

LE CHOC LINGUISTIQUE EN MILIEU HOSPITALIER : LES QUIPROQUOS ENTRE MEDECINS CHINOIS ET PATIENTS CAMEROUNAIS

Josianne MATCHUG

Université de Buea

matchughbd@gmail.com

Résumé

La communication est une science très peu transmise lors de la formation des médecins généralistes. Ces concepts prennent tout leur sens lorsque le médecin et le patient ne partagent pas une langue commune, pouvant amener à des malentendus influant sur la qualité des soins, et ayant un impact sur les droits des patients. Dans les interactions entre les médecins chinois et les patients camerounais, nous avons relevé des quiproquos pendant les consultations. Leur détection pouvant se faire à plusieurs niveaux (phonique, linguistique, sémantique...) La collecte des données s'est faite à l'hôpital chinois de Koumassi, situé à la Rue des manguiers, Bali-Douala au Cameroun. Après une étude descriptive à visée transversale, il ressort de nos analyses qu'un quiproquo peut entraîner des conséquences fatales. Il sera donc judicieux de faire recours aux spécialistes de la langue française pour aider les médecins chinois d'une part, et les patients camerounais d'autre part afin que les entretiens se passent sans malentendus.

Mots clés : *Quiproquos, communication médicale, pragmatique.*

Abstract

Communication is a science that is hardly transmitted during the training of general practitioners. These concepts take on their full meaning when doctor and patient do not share a common language, can lead to misunderstandings affecting the quality of care, and having an impact on patients' rights. In interactions between Chinese doctors and Cameroonian patients, we noted misunderstandings during consultations. Their detection can be done at several levels (phonic, linguistic, semantic...) the collection was made at Chinese hospital of Koumassi in the Cameroon littoral region. After descriptive cross-sectional study, our analyzes show that a misunderstanding can lead to fatal consequences. It will therefore be judicious to use French language specialists to help Chinese doctors on the one hand, and Cameroonian patients on the other hand so that the interviews go without misunderstandings.

Keys words: *misunderstanding, medical communication, pragmatic.*

Introduction

La communication est un pivot dans la relation entre deux individus, et donc dans la relation médecin-patient. Etymologiquement, le terme communication vient du latin «communicare» qui signifie «mettre en commun». La communication est donc le processus de mise

en commun d'informations, dont l'objectif principal est de faire passer un message et de créer une relation de dialogue. Carl Rogers (2005 : 5), psychologue clinicien, illustre bien cette relation de dialogue: « *Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être.* » La communication est basée sur l'échange entre un émetteur et un récepteur qui sont deux humains complexes, insérés dans un contexte, à un instant donné, dans un lieu, dans le cadre d'une situation spécifique. Ils entrent en relation et interagissent avec leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle, autant de facteurs qui peuvent la parasiter. Ce qui est bien illustré par Bernard Werber (2000 : 55) : « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même...* ». Toutes ces complexités se retrouvent dans la consultation médicale et peuvent être une source de malentendus.

Il y a des situations pour lesquelles les mots sont absents, notamment quand le médecin et le patient n'ont pas de langue commune. Dans ce cas, se pose la question des répercussions sur le soin. A vrai dire un simple rappel au bon sens devrait répondre à cette question, celui-ci faisant trop souvent défaut, la littérature scientifique interdisciplinaire a montré qu'on ne peut pas se passer de mots pour expliquer ses maux. L'absence de mots impacte sur la qualité, l'accès aux soins augmente le nombre d'examen paracliniques, de traitements inutiles et le risque d'erreurs médicales. Comment peut-on pallier cet obstacle ? Pourtant, la communication est aussi importante en santé de premier recours. La médecine générale a-t-elle recours aux spécialistes de la langue française? La formation des médecins généralistes aborde-t-elle cette question? Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude descriptive transversale à l'hôpital chinois de Koumassi. Ceci consistait à assister aux consultations pour en déceler les failles ou les malentendus. Nous présenterons dans un premier temps les différentes étapes de l'étude, puis les résultats qui seront discutés à partir de la littérature.

