

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
médicale  
et infertilité**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2009*

# Les stérilités inexpliquées existent-elles ?

D. LEMLER \*  
(Strasbourg)

## Résumé

*Parle-t-on de stérilité inexpliquée parce qu'on ne peut pas l'expliquer, ou parce que l'on ne le veut pas ?*

*Est-ce que la plupart des stérilités sont tellement expliquées que cela ?*

*Pour aborder ces questions, il est nécessaire de (re)donner une place à la part subjective dans la consultation ; aussi bien celle des patientes que celle des praticiens.*

*Envisager la stérilité comme un symptôme permet de l'entendre comme plainte, c'est-à-dire comme une parole adressée au praticien. Prendre cette parole au sérieux permet de découvrir un savoir qui ne se confond pas avec l'Ordre médical, le savoir du patient. Ce premier renversement dialectique se redouble d'un second : le biologique comme diagnostic d'exclusion.*

*Il n'y a là rien de matériel ou de technique. Ce qui est en jeu est une position subjective. Elle a la potentialité de modifier le déroulement de la consultation et le destin de la patiente, mais aussi du praticien.*

*Mots clés : stérilité, psychanalyse, symptôme, plainte, consultation, parole, savoir, subjectivité*

\* Psychiatre-psychanalyste - Chargé d'enseignement à l'UdS - Président du Groupement d'Études psychanalytiques de la FEDEPSY - 1 rue Murner - 67000 Strasbourg  
E-mail : dlemle@noos.fr

« Sous moi donc cette troupe s'avance,  
Et porte sur le front une mâle assurance.  
Nous partîmes cinq cents ; mais par un prompt renfort  
Nous nous vîmes trois mille en arrivant au port »  
Pierre Corneille, *Le Cid*

« Il ne peut en rester qu'un ! »  
Russell Mulcahy *Highlander*

## Odyssée de la vie

Parle-t-on de stérilité inexpliquée parce qu'on ne peut pas l'expliquer, ou parce que l'on ne le veut pas ?

Ce n'est pas parce qu'elles sont dites inexpliquées, qu'elles sont inexplicables !!

Et lorsque l'on parle de stérilité inexpliquée, ne s'agit-il pas en fait d'une manière élégante de parler d'une stérilité psychogène ? Quelque chose du genre : le psycho - gêne ! Le *pathobaiseur*<sup>1</sup> en serait un des archétypes.

On parle de stérilités inexpliquées lorsque l'on ne trouve pas de causes organiques avérées, de causes biologiques repérables. Cela signifie-t-il que toutes les autres seraient expliquées ?

Or, est-ce que la plupart des stérilités sont tellement expliquées que cela ? Lorsqu'il est question d'une stérilité d'origine organique (chirurgicale), il n'y a pas de doutes possibles. Mais les choses ne me semblent pas aussi simples lorsque la stérilité est définie sur des critères biologiques. Ma fréquentation d'un staff assistance médicale à la procréation (AMP) m'a appris que l'usage de ces critères est à géométrie variable.

Ce n'est certes pas à vous que j'apprendrai que l'odyssée de la vie est un voyage extrêmement aventureux.

Bien sûr il ne doit en rester qu'un seul, le Highlander, immortel qui a récupéré l'énergie vitale de tous les autres.

Nous partîmes des millions, des centaines de millions, et nous fûmes quelques centaines en arrivant au port et finalement un seul a pris la mère, je veux dire une petite partie d'elle : l'ovule.

<sup>1</sup> Ainsi sont dénommés dans le service d'AMP les couples qui n'ont pas de rapports sexuels.

On pourrait aussi parler de « nullibaiseurs ou de couple « no sex » !

En fait l'histoire ne dit pas à combien il faut partir, ni quelles doivent être les conditions météo, ni ce qu'on doit emporter dans ses bagages !

Est-ce que chaque fécondation, malgré sa banalité, ne se joue pas dans les mêmes conditions que la conquête de l'espace ? Ce ne fut pas simple d'envoyer un homme marcher sur la lune, et c'est d'actualité : il fallut une constellation particulière de paramètres tout à fait singuliers et jamais reproductibles à l'identique. N'en est-il pas ainsi pour la procréation ?

