

COLLECTION
PSY POUR TOUS

La psychosomatique

Le corps sous influence

Mickaël Benjamin

• EDITIONS IN PRESS •

La psychosomatique

Le corps sous influence

ÉDITIONS IN PRESS

74 boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 09 70 77 11 48

www.inpress.fr

Collection *Psy pour tous*, dirigée par Gérard Bonnet.

Gérard Bonnet est psychanalyste (APF), co-fondateur du Collège des Hautes Études Psychanalytiques. Il a été enseignant de psychopathologie à l'Université Paris VII, secrétaire de rédaction de la Revue *Psychanalyse à l'Université*. Il est l'auteur de nombreux ouvrages de psychanalyse. Après avoir travaillé toute sa carrière en hôpital et en secteurs psychiatriques, il dirige actuellement l'École de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient (EPCI), où il dispense un enseignement de psychanalyse destiné à un large public.

LA PSYCHOSOMATIQUE. LE CORPS SOUS INFLUENCE

ISBN : 978-2-84 835-546-7

© 2019 ÉDITIONS IN PRESS

Couverture : Lorraine Desgardin

Mise en pages : Fanny Kalinine

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

La psychosomatique

Le corps sous influence

Mickaël Benyamin



*À la mémoire de Ruben Smadja,
À la mémoire de Suzy,
Pour Raphaël.*

Sommaire

Avant-propos.....	7
Introduction.....	9
CHAPITRE I	
Les concepts clés en psychanalyse pour comprendre la psychosomatique.....	17
CHAPITRE II	
Historique de la psychosomatique.....	29
CHAPITRE III	
Psychosomatique et psychanalyse.....	33
CHAPITRE IV	
L'École psychosomatique de Paris et les différents courants.....	63
CHAPITRE V	
« Prélude à la vie fantasmatique » : la constitution de l'appareil psychique comme plaque tournante de l'économie psychosomatique.....	97
CHAPITRE VI	
La psychosomatique du bébé et de l'enfant.....	105
CHAPITRE VII	
La psychosomatique de l'adulte.....	119

CHAPITRE VIII

Psychothérapies psychanalytiques des patients somatiques	139
Conclusion.....	153
Bibliographie.....	155

Avant-propos

Un patient se présente à la consultation d'un psychanalyste. Il évoque, entre autres symptômes psychologiques (une peur invalidante de l'avion, des histoires amoureuses dans lesquelles il répète des échecs, une addiction aux jeux vidéo, une dépression qui ne passe pas depuis la mort de son chien...) un symptôme physique qui lui complique la vie. Cela peut être une migraine récurrente, un mal de dos, une poussée allergique, des troubles digestifs gênants ou encore le déclenchement d'une maladie auto-immune (rectocolite hémorragique, cancer...) à un moment particulier de la vie du patient.

A priori, on n'en connaît pas l'origine.

Or, pour commencer une psychothérapie psychanalytique, il est essentiel de se poser une question basique... Est-ce une atteinte physique réelle, une conversion de type hystérique, ou un trouble psychosomatique? Cette interrogation est d'autant plus importante qu'elle orientera le travail psychique à entreprendre ainsi que ses indications ou contre-indications.

L'objectif de ce livre est de montrer quand et pourquoi l'hypothèse psychosomatique s'impose. Parle-t-on de malades psychosomatiques, de maladies psychosomatiques ou d'approches psychosomatiques? La maladie a-t-elle un sens?

Introduction

L'être humain est un être fondamentalement *bio-psycho-social*.

Autrement dit, on ne peut plus penser le sujet par le seul prisme psychique, et la séparation du somatique, selon certains modèles psychanalytiques.

Cela conduit à la conception occidentale et actuelle du soin : l'approche somatique, son hypermodernisation, les techniques médicales à la pointe de la technologie, ont modifié l'appréhension de la médecine et de son malade. On ne soigne plus un patient mais un organe, un corps anonymisé, morcelé, dont s'empare une pléthore de spécialistes.

La durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste est de huit minutes, ce qui en dit long sur la relation soignant-soigné, et sur la dimension d'écoute, censée être l'un des facteurs de guérison. Le patient n'est pas pris en compte dans l'évaluation et le diagnostic. L'essentiel pour le praticien ? Soulager l'organe malade, sans se soucier du reste. Un relevé de signes, bien visibles, constitue un symptôme, et sert à établir un diagnostic. L'unique objectif est de prescrire un médicament pour soulager le malade. Ce dernier quitte le cabinet avec une ordonnance, dont, symboliquement, le seul fait de la tenir en main est, en partie, thérapeutique.

Par ailleurs, la psychanalyse, sa méthode, sa théorie, sa pratique, s'occupe du psychisme, de la personnalité, du caractère, et de l'individu dans son environnement, pour comprendre pourquoi il a développé une maladie à tel moment de sa vie...

Dès son origine, la psychiatrie s'est d'emblée intéressée aux maladies de l'âme, tout en se fondant sur une approche biologique, puisqu'elle était liée à la neurologie. Avant de s'autonomiser, la faculté de médecine formait des neuropsychiatres. On avait donc affaire à une approche neurologique des maladies de l'âme. Elle s'est peu à peu autonomisée, et a fait émerger une véritable psychiatrie digne de ce nom, dans les années soixante-dix, avec des psychiatres comme Henri Ey, Georges Lantéri-Laura, René Angelergues, Daniel Widlöcher et d'autres. Ils ont pensé la psychiatrie pour former une psychopathologie des maladies de l'âme, en prenant en compte la dimension neurologique, biologique, développementale et psychodynamique. L'approche de la maladie mentale, son étiologie, sa prise en charge était multifactorielle mais le sujet était au cœur du dispositif.

Depuis une vingtaine d'années, malheureusement, la psychiatrie française se fonde quasi exclusivement sur une approche américaine, basée sur le manuel des troubles mentaux, le DSM. Les symptômes sont au premier plan, et la démarche est exclusivement quantitative, au détriment de la démarche qualitative. Par une approche médicamenteuse, le sujet, le malade, disparaît totalement derrière la maladie.

La dépression, par exemple, se diagnostique à partir de quelques symptômes répertoriés. Si le malade présente des symptômes qui entrent dans les cases, alors la dépression est diagnostiquée comme trouble de l'humeur, et un antidépresseur lui est prescrit. Si le malade va mieux, si les signes disparaissent, la dépression est guérie et la psychiatre a fait son travail efficacement.

Mais qu'en est-il de ce qui a provoqué la dépression ? Comment éviter la rechute si le sujet ne traite pas le mal à sa source, c'est-à-dire les facteurs psychologiques qui ont déclenché ces troubles ?

Cela peut-être un deuil non fait, un traumatisme infantile ou récent non élaboré, ou réactualisé à l'occasion d'un autre moment de vie difficile à traverser... Autant de causes psychiques ou externes qui impactent le sujet et peuvent le déprimer.

Si on traite le symptôme et non la cause, comme en médecine et en psychiatrie aujourd'hui, on se situe dans une perspective réductionniste par rapport à l'humain, au sujet pris dans son environnement. En psychanalyse et en psychosomatique, il s'agit toujours de considérer la névrose, comme la maladie mentale, ou la maladie somatique, en rapport avec une temporalité et dans la rencontre avec un autre : le psychanalyste, le médecin, le psychosomaticien ou même une relation amoureuse ou amicale très investie. L'évolution, la perte, la rupture, l'amour fou, et l'amitié, sont autant de facteurs déclenchant d'un ou plusieurs symptômes, ou à l'inverse pouvant faire céder un symptôme. C'est bien du transfert dont il s'agit. En soutenant un point de vue volontairement radical, on peut dire que la maladie et le diagnostic ne sont à envisager que sous l'angle du transfert et de son évolution en analyse dans la cure.