1. La communication entre deux personnes, focus sur la consultation médicale

La communication s'inscrit parmi les 11 caractéristiques définissant la médecine générale énoncées par l'Organisation mondiale des médecins de famille, « *la médecine de famille utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » BOWEN (2001 : 12) . Elle est un élément central dans la pratique clinique et fait partie des composantes essentielles de la compétence clinique du médecin. Une bonne communication n'est pas facultative, elle aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes, tant pour le patient que le soignant. Elle favorise une approche négociée des problèmes entre le médecin et le patient, et permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves et une médecine centrée sur l'individu.

1.1. Structure de l'entretien médical proposée par Silverman, Kurtz et Draper

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée. Divers auteurs et surtout l'approche en communication de Silverman, Kurtz et Draper ont donné un descriptif détaillé de la structure de l'entretien médical.

- Débuter l'entretien : phase de rencontre soignant-patient. Elle se compose de plusieurs phases. La phase sociale qui est un échange verbal ayant pour objectif de mettre à l'aise le patient et de créer une relation initiale. La phase de programmation permet de structurer le déroulement de la consultation avec les objectifs du patient et de planifier la consultation dans le temps.
- Recueillir l'information : cette phase de recueil permet au patient d'exprimer :
 - ⇒ Ses attentes par rapport à ce qui devrait être fait pour solutionner son problème.
 - ⇒ Son vécu, ce qui comprend ses idées, perceptions ou représentation par le patient de son problème.
- Conclure l'entretien : synthèse et plan de soin pour la suite.

La place des mots n'est pas facultative, ils structurent tous les temps de l'entretien médical. Il y a deux formes de communication : la communication verbale et non verbale. Elles se retrouvent à chaque temps de l'entretien.

1.2. Les supports de la communication: le verbal et le non verbal

La communication a des supports variés : elle est verbale et non verbale. Elles s'intègrent dans des théories de la communication complexe (dimension d'empathie, d'authenticité, de considération positive) que l'on peut retrouver dans le travail de Carl Rogers.

1.2.1. La communication verbale

La communication verbale ou orale est la communication exprimée par la parole. Elle est faite de signes linguistiques qui constituent le langage : mots, phrases qui permettent d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d'entrer en relation avec lui. On parle d'un message « codé » qui part d'un émetteur et va vers un récepteur. La façon d'encoder comme de décoder le message dépend de l'émetteur comme du récepteur et du contexte. En effet, il s'agit de deux humains complexes, insérés dans un contexte, à un instant donné, dans un lieu, dans le cadre d'une situation spécifique. Ils entrent en relation et interagissent avec leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle, autant de facteurs qui peuvent moduler la réception de l'information émise par l'autre.

1.2.2. La communication non verbale

La communication non verbale se définit par le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Tout est communication, bien au-delà des mots, pour Watzlawick, psychiatre américain spécialisé sur la question de la communication, *« On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses " parlent " à notre récepteur ».*

30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal. La manière de dire le message est aussi importante que son contenu : les mots des patients et des soignants.

En l'absence de parole, cette communication non verbale peut être encore plus expressive que les mots, mais ne suffit pas à les remplacer et laisse place à une communication basée sur l'interprétation.

1.3. Difficultés dans la communication médecin-patient

Bien au-delà des mots, il y a des particularités dans la communication médecin-patient qui peuvent être un obstacle dans cette relation.

1.3.1. Le médecin surestime les interactions et les informations avec le patient

Le regard que les médecins portent sur leur façon de communiquer est biaisé. Ils surestiment très fréquemment la quantité d'informations ainsi que la qualité de l'information qu'ils partagent avec leurs patients, tout en sous-estimant le désir des patients d'avoir de l'information.

1.3.2. Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication

Les médecins utilisent de façon prédominante le style interactif : ils dominent les échanges, posent les questions et interrompent assez précocement les patients dans leurs explications des raisons pour lesquelles ils consultent. Ce style, marqué par le modèle biomédical, peut entraver une communication efficace car le patient n'a alors pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive.

