Revue Internationale DAMBE

Valorisation des Savoirs Endogènes et Promotion de la Recherche Scientifique

ISSN : 1987-1996

Volume 1_Numéro 1

Décembre 2024

Mutation Socio-économique, culturelle et environnementale en Afrique : Défis et enjeux.

Revue semestrielle multidimensionnelle du CERFDES

https://cerfdesconsulting.com/revue

Revue Internationale DAMBE

Valorisation des savoirs endogènes et promotion de la recherche scientifique.

PRESENTATION

La revue Internationale « Dambé » qui est un mot bambara signifiant la dignité, est une revue qui vise à promouvoir la recherche scientifique en mettant en valeur les savoirs endogènes en Afrique et ailleurs. C'est une revue semestrielle adossée au Centre d'études, de Recherche et de Formation sur les Dynamiques Économiques, Environnementales et Sociales (CERFDES). À l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an (Juin et Décembre).

Ayant un intérêt particulier pour les sciences sociales, elle reçoit des contributions de doctrine livrant des réflexions sur toutes les questions ou problématiques actuelles dans des domaines tels que, la géographie, l'économie, le droit, la santé et tout autre sujet concernant les sciences sociales, humaines et environnementales.

Les articles soumis à la revue Dambé sont évalués de façon rigoureuse par un comité scientifique et de lecture composés de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de diverses nationalités et de spécialités variées. Tous les articles publiés restent accessibles librement par les auteurs ainsi que par les lecteurs sur le site de la revue, à l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an.

COMITE EDITORIAL

Président du Comité Scientifique

Pr Balla DIARRA, Professeur titulaire en Géographie, École Nationale d'Administration

Coordinateur Scientifique

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences en sociologie de la santé, INFTS

Rédacteur en Chef

Dr Idrissa DEMBELE, Maître assistant en droit, USJPB

Rédacteur en Chef Adjoint

Dr Adama Koné, Géographe, CERFDES

Coordonnateur des Rubriques Sciences de la Santé

Dr Abdoul Salam DIARRA, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali

Directeur de publication

Dr Malick TIMBINE, Maître assistant en Géographie, environnement et santé, ISH

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr Balla DIARRA, Géographie, Ecole Nationale d'Administration, Mali

Pr Flatie OUATTARA, philosophie, Université Joseph K. Zerbo, Burkina Faso

Pr Seydou MARIKO, Géographie, Ensup de Bamako, Mali

Pr Cheich Hamala TOURE, Professeur titulaire, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB), Mali

Pr Brema Ely DICKO, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Aboubacar Sidiki COULIBALY, littérature anglaise, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Belco OUOLOGUEM, Philosophie, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Nouhoum TANDINA, Maitre de Conférences CAMES, USJPB

Dr Amadou TRAORE, Maître de conférences CAMES en sociologie, Université de Ségou.

Dr Fodié TANDJIGORA, Sociologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Boureima TOURE, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Seydou LOUA, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Abdoulaye GUINDO, Anthropologie médicale, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Kawélé TOGOLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Almamy SYLLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Amadou BAMBA, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Baba COULIBALY, Géographie Maître de Conférences à l'ISH. Mali

Dr Aimé Assué YAO, Géographie, Maître de conférences CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte D'ivoire.

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Papa Fara DIALLO, Maitre de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger de saint Louis, Sénégal

Dr Boubacar dit Dédé TRAORE, Archéologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr N'Gna TRAORE, anthropologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr Issa DIALLO, Maitre de conférences en sociologie de la santé, INFTS.

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB.

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Allaye NIANGALY, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Abdoul SOGODOGO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Oumar Toumaly DIALLO, Maitre de conférences, USJPB

Dr Samba SOGOBA, Maître de Conférences, USJPB

Dr Yamadou CAMARA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Ahmed SAMAKE, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Fousseyni DOUMBIA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Sounko SISSOKO, Maitre de Conférences, Université de Ségou

Dr Lamine SANDY, Sociologie, Maitre de recherche, INFTS, Mali

COMITE DE LECTURE

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences des Universités du CAMES en sociologie de la santé, INFTS

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Éducation, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Yacouba TENGUERI, Maître-assistant CAMES Sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso.

Dr Amadou BAMBA, Maitre-assistant CAMES, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Yéo LANZENI, Maître-assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

Dr Mesmer Luther GUEUYOU, Centre d'études de droit international de l'université Paris Ouest, Enseignant chercheur à l'université de Nantes.

Dr Solim ALEKA, Docteur en Droit public, Ministère de la Santé du TOGO.

Dr Hamidou NAPARE, Sciences de l'éducation, Chargé de Recherches à l'INFSS.

Dr Bakaye TOGOLA, Anglais, études africaines et postcoloniales, UCAD

Dr Issa TOGOLA, Maître assistant en Géographie, Institut de sciences humaines, Bamako.

