

## **MORT DE LA CLINIQUE MÉDICALE NAISSANCE D'UNE CLINIQUE HOMÉOTIQUE**

Plus personne aujourd'hui ne vous appelle docteur. Vous avez 20 ans, vous êtes un externe en blouse blanche, vous déambulez dans les couloirs de l'hôpital et tout le monde vous appelle docteur. Aujourd'hui, personne ne vous appelle docteur, monsieur parfois, parfois rien : bonjour au revoir ! Pourtant vous soutenez toujours une thèse de doctorat en médecine et vous prêtez serment ! Mutation identitaire. Collusion du rôle de gestionnaire au rôle de médecin : le médecin agent de santé est-il devenu le mutant du docteur en médecine ?

J'essaierai de dire des choses bien simples à propos de la clinique en déclinant (car c'est bien d'un déclin qu'il s'agit) quelques idées sur son avènement (je n'ose dire naissance par déférence à M. Foucault), sa vie (car elle est à l'œuvre dans la pratique quotidienne), sa mort (non pas annoncée, comme le laisse entendre une pétition qui circule sur Internet), mais effective. J'essaierai aussi de mettre en regards la clinique médicale et la clinique psychanalytique si vous acceptez le terme de clinique psychanalytique, en m'aidant de vos questions et remarques. Enfin j'essaierai de nous interroger sur les risques qu'aurait la clinique psychanalytique de subir le même sort.

### **La Clinique**

Elle vient du verbe grec « klinein » : être enclin, avoir un penchant, s'incliner, s'aliter. « kliné » : c'est le lit. « klinicos » : c'est celui qui se penche sur le patient, c'est celui qui donne un enseignement au lit du malade, non dans les livres et par la théorie. Qu'est-ce qu'un médecin ? La racine indo-européenne « muid » exprime l'idée de prendre avec autorité et réflexion des mesures d'ordre. En grec, médecin signifie mesurer, « medestai » : songer, être préoccupé, « médousa » c'est celle qui médite, qui a le regard fixe. En latin « méderi » signifie prendre soin, s'occuper de. Dès l'époque préhistorique, le médecin n'était pas considéré comme un sorcier guérisseur, mais comme un homme de pensée.

Michel Foucault dans « Naissance de la clinique » (un texte important de 1963 qu'il faudrait faire lire à tout étudiant se destinant à une profession de santé. Il écrit : « La formation de la clinique est liée à l'émergence du regard du médecin dans le champ des signes et des symptômes ». Foucault nous dit que c'est la réflexion sur le discours médical, la création d'un discours du discours, qui a créé la clinique. La prise de conscience et l'analyse de la conception du symptôme dans son entité, sa relativité (par rapport au normal) et son évolutivité (par rapport au temps) démontrent le mécanisme de la clinique et organisent le discours médical.

**« Le champ des signes »** et des symptômes est le champ d'action de nos disciplines ; et pour rester discipliné et ne pas s'engager dans une confusion des discours, habituelle aujourd'hui, trois définitions s'imposent, trois approches différenciées du signe, du symptôme, du signifiant. Elles ne sont peut-être pas exactement celles de Lacan, Foucault ou autres sémiologues, néanmoins elles permettent de s'y retrouver.

**Le signe** se réfère à la maladie. C'est la chaîne des signes associés qui élabore une entité et définit une maladie ; en paraphrasant : le signe, c'est ce qui représente la maladie pour un autre signe. Souvenons-nous des questions d'internat : les signes

généraux, fonctionnels, physiques, permettent au médecin par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, de faire un diagnostic clinique... Il faut insister sur ces détails, car c'est cette clinique du corps à corps qui est aujourd'hui mourante.

**Le symptôme** se réfère au sujet conscient. C'est la présentation, la représentation du signe : « j'ai mal au ventre », par le malade (disons plutôt le consultant car il n'est pas toujours malade). En paraphrasant : le symptôme, c'est ce qui représente le patient (patient, parce qu'il souffre) pour un autre symptôme (parce qu'un symptôme isolé ça n'a pas de sens). L'association des symptômes présentés est une mise en discours et une interprétation de la maladie par le patient lui-même. Il est confronté lui aussi à une citation : « Comment dire ce que je ressens ? » et à une énigme : « Est-ce normal, docteur ? ». Ce discours s'adresse à un tiers obligé. Mais quel tiers et pour quel colloque singulier ? Ceci semble bien démodé sinon en totale mutation.