1.3.3. Le sens des mots

Les mots n'ont pas la même signification pour chacun, ce qui est entendu par le récepteur dépend de chaque individu en lien avec son histoire. Cicourel, sociologue américain qui a travaillé sur l'interaction médecin-patient, parle de cette communication contrariée, il met en évidence l'immense difficulté des médecins et des patients à communiquer.

Cette complexité est manifeste en l'absence de communication verbale, notamment, lorsque le médecin et le patient n'ont pas de langue commune. En assistant aux consultations, nous avons constaté qu'il y a fréquemment des quiproquos / malentendus entre médecins chinois et patients camerounais.

2. Les quiproquos

Il s'agira pour nous de déterminer les origines et les causes des quiproquos observés dans les interactions verbales entre médecins et patients, ainsi que leur impact sur la relation interpersonnelle (médecin / patient). Comme le dit Vergely (2008), l'usage de la langue au travail et d'une terminologie non partagée tend à produire en effet des approximations, des malentendus ou des incompréhensions entre les locuteurs. Notre hypothèse est que les quiproquos naissent des déficits de la communication dans les interactions entre médecins et patients et peuvent entraîner des conséquences graves sur la vie du patient.

2.1. Définition

Malentendu et quiproquo sont deux notions proches. Pour Christine de Heredia (1986 :5), le malentendu serait une illusion (temporaire ou permanente, s'il n'est pas levé) de compréhension entre deux ou plusieurs interlocuteurs. Chacun donne à un mot, à un énoncé, à une situation un sens qui lui est propre, mais diverge de celui de l'autre ».

Le quiproquo quant à lui est, d'après Mathias Szpirglas (2005 :8), un « malentendu d'une forme particulière qui décrit le fait d'une personne qui a donné, pris, fait ou dit une chose pour une autre ». La différence entre les deux notions est que le quiproquo « repose sur la sincérité des acteurs » (Mathias Szpirglas, 2005 :8) et dans un malentendu, il peut exister des situations où l'un interprète dans un autre sens ce que l'autre aurait voulu dire.

2.2. La détection des quiproquos

Dans un échange, concevoir le sens de l'objet du dialogue ne signifie pas pour les acteurs, une conception en commun. Ceux-ci partagent un certain nombre de connaissance par l'intermédiaire du dialogue et sont en accord sur le sujet de l'échange en

général, mais forgent leur propre sens à partir des connaissances et de leur sensibilité.

2.2.1. Inadéquation entre le geste et la parole

Dans ce cas il y a désaccord entre le geste accompli et la parole prononcée.

Cas 1 :

Médecin : Qu'est ce qui ne va pas ?

Patient (*montrant du doigt sa poitrine*) : Je sens mal ici

Médecin : il y a toussé + toussé ?

Patient : Dans le sein droit

Interprète : Elle a mal dans le sein Docta

Médecin : Ah ! Ici malade, sein malade ?

Dans cet extrait, le patient signale que c'est son sein droit qui est malade, mais la question du médecin est de savoir si elle toussé, il a compris que la malade souffre d'un mal intérieur de la poitrine. Raison pour laquelle il demande si elle toussé. Ces questions révèlent le malentendu entre les deux actants. Il n'y avait pas de concordance entre la question du médecin et la réponse du patient. Le quiproquo est vite levé par l'intermédiaire linguistique.