La médecine traditionnelle chinoise a compris, depuis des millénaires, que pour traiter le corps, il faut, si ce n'est soigner l'âme, en tout cas en tenir compte. Ainsi, l'acupuncteur ou le médecin, est investi transférentiellement d'un "pouvoir" de guérir, et la personne, dans sa globalité, est soignée. Le cabinet médical devient un lieu de parole, d'écoute, où la maladie est pensée par le médecin, qui s'appuie sur le discours du patient, ses éprouvés, ses affects, les événements de sa vie... La maladie, dans cette conception, devient l'expression la plus visible d'un trouble plus profond, qui se joue sur plusieurs niveaux, psychique, somatique, biologique et social. Lorsque l'on a affaire à la dimension soma-

topsychique (ou psychosomatique), il est nécessaire de penser le sujet, en l'incluant dans un environnement social, familial, psychique, génétique, héréditaire, sans oublier les facteurs constitutionnels.

La perspective psychodynamique basée sur l'approche psychanalytique du fonctionnement mental reste la seule, de notre point de vue, à pouvoir comprendre le patient dans sa dimension subjective et individuelle, en tenant compte de son histoire, de son mal-être, de son symptôme inscrit dans cette histoire, mais aussi de sa dimension relationnelle (la relation d'objet en psychanalyse) et tout ce qu'elle implique de rapport à soi et à autrui, qui engage le narcissisme dans la rencontre avec l'autre.

Les relations qu'entretiennent l'âme et le corps ou la psyché et le soma questionnent depuis les débuts de la médecine. Doit-on les distinguer et les penser séparément ? Ou bien faut-il les considérer comme une unité ? Peut-on parler d'une causalité psychique dans certaines maladies somatiques ?

À l'inverse, les troubles psychiques protègent-ils d'atteintes somatiques (les schizophrènes, par exemple, tombent-ils moins souvent malades que les sujets névrosés ?) et réciproquement... Les atteintes somatiques protègent-elles de la folie (les patients psychosomatiques ont-ils moins de maladies mentales que les autres ?).

L'idée d'une altération organique est limpide. Une partie du corps (organe, muscle, membres...) est altérée, diminuée, c'est anatomique. Une scoliose, un trouble du rythme cardiaque, un cancer... on a alors affaire à une maladie somatique, qui *a priori* n'a rien à voir avec le psychique.

L'idée d'une altération fonctionnelle est un peu plus complexe à saisir. L'organe "dysfonctionne", mais sur le plan anatomique, il

n'est ni touché ni altéré. C'est le cas de la colopathie fonctionnelle, des troubles digestifs, des migraines... Il y a bien une souffrance en lien avec le corps, le sujet souffre "pour de vrai", mais on ne décèle aucune anomalie à la radio, à l'IRM ou à l'examen clinique. Le médecin se contente alors souvent d'un « *Vous n'avez rien, il n'y a aucune maladie, c'est dans la tête* ».

Ainsi s'est développée une psychologie médicale, pour prendre en compte le malade dans sa maladie, avec une recherche des facteurs étiologiques (les causes), biologiques, et ceux d'origine psychique.

La psychosomatique, elle, s'intéresse au patient atteint par une maladie ; elle tente de comprendre, par l'approche psychanalytique du fonctionnement psychique, comment la maladie somatique s'est déclarée, à quel moment de la vie, et dans quelles circonstances par rapport à son histoire... Elle ne tente pas, contrairement à ce que certaines vulgarisations laissent entendre, de trouver une causalité psychique (et symbolique) à une maladie. Quand un patient développe un cancer des testicules, on interprète, au pire, que le cancer s'est déclaré après que le patient ait trompé sa femme, ou bien que le recours à la masturbation était tel chez lui, qu'il en paie le prix de sa culpabilité, et l'inscrit dans son corps. Au mieux, on va penser que le cancer s'est développé à la suite d'un traumatisme psychique, et que, faute de pouvoir psychiquement "digérer" et travailler le traumatisme, la maladie somatique se déclenche avec son cortège de troubles physiopathologiques, biologiques et corporels.

Mais le cancer reste avant tout soumis aux lois des facteurs génétiques, héréditaires, biologiques et cellulaires. L'environnement entre en ligne de compte (les pesticides dans le cas des cancers du poumon par exemple), ensuite seulement intervient le facteur (et non la causalité !) psychique. Le patient aurait de

toute façon déclenché un cancer à un moment ou à un autre de sa vie. Ce qui va intéresser le psychosomaticien c'est pourquoi il se déclenche à ce moment précis, les liens entre le déclenchement du cancer et l'histoire subjective, consciente et inconsciente du patient, l'inscription dans le corps d'un conflit ou d'événements de vie qui ne peuvent s'inscrire uniquement sur le plan psychique.