**Le signifiant** se réfère au sujet de l'inconscient, au discours sans paroles. En citant cette fois J. Lacan : « Le signifiant c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant » C'est l'autre écoutant qui lui donne son statut de signifiant en entendant au-delà du mot, la métaphore et la métonymie, en entendant les lapsus, les mots d'esprit, les silences. Et voici le psychanalyste confronté à une autre interprétation fait d'une citation : « Que dit-il ? » et d'une énigme : « Que veut-il ? » Le signifiant comme fondement de la clinique analytique. On pourrait- dire que la clinique a inventé la psychanalyse (c'est l'écoute des patients qui permet à Freud de révéler l'inconscient) alors que c'est la médecine qui a inventé la clinique (Hippocrate et ses successeurs ont inventé les gestes et les mots pour identifier et décrire les maladies).

**Le Déclin de la clinique** médicale est manifeste.

Les signes cliniques ont laissé place aux items du DCM V , février 2018, qui vise à éliminer l'interprétation dans l'établissement du diagnostic. Pour les spécialités plus organiques, on observe la même tendance : on préférera faire un électrocardiogramme qu'une auscultation cardiaque minutieuse ; on préférera demander une échographie, un scanner ou une IRM plutôt que palper le foie, etc.... etc... La médecine est entrée en mutation grâce au développement des techno sciences. L'imagerie médicale, toujours plus proche de la réalité anatomique, la biologie et la génétique toujours plus proche de la réalité physiologique sont devenues des éléments indispensables au diagnostic positif de certitude, délaissant la discussion du diagnostic différentiel.

La science cherche à nommer les objets à les recouvrir, à les découvrir exactement et totalement. Le discours médical, empruntant aujourd'hui le discours de la science, repousse les limites de l'invisible et de l'incompris, laissant à entendre un tout est possible dans « Un monde sans limites ». De l'autopsie des corps, on est passé à l'autopsie des gènes ! Le mot réussit parfois à recouvrir la totalité de la représentation de l'objet, ne laissant aucune place à l'interprétation, empêchant toute construction symbolique, l'imaginaire recouvrant totalement la réalité.

Autrefois **le nom donné aux maladies** était celui de l'apparence, du signe : mongolisme, goitre, jaunisse, se dénomment aujourd'hui : trisomie, thyroïdite, hépatite. La maladie s'impose d'elle-même. Le caryotype et l'ana- path sont sans appel. Il n'y a plus de place pour les circonstances atténuantes, pour l'hésitation, pour l'entre deux. Le signe capturé, pris en otage par la science et les techniques, perd sa valeur de symptôme.

Le nom donné aux maladies pouvait être aussi celui de l'inventeur. Celui qui avait rassemblé des signes pour en faire une unité nosologique. Les noms propres donnés aux maladies mettaient en « je » la clinique : Ils donnaient à la description de la maladie une part de subjectivité non totalisable, partielle et partiale, atypique, qui pouvait être modifié ou complété avec le temps et par d'autres. Ainsi la maladie de Vaquez est devenue la polyglobulie ; la maladie de Reclus, la mastose polykystique ; la maladie de Hodgkin, la lymphogranulomatose maligne ; etc....etc.... (Une exception peut-être pour la maladie d'Alzheimer, plus facile à porter que la démence présénile)