Dr Soufiana Souleymane MAIGA, didactique des langues université de touba Arabe.

Dr Drissa TRAORE, Maître assistant CAMES, Université de Daloa, RCI.

Dr Tiecoura Hamed COULIBALY, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

Dr Siaka DOUMBIA, Maître assistant en Géographie, Université de Ségou.

Dr Francis Birama Daba SARR, philosophe, Université cheikh Anta Diop de Dakar.

Dr Falingué KEITA, Économie, USSGB.

Dr Harouna BAGAYOKO, Géographie, USSGB.

Dr Adama KONÉ, Géographie, Université de gestion et de développement durable de Bamako.

Dr Amadou SOW, Droit, Centre d'Etudes, de Recherche et de Prospective en Afrique – CERPA (Mali).

Dr Ibrahima BAMBA, Droit, Institut de pédagogie universitaire de Bamako (IPU)

Dr Lassine DIARRA, Maître-Assistant USJPB.

Dr Adama KONE, Géologie, Maître-Assistant à la FST

Dr Issa OUATTARA, Maître assistant en Géographie, INFTS de Bamako.

Dr Oumar DEMBELE, Géographie, point SUD.

Dr Oumar KONÉ, philosophie, USLHB.

Dr Abdou Bougoury TRAORE, Économie de l'environnement, USSGB.

Dr Lassina TOGOLA, logisticien, USSGB.

Dr Ousmane DOUMBIA, Marketing communication, USSGB.

Dr Toumani KANTE, sciences agronomiques, IER.

Dr Youssouf GUINDO, Géographie de l'environnement, ENSUP.

Dr YAO Koffi Bertrand, Maître assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan.

Dr Abdoulaye MAIGA, Économie politique, USSGB.

Dr Abdoul wahab Issiaka MAIGA, Administration Éducative et planification. Université privée Attaoune (UPA), BAMAKO

Dr Ousmane Famagan KONATE, Droit public.

Dr Malick TIMBINE, Géographie, environnement et Santé, Maître-Assistant à l'ISH.

Dr Moussa FOFANA, anthropologie de la santé, Maître-Assistant à L'ISH.

Dr Lala Aïché TRAORE, Lettre Moderne, Maître- Assistant à l'ISH.

Dr Yaya SIDIBE, Économie, Maître Assistant à l'USSGB.

Dr Mamoutou BERTHE, Philosophie à l'ENSup.

Dr Abdoulaye N'Tigui KONARE, économiste, Maître- Assistant à l'USSGB.

Dr Boubacar KONATE, Maître-Assistant à l'INFTS.

Dr Ousmane SY, Maître de recherche, Epidémiologiste, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

Dr Abdoul Salam Diarra, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali.

Dr Idrissa DEMBELE, droit, Maitre-Assistant, USJPB

Dr Bengaly GUINDO, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Sory Ibrahim Maiga, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Mohamed BERTHE, droit Maitre-Assistant, École supérieur de journalisme et des sciences de la communication, Bamako

Dr Seydou MALLET, droit, USJPB

Dr Oumar CAMARA, droit, Maitre-Assistant en droit USJPB

Dr Bakary KONE, Maitre-Assistant à l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.

Dr Lamine Boua COULIBALY, Géographie, Maitre-Assistant à l'Université de Ségou.

Dr Soumaila COULIBALY, Psychologie, Enseignant chercheur à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Dr Seydou Soungalo COULIBALY, Sciences de l'éducation, à l'IPU de Bamako.

Dr Ibrahim Amara DIALLO, Philosophie politique et morale, ULSHB.

Dr Ibrahim KONE, relations internationales, FSAP, Bamako

Dr Moïse Jean, Docteur en droit public à l'Université de Nanterre, Chercheur postdoctoral à l'Université de Genève.

