difficultés au lycée, les insultes dans la cour du collège, la méchanceté de l'ex-meilleure amie, les soucis au travail de Papa, le déménagement, etc.

Dans la plupart des cas, une famille trouve les solutions adéquates à de tels événements. Parfois, il arrive qu'elle bute sur l'inadéquation de ses réponses. Dès lors, ce qui est en cause est souvent beaucoup plus important que des problèmes d'adolescents : c'est la menace d'éclatement d'un groupe familial dont toutes les solutions internes échouent.

On sait que l'adolescent doit faire un jeu d'équilibriste entre individuation et appartenance au groupe familial, entre intérêt individuel et intérêt du groupe familial. Or, le système familial, système ouvert en interaction avec l'environnement social et culturel, peut avoir des frontières rigides. S'il s'agit, par exemple, d'une famille regroupée autour d'un mythe chancelant, les rites d'appartenance sont si contraignants qu'ils transforment la limite entre l'intérieur et l'extérieur de la famille, la frontière entre « ceux du dedans » et « ceux du dehors », en un *front à protéger*. Le système familial a une réaction de clan, où l'affiliation au groupe prévaut sur la filiation et la transmission (Neuburger, 1995), ce qui conduit beaucoup d'adolescents à des conflits de loyauté insolubles.

Exploration du processus dysfonctionnel en cours

Avec les questions suivantes : « *Quand ce panier a-t-il été le plus lourd ? Le plus léger ?* » « *A-t-il été vide ?* », on aborde explicitement le *processus* dysfonctionnel dans lequel la famille s'est enlisée.

On essaie de contourner ici l'inévitable question : « *pourquoi* notre enfant, notre frère, notre sœur va mal ? » qui a comme corollaire la proposition suivante : « *trouvez la cause de la maladie et soignez-le* ». Ce modèle causal linéaire – isoler la cause et agir sur elle – est un modèle médical classique. Dans les couples et les familles, le « *pourquoi ?* » est souvent chargé de culpabilisation, où les différentes personnes se renvoient sans fin la culpabilité d'une faute, comme on le ferait d'une patate chaude. (...)

Il ne s'agit pas de comprendre pourquoi, ni de trouver un coupable à la situation présente. Il s'agit de comprendre *comment* c'est arrivé. Que la souffrance soit récente (deuil, maladie, tentative de suicide ...) ou plus ancienne (maladie chronique, anorexie mentale, boulimie...), les symptômes nous sont souvent présentés déjà étiquetés, emballés en « produits finis ». Tout se passe comme si le temps n'existait pas, ou était suspendu.

(...) le « *quand* » du panier à problèmes tend à mettre en évidence un processus chronologique, une *histoire qui reprend au début*, où s'emmêlent différents événements, notamment ceux du cycle de vie familiale, vécus différemment selon les différents membres de la famille. En filigrane, on perçoit ainsi comment cette famille absorbe les *changements* et les *crises* qu'ils impliquent. Dans la mesure du possible, les questions « *quand* » et « *comment* » seront reprises et travaillées lors des séances suivantes avec le génogramme familial (familles d'origine, constitution du couple, naissance des enfants, etc.).

Un système *évolue dans le temps*, avec un passé, un présent et un futur (Ausloos, 1995). G. Ausloos décrit des familles à transactions rigides où le temps semble arrêté (passé et présent confondus, pas de futur imaginable), dont la mémoire est inutilisable et des familles à transactions chaotiques, où le temps est événementiel (immédiat, sans passé, ni futur) sans mise en mémoire des événements du fait du mouvement incessant. Il est évident que le panier à problèmes ne sera pas utilisé de la même façon s'il s'agit d'une famille à transactions

rigides ou à transactions chaotiques, que les éléments verbaux et non verbaux seront bien différents. Dans le premier cas, outre la difficulté à s'extraire du moment présent, les membres de la famille se montrent souvent lents, silencieux, entourant leur panier et le regardant comme s'il avait la réponse pendant que les autres l'écoutent, immobiles. Dans l'autre cas, outre le chahut ambiant, on voit le panier voler de mains en mains, des contradictions qui fusent, dans un désordre difficile à contenir. Dans les deux cas cependant, la difficulté sera de parvenir à reprendre un fil narratif de l'histoire de ces familles.

L'intérêt d'« un objet flottant »

(...) divers objets flottants ont été décrits et proposés dans les situations les plus variées.