Quelle signification donner à ces noms propres, pour le praticien qui les utilisait ? L'inventeur clinicien hier et le praticien au lit du malade aujourd'hui, recherchent les signes et les réunissent pour en faire une maladie. Avec toute leur subjectivité, ils mesuraient le hiatus, la solution de continuité, la faille entre le signe et la maladie : la relation de causalité était peu souvent établie. Ceci faisait place au commentaire, à l'exégèse, au flair, au tact, à l'art médical. Le médecin est aujourd'hui plus souvent un montreur d'images. (Babinski peut ranger son marteau réflexe face à l'électromyogramme, aux potentiels évoqués et à L'IRM.) Le praticien aurait tendance à s'intéresser aux **représentations du corps plutôt qu'au corps lui-même** ; c'est évidemment plus facile, parce que clinicien ou pas, le corps garde toujours des secrets et fait alors écran. Devant l'évidence des images et des explorations (pardon à ceux qui font les images et les décrivent, car elles sont pour eux, rarement évidentes) le médecin renonce à l'examen clinique, repousse le corps à corps à corps, non seulement par un refus d'engagement personnel avec risque d'erreur, mais aussi par une perte de légitimité, face à la technique malgré le serment prêté qui l'autorise à la transgression de l'œil posé sur la nudité et de la main mise sur le corps. Quel crédit accorder à la palpation des seins face à la mammographie ? Si l'on ajoute que la rencontre de l'autre, de l'autre corps, est toujours une violence et un attentat contenus dans la résistance à franchir les limites de l'intimité, le patient peut rester sur sa chaise, tout habillé, et tendre le bras pour la tension. La tension ou l'attention ?

## Les Causes du déclin de la clinique.

La science bien sûr, avec la précision des techniques. Le recrutement des personnels de santé, sélectionnés plutôt sur leur capacité d'abstraction que leur volonté artisanale d'y mettre les mains (ils sont de moins en moins nombreux à vouloir devenir chirurgiens). L'enseignement, dans les livres et les polys, rarement au lit du malade. L'abandon du cours magistral fait par un clinicien expérimenté. Enfin un stage obligatoire d'un semestre auprès du généraliste. (La revendication des étudiants à vouloir être interne n'est pas qu'un désir d'élévation dans la hiérarchie ou de reconnaissance de compétence, c'est aussi une façon de s'éloigner du terrain de la **clinique à domicile**, riche d'enseignement. Même les généralistes ne font plus de visite ! L'Internet, lieu d'un savoir toujours plus étendu et sans cesse remis à jour. L'économie, la rentabilité, la productivité ne laisse pas le temps à l'examen clinique d'apprivoiser le corps, de prendre le rythme du vivant, ni au signe de devenir symptôme. La médecine aurait-elle changé d'objet ou de sujets ? Cette mutation de la médecine, la question vaut pour toute mutation, serait-elle structurelle parce que malades et médecins auraient changé d'objet dans une « Perversion ordinaire » ou conjoncturelle parce que les moyens et les savoir-faire d'une médecine technoscientifique seraient différents ?

\* **À ÉPIDAURE**, les pèlerins se précipitaient pour honorer Asclépios et rencontrer les prêtres médecins pour se faire soigner ; le diagnostic reposait sur la lecture des oracles. Les hospices et les monastères recevaient pauvres, indigents, malades ; les religieux et religieuses prenaient soin d'eux ; exorcismes et miracles aidaient parfois à l'efficacité thérapeutique.

- Cette **médecine était confessionnelle**, rituelle, on pourrait dire **essentielle** où ce qui comptait était l'intention, l'intention de bien faire ; une médecine sacralisée, pratiquée par des gens et dans des lieux consacrés à Dieu. Elle était gratuite, les riches payaient pour les pauvres. La faute médicale était un péché, par manque de charité envers les démunis, les faibles, les malades.

- Une **médecine virtuelle** Les révolutionnaires voulant faire disparaître pauvres et malades, tentèrent de fermer hospices et hôpitaux pour une médecine que l'on pourrait qualifier de ...virtuelle Plus d'hôpital, plus de malades ! Plus d'hôpital psychiatrique, plus de fous ou tous fous ! (C'était la démarche de l'antipsychiatrie issue du mouvement surréaliste). L'intégration forcée des personnes handicapées supprime la reconnaissance du handicap et de la différence. Dans le même état d'esprit : moins de médecins, moins de malades ! L'offre crée la demande ; principe qui institue numerus clausus et mise à la retraite anticipée.

\* **LA MÉDECINE MODERNE** naît avec la clinique. Elle a évolué au rythme du progrès scientifique et selon les variations du système économique, dans une sorte de fondu enchaîné, sans rupture véritable, où l'on peut néanmoins distinguer plusieurs orientations successives. J'en citerai quatre :

- **Une médecine existentielle** qui se définit par les actes ; L'important, c'est faire, agir, se battre contre la maladie. Cette mission est prise en charge par les pouvoirs publics, exercée par des laïcs rémunérés. C'est la collectivité, l'assurance sociale, qui paye. La faute médicale c'est l'incompétence et l'abstention : dans le doute ne jamais s'abstenir.

