

OBJECTIF Nutrition

DÉCEMBRE 2011

LA LETTRE DE L'INSTITUT DANONE

N° 102

TRIBUNE

Complications de l'obésité de l'enfant : ne nous trompons pas de cible !

Dr Béatrice Dubern

DOSSIER

Monoparentalité et comportements alimentaires de l'enfant

Pr. Catherine Jousselme



INSTITUT DANONE
Pour la Nutrition et la Santé

Complications de l'obésité de l'enfant : ne nous trompons pas de cible !

La surcharge pondérale, en 2011, concerne plus de 15 % des enfants. Si elle est associée chez l'adulte à un risque augmenté de maladies métaboliques, ce n'est pas le cas chez les plus jeunes. En effet, les complications les plus fréquentes ne sont pas celles que l'on croit et les nombreuses idées reçues les concernant conduisent souvent à inquiéter inutilement les familles et à prescrire des examens sans intérêt.

Les parents craignent principalement le diabète de type 2. Or il reste exceptionnel (<1%) et ne concerne que certaines populations à risque. L'hypertension artérielle touche moins de 2% des enfants obèses. S'il est important de vérifier la tension artérielle en consultation, il est aussi important de savoir qu'il n'est pas rare qu'une élévation de la pression artérielle soit trouvée lors d'une première consultation mais pas lors des suivantes.

En revanche, d'autres complications plus fréquentes et justifiant une prise en charge rapide sont parfois ignorées ou banalisées. C'est le cas de l'épiphysiolyse de hanche,

source de douleurs chroniques de la hanche ou du genou avec boiterie à la fatigue. Elle justifie un traitement chirurgical en urgence pour éviter l'évolution vers la nécrose de la tête fémorale. Deux fois plus fréquent chez l'enfant obèse, l'asthme peut passer inaperçu dans la mesure où la mauvaise tolérance de l'effort physique est une plainte fréquente. Il est donc indispensable de rechercher systématiquement une dyspnée inhabituelle lors des activités physiques et surtout une toux à l'effort. Le syndrome d'apnées du sommeil, complication potentiellement grave, atteint surtout les enfants ayant une obésité sévère. Il doit être suspecté devant des ronflements nocturnes avec reprises inspiratoires bruyantes mais aussi des cauchemars ou une agitation nocturne inhabituels, une énurésie secondaire, des céphalées matinales voire une agitation avec difficultés d'apprentissage. Enfin, on ignore trop souvent la souffrance psychologique, à l'origine le plus souvent multifactorielle : conflits avec les parents, mauvaise estime de soi, stigmatisation à l'école, gêne esthétique en cas de pseudohypogonadisme ou d'adipogynécomastie chez l'adolescent...

Il est donc capital de voir l'obésité de l'enfant comme une maladie spécifique sans faire d'adultomorphisme, et de s'attaquer aux réelles complications de cette maladie.

Dr Béatrice Dubern
Nutrition Pédiatrique,
Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris

DOSSIER

Monoparentalité et comportements alimentaires de l'enfant



C'est par l'alimentation que se nouent les premiers liens entre parents et enfants. Quand un seul parent, en général la mère, élève l'enfant, celle-ci peut souffrir de l'absence du père. Elle risque alors de survaloriser l'alimentation de son bébé, compliquant chez lui l'accès à un vécu clair de satiété. Plus tard, la monoparentalité et la solitude qu'elle implique peut empêcher la mère de prendre de la distance par rapport à l'enfant, et ce dernier de prendre conscience des premières limites, notamment alimentaires, qu'il doit rencontrer pour forger sa personnalité. Le médecin de famille et le pédiatre doivent être conscients des difficultés qu'a un parent seul à accompagner le développement de son enfant, particulièrement dans le domaine alimentaire, et être attentifs à la qualité des échanges autour de la nourriture.