L'objet flottant introduit un *espace intermédiaire, métaphorique*, entre l'espace de la famille et celui des thérapeutes. Il s'agit d'une tâche où la part de non-verbal est essentielle, ce qui réduit la simplification, l'amputation de l'expérience décrite uniquement par la parole. La possibilité de transformer explicitement ce panier à problèmes en une image, un objet, un animal, c'est-à-dire donner une *métaphore* de ce que la famille est en train de vivre permet à chacun de quitter un chemin balisé, de donner à voir autre chose, notamment sa créativité, son imagination, son monde interne et sa capacité à faire un autre récit de la situation.

En proposant « le panier à problèmes » à une famille, on lui fait une proposition *inhabituelle, surprenante*. D'emblée, nous sommes très attentifs à la façon dont les membres de la famille reçoivent cette proposition. Du silence gêné et pesant au chahut rigolard, de l'attention inquiète au regard sarcastique, tout peut s'observer. Qui s'empare du panier en premier, de quelle manière, comment le tient-il, quelle est la réaction des autres membres de la famille, moqueuse, opposante, lointaine, inquiète ? Y a-t-il concordance entre ce qui est dit et ce qui est montré (par exemple « il est très lourd », mais tenu comme s'il était très léger) ? On observe ainsi des éléments *analogiques* précieux dans l'exploration des attentes, des craintes, des motivations, des alliances et de la dynamique de communication de la famille.

Par ailleurs, le premier entretien est souvent difficile pour les thérapeutes. Il s'agit de situations graves, où le pronostic vital de l'adolescent peut être engagé, où les tensions intrafamiliales peuvent être violentes, voire explosives, où la confrontation et le face à face entre les différents membres de la famille sont difficiles à contenir. Le « panier à problèmes » *structure* l'entretien, autant pour la famille que pour les thérapeutes, qui ont besoin d'un confort minimal pour travailler.

Le « panier à problèmes » est un objet que l'on entoure de ses mains, que l'on tient sur soi, comme un contenant que l'on emplit de ses mots. Les thérapeutes sont les garants de ce cadre thérapeutique, dont les contraintes aident à *contenir* – au sens du *holding* de Winnicott (Winnicott, 1975) – autant leurs résonances personnelles que l'expression émotionnelle et langagière de la famille.

N'oublions pas que le premier entretien – souvent le premier entretien « psy » sous cette forme-là – est également difficile pour une famille. Même si la démarche proposée par le pédiatre est acceptée, elle est redoutée et, somme toute, courageuse. Il nous semble que l'utilisation de cet objet flottant adoucit un peu la menace du premier entretien, apprivoise la peur du dévoilement et du jugement, notamment grâce au double fond du panier, qui représente le choix explicite de dire – aux thérapeutes et/ou à sa famille – ou de garder pour soi. En somme, il facilite l'*affiliation* avec une famille dans son ensemble et avec chaque membre qui la compose, notamment les adolescents.

L'existence d'un *double fond* est un des atouts de ce « panier à problèmes ». Il offre la possibilité explicite de se taire, ou plutôt de dire qu'on souhaite garder quelque chose pour soi. C'est un tiroir secret qui marque le respect de l'intime, comme le font les cartes blanches dans le Jeu de l'Oie systémique.

La réponse à cette question (pour vous, ce panier a-t-il un *double fond* ?) devrait être simple : oui ou non. Mais la plupart du temps, elle ne l'est pas : réponses alambiquées, justifications, regards circulaires, gêne, voix trop forte pour affirmer un oui ou un non, etc. Le double fond du « panier à problèmes » met en évidence des échanges non verbaux très riches.

Son intérêt est d'explorer comment chaque membre de la famille peut se permettre d'avoir un secret, un espace d'intimité et donc d'autonomie par rapport aux autres – il existe des adolescents qui mettent la totalité

des problèmes dans le double fond et d'autres qui disent n'avoir « rien à cacher ».

En somme, le panier à problèmes ouvre à la fois un espace d'appartenance – ce qu'on met en commun dans le plein du panier – et un espace de différenciation – ce qu'on garde dans le double fond du panier, inconnu des autres. La double dimension *appartenance/différenciation* qu'apporte le panier à problèmes nous semble très importante, car elle représente souvent un enjeu fondamental pour l'évolution de la famille dans son ensemble et pour les adolescents en particulier.