- **Une médecine structurelle**. La norme prend force de loi. Corriger les désordres, remettre dans une normalité physique ou biologique, c'est l'objectif d'une médecine logique, structurée par les études statistiques, formalisée par des protocoles, dans un cadre éthique et scientifique. Les choix sont arbitraires et variables selon les exigences économiques. C'est la structure de soins qui paye comme l'enveloppe globale allouée à l'hôpital. La faute médicale est le non-respect des normes et des protocoles établis.

- **Une médecine contractuelle et conventionnelle** : Le droit à la santé pour chacun et pour tous implique des devoirs. Pour les patients, choisir un médecin référent, être affilié à une caisse de sécurité sociale, à une mutuelle ; pour les praticiens, être assurés en responsabilité civile ; implique aussi des droits. Droits des malades à l'information et la connaissance du dossier médical (loi Kouchner) ; droits des malades hospitalisés (charte hospitalière). Pour les médecins, droit à la liberté d'installation, droit au conventionnement. Ceci introduit au cœur de la relation médecin - malade la place d'un tiers imaginaire de plus en plus souvent réel : le juge qui n'est pas sans influencer le comportement des uns et des autres. Judicialisation et contractualisation de la médecine d'aujourd'hui.

- **Une médecine consensuelle** (la dictature du consensus) j'ajouterai, prévisionnelle. Elle se donne pour devise le principe de précaution. On se met d'accord sur les risques à ne pas prendre. Comment bien se comporter pour bien se porter ? Un nouvel hygiénisme préventif responsabilise et culpabilise l'individu. Pour respecter les bonnes conduites on peut envisager la nécessité d'un coach, pourquoi pas. Celui qui paye, c'est celui qui refuse de se protéger des risques évitables ou même... génétiques. Ceci conduit à une

privatisation de l'assurance. La collectivité peut-elle encore prendre en charge les fumeurs, les obèses, les alpinistes ou les mongoliens qu'on a laissé vivre. La faute serait ici de ne pas avertir et de ne pas décrire les risques encourus par les méthodes diagnostiques ou thérapeutiques proposées.

\* **LA MÉDECINE POST MODERNE** succède à une médecine moderne triomphante ! L'espérance de vie en France est de 76 ans pour les hommes, 83 ans pour les femmes (derrière le Japon et l'Australie) elle a presque doublé en un siècle. La prise en compte des handicaps pour une meilleure qualité de vie, la simplification et la sécurisation des méthodes diagnostiques et thérapeutiques, sont des priorités de santé publique. La techno science médicale a permis de réels et considérables progrès malgré le déclin de la clinique et l'évanouissement d'une relation privilégiée médecin - malade.

## La Naissance d'une clinique homéotique

- Une **cyber médecine** se met en place. Elle a commencé par réparer, puis par remplacer, par transformer, enfin elle essaye d'augmenter, demain de créer. Le corps change pour habiter l'homme nouveau, entre sport, publicité et « homéotique ». Quand la domotique organise et conçoit la maison appareillée et connectée, l'homéotique, tels les gènes, organise et modèle le corps humain appareillé et connecté. Chaque époque cultive son concept de nouveauté, sans doute pour se rassurer qu'il y a encore quelque chose à découvrir, à dire ou à montrer, non seulement pour entrer dans l'histoire, se donner l'illusion de la maîtrise du temps qui passe, dans un monde sans limite, dans l'idéologie trans-humaniste. Dans cette perspective, les médecins, les chirurgiens et tous ceux qui « font du corps leur métier » sont convoqués par les technoscientifiques, les cybernéticiens, pour mettre leurs connaissances et leur savoir faire au service d'un homme augmenté, espéré plutôt que craint.

## Les conséquences sont pratiques au quotidien :

- Au commencement n'est plus le **verbe**. Le langage médical articulé s'est appauvri ou même évanoui, au profit du langage et de l'image numériques. Les acronymes et les icônes sont devenus des signes en remplacement des mots porteurs de la symbolique du signifiant dans le rapport à l'autre et dans l'expression du symptôme.