Pr. Catherine Jousselme
Psychiatrie de l'Adolescent et de l'Enfant,
Fondation Vallée, INSERM U669
Gentilly



Les premiers liens parents/bébé s'organisent autour de l'alimentation, vitale pour le bébé (le "stade oral" selon Freud) : il ingère les aliments. Dès la salle de travail, le bébé tète avidement le sein qu'il trouve grâce à ses réflexes archaïques et ravit ainsi ses parents. Mais se nourrir va bien au-delà du simple plaisir lié à la satiété : l'instinct d'autoconservation qui pousse le bébé à se nourrir, et ses parents à l'aider à le faire dans de bonnes conditions, sert de base à l'intégration d'un ensemble de plaisirs présents dans la relation mère/père/bébé lors de l'alimentation (le bébé "introjecte" des bons vécus). Pour Freud, ce plaisir reste centré par la zone orale, la bouche, organe que le bébé explore en dehors même des expériences d'alimentation. Dès le ventre maternel, il tète, puis il s'approprie le sein ou le biberon, cherche à les contrôler, à les maîtriser et à reproduire seul, entre les tétées, les sensations agréables vécues grâce à eux. Quand l'enfant suce son pouce, par hasard, se déclenche en lui des sensations intéressantes : sucer quelque chose et ressentir, en même

temps, dans son corps des sensations au niveau d'un doigt dont le bébé n'a pas encore conscience qu'il lui appartient. Un lien évident s'établit entre les plaisirs alimentaires et tous ceux qui en dérivent, liés à la connaissance du corps, puis à la connaissance du monde. Or le bébé doit avoir une sécurité assez fortement ancrée en lui pour s'accorder la liberté de découvrir le monde : les premiers échanges centrés sur l'alimentation restent bien ses références.

Monoparentalité précoce

Quand les parents se séparent très tôt, ou que le couple n'existe pas (bébé né "sans père"), la mère (la monoparentalité est presque toujours "maternelle") se retrouve dans une situation difficile. La période de sollicitude maternelle primaire, fondement incontestable de la mise en place de cette sécurité de base, peut être vécue inconfortablement par elle, du fait de l'absence de tiers paternel. Elle risque alors de survaloriser l'alimentation, moment fusionnel d'échange non conflictuel avec son bébé, ne nécessitant

FOCUS

Dès la naissance, le comportement alimentaire se met en place et les parents accompagnent l'enfant tout au long des étapes qu'il franchit. Cela est loin d'être toujours évident, particulièrement quand l'enfant vit avec un seul de ses parents, situation pourtant de plus en plus fréquente. La plupart du temps, la monoparentalité n'est pas voulue d'emblée, mais reste liée à la séparation d'un couple. Le parent seul avec l'enfant doit alors assumer tous les rôles, ce qui pose des problèmes de limites et a des répercussions.

ADOPTION ET PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA)

Dans ces situations, la filiation symbolique prime sur la filiation biologique (sauf en cas de PMA sans donneur extérieur au couple) : dans l'adoption, les deux parents sont en quelque sorte "à égalité" ; dans le cas des inséminations avec donneur, une dissymétrie existe. Cependant, la famille reste "banale", puisque les parents élèvent ensemble cet enfant "précieux", si longtemps désiré. Ces familles mettent en place des règles, sans doute héritières de chacune des histoires des parents, qui s'entrecroisent, pas à pas, au rythme du développement de leur enfant.

En cas d'adoption tardive, les choses se compliquent parfois, car des étapes ont été déjà largement parcourues par l'enfant, mais les parents sont aussi "à égalité" dans leur connaissance ou leur méconnaissance de son passé. Sur le plan alimentaire, les problématiques restent assez semblables à celle des familles "banales", en dehors de deux situations :

- quand le secret reste total en ce qui concerne la conception ou l'adoption de l'enfant, ce qui peut gêner l'ensemble des interactions, dont, bien entendu, celles centrées par l'alimentation (anorexie, opposition, sélection etc.) ;
- quand l'adoption a lieu tard, ou qu'elle est internationale, et que le passé alimentaire de l'enfant est très différent de ce qu'il vit dans sa famille (orphelinat avec dénutrition plus ou moins sévère, maltraitance, culture aux habitudes culinaires très spécifiques etc.).