SOMMAIRE

PARTIE 1 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
LA TURQUIE A L'EPREUVE DU MULTICULTURALISME : LE VECU DES COUPLES AFRO-TURCS DANS LA VILLE D'ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT DES SYSTEMES D'ELEVAGE SUR LA TRANSFORMATION DES PAYSAGES DANS LA REGION DE GBÊKÊ (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION DES ORGANISATIONS PAYSANNES A L'EMERGENCE DU SECTEUR AGRICOLE EST-KASAÏN : QUELS MECANISMES POUR SON EFFECTIVITE ?..... 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESSIBILITE EN EAU ET VULNERABILITES DES POPULATIONS RURALES DANS LE DEPARTEMENT DE DABAKALA (CENTRE NORD DE LA COTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION DES ENSEIGNEMENTS DE LANGUE A L'EDUCATION A LA CITOYENNETE : L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS AU PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE AU TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
L'ECOLE DANS LES ZONES INDUSTRIALO-PORTUAIRES ET COMMERCIALES A ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
LA MÉDECINE GÉNOMIQUE À L'ÉPREUVE DE LA RÉFLEXION PHILOSOPHIQUE : VERS UNE RÉVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION DES AINES ET MALTRAITANCE INTRAFRATERNELLE DANS LES FAMILLES MONOPARENTALES MATRICENTRIQUES : CAS DU DISTRICT D'ABIDJAN 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES DECHETS SOLIDES EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)..... 155
Safiatou DIALLO
EXCISION EN GUINEE : QUAND LES TRADITIONS CULTURELLES FREINENT L'ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES IMMIGRANTES SERVEUSES DANS LES DEBITS DE BOISSONS A OUAGADOUGOU..... 185
Chéhibou COULIBALY
FONCTIONS SOCIOCULTURELLES DU *KANCIINRI* CHEZ LES SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
INONDATIONS DANS LES QUARTIERS PERIURBAINS DE BAMAKO : STRATEGIES D'ADAPTATIONS DES POPULATIONS RIVERAINES DE KALABANCORO..... 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS : CONTRASTES DES OFFRES MEDICALES A YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRATIQUE DES ACTIVITES DE MARAICHAGE DANS LA VILLE DE SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISME DANS LES ECOLES AMERICAINES : UN FACTEUR DE GRANDEUR DE L'HOMME AMERICAIN ET DE DEVELOPPEMENT DE L'AMERIQUE 279
CISSE Abdoulaye
LA CRISE SOCIO SECURITAIRE ET L'EDUCATION DANS LE NORD ET LE CENTRE DU MALI..... 291
Aminata B SANGARE

INSTRUMENT DE MUSIQUE TRADITIONNELLE EN VOIE DE DISPARITION : CAS DU FLENKOLO BALANI, COMMUNE DE KASSARO, REGION DE KITA 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
DEPENSES SANITAIRES EFFECTUEES PAR LES USAGERS DANS L'AIRE DE SANTE DU CSREF DE KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
ETUDE ET DIMENSIONNEMENT D'UNE MINI CENTRALE SOLAIRE PHOTOVOLTAÏQUE : CAS DU COMPLEXE HOSPITALIER DE LUOZI 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
LA GEOGRAPHIE DES MASQUES AU PAYS DOGON ET LEUR ROLE DANS LE VIVRE ENSEMBLE AU MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
ANALYSE SOCIO CULTURELLE DES MONUMENTS DU DISTRICT DE BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
TEST STATISTIQUE DE LIAISON ENTRE LA PAUVRETE ET LA SANTE DE L'ENFANT AU MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTION DES POPULATIONS ET INTERACTION DES ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE : CAS DU CSCOM DE SOGONIKO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE : CAS DU CSREF DE KALABANKORO 436

PARTIE 2: SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Dr Tiécoro DIARRA
L'EXPRESSION DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES 455
KOAMA Hamidou
L'ANIMATION DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE FINANCES PUBLIQUES AU MALI 488

TABLE OF CONTENT

PART 1 : HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
TURKEY FACING THE CHALLENGE OF MULTICULTURALISM: THE EXPERIENCE OF AFRO-TURKISH COUPLES IN THE CITY OF ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT OF LIVESTOCK SYSTEMS ON LANDSCAPE TRANSFORMATION IN THE GBÊKÊ REGION (CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION OF FARMERS' ORGANISATIONS IN THE EMERGENCE OF THE AGRICULTURAL SECTOR IN EAST KASAÏN: WHAT MECHANISMS ARE NEEDED TO ENSURE ITS EFFECTIVENESS? 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESS TO WATER AND VULNERABILITIES OF RURAL POPULATIONS IN THE DEPARTMENT OF DABAKALA (NORTH CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION OF LANGUAGE TEACHING TO CITIZENSHIP EDUCATION: TEACHING ENGLISH IN JUNIOR SECONDARY SCHOOL IN TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
SCHOOLS IN THE INDUSTRIAL, PORT AND COMMERCIAL AREAS OF ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
GENOMIC MEDICINE PUT TO THE TEST OF PHILOSOPHICAL REFLECTION: TOWARDS A CONCEPTUAL REVOLUTION IN HEALTHCARE 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION OF ELDERLY PEOPLE AND INTRA-FRATERNAL ABUSE IN MATRICENTRIC SINGLE-PARENT FAMILIES: THE CASE OF THE ABIDJAN