## **Des chiffres et des lettres**

Cette métaphore vise essentiellement à souligner que les causes de la stérilité invoquées sont souvent une simple rationalisation. D'autant plus qu'un facteur n'est que très rarement pris en compte, et pour cause, alors qu'il est un effet loin d'être négligeable sur cette constellation si singulière : la part subjective. Pour cause de ce qu'elle n'est pas évaluable. Cela ne veut pas dire que cette part n'est pas appréciable. Elle nous fait juste entrer dans une autre logique que celle des chiffres et des protocoles. Cela nous permet de donner un sens à « inexplicquée » : inexplicable par des chiffres et non traitable par des protocoles. En effet, la logique de la subjectivité est celle du singulier. Chaque stérilité inexplicquée est susceptible de trouver une explication subjective singulière.

Dans l'abord clinique de la stérilité, la part subjective se décline selon deux axes : le désir d'une part et le transfert de l'autre. Et on parle de désir dans l'AMP mais on en parle comme d'une entité mesurable, palpable, qu'on peut inscrire dans le dossier au même titre qu'un taux de FSH ou de LH : « désir d'enfant depuis 18 mois », peut-on lire sur nombre de dossiers.

On rêverait que ce soit aussi simple. Pourtant on aurait tort parce que ce serait alors la mélancolie généralisée. En effet, le désir n'est pas une entité consciente, et il n'a pas d'objet. Et lorsqu'il est comblé par un objet, le seul résultat palpable est au mieux la déception, au pire la dépression. Chacun a pu en faire l'expérience. Envisager le désir comme une entité inscriptible dans un dossier médical tient à une confusion entre objet du besoin et objet du désir.

Le désir lui est donc sans objet. C'est cette propriété qui crée et maintient un espace libre qui fait du désir le moteur de notre existence. Le désir est désir de désir. L'expression indique bien qu'il s'agit là d'une dynamique.

Cet usage du désir comme paramètre nous introduit à une question essentielle : celle de l'instrumentalisation, que ce soit du corps de la femme, de la gestation, ou de l'enfant à venir.

## **Aspects « psy » de l'AMP**

La réflexion sur l'AMP se heurte d'emblée à une difficulté : cela semble aller de soi : aucune femme, aucun couple désirant un enfant ne saurait en être privé, au nom des aléas de la nature.

La science a fait sauter une des plus importantes limites imposées par la nature de l'homme, sa nature biologique s'entend. À quand la victoire sur l'autre ennemi implacable de l'humanité, la mort ?

Mon questionnement vise à montrer que les choses ne sont pas aussi évidentes. Cela se fonde initialement sur certaines précisions terminologiques.

L'une d'entre elles est fondatrice. Vouloir un enfant, le demander, voire l'exiger, au nom de la faisabilité ou du droit, ne saurait se confondre avec le « désir d'enfant ».

Une impossibilité anatomique ne peut se traiter de façon identique à une stérilité idiopathique. Cette dernière a, dans nombre de cas, une origine « psychologique ». Cela ne signifie pas, pour autant, qu'une partition organique/psychique soit satisfaisante.

## **Problématisation**

Les patientes viennent rarement dire leur stérilité, elles expriment au contraire une plainte, dans laquelle le praticien lit la stérilité et met en place un traitement.

Je vais vous proposer un abord psychanalytique de la stérilité. Telle est ma formation et ma pratique. Mais que cela ne vous inquiète pas pour autant, abord psychanalytique ne signifie pas nécessairement jargon incompréhensible, mais une conception du symptôme, non pas en tant qu'il signe la pathologie et demande à être éradiqué, mais au contraire comme une parole qui n'a trouvé que le corps pour arriver à s'exprimer et qui cherche donc à se verbaliser. La stérilité n'échappe pas à cette règle. Elle est tout d'abord une plainte, qui est déposée devant le praticien, un symptôme.

Ce symptôme est alors comme une parole en souffrance, ce qui explique peut-être que la souffrance n'en est jamais absente. Et il est important de préciser qu'il n'y a pas de différence apparente entre

souffrance physique et souffrance psychique. Même lorsque l'on ne trouve pas de substratum organique, la souffrance n'est pas feinte ; c'est bien du lieu de sa souffrance que le sujet s'adresse au médecin.