Références bibliographiques :

- Jousselmane C., Delahaie P.; Comment l'aider à manger juste ; Milan, Paris, 2008
- Johnansson-Kark M., Rasmussen F., Hjern A.; overweight among international adoptees in Sweden : a population-based study; Acta Paediatr 2002; 91(7) : 827-832

pas de tiers : elle lui donne alors l'impression que seul l'échange lié au biberon ou à la tétée est complet, ce qui peut amener le bébé à surinvestir la nourriture ; parfois, elle répond systématiquement aux sollicitations pourtant diverses

de son bébé par des gestes alimentaires, ce qui renforce encore ce type de fonctionnement chez le bébé, compliquant chez lui l'accès à un vécu clair de satiété. Parfois, au contraire, la mère se trouve en difficulté quand elle nourrit son bébé,

FAMILLE HOMOPARENTALE

La construction de la famille n'est souvent pas si différente de celle d'une famille "banale" (hormis le cas de la recomposition familiale homosexuelle, après la séparation du couple hétérosexuel ayant conçu les enfants). Quand un couple homosexuel, pour avoir un enfant, décide d'adopter ou de procéder par insémination ou mère porteuse, le projet reste commun. Quand l'enfant arrive, les deux parents mettent en place le même entrecroisement des règles en fonction de leur histoire que dans une famille habituelle.

Le principal enjeu est celui du développement de l'identité sexuée chez l'enfant. Le pédiatre doit donc être le garant de la possibilité de parler avec l'enfant de ses interrogations autour de l'homoparentalité. Il faut que les médecins puissent répondre aux questions de l'enfant sans trop de gêne, car sinon, celui-ci risque fort de ne plus questionner mais d'exprimer son mal-être par des troubles du comportement d'expression multiple, notamment alimentaire (l'alimentation ramenant souvent au "maternel").

Références bibliographiques :

- Gross M.; L'homoparentalité, Le cavalier Bleu, Coll: les idées reçues ; 2009
- Cadoret A.; Des parents comme les autres. Homosexualité et Parentalité ; Odile Jacob ; 2002

parce qu'elle se déprime et sent un manque, même dans ces moments idéalisés : le bébé peut alors se déprimer lui-même et développer un côté "insatiable" ou au contraire anorexique, en réaction à la mauvaise qualité des interactions que sa mère lui propose lors de son nourrissage.

La mère "suffisamment bonne"

Peu à peu, le bébé grandit et la mère peut sentir qu'il dispose de ressources personnelles lui permettant de s'éloigner un peu d'elle. C'est la période de "mère suffi-

samment bonne" : la maman, redevenue femme, réinvestit le monde extérieur loin de son bébé. Il reste son centre d'intérêt principal, mais elle retrouve aussi d'autres préoccupations. Elle commence à pouvoir frustrer son bébé, en adaptant à chaque seconde la nature et la durée de la frustration aux possibilités de celui-ci. Ainsi, peu à peu, le bébé découvre des limites et apprend à se contenir, à penser pour lui-même et à se ressourcer en lui-même, tout en sachant se faire reconnaître quand il a vraiment besoin de quelque chose.

Sur le plan alimentaire, les parents cherchent à réguler les temps de nourrissage, ne donnant plus accès au sein ou au biberon à volonté, à tout moment. Ainsi, en s'alimentant, le bébé apprend qu'il ne peut vivre selon le principe de plaisir mais doit intégrer le principe de réalité, ce qui est très positif pour lui et sa socialisation future.

En cas de monoparentalité précoce, la solitude, voire la véritable dépression maternelle, peuvent bloquer l'accès à la phase de "mère suffisamment bonne" et empêcher le bébé de prendre conscience des premières limites, notamment alimentaires (poursuite d'une alimentation "à la carte" etc.).

A partir du deuxième semestre, le bébé développe ses capacités motrices, accédant à une nouvelle liberté (s'éloigner ou pas de ceux qu'il aime). Pour se rassurer, il s'approprie progressivement un "doudou", qu'il ne manque pas de mâcher et de mordiller, aussi bien pour retrouver les sensations des tétées passées, que pour le maîtriser, se l'approprier et retrouver, en le reniflant, l'odeur de son propre corps mêlée à celle du corps de sa mère. Ainsi cet objet mastiqué, transformé, attaqué, câliné, lui permet de mieux s'endormir, de mieux se séparer. Traverser ces stades pour supporter la frustration est un apprentissage difficile, d'autant plus en cas de monoparentalité précoce.