DISTRICT 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
SOLID WASTE MANAGEMENT ISSUES IN COMMUNE V OF THE DISTRICT OF BAMAKO (MALI) 155
Safiatou DIALLO
FEMALE GENITAL MUTILATION IN GUINEA: WHEN CULTURAL TRADITIONS HINDER ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF IMMIGRANT WAITRESSES IN DRINKING ESTABLISHMENTS IN OUAGADOUGOU 185
Chéhibou COULIBALY
SOCIOCULTURAL FUNCTIONS OF THE KANCIINRI AMONG THE SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
FLOODING IN THE PERI-URBAN NEIGHBOURHOODS OF BAMAKO: ADAPTATION STRATEGIES OF THE REVERSIDE POPULATIONS IN KALABANCORO 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
TREATMENT OF MALARIA IN PREGNANT WOMEN AND CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE: CONTRASTS IN MEDICAL SERVICES IN YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRACTISING MARKET GARDENING IN THE CITY OF SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISM IN AMERICAN SCHOOLS: A FACTOR IN THE GREATNESS OF THE AMERICAN PEOPLE AND THE DEVELOPMENT OF AMERICA 279
CISSE Abdoulaye
THE SOCIO-SECURITY CRISIS AND EDUCATION IN NORTHERN AND CENTRAL MALI 291
Aminata B SANGARE
TRADITIONAL MUSICAL INSTRUMENT IN DANGER OF DISAPPEARING: THE CASE OF THE FLENKOLO BALANI IN THE COMMUNE OF KASSARO, KITA REGION 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH EXPENDITURE BY USERS IN THE CSREF OF KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
STUDY AND DESIGN OF A MINI PHOTOVOLTAIC SOLAR POWER PLANT: THE CASE OF THE LUOZI HOSPITAL COMPLEX 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
THE GEOGRAPHY OF MASKS IN THE DOGON COUNTRY AND THEIR ROLE IN COMMUNITY LIFE IN MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
SOCIO-CULTURAL ANALYSIS OF MONUMENTS IN THE DISTRICT OF BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
STATISTICAL TEST OF THE LINK BETWEEN POVERTY AND CHILD HEALTH IN MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTIONS OF THE POPULATION AND STAKEHOLDER INTERACTION IN HEALTHCARE DELIVERY: A CASE STUDY OF THE SOGONIKO COMMUNITY HEALTH CENTER, COMMUNE VI OF THE BAMAKO DISTRICT 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH CENTER OPERATIONS: THE CASE OF THE KALABANKORO REFERENCE HEALTH CENTER 436

PART 2: LEGAL AND POLITICAL SCIENCES

Dr Tiécoro DIARRA
THE EXPRESSION OF LOCAL GOVERNMENT REGULATORY POWERS 455
KOAMA Hamidou
ENHANCING PARLIAMENTARY OVERSIGHT OF PUBLIC FINANCES IN MALI 488

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

LA MÉDECINE GÉNOMIQUE À L'ÉPREUVE DE LA RÉFLEXION PHILOSOPHIQUE : VERS UNE RÉVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ

GENOMIC MEDICINE PUT TO THE TEST OF PHILOSOPHICAL REFLECTION: TOWARDS A CONCEPTUAL REVOLUTION IN HEALTHCARE

Arounan OUÉDRAOGO
Doctorant en philosophie à l'Université de Tours/Georgetown University - Chercheur au centre d'éthique de philosophie contemporaine à l'Université de Tours
Email : oearoun17@gmail.com

Résumé

Le concept de santé présente aujourd'hui au moins deux caractéristiques qui en font un problème philosophique. La première, c'est qu'il relève des concepts essentiellement discutés (*essentially contested concepts*). Objet de controverses à la fois scientifique (y a-t-il des critères objectifs de santé ?), philosophique (comment le définir et le désir d'une santé parfaite est-elle seulement possible ?). Ce désir de santé semble favoriser une étrangeté conceptuelle traduisant ainsi notre inquiétante proximité du réel mais encore la médicalisation de l'existence. La seconde est qu'on ne peut penser la santé en tant que réalité tangible ou pure phénoménalité qu'à partir d'une certaine anthropologie de l'homme. Cela traduit d'emblée, que si la santé est un état biologique et normatif, elle est davantage soumise à une normativité biosociale où psychosociale en lien avec l'histoire politique, culturelle, intellectuelle et spirituelle de chaque individu et de toute société. Il ne s'agit guère, dans cet article, de prôner le retour à la thèse métaphysique du nihilisme médical, encore moins de prolonger la dynamique galiléo-cartésiano-baconienne sur la présupposée "raison médicale". Notre thèse est que la médecine génomique participe à un renouveau médical biotechnologique qui transforme notre vision médicale classique de la santé comme absence de la maladie ou de la douleur vers une nouvelle clinique de la maladie: celle de la maladie dans la santé ou la santé dans la maladie. Cette vision de la santé est orchestrée par une lecture médico-philosophique qui illustre la soutenabilité de l'hypothèse de la généticisation de la maladie dans la médecine génomique. Ce qui favoriserait à terme, en philosophie de la médecine, le réductionnisme génétique voire moléculaire dans lequel le patient serait finalement génétiquement-centré.