La stérilité peut apparaître comme un problème essentiellement organique, biologique, voire génétique, ou encore tout au plus fonctionnel. Et pourtant, même là, la part du psychique est loin d'être négligeable. Disons que nous aurons à situer la stérilité entre deux positions extrêmes : d'une part, l'azoospermie par exemple, de l'autre, l'absence de rapports sexuels. Encore faut-il avoir présent à l'esprit que même un trouble indiscutablement organique s'inscrit dans une économie psychique, a fortiori quand il s'agit de quelque chose qui touche au domaine de la sexualité et de la procréation.

Il est une dimension qui, si elle n'est pas de l'ordre du trouble sexuel, ou de la causalité psychique, mérite d'être abordée ici : je fais allusion aux effets des AMP. Ces effets sont à considérer dans différents domaines : dont l'investissement subjectif, l'éthique, la définition-même de l'homme, et les limites de son univers... Et si l'on considère l'univers du couple engagé dans le parcours d'une FIV, par exemple, on peut observer des perturbations importantes de leur vie sexuelle, avec des risques majeurs de disparition du désir, mais aussi de désinsertion sociale. Nous l'envisagerons dans nos conclusions. Après avoir insisté sur cette notion essentielle : la sexualité est à différencier de la génitalité ; ce qui ne signifie pas que la procréation est à concevoir sans sexualité.

## **La stérilité comme symptôme !**

Le point crucial se situe ici. Il consiste dans la manière dont on considère le symptôme. La difficulté est grande. Tout l'enseignement que nous avons reçu nous amène à aborder le symptôme comme un signe d'appel, un signe pathologique à éradiquer. Sa disparition signe alors la guérison. S'il s'avère que ce raisonnement est vrai dans nombre de situations, il est loin de l'être toujours. C'est le cas, lorsque le symptôme s'avère névrotique. Voici donc en quoi consiste notre difficulté : la plainte névrotique. Avec elle, le praticien se trouve confronté à ce qui n'est rien moins qu'une question éthique. Elle réside au niveau de la plainte. Une des modalités de la question éthique dans la pratique médicale réside dans la manière dont le praticien considère la plainte.

Dans notre formation, on nous a appris à faire passer la plainte par le tamis de l'Ordre médical pour en faire du signe, du symptôme que

l'on va associer en syndrome, et poser un diagnostic, ce qui va impliquer une stratégie thérapeutique. Cette démarche a pour effet de passer du singulier à l'universel.

Aussi, ce que je vous propose, c'est une alternative. Entendre la plainte pour ce qu'elle est, à savoir tout d'abord une parole. Une parole inaugurale, qui si elle n'est pas étouffée se déploiera, pour au moins situer la question qui anime le patient. On se rend compte souvent de cette façon que le symptôme n'occupe plus le devant de la scène. Ce qui se manifeste parfois par le fait qu'aucun traitement n'est plus revendiqué. Dans le meilleur des cas, la patiente prend conscience de sa parole.

## **Et la stérilité**

La stérilité se manifeste à partir du moment où un sujet dans sa relation à l'autre aura posé la question du désir d'enfant.

Là encore, il nous appartient de préciser que le désir d'enfant ne saurait se confondre avec la sexualité.

Ce qui s'énonce sous le terme de stérilité évoque des choses aussi variées qu'il y aura de sujets porteurs de cette plainte. Elle aura des définitions variables selon les écoles.

Il paraît toutefois important de différencier le désir d'enfant, du désir de grossesse, de la vérification que cela marche, que l'on est une femme normale, qui se distingue du désir de parentalité, l'aptitude à être mère, à être parents... Le désir de grossesse est quelque chose de précoce dans la vie d'une femme, puisqu'un des temps du procès œdipien consiste dans le désir de donner un enfant au père.

Il est sûrement important de repérer de quel désir la stérilité est le symptôme ou l'empêchement, ce n'est sûrement pas sans importance dans la manière dont une femme, ou un couple va investir le traitement.

## **La stérilité comme plainte**

Suite à ce que nous venons de poser, je vous propose donc de considérer la « stérilité » comme une plainte. Les patients nous amènent une plainte, et nous la recevons comme une parole qui ne viendrait pas trouver d'écho dans notre savoir médical, nous permettant de la réduire à un symptôme universalisable.