Monoparentalité et petite enfance

Autour de 18 mois / 2 ans, le bébé marche, commence à dire ses premiers mots, et

acquiert progressivement la propreté. Cette période correspond aussi à une entrée dans la véritable éducation alimentaire. L'alimentation se diversifie, l'enfant commence à vouloir manger seul et il doit s'approprier toutes les "convenances" de la table, des repas partagés, et acquérir en même temps de l'agilité dans l'utilisation des couverts. Il doit goûter de nouveaux aliments, même s'ils ne correspondent pas à ses goûts (très tournés encore vers le sucré). On lui propose des morceaux plus gros : il doit mâcher de plus en plus, des consistances différentes. Au même moment, il commence à dire "non", cherchant à devenir sujet, à s'opposer aux adultes, tout en acceptant globalement leurs demandes.

Les parents doivent être forts pour maintenir le cap, ne pas "craquer" lorsque l'enfant s'oppose, notamment sur le plan alimentaire, car cette "résistance" parentale est essentielle pour la suite du développement. Bien sûr, il n'existe pas de recette absolue : l'éducation alimentaire, comme l'éducation en général, dépend de chaque parent, de son style de parentalité, de son histoire et du lien qu'il entretient lui-même avec la nourriture (source de plaisir, de convivialité, de danger, voire même de sensations négatives).

Pour bien se développer sur un plan alimentaire, l'enfant doit avant tout sentir qu'un juste équilibre est possible. Manger un bonbon n'est pas un crime : en manger une boîte est sans doute plus nocif, car cela dévalorise l'acte, ne donne pas forcément plus de goût aux choses, et tient plus

du remplissage que d'une vraie dégustation. Aucun aliment ne doit être diabolisé mais, au contraire, il est important de montrer aux enfants que chaque aliment à son intérêt, son importance, sur le plan

de la santé comme sur le plan du goût. Bien sûr, chacun a des goûts différents, et il est intéressant de cuisiner ensemble, pour justement apprendre à manier les mélanges de saveurs et partager ensuite

PARENTS SÉPARÉS, FAMILLE RECOMPOSÉE

De "nouvelles familles" se fabriquent dans une "société des démariages" (selon les régions en France, un couple sur deux ou un couple sur trois divorce). Quand des parents "recomposent", ils peuvent le faire chacun en même temps ou de façon non concomitante. L'enfant peut donc se retrouver avec deux "nouvelles familles" comparables ou différentes (une en monoparentalité par exemple), ce qui bien entendu influence sa façon de vivre, particulièrement en cas de garde alternée. L'originalité des liens parentaux dans une famille recomposée provient du fait que le parent biologique et le beau-parent n'ont pas souhaité *ensemble* les enfants qui vivent au foyer. La parentalité reste asymétrique : le statut des parents biologiques est différent de celui des beaux-parents, car ces derniers découvrent des enfants qu'ils ne connaissent pas. Les enfants qui ont vécu dans des familles différentes n'ont pas la même histoire ni les mêmes références aux règles et aux mythes familiaux, et peuvent être choqués, voire blessés par une intervention qui "casse" leurs valeurs, ce qui est particulièrement fréquent dans le domaine alimentaire.

Peu à peu, dans la nouvelle famille doivent se tisser les règles d'une nouvelle entité, d'un nouveau groupe, dont tous les participants doivent apprendre à véritablement se rencontrer. Ces micro-règles varient selon l'âge des enfants, leur place dans la fratrie. Elles se déclinent avec autant d'individualités que de familles, ainsi que dans tous les domaines de la vie quotidienne, particulièrement l'alimentation qui garde une place centrale dans la vie familiale.

Référence bibliographique :

- Jousset C. ; Ils recomposent, je grandis : répondre au défi de la famille recomposée ; Robert Laffont, Paris, 2008

à table les plats confectionnés en commun. L'alimentation devient ainsi un acte de convivialité, d'amour, d'amitié, et aussi de créativité, tout en restant en lien avec l'histoire de chacun : transmettre les recettes de son enfance inscrit l'enfant dans la famille, sans doute plus que beaucoup d'autres actes.

En cas de monoparentalité, toute cette période se révèle particulièrement éprouvante pour le parent, seul à poser et tenir de multiples interdits. Il est souvent épuisé, voire déprimé, sans aucun relais possible pour lui. Le médecin doit donc rester particulièrement attentif, à cet âge, à la qualité des interactions autour de la nourriture (mise en place d'une trop grande opposition, de sélections alimentaires, de mouvements anorexiques ou au contraire hyperphagiques, etc.). Cette qualité témoigne de la qualité plus générale des échanges et de celle de l'intégration des limites, essentielle pour l'avenir de l'enfant dans bien des domaines.

