

Quelques points de repère à la pratique de la clinique carcérale

Résumé Alors que la psychanalyse se révèle comme un référent théorique fréquemment utilisé en clinique carcérale, il semble opportun d'interroger quelques-uns des principes fondateurs de la théorie freudienne. Le dispositif spatial et le cadre temporel spécifiques posent plusieurs problèmes majeurs à la pratique de la psychologie clinique. Ces simples constats ne sont pas sans entraîner d'importantes répercussions théoriques et, notamment, celle de l'émergence de la problématique du corps. Un corps qui n'est plus le corps libidinal de la psychanalyse mais une réalité ontologique à étudier sous l'angle phénoménologique. *In fine*, c'est l'acte – le corps en mouvement – qui s'impose comme paradigme de la rencontre avec le détenu.

Mots clés phénoménologie, psychanalyse, prison, corps, espace, temps, acte.

Jérôme Englebert

*Etablissement de Défense Sociale de Paifve
128, route de Glons, 4452 Paifve, Belgique*

*Université de Liège, Département Personne et société
7, Boulevard du Rectorat, Bâtiment B33, 4000 Liège, Belgique*

Jerome.engagebert@just.fgov.be

L'utopie : le dispositif psychanalytique

Il ne viendra à l'esprit de personne d'allonger un détenu sur un divan. Néanmoins, malgré cette évidence, il est intéressant d'interroger les raisons de cette incompatibilité intuitive. Le dispositif psychanalytique comprend un patient, allongé sur un divan, et un analyste qui, placé derrière lui, propose une relation de laquelle la vision des corps est totalement absente. Comme l'a montré Jean-Marie Gauthier (2002), ce dispositif, très strict, est paradoxalement peu motivé par Freud. Ce dernier propose deux justifications assez surprenantes de ce qu'il appelle de manière cocasse le « cérémonial imposé pendant les séances »¹. La première est la survivance du dispositif qu'il adoptait alors qu'il pratiquait la suggestion hypnotique : « J'abandonnai donc l'hypnose, et ne retins d'elle que la position couchée du patient sur un lit de repos, derrière lequel j'étais assis de sorte que je le voyais mais sans être vu de lui »². La seconde justification semble surtout liée à des aménagements caractériels propres à Freud : « Je ne supporte pas qu'on me regarde huit heures par jour (ou davantage) ». Mais Freud de rajouter « comme je me laisse aller, au cours des séances, à mes pensées inconscientes, je ne veux pas que l'expression de mon visage puisse fournir au patient des indications qu'il pourrait interpréter ou qui influenceraient sur ses dires »³.

Cette dernière phrase a une incidence considérable sur les fondements épistémologiques de la technique psychanalytique. En effet, Freud semble exclure du travail analytique la subtile dialectique qui apparaît, autour de la pulsion scopique entre *regarder* et *être vu*⁴. En prolongeant la réflexion, au travers du corps, c'est une autre dialectique, chère à Ricœur (1990) qui émerge entre l'*ipse* et l'*idem*. Dialectique qui se révèle fondatrice de l'identité qui, comme l'a montré Sami-Ali (1977, 2003), trouve un enracinement originel entre soi et non soi. C'est précisément cette omission de Freud que relève Mendel (1981, 1988) lorsqu'il parle des apories sociales de la psychanalyse.

L'adoption de ce cadre particulier a des conséquences décisives sur le mode de relations qui se créent dans une cure analytique. Cette « isolation » du patient postule de manière sous-jacente l'indépendance du psychisme de chacun des protagonistes. En effet, les processus d'intuition et d'ajustement qui accompagnent, comme nous le montre notamment l'éthologie (Lorenz 1973), chacune de nos conversations sont ici obsolètes et remplacés par un mode de communication unilatéral. Ce modèle réclame, en fait, que l'analysant possède un espace psychique suffisamment autonome auquel il peut se référer en cas d'absence de réponse de l'analyste (Gauthier 2002).