Mots-clés : généticisation, médecine personnalisée, philosophie de la médecine, réductionnisme génétique, révolution génomique

Abstract:

Today, the concept of health has at least two characteristics that make it a philosophical problem. The first is that it is one of the essentially contested concepts. It is the subject of controversy, both scientific (are there objective criteria for health?) and philosophical (how can it be defined, and is the desire for perfect health even possible?) This obsessive desire for health seems to foster a conceptual strangeness that reflects not only our disturbing proximity to reality, but also the very medicalization of existence. The second is that we can only think of health as a tangible reality or pure phenomenality if we start from a certain anthropology of man. This means that, while health is a biological and normative state, it is also subject to a biosocial or psychosocial normativity linked to the political, cultural, intellectual and spiritual history of each individual and every society. This paper has no intention of advocating a return to the metaphysical thesis of medical nihilism, still less of prolonging the Galileo-Cartesian-Baconian dynamic of presupposed "medical reason". We believe that genomic medicine is part of a biotechnological medical revival that is transforming our classical medical vision of health as the absence of disease or pain into a new clinic of disease: that of disease in health or health in disease. This vision of health is orchestrated by a medico-philosophical reading that illustrates the sustainability of the hypothesis of the geneticization of disease in genomic medicine. In philosophy of medicine, this would ultimately favor genetic or even molecular reductionism, in which the patient would ultimately be genetically-centered.

keywords: geneticization, genetic reductionism, genomic revolution, personalized medicine, philosophy of medicine

Introduction

La médecine génomique connaît une croissance spectaculaire à l'échelle mondiale, de telle manière qu'il est tout à fait légitime de penser aujourd'hui qu'elle a su coloniser la médecine dans toutes ses approches (conceptuelles, méthodes et outils). Cette nouvelle logique médicale s'est illustrée depuis le séquençage complet du génome humain au début du XXIe siècle, comme une perspective révolutionnaire assez prometteuse dans le contexte surtout du diagnostic, de la prédiction et de la prévention des pathologies humaines à caractère génétique. Grâce à une compréhension plus fine de la constitution moléculaire du patient, elle promet une médecine plus que jamais personnalisée, ciblée et capable d'anticiper les éventuels risques de maladies. Cette logique de l'agir médical en termes de prévention et de prédiction se justifie en raison du dicton selon lequel "la médecine génomique est sans doute la médecine du futur". Autrement dit, le futur de la médecine ne peut être que génomique. En adaptant les traitements

aux spécificités génétiques de chaque individu, la médecine génomique augure une raison médicale plus ambitieuse en scientificité et en précision.

À rebours de ces développements scientifico-techniques, la dynamique prédictive et préventive de la médecine génomique ouvre un nouveau paysage médical sur les concepts de santé et de maladie, mais encore et surtout sur la perception du patient lui-même. En posant la santé et la maladie comme des états non-transitoires, la génomique évoque l'idée que ces états sont essentiellement indépassables dans la mesure où la prédiction et la prévention révèlent la continuité de la santé dans la maladie. Ce continuisme traduit *nolens volens* l'obsolescence, voire la caducité de la conception traditionnelle de la santé comme absence de la maladie. Par ailleurs, dans le prolongement de l'actualité de la médecine génomique, les enjeux métaphysiques et philosophiques attestent une prolifération de la généticisation de la maladie de manière générale. Ce phénomène serait sans doute la conséquence du réductionnisme génétique auquel le présent article tente de résoudre et non à déplacer. En cherchant à pallier le réductionnisme génétique, mieux à l'appréhender, d'autres implications auxiliaires au génocentrisme surgissent et mettent en mal certains principes canoniques de la philosophie de l'esprit telles la liberté humaine et l'identité personnelle.

De cette analyse, naissent ainsi les questions suivantes : Où situer la part de la responsabilité humaine si la santé et la maladie sont tout simplement génétiquement déterminées ? La maladie et la santé peuvent-elles se prévaloir comme réalités humaines en dehors du génocentrisme dans lequel la génomique se résout ? Même si la génomique reconnaît l'inéluctable influence de l'environnement sur la santé et la maladie, déplace-t-elle le présupposé génétique vers de nouvelles occurrences ou la maintient-elle malgré tout ? En abordant ces problèmes épistémologiques, le présent article tente ainsi, d'appréhender mieux de dépasser le réductionnisme médical actuel exacerbé par les avancées génomiques et post génomiques. Une telle réflexion philosophique invite à la mise en place d'une analyse critique des implications génomiques sur la dignité, l'autonomie et l'équité. Ouvrant ainsi un dialogue essentiel pour encadrer le développement de la médecine génomique au sein de nos sociétés contemporaines hautement médicalisée

I- Du réductionnisme au génocentrisme contemporain

Considéré comme une forme de réduction matérielle de l'individu, le génocentrisme, littéralement centré sur le gène, suscite de nos jours des interrogations chez les scientifiques et les philosophiques. Certains biologistes et médecins estiment que la désignation matérielle et

moléculaire du patient, c'est-à-dire à partir du gène, est une signalisation du développement des recherches biomédicales contemporaines. Une telle conception du progrès biomédical traduit, d'une part, que le réductionnisme est plus une théorie ou une conception philosophique que scientifique et, d'autre part, que tout développement scientifique est semble-t-il réductionniste. Cette thèse plus argumentative qu'explicative, donne aux philosophes de bonnes raisons de penser que l'humain n'est pas une entité aussi homogène et réductible que l'est la totalité du réel. Même si le gène est une entité matérielle et constitutive de la biologie de l'homme, il n'est pas une expression irrévocable, au point que la médecine elle-même arrive à penser l'humain comme un être génétiquement-centré.