Son intérêt est d'explorer comment chaque membre de la famille peut se permettre d'avoir un secret, un espace d'intimité et donc d'autonomie par rapport aux autres – il existe des adolescents qui mettent la totalité des problèmes dans le double fond et d'autres qui disent n'avoir « rien à cacher ».

En somme, le panier à problèmes ouvre à la fois un espace d'appartenance – ce qu'on met en commun dans le plein du panier – et un espace de différenciation – ce qu'on garde dans le double fond du panier, inconnu des autres. La double dimension *appartenance/différenciation* qu'apporte le panier à problèmes nous semble très importante, car elle représente souvent un enjeu fondamental pour l'évolution de la famille dans son ensemble et pour les adolescents en particulier.

Conclusion

Nous avons tenté de décrire en quoi l'utilisation du « panier à problèmes », permet d'établir un lien de partenariat et non de pouvoir avec une famille – autrement dit, « nous avons besoin de votre aide pour vous aider » – et peut, dans le meilleur des cas, être un levier de changement. L'utilisation de ce « panier à problèmes » lors des premiers entretiens, dans le cadre difficile de l'exercice de la thérapie systémique en service de médecine, nous a beaucoup aidée à établir un lien avec les familles dans des situations où rien n'était gagné, au contraire.

La richesse du matériel clinique qu'il apporte dès la première séance aide à la *construction d'hypothèses de travail* avec une famille.

Cet objet flottant nous permet d'avoir une idée assez précise de la communication intrafamiliale, tout en permettant d'emblée d'introduire une circularisation de l'information dans un espace commun, la circularisation étant nécessaire au développement de solutions alternatives moins dysfonctionnelles.

Il aide également à explorer comment la famille absorbe les crises et les changements générés par la marche du temps ainsi que la fonction pour l'homéostasie familiale de la solution symptomatique dans laquelle le groupe familial s'est enlisé.

Enfin, il permet de questionner la dimension mythique de la famille, ses rites d'appartenance, ses croyances, les limites entre le dedans et le dehors, ainsi que sa capacité de laisser à chacun un espace de différenciation, un espace intime à l'intérieur de l'espace d'appartenance.

L'élaboration d'hypothèses de travail est nécessaire dans tout travail systémique. Cependant, étant donné le contexte très particulier des entretiens familiaux en service de médecine (...) il nous semble que « le panier à problèmes » aide beaucoup les thérapeutes : il permet de préciser assez finement, dès le premier entretien, des hypothèses de travail et d'évaluer jusqu'où ils vont être en mesure d'aider cette famille avec les moyens dont ils disposent.

POST-FORMATION PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLES

Partie théorique

Nous traitons le sujet à partir d'une analyse critique de lectures communes sur :

- Les jeux relationnels du couple
- La crise du couple
- Les techniques d'approche des problèmes du couple.

Partie pratique

A travers des situations concrètes seront questionnés quelques aspects :

- Comment restituer le bénéfice de la crise pour le couple ?
- Comment associer la construction du couple et ses exigences pour chaque individu ?
- Comment le psychothérapeute peut-il ou pas se choisir une voie vers l'évolution du couple ?
- Quelle place pour les objets métaphoriques ?
- Comment mettre en évidence des liens de coopération au sein du couple ?

Formateur : Jacques Beaujean, Psychologue analyste, Psychothérapeute de couples.

Inscription : Entretien préalable avec l'animateur. Envoyez votre demande avec vos objectifs à jbeaujean@gmail.com (Tél : 04/252 52 12).

Quand : 1 journée par mois, 6 journées au total, 9 h à 15 h, 1ère séance le 24 octobre 2013.

Lieu : C.F.T.F., [rue Dartois 29, 4000 LIEGE](#)

Coût : 550 euros au compte du CFTF après accord de l'entretien préalable : IBAN BE67 0010 5080 9787 BIC GEBABEBB avec la communication «post-formation couple».

Envoyez à un collègue :

Aidez vos collègues à rester informés des conférences et des formations du CFTF en leur envoyant cette Lettre Circulaire [ENVOYER->](#)

Si vous ne voulez plus recevoir cette Lettre Circulaire :

Pour ne plus recevoir cette Lettre et vous désinscrire, cliquez sur le lien ci-dessous avec comme objet

Désinscription [ENVOYER->](#)

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Dartois 29 – 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean – Ch. Coulon – M. Melen – I. Neiryck – H. Schrod – J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**