Mais revenons à ce constat annoncé intuitivement en début de texte. Pourquoi ne pas allonger un détenu sur un divan ? Certainement parce que les prisonniers ont besoin d'en venir à cette dialectique *regarder/être vu* ; parce que, pour penser, pour mentaliser le sujet a besoin de son corps. Ce détail est souvent oublié or il est évident que les processus de pensée les plus complexes ne se situent pas uniquement au niveau cérébral mais également au niveau corporel. Aristote, avec l'école péripatétique, en invitant les disciples à déambuler en conversant met, selon nous, en évidence ce besoin de corps et de mouvement pour l'épanouissement de la pensée. Il est d'ailleurs, de ce point de vue, assez amusant d'observer certains courants neuroanatomistes qui ambitionnent d'isoler et de localiser le *lieu* de la pensée. Ce « besoin topographique », qui a aussi hanté la pensée freudienne d'ailleurs (Assoun 1981), fait remarquablement l'économie du corps. Le cerveau est alors considéré comme un organe isolé seul maître des activités cognitives supérieures.

Il s'avère essentiel de rappeler que pour Freud, la psychanalyse s'adresse uniquement à une population bien spécifique : « Il faut refuser les malades qui ne possèdent pas un degré suffisant

¹ FREUD S. (1913), Les débuts du traitement, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1975, p. 93.

² FREUD S. (1925), *Sigmund Freud présenté par lui-même*, Paris, Gallimard, 1984, p. 48. Cité par Gauthier (2002).

³ FREUD S. (1913), Les débuts du traitement, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1975, p. 93. Cité par Gauthier (2002).

⁴ Il est, d'ailleurs, assez remarquable que Freud n'ait, dans son œuvre, abordé la question de la vision qu'en termes de perversion, spécialement lorsqu'il aborde la question du voyeurisme/exhibitionnisme. Notamment : « En général, l'analysé considère l'obligation d'être allongé comme une dure épreuve et s'insurge là-contre, surtout quand le voyeurisme joue, dans sa névrose, un rôle important » (Freud, 1905, p. 93).

d'éducation et dont le caractère n'est pas assez sûr. N'oublions pas que bien des normaux ne valent rien non plus (...). Elle [la psychanalyse] n'est pas non plus utilisable par les personnes qui ne se sentent pas attirées vers elle par leur souffrance (...). Si l'on veut agir à coup sûr, il convient de limiter son choix à des personnes dont l'état est normal (...). Les psychoses, les états confusionnels, les mélancolies profondes – je dirais presque toxiques – ne ressortissent pas à la psychanalyse, du moins telle qu'on la pratique jusqu'ici »¹. Freud propose des indications limpides pour la pratique de la psychanalyse : elle sera le strict apanage du névrosé. Néanmoins, il propose juste ensuite dans le texte une piste intéressante : « Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses »².

Freud n'envisage donc la prise en charge d'autres patients qu'au risque d'une modification de l'espace. Alors que nous venons de montrer la place fondamentale que prend ce dispositif dans la dynamique métapsychologique, une modification de ce même dispositif n'est pas sans incidence majeure sur plusieurs points théoriques qui doivent être réinterrogés. Dans ce creuset épistémologique profond, un passage du divan à la relation en face-à-face, par le média de la vision, s'ouvre à la présence du corps qui émerge. Nous y reviendrons plus loin.

Ce court développement permet d'aboutir à au moins deux constats. Nous pouvons, avec Jean-Marie Gauthier (2002), donner une nouvelle définition du sujet névrosé qui présente comme caractéristique première une autonomie psychique suffisante pour « supporter » le dispositif psychanalytique. Le second constat est que la psychanalyse, *stricto sensu*, est une véritable *utopie*³ pour la pratique de la clinique carcérale.

L'uchronie : un cadre à temporalité particulière

Pour le lecteur qui ne serait pas d'emblée accoutumé au cadre que nous offre la clinique carcérale doit être présentée une réflexion sur la temporalité dans laquelle le détenu et le clinicien se trouvent *enfermés*. Toute relation clinique voit une temporalité émerger qui appartient d'une part au clinicien et d'autre part au patient. Là où les thérapeutes comportementaux imposent un « quota » de séances, les psychanalystes ont fondé une part de leur notoriété sur l'interminable longueur de leurs cures⁴. Au demeurant, c'est toujours au patient qu'appartient la liberté de mettre fin unilatéralement au processus.