1. La problématique du réductionnisme médical dans le contexte des avancées génomiques et post génomiques

En philosophie des sciences, le réductionnisme s'oppose traditionnellement au holisme et se définit comme une approche selon laquelle un phénomène complexe peut être appréhendé et expliqué en le décomposant en éléments plus simples. Autrement dit, la réalité peut être ramenée à un ensemble de propositions qui la composent. Cette atomisation du réel se traduit par le fait que la vérité est le fruit de la simplification des choses. On distingue généralement trois grandes tendances du réductionnisme que sont le réductionnisme ontologique, le réductionnisme épistémologique et le réductionnisme méthodologique. Dans le contexte du réductionnisme médical actuel ou génétique, cela signifie que la maladie, la santé et dans une large mesure les comportements humains peuvent être réduits sur la base de la seule génétique. Ce qui revient à dire que l'individu ou le patient est un être génétiquement centré, mieux un être génocentrique. La sociologue canadienne Abby Lippman traduit ce processus comme une "généticisation", c'est-à-dire, une théorie explicative du biologisme à partir de l'acide désoxyribo nucléique (Marion Le Bidan, 2013, p. 25). Les développements contemporains de la biologie moléculaire, de la génétique humaine et de la génomique ont renforcé la thèse de l'essentialisme génétique et la théorie du tout génétique. Certains biologistes et médecins à l'instar d'Henri Atlan évoquent déjà ce problème dans *La fin du tout génétique*. Ainsi sont posées les bases d'une approche qui a longtemps dominé le paradigme des sciences de la vie et de la santé et que des philosophes des sciences ont travaillé *mordicus* à surmonter. Toutefois, les ingénieux progrès en génomique médicale et surtout la conception moléculaire de la maladie et du patient témoignent que la médecine actuelle est loin de tout soupçon réductionniste.

1.1 Les défis du réductionnisme en philosophie des sciences

Le réductionnisme est souvent loué pour son efficacité explicative et prédictive, car il permet d'atteindre des explications plus simples et, idéalement, plus universellement acceptables. Par exemple, en biologie moléculaire, le réductionnisme a permis des percées en expliquant des phénomènes biologiques complexes en termes de gènes et de molécules. Cette approche alimente de grands débats scientifiques et philosophiques parmi lesquels la complexité phénotypique ou les théories épigénétiques modernes gagnent du terrain aux limites et aux défis réductionnistes contemporains. En effet, les sciences de la complexité et la biologie des systèmes complexes remettent en question une vision trop réductionniste de la réalité en mettant en avant l'importance des interactions entre éléments pour comprendre des processus dynamiques. Dans le domaine de la conscience, la question reste ouverte : un réductionnisme matériel strict peut-il véritablement expliquer les phénomènes subjectifs, ou bien faut-il envisager d'autres niveaux d'explication ? Des approches non-réductionnistes, comme le dualisme ou l'émergentisme, gagnent en popularité dans certains cercles philosophiques et scientifiques. Ainsi, il existe plusieurs types de réductionnisme en philosophie des sciences parmi lesquels : le réductionnisme ontologique, le réductionnisme méthodologique et le réductionnisme épistémologique ou réductionnisme théorique.

- Le réductionnisme ontologique : Ce type de réductionnisme postule l'idée que tous les objets ou événements dans le monde peuvent être réduits à un seul type de substance fondamentale. Par exemple, le matérialisme affirme que tous les phénomènes (y compris mentaux) sont de nature physique.

- Le réductionnisme méthodologique : Cette approche consiste à dire que pour comprendre un phénomène complexe, il est préférable de l'étudier en le décomposant en ses parties constitutives. Cela traduit nécessairement une simplification du phénomène et non une abstraction encore moins une négation. Le réductionnisme méthodologique repose sur l'idée selon laquelle on ne peut appréhender le phénomène scientifique ou la théorie scientifique que sur la base d'une procédure méthodique simplificatrice.

- Le réductionnisme épistémologique : Cette perspective soutient que les théories scientifiques et plus particulièrement celles issues de la biologie ou la psychologie peuvent être réduites à des théories issues des sciences fondamentales telles la physique ou la chimie. Par exemple, les lois de la biologie pourraient être expliquées en termes de chimie, qui elles-mêmes se réduisent à des principes physiques.