La psychosomatique s'intéresse donc prioritairement, à l'approche psychosomatique du patient dans sa globalité et ne cherche pas à désigner des malades ou des maladies psychosomatiques.

Elle désigne à la fois une méthode d'investigation et d'approche du mode de fonctionnement psychique du patient, atteint ou non de maladies somatiques, une technique psychothérapeutique fondée sur la psychanalyse mais qui se dégage de l'orthodoxie de la neutralité, du silence de l'analyste quasiment fétichisé dans certains courants analytiques et de l'interprétation, et également une théorie.

Les psychosomaticiens de l'École de Paris se sont intéressés au fonctionnement mental du patient, ils ont constaté que la vie psychique, les rêves, les associations d'idées, les fantasmes, les liens entre le présent et le passé, perdaient leurs reliefs. La vie psychique devenait opératoire, le patient ne rêvait plus, n'associait plus et le fonctionnement mental ne pouvait donc plus jouer son rôle de régulateur dans l'économie psychique, ce qui aboutissait à une solution somatique et au déclenchement d'une maladie.

Les psychosomaticiens, tous psychanalystes, ont fondé leurs théories sur la psychanalyse et son modèle théorique et clinique de l'appareil psychique, tel que Sigmund Freud l'a théorisé. Le mode d'approche du patient atteint de maladies se fait à partir de la compréhension de son fonctionnement psychique, et non pas à partir de la maladie somatique, qui n'est qu'un "prétexte" pour

amener le patient à s'intéresser à son fonctionnement psychique, et au rôle économique que joue la maladie dans ce fonctionnement.

Le psychanalyste-psychosomaticien va alors tenter de réanimer le fonctionnement psychique de son patient, et le but de la cure, en face-à-face, sera de renforcer ses assises narcissiques, de relancer ses mécanismes psychiques, et de créer une relation singulière, source de vie et de dynamisme pour le patient. Il s'agit fondamentalement d'une approche psychosomatique du malade et de sa maladie, réalisée par un psychanalyste.

Ce travail de psychothérapie psychanalytique de soutien se fait en étroite collaboration avec les médecins ou les services hospitaliers, lorsque cela est nécessaire.

Et ce quel que soit l'âge du patient. Tant il est vrai que des traumatismes enfouis et non élaborés, ou mis au jour, provoquent aussi des symptômes psychosomatiques, même au plus grand âge du vieillissement. De vieilles douleurs inexplicables se réveillent, d'autres apparaissent. Il n'est jamais trop tard pour les penser ou les parler, le rôle du thérapeute est de les interroger, de rompre l'isolement de la mémoire, et ainsi de permettre au patient d'y revenir en vue d'un apaisement.

On est loin de l'image du psychanalyste dans sa tour d'ivoire, se contentant de silences ou de reprises du discours, sous forme de questions, ou n'analysant que le matériel œdipien.

Chapitre I

Les concepts clés en psychanalyse pour comprendre la psychosomatique

La psychanalyse et la psychosomatique

La pulsion : un concept limite entre le soma et le psychisme

« *La pulsion est un concept limite entre le biologique et le psychique* » (Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*). Cette citation de Freud, reste la base de sa théorie psychanalytique, et le point de départ des réflexions sur la psychosomatique. Rappelons que selon cette théorie, les pulsions s'étayaient sur les besoins physiologiques. Il distingue, avant 1920, deux pulsions ; l'une sexuelle, l'autre d'autoconservation, appelée aussi pulsion du Moi. Dès sa deuxième théorie des pulsions, il introduit la pulsion de vie, Éros, et la pulsion de mort, Thanatos, avec la deuxième topique et ce qu'elle implique sur le plan de l'introduction du narcissisme (1914), de la réaction thérapeutique négative et de la destructivité.

La pulsion

Il s'agit d'une force constante, une poussée et une source d'excitation, qui tendent vers un but, la décharge de cette excitation. Elle n'est perceptible, qu'à travers ses représentants psychiques, jamais en tant que telle. D'où l'idée développée par Pierre Marty, sur la pauvreté fantasmatique et les insuffisances de la mentalisation, qui empêchent la pulsion de se manifester psychiquement.