Depuis que nous sommes passés d'une conception du monde (*Weltanschauung*) religieuse à une conception scientifique, la parole n'est plus au patient, mais à ses organes. La santé n'est-elle pas le « silence des organes », comme le dit Valéry ? Et dans la maladie, ce sont eux qui « parlent », voire qui crient.

Toute consultation s'inaugure d'une plainte. Le destin de la consultation – mais aussi du patient, il faut y penser, et y penser avant – dépend de la manière dont le médecin va traiter cette plainte. Cette plainte n'est rien d'autre qu'une parole exprimée par le patient. Une plainte est le déploiement d'un discours avec les mots du patient lui-même. À l'exception, bien sûr, de quelques patients hypocondriaques qui connaissent le Vidal et le Larousse médical par cœur. C'est la manière dont nous recevons ce discours, ces mots, ces paroles, qui conditionne le mode de notre pratique. Je précise tout de suite que j'inclus dans ce nous l'ensemble des praticiens, y compris les psys. Cette plainte peut également entrer dans un autre discours en devenant plainte judiciaire.

L'enseignement de la faculté est un enseignement scientifique, c'est un enseignement sur les maladies, et non pas sur les malades. Ce que la Faculté nous a enseigné, c'est à faire ressortir l'or du signe, qu'on appelle symptôme, du marécage de la plainte dans laquelle il est noyé. Autrement dit, tout ce qui est subjectif doit être considéré comme une scorie à éliminer.

Pour employer une autre image, il ne s'agit de rien d'autre que de faire passer la plainte du patient par un tamis, qui retiendra tout ce qui est subjectif, pour ne laisser passer que ce qui est objectivable comme signe clinique. Le tamis, c'est ce que J. Clavreul appelle l'Ordre médical. Je reprends donc, le discours du patient est passé par le tamis de l'Ordre médical, et devient discours médical, articulable en signes, symptômes conjugables en syndromes qui amènent à évoquer un diagnostic, à l'individualiser des diagnostics différentiels, à poser les indications d'examen complémentaires en vue d'établir un diagnostic définitif, qui engagera logiquement vers une stratégie thérapeutique.

Cette démarche se défend si l'on soutient la position de l'élimination du risque organique coûte que coûte. Elle se heurte à une objection majeure. Je l'exprimerai simplement ainsi, même dans la maladie, ou ici dans la stérilité, le corps n'est pas une prothèse de l'humain, au même titre que ses lunettes ou sa voiture. On peut réparer l'un ou l'autre, sans être entravé par la part affective ou subjective, même s'il en est qui tiennent à leur voiture comme à la prune de leurs yeux. Je ne parlerai pourtant pas d'unité psyché-soma, ou d'intrication.

Je dirai simplement que le corps de l'homme est avant tout un corps imaginaire, symbolisé et symbolisable, avant que d'être réel. C'est ce que rend bien la langue allemande, en distinguant *Leib* (le corps affecté) de *Körper* (le corps anatomique). Le corps est investi psychiquement, c'est ce que traduit l'expression habiter son corps. Le corps silencieux lorsqu'il est en pleine santé, bruyant dès qu'il y a une maladie, a dans tous les cas, à être géré dans ce que l'on appelle l'économie psychique.

Bien sûr, la démarche enseignée par la Faculté répond à une logique propre. Cette logique se décline avec des signifiants propres, tels que le souci d'efficacité, l'obligation de moyens, la peur de passer à côté, sous-entendu de quelque chose que l'on puisse un jour me reprocher, et la liste n'est pas exhaustive, tout médecin pourrait, chacun à sa manière et selon son style, m'aider à la compléter. Cette logique soutient également que l'on ne peut éliminer une pathologie organique, que lorsque l'on a pratiqué tous les examens envisageables, selon la science et la technique de l'époque. En conséquence, selon un principe que Sherlock Holmes ne démentirait pas, « lorsque vous avez éliminé l'impossible, ce qui reste, aussi improbable que cela paraisse, doit être la vérité » (A. Conan Doyle, *Le signe des quatre*), autrement dit, lorsque vous avez éliminé l'impossible, que toute notion d'organicité a été écartée, ce qui reste, la dimension névrotique, hystérique, voire psychiatrique, aussi improbable que cela paraisse, doit être la vérité et est donc envisagée comme diagnostic d'exclusion. Pour l'Ordre médical, le symptôme névrotique est un diagnostic d'exclusion, que l'on ne pose qu'à la toute dernière extrémité. Et même alors, si l'on est dans le meilleur des cas, le choix de l'attitude du médecin reste ouvert : traiter par le mépris, par chimiothérapie, adresser au psychiatre, mais à quel psychiatre...