2.2.2. La contradiction

Nous pouvons dire avec François (1971 :22) cité par Christine de Heredia (1986 :62) que, « le sens n'étant pas dans les mots, mais pour les interlocuteurs avec leur savoir extra -linguistique, ce sens varie en fonction de la situation ou du contexte. » Les contradictions peuvent être situationnelles : une information donnée hic et nunc est contradictoire avec un savoir extérieur ou antérieur. Soit l'extrait :

Cas 2 :

1. Pédiatre : Enfant chauffer *peaucoup* ?

2. Maman du patient : Oui, il chauffe beaucoup.

3. Pédiatre : Tousser ?

4. Pédiatre : Chauffer *compie* ?

5. Maman du patient : La nuit, la température était à 39°C.

6. Pédiatre : 39 ?

7. Maman du patient : oui

8. Pédiatre : *ouriner beaucoup*

9. Maman du patient : pardon ?

10. Pédiatre : Faire pipi *peaucoup* ?

11. Maman du patient : Oui, il fait beaucoup pipi

12. Pédiatre : Manger *pien* ?

13. Maman du patient : Oui il mange bien après il rejette tout.

14. Pédiatre : Autre *problème* ?

15. Maman du patient : il est aussi beaucoup fatigué.

Le pédiatre fait une ordonnance et la donne : Aller pharmacie chinois, acheter médicament, après venir moi montrer toi comment prendre.

16. Maman du patient : C'est où la pharmacie chinoise ?

17. Pédiatre : Tout *troit*.

Quelques temps après la dame ramène les médicaments.

18. Pédiatre : Ici, *tonner* enfant *anealous (anus)* *teux* fois par jour, ça *tonner* enfant un comprimé deux fois par jour.

19. Maman du patient : Ces médicaments soignent quoi ?

20. Pédiatre : Pas connaît.

21. Maman du patient : Tu ne connais pas mais tu donnes ça à l'enfant ?

Médicament, pourquoi ?

22. Pédiatre : *Méticament* ? connais, connais, ça chauffer, ça fatiguer, ça manger *pien*.

23. Maman du patient : Où sont les médicaments de la toux ?

24. Pédiatre : Toux, il y a ?

25. Maman du patient : oui il y a la toux

26. Pédiatre : Enfant tousser ?

27. Maman du patient : Oui il tousse

28. Pédiatre: *Avant, enfant pas tousser, après enfant tousser pas connaissance.*

29. Maman du patient : Je vous ai dit que l'enfant toussait.

30. Pédiatre : pas problème.

Il fait une autre ordonnance et la donne à la dame suivant les mêmes instructions. Du retour de la dame.

31. Pédiatre : *Tonner* une cuillère à café trois fois par jour pendant *oune* semaine. Après venir moi.

32. Maman du patient : Oui Docteur.

Nous remarquons qu'il y a contradiction situationnelle et cette contradiction a été détectée par la malade. Elle s'est produite lors de l'interrogatoire. Nous constatons à la ligne 24 qu'il n'avait pas

connaissance de la toux pourtant la garde malade l'a signalé. La contradiction à partir de la ligne 21 favorise la détection du quiproquo car il existe une contradiction avec la prescription. La toux n'est pas traitée. Cette contradiction est levée par la suite. La contradiction peut entraîner une inadéquation entre les réponses.

2.2.3. L'inadéquation dans les réponses

On observe ici une absence de relation entre la question posée et la réponse. Dans ces extraits :

Cas 3

1. Gynécologue : Date des dernières *hègles* quand ?
2. Patient : Le 10 de ce mois.
3. Gynécologue : Quelle date finir ?
4. Patient : Je ne sais pas.
5. Gynécologue : En route *hègles* venir quelle date ?
6. Patient : Je n'ai pas fait des règles en route.
7. Gynécologue : En route règles pas venir ?
8. Patient : Non, pas venir.

Il n'y a pas concordance entre la question et la réponse. Pour la malade d'une part, le médecin veut savoir si les menstruations ont commencé quand elle était en route pour l'hôpital, pour le médecin, il veut la période des dernières menstruations. Les deux actants ne se comprennent pas.

2.2.4. La vraisemblance

La vraisemblance réside sur les mots dont la prononciation change de sens. Ces mots s'acquièrent un autre sens et modifie le sens des énoncés. Soit le cas 4 :

1. Pédiatre : *Tiarrbées* sang ou *ruimo* ?
2. Mère du patient : Je ne comprends pas
3. Pédiatre : Il y a *tiarrbée*, il y a sang ou *ruimo* ?
4. Mère du patient : Je n'ai pas du sang pour lui donner.