- ➢ Le réductionnisme théorique : Tout comme le réductionnisme épistémologique, il postule l'idée selon laquelle des théories dans des domaines scientifiques spécifiques peuvent être intégrées ou expliquées à l'aune de théories dans des domaines plus fondamentaux.

1.2. Critique du réductionnisme génétique dans le contexte de la médecine génomique

La médecine génomique comme nous l'avons souligné a accéléré la conception moléculaire du patient (X. Guchet, 2016, p. 209) et une vision objectiviste de la médecine. Dans le souci de rendre la médecine plus adaptée aux malades en termes de traitement, de suivi et de diagnostic, la génomique a mis en avant un système de séquençage des génomes qui permet de comprendre les maladies à partir des mutations génétiques qui leur sont associées. En proposant un système de santé personnalisé et fondé sur le profil moléculaire du patient, elle ouvre la voie à une nouvelle conceptualisation de la pratique médicale, du patient, de la santé et de la maladie. Ces conceptualisations que nous tenterons d'évoquer en détail dans les pages qui suivent ont exacerbé la vision réductionniste de la médecine vers une généticisation des maladies dans la nouvelle donne génomique. Cela se traduit par l'idée que la médecine génomique accorde une grande importance aux phénomènes génétiques au détriment d'autres facteurs aussi caractéristiques de la maladie comme la santé. Enfin, le réductionnisme médical cherche à attribuer la cause des maladies à des facteurs biologiques mesurables tels que les mutations génétiques, les déséquilibres chimiques ou encore les infections. Dans le contexte spécifique de la médecine génomique, le réductionnisme génétique a mis en avant l'idée que les gènes ont un rôle déterminant dans le développement des pathologies. Par ailleurs, le projet Génome humain a également illustré l'essor de cette approche réductionniste en favorisant une compréhension de l'homme à travers la simple cartographie de son ADN.

II- Le nouveau paradigme des recherches biomédicales

Si la médecine génomique personnalisée est considérée comme le nouveau paradigme des recherches biomédicales, c'est en raison d'une vision nouvelle qui donne non seulement une place centrale à la compréhension des maladies, aux diagnostiques et surtout à la précision des traitements. Cette logique actuelle de l'univers médical a ainsi façonné la manière d'appréhender les maladies et les patients allant d'une vision populationnelle du soin à une conception médicale qui se veut aujourd'hui personnalisée. Cela illustre la naissance d'un

paradigme médical révolutionnaire donnant aussi bien aux patients qu'aux professionnels de santé une vision à la fois critique et réductionniste de la santé et de la maladie.

2. La médecine génomique : une vision critique de la complexité humaine

La médecine génomique a indéniablement bouleversé les fondements traditionnels de l'art médical en souscrivant une vision plus prédictive et préventive de la maladie. Cette dynamique révolutionnaire du point de vue biomédical est aussi le début d'un bouleversement conceptuel du point de vue philosophique et épistémologique. D'abord, l'idée que les maladies peuvent être mieux comprises à partir de la constitution moléculaire du patient, suscite une interrogation philosophique sur le statut et le caractère intrinsèque de la maladie et de la santé. Cela revient à dire que la maladie tout comme la santé est semble-t-il une histoire de gène. Cette perception de la maladie ou de la santé évince tout une tradition intellectuelle et médicale de pensée qui consiste à dire que la santé est l'absence de la maladie ou du moins l'absence de la douleur. Les limites de cette conception sont flagrantes dès lors qu'on aborde la médecine génomique, pour qui l'on peut être malade depuis toujours, c'est-à-dire porteur d'une mutation génétique.

Ainsi donc, la révélation de la maladie ne traduit pas son commencement (on a peut-être toujours été malade sans le savoir). La notion de douleur est ici écartée au profit d'un indicateur non empirique ou non sensationnel. Cela traduit que la présence de la maladie se révèle dans bien des cas dans un silence profond. La « *santé, c'est la vie dans le silence des organe*s », disait le médecin et philosophe René Leriche. Cette formule, qui a longtemps été réduite comme l'une des plus belles occurrences de la définition négative de la santé, peut s'entendre autrement dans le contexte de la médecine prédictive. En effet, le silence des organes n'est pas nécessairement l'apanage d'une santé parfaite du corps mais une conséquence du non-fonctionnement de ces derniers. De ce point de vue, il est nécessaire de chercher les nouveaux critères empiriques médicaux ou philosophiques sur lesquels doivent se justifier la santé et la maladie.