Elle est définie par la poussée, la source, le but et l'objet.

La poussée est le facteur économique de la pulsion, celle qui intéresse les psychosomaticiens. Freud écrit « *la pulsion est le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique par suite de sa liaison au corporel* » (*Pulsion de destins des pulsions*).

La source de la pulsion est constituée d'excitations corporelles.

Le but est la décharge de l'excitation, pour retrouver un semblant de calme et d'apaisement de la tension interne.

L'objet est ce par quoi la pulsion peut atteindre son but.

En psychanalyse, l'objet est un être humain, le premier objet étant la mère, et un individu investi de libido. Quand le sujet se prend pour un objet, ce qui est normal à une phase de développement, on parle de narcissisme et d'investissement du Moi. Si le sujet investit l'objet, on parle d'investissement objectal.

Le conflit narcissico-objectal : Philippe Jeammet désigne l'antagonisme entre les investissements narcissiques et objectaux, les seconds étant vécus par les sujets les plus fragiles, comme menaçants pour le narcissisme. Ce que Jean-Paul Sartre résume par une formule, « *l'enfer c'est les autres* ». Tout sujet a besoin de l'objet (au sens psychanalytique, l'objet désigne un sujet investi libidinalement), pour se nourrir et prendre du plaisir dans l'échange, mais s'il est narcissiquement fragile, il se sent dépen-

dant de l'autre et ce dernier devient menaçant. Au lieu d'être un gain de plaisir pour le Moi, l'objet devient menaçant et le sujet va alors se renfermer et se replier sur lui-même pour ne pas avoir à affronter ses pulsions amour/haine à l'égard de l'autre qui sont mal tempérées.

Le conflit pulsionnel

La pulsion sexuelle

Elle se situe, comme les autres pulsions, à la frontière du somatique et du psychique. Freud emploie le terme de libido pour en désigner la partie psychique. Il la définit ainsi : « *La libido est la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle.* »

Les fonctions physiologiques vont servir de point d'appui à la libido, pour s'autonomiser en fonctions indépendantes. Par exemple, la tétée apaise la faim du bébé, elle le satisfait mais dans le même temps, le plaisir de téter, érotique, s'instaure avec le suçotement, et l'investissement de la zone orale en tant que zone érogène.

La source somatique de l'excitation est très variée, mais ce qui caractérise la sexualité infantile c'est la satisfaction de la pulsion, très localisée, voire focalisée, à un organe. On parle alors de pulsions partielles, d'où le caractère « *pervers polymorphe* » que leur attribue Freud, et que l'on retrouve dans les préliminaires de l'acte sexuel, à l'âge adulte. Les pulsions partielles s'unifient ensuite sous le primat du génital à partir de la puberté.

Un point important à souligner : on a souvent taxé Freud d'être pansexualiste, de tout voir à travers le sexuel... Il n'en est rien. La sexualité à laquelle s'intéresse l'analyste est la sexualité psychique, issue du sexuel infantile, qui contient le conflit œdipien, le fantasme de castration, le fantasme de scène primitive... tout

ceci articulé autour du corps érotique, qui renvoie au désir, aux éprouvés et aux affects.

Selon lui, l'enfant a bien une sexualité, dite perverse polymorphe, mais elle reste infantile. Il a des satisfactions liées aux zones érogènes, la bouche, l'anus, il a recours à l'autoérotisme mais sa sexualité n'est que pré-génitale. Pour Freud, la sexualité infantile est autoérotique. Elle prend sa source dans les zones érogènes et s'étaye sur les besoins physiologiques. Si la pulsion s'en tient à une pulsion partielle (orale/anale, exhibitionnisme/voyeurisme, sadisme/masochisme), non intégrée sous le primat de la génitalité, Freud parle alors de perversions sexuelles, mais il l'intègre à une perspective développementale, comme une fixation ou une régression au stade de la sexualité infantile. L'enfant a une sexualité non généralisée, et donc éloignée du modèle de l'adulte.