Parfois, le parent a tellement peur d'être dépassé par les événements qu'il devient trop rigide (obsessionnalisation de la nourriture, de crainte d'une obésité, etc.). Il faut l'aider à relativiser et à assouplir ses messages, sans pour cela les oublier.

Pour conclure

Le médecin de famille et le pédiatre doivent être conscients que la monoparentalité accentue souvent les difficultés du parent à accompagner et guider, seul, le développement de l'enfant, particulièrement dans le domaine alimentaire, et ce dès le plus jeune âge. Ils sont donc les interlocuteurs privilégiés auxquels le parent peut poser des questions, demander un soutien. Ils doivent donc rester particulièrement attentifs à la qualité des échanges autour de la nourriture, et proposer une guidance régulière et des soutiens adaptés s'ils repèrent une souffrance parentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Freud S. ; Trois essais sur la théorie de la sexualité ; Collection "Idées", Gallimard, Paris, 1980
2. Jousset C., Delahaie P. ; Comment l'aider à bien intégrer les limites ; Milan, Paris, 2008
3. Klein M ; L'amour et la haine ; Petite bibliothèque Payot, Paris, 1984
4. Winnicott D.W. ; L'enfant et sa famille ; Petite bibliothèque Payot, Paris, 1984
5. Jousset C. ; Enfants de parents séparés : comment gérer ? ; Réalités Pédiatriques, mai 2011, n° 160



L'information sur le contenu calorique fait-elle évoluer le comportement des consommateurs ?

Changes in energy content of lunchtime purchases from fast food restaurants after introduction of calorie labelling : cross sectional customer surveys.

Dumanovsky T et al. BMJ 2011 ; 343 : d4464

A New York, la réglementation impose aux chaînes de "fast-food" d'afficher la valeur calorique de tous les plats, alors que cet étiquetage n'est pas obligatoire en France ni en Europe. Cela a-t-il changé les habitudes de consommation des Américains ?

Des chercheurs ont étudié un échantillon de 168 restaurants de 11 chaînes de "fast-food" et interrogé 7 309 adultes en 2007 et 8 489 en 2009, avant et après l'affichage des valeurs caloriques des produits. Globalement, le nombre de calories en moyenne n'a presque pas changé (846 kilocalories en 2007 contre 828 en 2009), même si une diminution modeste est observée dans un modèle de régression ajusté pour la chaîne de restaurant, le niveau social du lieu où il était situé, le sexe des consommateurs, le type de repas et le coût ajusté de l'inflation (847 vs 827 kcal, $p=0.01$). Néanmoins, trois chaînes de restauration

(42 % des consommateurs de l'enquête) ont montré une réduction significative de la teneur calorique des repas de leurs clients (McDonald's : 829 vs 785 kcal, $p=0.02$, Au Bon Pain : 555 vs 475, $p<0.001$, KFC : 927 vs 868 kcal, $p<0.01$) alors que le contenu énergétique moyen avait augmenté chez Subway (749 vs 882 kcal, $p<0.01$). En 2009, seuls 15 % des clients utilisaient ces informations pour composer leur menu et consommaient alors environ 106 kilocalories de moins (soit 757 kcal). En général, ces personnes étaient déjà sensibles aux problèmes de nutrition et motivées pour diminuer leur apport calorique.

Même si globalement, le nombre de calories n'a pas diminué depuis cette législation, il semble que les chaînes de fast-food les plus importantes aient observé une réduction significative du contenu calorique des repas, une personne sur six semblant utiliser ces données pour manger moins. Face à ce bilan mitigé, la vraie solution ne serait-elle pas d'envisager des actions plus concrètes en réduisant à la fois l'apport calorique et la taille des portions ?



Compter les calories... mais les consommateurs peuvent-ils compter sur les étiquettes?

Accuracy of Stated Energy Contents of Restaurant Foods.
Urban L et al., JAMA. 2011;306 :287-293.

A New York, la réglementation impose aux chaînes de "fast-food", d'afficher la valeur calorique de tous les plats. Mais l'étiquetage ne correspondrait pas à la réalité, selon une nouvelle étude comparant le déclaré au mesuré en laboratoire, par bombe calorimétrique.