La clinique carcérale se joue, elle aussi, dans un cadre temporel très particulier. Un contenant qui se révèle même déstabilisant et qui n'est pas sans influencer le contenu du travail clinique. Classiquement, trois situations se présentent : la *détention préventive sous mandat d'arrêt*, la *peine à temps* – avec la spécificité de la perpétuité –, et l'*internement*. Chacune de ces situations dégage des réalités temporelles spécifiques⁵.

Le patient détenu préventivement sous mandat d'arrêt vit une temporalité rythmée par les passages mensuels devant la Chambre du Conseil. Pour certains, il s'agit du moment de l'espérance, de l'illusion, de la désillusion et pour d'autres encore de la résignation. Chacune de ces attitudes influence l'attente de la date fatidique : certains attendent ce moment de pied ferme et d'autres voient ce moment arriver comme un supplice mensuellement répété. L'avocat du détenu joue aussi un rôle important dans l'appréhension du temps. Il est celui qui peut *prédire* l'issue de la comparution et donc celui qui peut évaluer l'éventuelle date de levée du mandat d'arrêt. Dans la relation qui s'installe entre le détenu et le clinicien, la temporalité se trouve évidemment rythmée par cette éventuelle levée du mandat d'arrêt. Cette rythmique mensuelle fait de chaque dernier entretien avant le passage en

¹ FREUD S. (1905), De la psychothérapie, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1999, p. 17.

² *Ibid.*

³ Sur le modèle du célèbre roman de Thomas More *L'utopie* (1516).

⁴ Qu'il suffise de citer le titre évocateur de *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (Freud 1937).

⁵ Dans le cadre de ce présent article, nous n'avons pas le ... temps de définir suffisamment dans le détail ce que nous entendons par *temps carcéral*.

Chambre du Conseil un ultime entretien potentiel. Le discours du patient et l'acte du clinicien se voient, non pas influencés, mais déterminés fondamentalement par cette temporalité particulière.

Ce que l'on appelle la *peine à temps* est populairement reconnue comme l'acceptation classique de l'emprisonnement. Le détenu reçoit une peine à subir avec un calcul immédiat des dates d'admissibilité à différentes alternatives à la détention (surveillance électronique, libération conditionnelle, ...). D'emblée, le détenu se voit attribuer toute une temporalité organisée qui va rythmer l'ensemble de sa détention et lui permettre de se représenter une ligne du temps de son emprisonnement. Cette connaissance de la temporalité va l'aider à procéder à diverses spéculations et estimer, avec l'aide de l'avocat, la date d'une sortie sous conditions avant d'arriver au terme de la peine prononcée.

L'internement est une expérience tout à fait spécifique qui place le sujet dans une situation foncièrement paradoxale. En plus d'être déclaré irresponsable de ses actes¹, l'interné se voit imposer une détention avec une temporalité sans fin. La situation a cette particularité de faire reposer sur un aréopage du monde juridique et psychiatrique la date de l'échéance de l'emprisonnement. Il est d'ailleurs significatif d'observer que les internés sont appelés, non plus des détenus, mais des patients. Le terme semble adéquatement correspondre à la situation qui les incite à patienter, à la différence du détenu qui peut lui temporaliser avec un *début* et une *fin* la période de son emprisonnement. Cette indécision de l'avenir se manifeste fréquemment dans le discours des patients qui *ne veulent pas finir leurs jours ici*. Il est évident que, dans ce cas aussi, ce cadre temporel particulier détermine fermement la pratique de la psychologie clinique.