- L'hyper spécialisation des **connaissances** et des techniques médicales a transformé l'omnipraticien en médecin de l'hépatite, en chirurgien de la thyroïde ou du gros orteil...La médecine du corps est passée de la médecine d'appareil à la médecine d'organe. Le morcèlement, le démembrement du corps conduit à considérer l'organe comme une pièce autonome, facile à remplacer, non totalement identifiée à l'ensemble, n'étant plus unique elle perd son caractère sacré d'appartenance à l'individu, indivisible. Les greffés en savent quelque chose.

- Le colloque singulier s'est transformé en **annonce**, proposée par un médecin ou un agent de santé, souvent anonyme, qui se décharge de la vérité traumatisante, qui transmet l'intime du diagnostic, ce que l'on appelait autrefois le secret médical, à de multiples réseaux thérapeutiques et socio-économiques, qui programment le parcours de soins. L'interlocuteur du patient est rarement celui qui a examiné le patient, quand l'examen clinique a eu lieu, celui qui a constitué son bilan biologique et son imagerie, celui qui l'a opéré ou celui qui le suivra dans son parcours. La multiplicité et la diversité des intervenants rend difficile la personnalisation de la prise en charge, pour un transfert de reconnaissance, d'admiration, de confiance envers un praticien qui souvent génère aujourd'hui méfiance, suspicion, critiqué sur les réseaux sociaux, parfois victime d'une judiciarisation intéressée.

- La relation médecin malade, est distendue. L'**éloignement** du praticien de son patient est devenu une réalité perceptible, par l'organisation même de la distribution des soins, par la médiatisation d'un tiers numérique à chaque étape du parcours, de la prise de rendez-vous, à la demande d'information sur internet au « Doctissimo, super doctor »; mise à distance de la main de l'opérateur augmenté du robot, mise à distance du corps lui-même, dans les téléconsultations ou dans opérations chirurgicales transatlantiques...

### **Les conséquences sont éthiques pour l'avenir de l'humanité :**

- La vocation du médecin est et demeure le soin auprès du patient, c'est sa mission, le cahier des charges de sa profession dans laquelle il s'engage par le serment d'Hippocrate, sans être le seul à se préoccuper de la santé. **« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »** Cette définition utopique est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et cela du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée. On est loin du simple monde du silence des organes ! On croit entendre « la polyphonie de leurs motions de souhait » (souhait des hommes et des femmes) qui introduit « le malaise dans la culture » de Freud 1929.

- Le médecin interroge, depuis longtemps l'étendue de son champ d'action entre le normal et le pathologique, et depuis peu entre le **statutaire** et le **velléitaire**. Le progrès des technosciences qui accompagnent son activité permet de corriger, transformer, modifier, remplacer, augmenter, l'état naturel. Le statut de l'humain mortel subi par la naissance passe à un état voulu et désiré par un sujet en quête d'un toujours plus, reconnu possible et revendiqué par une communauté, souvent minoritaire, enfin à un nouveau statut, voire une nouvelle identité, permis par loi. On passe gentiment avec ces glissements sémantiques imperceptibles facilement

acceptés, de l'humain **néoténique** à l'humain **cybernétique**. Sans renoncer à l'intelligence artificielle et ses logiciels, d'aide au diagnostic, de stratégie thérapeutique, de perspective pronostique ; logiciels mesurant la pertinence des choix, l'efficacité, la rentabilité, la productivité des options prises pour un évaluation des conduites, le médecin prendra sa part dans la construction de l'homme nouveau promis dans le fantasme du tout est possible jusqu'à l'éviction de la mort.

- La médecine velléitaire n'a pas de limite dans ses demandes. Elle transgresse les promesses du serment d'Hippocrate. La fonction anthropologique du droit s'est elle-même fait piégée par les bonnes intentions, en modifiant les lois sur respect absolu et sacré de la vie, dès avant la naissance et en fin d'existence, sur l'exigence d'une reproduction bisexuée nécessitant un père et une mère. Ces transgressions représentent une rupture anthropologique dont nous mesurons encore mal les conséquences humanitaires, bien que les conséquences financières impactent déjà l'économie de la santé, en faisant supporter à l'ensemble de la société le prix des velléités communautaristes. Le transhumanisme créera deux sous espèces : ceux qui auront les moyens de se faire augmenter, et les autres réduits à accepter leurs imperfections et leur finitude.