Même si, globalement, sur les 269 produits alimentaires provenant de 42 restaurants, l'affiché n'est pas significativement différent du mesuré (+/- 10 kcal / portion, intervalle de confiance à 95%), 19% des aliments fournissaient au moins 100 kcal de plus par portion. Par ailleurs, pour les chercheurs, la variabilité nettement plus importante entre les calories indiquées et mesurées pour les aliments des restaurants classiques par rapport à ceux de la restauration rapide peut s'expliquer par la taille des portions plus aléatoire car préparée manuellement. Par ailleurs, les aliments à faible teneur en énergie étaient plus caloriques qu'affiché tandis que les aliments à teneur calorique plus élevée l'étaient moins que déclaré ($p < 0,001$). En outre, les chercheurs notent que des plats souvent considérés comme plus sains tels que salades et soupes proposées tant par les restaurants classiques que par les "fast-food" avaient tendance à afficher des données moins fiables.

Les restaurants peuvent jouer un rôle important dans la lutte anti-obésité à condition que le contenu calorique indiqué soit exact, des écarts aussi grands (100 kcal) pouvant entraîner une prise de poids importante en une année.

Les auteurs concluent qu'il est très important que les aliments étiquetés "faible apport calorique" ne contiennent pas plus de calories qu'indiqué : en effet ces produits sont choisis le plus souvent par des personnes qui tentent de contrôler leur poids.

Objectif Nutrition, La Lettre de l'Institut Danone

Directeur de la publication :

Pr. Jean-Philippe Girardet, AP-HP, Hôpital Armand Trousseau, Paris.

Rédacteur en chef :

Dr Jean-Laurent Le Quintrec, AP-HP, Hôpital Ste Péline, Paris.

Rédactrice en chef adjointe :

Tiphaine Gimbert, Danone Produits Frais France, Paris.

Secrétaire de rédaction :

Amandine Gunther de Francqueville, Eficom Santé.

Comité de rédaction :

Dr Brigitte Boucher, Paris ; Pr. Pierre Bourlioux, Faculté de Pharmacie, Paris ; Dr Béatrice Dubern, AP-HP, Hôpital Armand Trousseau, Paris ; Pr. Michel Vidailhet, Nancy ; Pr. Fernand Lamisse, Tours ; Dr Martine Pellae, AP-HP, Hôpital Bichat, Paris.

Conception-réalisation :

Agence Louisiane.

Chef d'édition :

Jean-Charles Fauque.

Photogravure/Impression :

Altavia. Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2011. N° ISSN : 1166357 X.

Nouveau : un kit “petite enfance, pour l'éveil au goût” pour accompagner les assistant(e)s maternel(le)s

Près de 800 000 jeunes enfants (entre 4 mois et 5 ans) sont gardés chaque année par des assistant(e)s maternel(le)s agré(e)s. Véritables professionnel(le)s de la petite enfance, ces dernier(e)s restent souvent, malgré tout, un peu seul(e)s dans la cuisine, lorsqu'il s'agit de faire découvrir de nouvelles saveurs aux enfants.

L'Institut Danone a élaboré, en collaboration avec des pédiatres, nutritionnistes, psychologues, professionnels de la petite enfance et chefs cuisiniers, **un kit destiné aux assistant(e)s maternel(le)s pour les aider à accompagner les petits dans les étapes de la diversification alimentaire et de l'éveil au goût.**

Ce kit, composé d'un livre de recettes, d'un magazine d'informations sur le goût et d'un livret d'ateliers pédagogiques et de comptines, sera prochainement mis en commande et téléchargement sur le site internet de l'Institut Danone : www.institutdanone.org



Créé en 1991, l'Institut Danone rassemble des scientifiques, des médecins et des personnalités du monde de la nutrition.

Il a pour mission :

- d'encourager la recherche dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation ;
- d'informer et de former les professionnels de santé sur tous les sujets liés à l'alimentation ;
- de participer, par des actions d'éducation et d'information, à l'amélioration de l'alimentation de l'ensemble de la population.

L'Institut Danone est une association régie par la loi de juillet 1901.

Ses publications ne contiennent aucune information à caractère commercial.