Reste le cas particulier de la réclusion à perpétuité. Bien qu'il existe des possibilités d'accès à la libération conditionnelle, se pose malgré tout la question de l'*interminable*, de l'*infini*. Il en est tout à fait de même dans les cas d'internement pour lesquels une libération semble difficilement envisageable. Ces questions demeurent particulièrement délicates et continuellement discutables du point de vue éthique. Bien qu'une possibilité de libération existe pour chaque situation, il n'en reste pas moins que, dans certains cas, la *quête de liberté* est fortement compromise. Dans ces situations, la temporalité carcérale, si elle n'est jamais infinie et véritablement perpétuelle, n'en demeure pas moins inscrite dans une durée extrêmement longue. On peut alors observer une superposition de la *temporalité carcérale* et ce qui pourrait être appelé la *temporalité vitale*.

Il est donc permis de dire qu'une des spécificités de la clinique carcérale est que le cadre temporel n'appartient nullement ni au patient, ni au clinicien. Chacune des différentes modalités analysées ci avant nous montrent que le contenant temporel influence fondamentalement le contenu des échanges cliniques. Le temps, la manière qu'il a de s'écouler, est au cœur de l'élaboration clinique. Il paraît évident de dire que le clinicien doit adapter son *acte*, son intervention à la dimension temporelle. Très vite, il ressent le besoin d'agir, de se mobiliser, de transmettre quand il sait que l'entretien peut être le dernier. A l'inverse, la question de la fin ne peut que se poser dans une situation où le cadre se maintiendra toujours. La clinique carcérale s'inscrit dans ce paradigme qui influence chacune des prises de parole, chacun des silences ainsi que chacun des actes posés, par le clinicien et par le détenu.

Alors que précédemment nous parlions d'*utopie*, c'est maintenant d'*uchronie* dont il est question. Sur le modèle de ce néologisme proposé par Renouvier (1901) désignant un royaume hors du temps, le temps est certainement la variable qui influence et détermine le plus la pratique de la clinique carcérale. Tel un impossible temporel, la temporalité clinique est ici externe aux deux protagonistes.

Un constat s'impose : le corps !

Si nous avons choisi de discuter de psychanalyse pour entamer notre article, c'est parce qu'elle demeure un référent théorique de base dans la pratique de la psychologie clinique en milieu carcéral.

¹ Nous allons y revenir *infra*.

Mais, à partir du moment où deux de ses principes fondateurs – le dispositif/*espace* et le cadre *temporel* – sont remis en cause, il est nécessaire de réfléchir à des aménagements théoriques. Et le premier à réaliser est de redonner une place de choix au corps. Le corps est dans la métapsychologie source de multiples apories car il ne peut s'inscrire que dans le registre du fantasme et du symbolique (Gauthier 1993, 1999 ; Sami-Ali 1977, 1987). Sur le modèle de l'hystérie, le corps est le lieu d'expression de désirs inconscients : le célèbre retour du refoulé. La pathologie psychosomatique freudienne pense le corps comme une scène de théâtre sur laquelle s'exprime le désir, la pulsion au travers du jeu du *symptôme-acteur*. L'exemple freudien classique décrit le jeune enfant qui voit son bras paralysé par le désir masturbatoire refoulé. La possibilité de réduire tout le réel à la seule réalité de notre univers symbolique semble scientifiquement indéfendable et risque de mener à une aporie inextricable : « L'hystérisation du corporel marque, en fait, les limites du savoir psychanalytique »¹.

Il nous semble, à l'inverse de la pensée freudienne, qu'il faut introduire en clinique le corps en tant que réalité ontologique. Le *corps propre*, comme le conçoit la phénoménologie (Merleau-Ponty 1945), est à l'origine de toute dynamique psychique mais aussi de tout processus de pensée (Sami-Ali 1990, 2003). Il faut donc repenser le corps en faisant, comme souvent, un retour en arrière et en revenir aux propositions de Kant et de Schopenhauer.