## Faut-il sauver la clinique ?

Dans le monde, 815 000 personnes se sont suicidées en 2000, (un décès toutes les 40 secondes). En France 10500, soit 2% de la mortalité globale. En France 80 millions de boîtes de tranquillisants sont vendues chaque année. Notre pays consomme 2 à 4 fois plus d'anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et autres neuroleptiques que n'importe quel pays européen, alors que les français sont convaincus d'avoir le meilleur système de santé au monde !

Où est donc « l'état de complet bien-être » recherché ? Cliquer [www.info-dépression.fr](http://www.info-dépression.fr) pour entrer dans le monde virtuel d'une second life. Celui ou celle qui consulte est un malade avec ses signes, un patient avec ses symptômes, un névrosé avec ses signifiants, c'est un cumulard... et que veut-il ? Chaque état porte avec lui son pesant d'angoisse. La maladie grave ou celle qui handicape est une blessure du corps, de l'esprit, de l'âme. Une blessure physique est aussi une blessure narcissique, une perte de soi, une dette à rembourser à l'autre, à la mère qui l'a mis au monde défaillant et mortel, au père comme châtiment pour un meurtre imaginaire ; une entaille, une faille où la maladie et la mort prendraient enfin la place du réel ! Mais laissons cela.

Qui peut ou doit entendre cela ? Et pour en faire quoi ? La disparition de la médecine, celle qui se penche sur le patient (klinein), et du discours spécifiquement médical n'est pas à écarter ; comment en apprécier et **mesurer les conséquences** ? Que devient, dans un tel système de santé, le sujet qui redoute la maladie, qui est malade ou qui a été malade ? Que faire de cette nouvelle angoisse ? L'angoisse du bien portant, c'est l'angoisse de sa finitude, du manque, de sa castration. Ne lui dites surtout pas s'il ne demande rien ! Et même s'il le demande ! Qu'il s'en arrange seul ou dans le transfert ! L'angoisse du malade, c'est l'angoisse de la perte du corps jouissant devenu souffrant. Angoisse d'autant plus intense, qu'il faut vivre aujourd'hui avec un corps parfait, presque

parfait, dans un monde parfait, sans risques, sans limites : toujours plus de jouir en déniait parfois la maladie.

Par la clinique des corps qui se touchent, dans l'examen clinique, les médecins sont des passeurs d'angoisse, la passe physique d'un corps fuyant et rebondissant dans un « en avant », pour un essai, une tentative de transformation du signe en symptôme, dans un transfert d'énergie partagée à vouloir guérir et réconcilier le corps avec lui-même. Quand le corps reconnu vient à manquer par une clinique défaillante dans le parcours actuel des soins, ne serait-ce pas simplement « La perte de la dimension de l'amour de l'autre » ? Alors la médecine fait appel à la psychologie. Elle crée des postes de psychologues dans les services hospitaliers, de coaches pour l'observance thérapeutique, des consultations d'annonce de maladie grave, des consultations d'onco-psychologie, des entretiens individuels du quatrième mois de grossesse... Le déficit clinique est compensé par un toujours plus de psychologie, nécessaire à l'accompagnement des patients dans leur détresse.

La grande confusion qui imprègne aujourd'hui tout discours, dans le tintamarre médiatique, n'épargne pas le discours médical, dans un monde où tout semble possible, où le discours se passe de références fondamentales, pour être entendu et faire autorité au seul nom de l'auteur. Au *Malaise dans la culture*, de S. Freud, à *La Confusion démocratique*, le livre de Régis Debray : *L'obscénité démocratique*, à *La confusion des sexes*, livre de Michel Schneider, s'ajoute la confusion du discours sur...l'humain, pour ne pas dire humaniste ou humanitaire. La définition de la santé retenue par L'OMS est un exemple d'« illusion d'avenir » voulant globaliser dans un même objectif le bien-être physique et le bonheur. L'apparition d'une clinique cybernétique est une chance pour la réflexion et les interrogations sur la nature humaine, dans le monde et hors du monde.

Dr. PHILIPPE COLLINET  
Médecin et Psychanalyste