Le malentendu réside autour du mot « ruimo » (ligne 1). C'est un hybrisme pour le malade. La présence de *il y a* traduit pour la dame le besoin de donner du sang à son enfant. Pour elle, l'enfant serait anémié et le docteur demande si elle a déjà donné du sang à l'enfant. Or il s'agit de savoir s'il y a des traces de sang dans les selles de l'enfant.

2.3. Les origines des quiproquos

Les quiproquos tirent leur source de la distinction que fait Benveniste (1974 :64-65) entre reconnaissance des signes et compréhension du discours :

Qu'il s'agit bien de deux ordres distincts de notions et deux univers conceptuels, on peut le montrer encore par la différence dans le critère de validité qui est requis par l'un ou l'autre. La sémiotique (le signe) doit être reconnue ; le sémantique (le discours) doit être compris. La différence entre reconnaître et comprendre renvoie aux facultés distinctes de l'esprit : celle de percevoir l'identité entre l'antérieur et l'actuel, d'une part, et celle de percevoir la signification d'une énonciation nouvelle, de l'autre.

Dans les interactions verbales entre médecins chinois et malades camerounais, les quiproquos peuvent avoir pour origine la prononciation, le lexique, l'absence des mots et l'intermédiaire linguistique.

Nous avons un malentendu basé sur les termes *sang* et *huimo*. En entendant *huimo*, la patiente s'est seulement attardée sur le mot dont elle a perçu les formes phonétiques correctement et a analysé que le médecin lui demandait si elle a donné du sang à l'enfant. Or la question posée par le médecin était de savoir s'il y avait du sang ou de la glaire (qu'il appelle *huimo* qui est rhume en français) dans les selles de l'enfant. En disant qu'elle n'a pas donné du sang à l'enfant, le médecin chinois perçoit le « pas sang » comme étant la réponse à sa question. Pour le médecin, il n'y a pas de sang dans les selles de l'enfant. C'est cette vérité qui est maintenue par le traitant.

Ces confusions phonétiques sont liées au mode d'apprentissage du français par les médecins chinois.

Nous avons aussi le langage médical comme source de quiproquo.

Le langage médical, nous l'avons dit, n'est pas un langage propre à tout le monde. C'est un langage technique. En médecine, les mots ont des formes savantes, c'est-à-dire qu'ils gardent les éléments issus du grec ou du latin sans grande modification. Cependant, il a un double intérêt : l'éthique et la précision.

Dans les échanges entre les médecins chinois et les malades camerounais, il entraîne des confusions surtout quand le malade l'utilise.

3. Effet du quiproquo sur la relation soignant soigné

Faisant partie des composantes de base de l'interaction, les participants constituent l'aspect le plus important du cadre communicatif, car leurs caractéristiques individuelles et leurs relations mutuelles jouent un rôle déterminant dans le déroulement de l'interaction, et en particulier le degré de connaissance mutuelle (Kerbrat Orrechioni 1990, 1998 : 80 – 81). En d'autres termes, nous pouvons dire que les relations mutuelles des participants sont décisives quant à la façon dont se déroule l'interaction. L'interaction peut exercer une influence sur les participants. Les effets du quiproquo au cours de l'interaction médecin patient peuvent être dramatiques.

Ces effets s'observent généralement dans le temps. Ce qui veut dire que ces quiproquos sont consommés. Dans le domaine médical, la communication linguistique sans obstacle entre soignant soigné revêt une importance particulière. Les renseignements de la part du malade sont indispensables pour l'établissement d'un diagnostic précis, et la réussite de tout traitement devient impossible si les ordres du médecin ne sont pas compris. Les barrières linguistiques entre médecins et patients constituent les principales causes de ces quiproquos et la vie des patients est toujours en danger car les effets d'un malentendu sur la relation interpersonnelle semblent plus lourds quand l'implicite interactionnel est en jeu et qu'une divergence relative au savoir et aux attentes des interactants peut s'avérer particulièrement délicate par leur relation interpersonnelle.