Pour Kant, le temps et l'espace sont les « formes pures de l'intuition sensible »² qui précèdent toute autre forme possible de sensation puisque nous ne pouvons parler de sensation qu'en l'inscrivant dans le temps et que si nous nous percevons comme différents des objets environnants. Il s'agirait donc des deux conditions indispensables à la possibilité même de penser. Et c'est le corps qui permet l'expression de l'espace et du temps comme va le proposer Schopenhauer, une trentaine d'années après le philosophe de Königsberg. Pour Schopenhauer, l'expérience corporelle est l'expérience métaphysique fondamentale. Le corps se distingue des autres objets en ce sens qu'il est l'objet des objets, sorte de *méta-objet*, qui permet la connaissance de tous les objets (Schopenhauer, 1813). Temporalité et spatialité sur fond corporel sont, selon eux, au centre de toute expérience humaine reconnue comme telle.

C'est précisément le temps et l'espace qui vont permettre à Sami-Ali d'ériger une théorie psychosomatique dans laquelle psychique et somatique retrouvent un lien subtil fondamental qui fait de toute réalité une réalité psychosomatique. Certainement pas au sens où le psychologique explique toute réalité corporelle mais plutôt où le psychologique ne peut s'exprimer sans le corporel et inversement (Sami-Ali 1987).

Les classifications nosographiques psychiatriques modernes font toutes remarquablement l'économie des questions d'espace et de temps. Il nous semble que de nombreuses manifestations psychopathologiques peuvent être mises en rapport avec des difficultés à construire ou appréhender ces fonctions essentielles à la pensée que sont l'espace et le temps (Minkowski 1933). L'étude de ces deux concepts est compliquée puisqu'elle nous entraîne aux confins de la possibilité même de penser, au cœur d'un paradoxe où « il faut penser ce qui reste à la limite du dicible »³. Comment, dès lors, penser ces troubles multiples qui nous montrent que ces fonctions de pensée sont loin d'être constituées et immuables a priori ; ce que par déni nous pouvons oublier d'interroger ?

Perspective : L'acte !

L'objet de ce texte est de proposer une réflexion qui, partant de la psychanalyse, s'en éloigne quelque peu pour définir les prémisses d'une *attitude* que nous qualifions de *phénoménologique*. Attitude où l'interprétation freudienne retrouve une place mineure et où le corps prend la position majeure de l'analyse clinique. L'arrivée du corps dans cette perspective phénoménologique mobilise

¹ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 62.

² KANT E. (1787), *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, 1986, p. 55.

³ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 82.

finalement celle de l'acte. L'acte du clinicien et celui du détenu. Une fois encore, cette attitude va à contresens de la position freudienne. Dans son remarquable ouvrage *L'acte est une aventure* (1998) Mendel montre minutieusement le statut épistémologique de l'acte dans la pensée philosophique occidentale et plus particulièrement dans la psychanalyse. Il met en évidence que l'acte psychanalytique est toujours assimilé, selon la même logique que le corps d'ailleurs, à une signification inconsciente sous-jacente. Comme si l'acte n'avait aucune valeur *en-soi*. Que ce soit l'acte manqué, le passage à l'acte¹ ou l'acting out, la psychanalyse semble en difficulté lorsqu'il s'agit de réfléchir l'acte en termes de dynamique productive irréductible. L'approche proposée à travers ces lignes est strictement clinique et non criminologique. Il n'est, dès lors, pas question ici de réfléchir l'acte criminologique qui est à l'origine de l'incarcération du détenu. Cela ne veut pas dire non plus que cette perspective phénoménologique proposée ne pourrait être pertinente dans l'analyse des processus « criminogénétiques ».

Notre position est qu'un acte n'est pas systématiquement source de signification – inconsciente ou pas – mais une réalité ultime et irréductible derrière laquelle rien ne se cache. Ici, pas de latent, pas de symbolisme, pas de sens caché. L'acte existe en tant que tel. Comme le suggère Mendel, *l'acte est une aventure*, ce qui signifie que l'on est à ce moment dans un dépassement des processus d'élaboration et que l'on s'investit, corporellement, dans la relation clinique. Puisque le cadre temporel ne nous permet généralement pas le luxe d'attendre, comme en cure psychanalytique, les manifestations de la pensée flottante, il faut certainement agir, provoquer et réfléchir l'acte. Se dessine inéluctablement une réflexion sur le statut épistémologique que prend l'acte du sujet, clinicien ou détenu.