### **Un premier renversement dialectique : le savoir est chez l'autre**

Tout questionneur détient un savoir sur sa propre question. J'introduis ici un premier retournement dialectique : le savoir est chez l'autre.

Nous avons mis ainsi l'accent sur un des enjeux majeurs du déroulement d'une consultation, c'est la place où l'on situe le savoir. Selon qu'on la conçoit du côté du médecin ou du patient, le destin de la relation thérapeutique en sera profondément modifié. À ce propos, je vous propose un premier renversement dialectique dans notre conception de la pratique médicale. Cela pourrait s'énoncer de la façon

suiuante : « c'est le patient qui sait ! », le savoir est chez l'autre. Vous saisissez l'enjeu : d'un côté, on fait passer le discours du patient à travers le tamis de l'Ordre médical, pour y retrouver le discours connu, balisé, que nous a enseigné la Faculté, de l'autre, nous acceptons de nous dessaisir de notre savoir, pour nous laisser enseigner par nos patients. Bien sûr, cela implique que nous ne considérons pas que nous ayons pour mission d'assurer le S.A.V. (Service Après Vente) du corps, ce qui nous installerait carrément à la droite de Dieu, mais que nous envisagions le corps comme un investissement psychique. Cela peut vous sembler incongru, pourtant, si vous y réfléchissez, cela fait de chaque consultation une découverte potentielle, plutôt qu'un défi, ou une vérification de nos connaissances.

Il s'agit donc de repérer le lieu du savoir. Si nous acceptons, qu'à côté de notre savoir scientifique, théorique, il y a un savoir singulier du patient sur sa plainte et sur ce qu'elle essaye d'exprimer, alors nous pouvons reconnaître là une vérité. Nous pourrions dire qu'à côté de notre vérité sur le corps anatomique, le *Körper*, il y aurait une vérité singulière, sur le *Leib*, la chair, le corps habité et affecté, vérité que nous ne pouvons apprendre que de notre patient.

Ainsi, si nous laissons cette parole se déployer, nous entendrons tout ce dont elle témoigne comme histoire singulière, non réductible à la banale et universelle stérilité.

Alors, y a-t-il lieu d'envisager globalement la stérilité comme une pathologie à part entière ? Ou au contraire comme un symptôme ?

Et enfin, si nous nous trouvons devant une stérilité d'origine « sexuelle », par exemple dans un couple où il n'y a pas de relations sexuelles, c'est l'indication non pas d'enclencher un processus d'AMP, mais au contraire de traiter le problème sexuel, non pas comme un problème mécanique, avec une solution technique, sexologique, mais comme un trouble psychique qui appelle un travail d'élaboration par la parole, type psychanalyse, ou comme on dit, psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Ainsi, nous pouvons conclure ce chapitre en affirmant que la vérité sort de la bouche... du patient.

## **Deuxième renversement dialectique : le biologique comme diagnostic d'exclusion**

Peut-on alors envisager une autre modalité de déroulement d'une consultation médicale qui tienne compte des différentes questions que

nous avons soulevées ? Nous avons vu que le déroulement, disons classique, d'une consultation est porteur d'un haut potentiel iatrogène. Et une maladie iatrogène est tout aussi grave qu'une maladie organique, voire plus.

Nous avons vu aussi la place qu'a à prendre la parole dans le champ de la médecine, que ce soit la parole du patient, inaugurale, ou celle du médecin, savant ou oublieux de son savoir.

Fort de ces différents éléments, je vous propose d'envisager un second renversement dialectique. Dans la consultation classique, nous disons que lorsque nous avons écarté tout risque d'une pathologie organique, nous pouvons évoquer la névrose comme diagnostic d'exclusion. Je propose donc d'inverser le processus, et donc d'envisager la pathologie organique comme diagnostic d'exclusion.