C'est ce que ne comprennent pas les pédophiles. Ils croient que l'enfant, s'il est excité, l'est au niveau génital. Sándor Ferenczi avait bien mis en évidence la différence entre sexualité adulte génitale, ce qu'il nomme le langage de la passion, et sexualité infantile, le langage de la tendresse. La pédophilie est, selon lui, une « *confusion des langues* ». Elle crée un traumatisme chez l'enfant qui ne saisit pas l'effraction du sexuel adulte et passionnel, lui qui n'attend que de la tendresse et des câlins. L'enfant devrait refuser et se défendre mais il est paralysé par l'angoisse, il ne saisit pas l'enjeu de l'adulte, et se soumet passivement à l'agression. Afin de pouvoir conserver la part de tendresse venant du parent, l'enfant s'identifie à l'agresseur et accepte comme un automate, de manière quasiment opératoire, les actes de ce dernier, ce qui lui évite de penser. Il cherchera ainsi à deviner et à satisfaire les moindres désirs de l'adulte pour ne pas perdre son amour.

Ce que Freud a toujours soutenu, mais qui a été mal compris, c'est que cette sexualité infantile est quasiment constitutive du

conflit psychique, y compris à l'âge adulte. Le conflit non résolu mène à la névrose et à la pathologie mentale, il se joue entre le désir et la défense, celle-ci se situant au niveau de la société, de la morale civilisée ou du Surmoi de l'individu.

Les pulsions d'autoconservation

Freud distingue les pulsions du Moi, des pulsions sexuelles. Les premières sont nécessaires au maintien de la vie du sujet, à l'autoconservation. Cette notion de pulsion se complique lorsque Freud, en introduisant le narcissisme (1914), ramène l'autoconservation à une forme de libido narcissique ; le sujet deviendrait alors un objet investi par la pulsion sexuelle. L'antagonisme se situe entre libido du Moi et libido d'objet.

Il complexifie ensuite ses positions quant à cette notion, en introduisant à partir de 1920, la pulsion de mort ou pulsion de destruction (*Au-delà du principe de plaisir*). Celle-ci tend à réduire à néant les tensions et à retourner à un état inorganique. Il classe les pulsions d'autoconservation dans les pulsions de mort, dans un premier temps, et l'organisme s'autodétruit. Puis, il les range dans les pulsions de vie, puisqu'il s'agit de la conservation de la vie de l'individu.

Toutes ces positions parfois contradictoires, comme toute l'œuvre de Freud, s'avèrent complémentaires et non opposées, ce qui permet de sortir de l'impasse théorique.

La perte de l'élan vital de Pierre Marty, qu'il relie à la dépression essentielle et à l'instinct de mort (P. Marty ne parle pas de pulsion de mort !), serait une défaite des pulsions d'autoconservation. La vie serait ainsi abandonnée, au profit de l'autodestruction du corps, des cellules.

La psychosomatique

Le corps sous influence

Mickaël Benjamin

Comment et pourquoi nous tombons malade ? Quels sont les liens entre le fonctionnement psychique et l'expression somatique d'une tension ? Comment le corps peut-il se retrouver sous influence du psychique et, ainsi, passer du statut du corps érotique (celui qui intéresse le psychanalyste) à celui du corps malade (celui qui intéresse le somaticien et le psychosomaticien) ? La psychothérapie psychanalytique menée par des psychosomaticiens peut-elle éviter les rechutes, voire favoriser les facteurs de guérison ?

Il s'agit de penser le point de vue économique en psychanalyse en interrogeant l'influence de l'esprit sur le corps et les répercussions de la maladie sur l'esprit.

L'objectif de ce livre est de montrer quand et pourquoi l'hypothèse psychosomatique s'impose : pourquoi parle-t-on de malades, de maladies ou d'approches psychosomatiques ? La maladie a-t-elle un sens ?

Mickaël Benjamin est psychologue clinicien, psychanalyste et maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris Diderot (Laboratoire CRPMS). Il a publié en 2013 *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence* qui s'intéresse à la psychosomatique de l'adolescence.



9 782848 355467

ISBN : 978-2-84835-546-7

11 € TTC – France

www.inpress.fr

• EDITIONS IN PRESS •