Conclusion

Au demeurant, dans les interactions entre les médecins chinois et les patients, nous avons relevé des quiproquos. Leur détection peut se faire soit à partir des actions ou des actes accomplis. A cet effet, il y a un contraste entre la parole prononcée et l'action accomplie. L'on peut aussi observer des contradictions dans le discours d'un interlocuteur. Ainsi, les paroles émises dans un tour A sont contradictoires à celle

émises par son vis-à-vis au tour B. Il peut avoir incohérence entre la question posée et la réponse donnée. Les mots peuvent aussi changer de sens à travers la manière dont ils sont prononcés, c'est ce que nous avons appelé la vraisemblance.

Quant aux origines de ces quiproquos, nous avons relevé qu'elles peuvent être d'ordre linguistique ou affectif. Sur le plan linguistique, nous avons observé des quiproquos d'ordre phonétique causés par l'influence de l'écrit sur l'oral des locuteurs chinois, les quiproquos d'interprétation dus au choix des mots outils par les locuteurs chinois causés par leur lexique pauvre qui entraîne aussi la carence des mots obligeant les médecins à recourir aux mots chinois pour donner un sens à leur énoncé. Une étude contrastive nous a permis de montrer que la langue chinoise est une langue idéographique alors que la langue française est une langue alphabétique. Le domaine de la communication en santé est resté négligé au Cameroun. La confrontation entre l'univers socioculturel du patient et celui du soignant peut entraîner un certain nombre de malentendus qui risquent d'entraver l'administration de soins adéquats de qualité. La représentation culturelle de la maladie, le sens de telle ou de telle affection somatique ou psychologique, les codes culturels en vigueur dans l'une ou l'autre société doivent être pris en compte afin d'éviter de multiplier les malentendus qui pourraient nuire la relation médecin – patient. Le recours à un spécialiste de la langue française ne palliera pas-t-il ces obstacles linguistiques ?

Bibliographie

BALINT Michael, 2009, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris.

BENVENISTE Emile, 1974, *Problème de linguistique générale II*, Paris, Gallimard.

BOWEN Sarah, Novembre 2001, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins*. Santé Canada. Novembre 2001. [En ligne]. Disponible sur:www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lanacces/index_f.html. [Consulté le 14/08/2020] [5] **BISCHOFF A.** Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Swiss Forum for Migration and Population Studies. 2003.

- COUPIER Christine**, 1986, « *Or les mots manquent toujours.* » in *l'acquisition du français par des adultes migrants* », langue française, PP 70-86.
- CHRISTINE De Heredia**, 1986, « *Intercompréhension et malentendus. Etudes d'interactions entre étrangers et autochtones* » in *l'acquisition du français par les adultes migrants* in *Langue française*, pp. 48 - 69
- CICOUREL Aaron**, 2003, *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*, Seuil, Paris, Chapitre Introduction. p. 30.
- FAINZANG Sylvie**, 2006, *La relation médecins-malades : Information et mensonge*, PUF, Paris.
- KERBRAT ORRECHIONI Cathérine**, 1990, *Les interactions verbales, tome I*, Paris, A Colin.
- KURTZ Suzanne, DRAPER Juliet**, 1998, *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Medical Press.
- ROGERS Carl**, 2005, *Le développement de la personne*. Inter-éditions. Paris.
- SZPIRGLAS Mathias**, 2005, « *Une théorie du quiproquos pour la gestion stratégique des risques : le cas de l'accident de Tenerife* » in AIMS, Cachan.
- TRAVERSO Véronique**, 2003, « *Analyser un corpus de langue parlée en interaction : questions méthodologiques* » in ATILF, Bruxelles.
- WATZLAWICK Paul et JACKSON Donald**, 1979, *Une logique de la communication*. Seuil. Paris.
- WERBER Bernard**, 2000, *Encyclopédie du savoir relatif et absolu*, Albin Michel, Paris.