Il ne s'agit pas d'exclure la maladie organique du champ de la médecine, ni de transformer les médecins en psychanalystes, [et encore ce ne serait pas n'importe lesquels, mais ceux qui penseraient que l'homme n'a pas de corps, tant le discours psychanalytique n'est certes pas exclusion du corps].

Non, mon idée, c'est de laisser se déployer la plainte du patient, et, à partir d'elle, son discours, sa demande, ses mots, seule possibilité d'une vraie relation. Il se dessine ainsi quelque chose qui pourrait s'apparenter à un nouveau cadre, un nouvel espace de l'exercice médical, où la parole aurait un statut nouveau. Encore une fois, ce statut n'est pas d'invalider le corps, la lésion, mais de la situer dans l'économie psychique. Cela va me permettre de préciser que le problème ne consiste pas à faire la part entre symptôme organique et symptôme psychique, mais de se rendre compte que dans les deux cas, la souffrance est tout aussi réelle, et qu'il s'agit donc de repérer la place de ce symptôme dans l'économie psychique, son investissement. Je vais vous proposer une vignette clinique, qui trouvera sûrement écho dans votre pratique. Il y a des patients qui lorsqu'ils guérissent, vont décompenser un état dépressif. Ce que nous devons comprendre, c'est que la maladie avait une fonction dans l'économie psychique. Aussi, la perte de la maladie provoque-t-elle un déséquilibre psychique. Vous voyez ainsi qu'une maladie peut avoir un autre statut que d'être uniquement pathologique.

Laisser une place à la parole... Telle pourrait être ma conclusion provisoire.

## Traitement de la stérilité et transfert

Les enjeux du transfert dans les AMP ne seront envisagés qu'à partir de deux questions qui nécessiteraient un certain développement :

Quelle est la fonction de la relation transférentielle dans la fécondation médicalisée ? Autrement dit, la relation de telle femme avec tel praticien n'est pas sans importance dans la « réussite » du traitement.

Quel est le nouveau scénario œdipien induit par la relation AMP ?

## Éthique de l'AMP

L'AMP pose de nombreux problèmes qui dépassent ceux de la performance technique.

Elle se fonde sur l'idée qu'il est impossible aujourd'hui, compte tenu des progrès de la science, qu'une femme qui le désire ne puisse avoir d'enfant. Du coup, on parle en termes de droit : les couples stériles ont le droit d'avoir des enfants.

Or, les infertilités tubaires ne représentent qu'un tiers des indications, donc les FIV sont pratiquées dans de nombreux cas d'infertilité dite psychogène. Pourtant, les désordres symboliques sont une cause fréquente d'infertilité. Il suffit pour s'en convaincre de considérer la fréquence des grossesses spontanées survenant dès lors que l'interdit psychique d'être mère a été levé par une adoption, voire par le simple séjour auprès d'un enfant.

À ne pas entendre la dimension de symptôme de certaines stérilités, la réponse technique peut apparaître comme éminemment brutale. En témoignent les demandes d'IVG qui font suite à des FIV réussies, chez des femmes qui vivent inconsciemment les actes médicaux comme autant d'effractions, et la présence de l'enfant en elles comme le produit d'un viol.

Seulement, devant les promesses de la science, on voit évoluer le désir vers une revendication. Au mieux, le désir d'enfant devient « projet parental ».

Cela n'est pas sans poser de nombreuses questions, dont on ne saurait faire l'économie si l'on se soucie des tenants et aboutissants de l'application de ces nouvelles techniques.

Devant une technique qui non seulement radicalise la séparation entre sexualité et procréation, mais vient substituer l'acte médical à l'acte sexuel, on peut se demander ce qu'il en est de la place du futur

père dans l'AMP ? On peut aller jusqu'à se demander qui est le père ? et à quelle place se trouve le médecin ?

Voilà quelques questions que je laisse volontairement ouvertes pour ouvrir à un débat. Tout comme ce texte, elles n'ont pas la prétention de vouloir rendre caduque la pratique de l'AMP, mais de souligner l'importance de prendre en considération, en deçà de toute solution biologique, la dimension singulière, subjective de toute plainte de stérilité, parole qui dévoile parfois bien autre chose qu'une simple attente de réponse technique.

*Référence : D. Lemler, Répondre de la parole, à paraître.*