Dans ce contexte, il est significatif d'observer le sort réservé aux patients internés. Ces derniers sont déclarés et reconnus *irresponsables de leurs actes*. La situation se complique, alors, encore quelque peu. Comment, après telle sentence, réfléchir avec ces patients la perspective de leurs futurs actes et les aider à se réapproprier une activité dont la justice les a privé. C'est probablement dans ce hiatus paradoxal que peut s'articuler une clinique pour nos patients internés, entre irresponsabilité et responsabilité, entre déterminisme et liberté.

Les propositions, ici faites, si elles ne s'inscrivent pas dans le courant psychanalytique – orthodoxe du moins –, s'opposent clairement au courant behavioriste qui, comme le dit Sartre, « ne fait en somme qu'adopter le solipsisme comme hypothèse de travail »². Une nuance décisive est à apporter entre comportement et phénomène. Les propositions phénoménologiques étant de considérer l'acte – ce que ne fait pas la psychanalyse – mais aussi de considérer ce dernier comme une phénoménalité qui trouve ses racines dans un environnement social, historique et dans une vie psychique complexe – ce que ne fait pas le comportementalisme. Tout l'intérêt de cette attitude étant de réconcilier acte et psychisme, dès lors de se situer à l'intersection des deux pôles pour voir se dessiner une dialectique subtile.

Il nous est souvent demandé – et c'est une question que nous nous posons souvent aussi – ce qu'il peut être fait en tant que psychologue clinicien en prison, ce qu'est la clinique carcérale ? L'ambition du présent article n'est évidemment pas de répondre à cette vaste question. Espérons déjà qu'il dégage quelques points de repère à cette clinique bien particulière. Le premier est de prendre en compte le corps qui remplit le rôle de schéma fondamental de représentations qui pourra structurer la pensée du clinicien et du détenu. C'est grâce à cette mobilisation du corps – qui devient corps en mouvement, poseur d'acte – qu'émerge, dans la rencontre clinique, non pas une signification mais une mise en abîme du projet (Sartre 1960) d'un *détenu* qui petit à petit en devient *sujet* poseur d'acte.

¹ Processus qui intéresse tout particulièrement le clinicien en prison.

² SARTRE J.-P. (1943), *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 2000, p. 274.

Bibliographie

- ASSOUN P.-L. (1981), *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, PUF, 1993.
- FREUD S. (1905), De la psychothérapie, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1999.
- . (1913), Les débuts du traitement, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1999.
- . (1915), L'inconscient, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988.
- . (1925), *Sigmund Freud présenté par lui-même*, Paris, Gallimard, 1984.
- . (1937), L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, in *Résultats, idées, problèmes*, vol II, Paris, PUF, 1998.
- GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod.
- . & al. (1999), *Le corps de l'enfant psychotique*, Paris, Dunod.
- . & al. (2002), *L'observation en psychothérapie d'enfants*, Paris, Dunod.
- KANT E. (1787), *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, 1986.
- LORENZ K. (1973), *L'envers du miroir*, Paris, Flammarion.
- MENDEL G. (1981), *Enquête par un psychanalyste sur lui-même*, Paris, Stock.
- . (1988), *La psychanalyse revisitée*, Paris, La découverte, 1998.
- . (1998), *L'acte est une aventure : du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*, Paris, La découverte.
- MINKOWSKI E. (1933), *Le temps vécu*, Paris, PUF, 2005.
- MORE TH. (1516), *L'utopie*, Paris, Flammarion, 1987.
- MERLEAU-PONTY M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1976.
- RENOUVIER C. (1901), *Uchronie*, Paris, Fayard, 1988.
- RICŒUR P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998.
- . (1987), *Penser le somatique : Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod.
- . (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod, 1998.
- . (2003), *Corps et âme : Pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod.
- SARTRE J.-P. (1943), *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 2000.
- . (1960), Méthode progressive-régressive, in *Question de méthode*, Paris, Gallimard, 1986.
- SCHOPENHAUER A. (1813), *De la quadruple racine du principe de raison suffisante*, Vrin, Paris, 1991.