2.1 La génomique comme reconfiguration des concepts de santé et de maladie

La génomique, au-delà de la nécessaire contingence entre le pathologique et le normal, la maladie et la souffrance, évoque une médecine du sursaut qui plonge la compréhension de certains concepts fondamentaux vers un réalisme médical tout à fait nouveau. Au premier chef de cette reconfiguration se trouve le concept de santé et de maladie, et qui implique nécessairement celui du malade lui-même, c'est-à-dire le patient. Il ne s'agit plus dans ce contexte de chercher un simple sens définitionnel à la santé et à la maladie, mais plutôt de

comprendre à partir de quel moment l'homme est ou devient-il patient ? Est-on patient parce qu'on est déjà malade, c'est-à-dire en souffrance ou alors la prédiction suffit pour être considéré comme tel ? Si la médecine génomique est aussi porteuse d'espoir, c'est au nom de sa capacité à prédire les maladies mais aussi à les prévenir. Cette logique conforte une nouvelle manière d'appréhender le sujet malade, celui d'être un "patient en attente", (S. Timmermans, M. Buchbinder, 2010, p. 409).

Pour Timmermans et Buchbinder, le séquençage des génomes soulève des inquiétudes voire des incertitudes qui dépassent les compétences cliniques du médecin. Entre les données génétiques issues du séquençage à haut débit et le risque potentiel de maladie, il n'existe pas toujours une objectivité médicale. Cela revient à dire qu'au-delà de ce cette forte technicité de la médecine, l'incertitude diagnostique demeure et la question de la certitude de l'interprétation des données génomiques est parfois remise en cause. Cette incertitude médicale peut également s'entendre comme une limite du normal et du pathologique qui illustre une forme de "santé dans la maladie ou de maladie dans la santé". Cette continuité de la santé dans la maladie, résulte du phénomène de la généticisation des maladies exacerbées par les développements génomiques. L'idée que le gène est révélateur de notre maladie et de notre santé est à la fois une thèse réductionniste qui révèle la stricte complexité des théories génétiques et des concepts fondamentaux de santé et de maladie à l'ère des connaissances post génomiques. On aura ainsi compris que la révolution médicale opérée par la médecine génomique et la médecine personnalisée, avant d'être un bouleversement bio-technologique est d'abord et avant tout une reconfiguration conceptuelle de la médecine, à travers ses techniques, ses objets, ses applications et ses méthodes. Bref, cette reconfiguration médicale est aussi une réduction de l'humain au sens moléculaire de la médecine personnalisée.

2.2 Réduction de l'individu à un "programme génétique"

En insistant sur l'importance des gènes dans la compréhension de l'origine et des mécanismes des maladies, la médecine a semblé-t-il essentialisé le gène. Cet essentialisme conduit *ipso facto* au réductionnisme génétique dans lequel les humains, comme des machines, sont contrôlées par un programme génétique. Cela réduit la notion d'individu à une sorte de « produit » de son ADN, négligeant les aspects environnementaux, sociaux et culturels de son développement. Des chercheurs en sciences sociales et des philosophes critiquent cette vision comme étant trop déterministe et soulignent que l'être humain est façonné par une multitude de facteurs autres que les gènes. Ainsi, des philosophes des sciences, tels que Ernst Mayr et Richard Lewontin,

critiquent le réductionnisme génétique pour son approche formellement simpliste. Lewontin, par exemple, soutient que les organismes et leurs gènes ne peuvent pas être séparés de leur environnement, car les gènes n'ont pas de sens en dehors du contexte où ils s'expriment. Selon lui, comprendre la biologie nécessite une vision holistique et non une réduction à des unités de base comme les gènes. D'autres auteurs ont pu parler du "moi moléculaire" ou de "patient moléculaire" (X. Guchet, 2016, p. 209), pour illustrer cette dynamique du corps-objet dans le contexte de la médecine génomique. Le terme "patient moléculaire" fait référence à un concept en médecine de précision qui consiste à étudier le profil moléculaire spécifique d'un patient pour adapter son traitement. Cette approche repose sur l'analyse approfondie des caractéristiques génétiques, épigénétiques, protéiques et métaboliques de la maladie chez une personne donnée, permettant ainsi de mieux comprendre les mécanismes individuels sous-jacents à sa pathologie. Toutefois, l'essentialisation des gènes qui a conduit à entraîner une logique déterministe de la génétique contemporaine soulève également des réflexions philosophiques de premier plan sur notre propre autonomie en tant que des êtres libres et responsables.

III- Les défis génomiques aux limites de la vision philosophique du monde

Tout comme la vision mécaniste ou la conception physique du monde, l'homme en tant qu'entité matérielle (*res extensa*) et spirituelle (*res cogitan*), se défini aux confins de ce dualisme comme un être à la fois libre parce que capable de se transcender lui-même et déterminer car limité dans le temps et l'espace. Ce principe aussi paradoxal soit-il qui conçoit l'homme comme le fruit d'une détermination ou d'une négation est généralement la base explicative de la condition humaine. Toutefois, les défis actuels de la médecine génomique traduisent assez aisément une véritable dichotomie entre la vision génomique du monde fondée sur le patient et la vision philosophique du monde fondée sur l'homme.

3. Le déterminisme génétique et la révocation des principes de la philosophie de l'esprit

La médecine génomique semble à juste titre renforcer une vision déterministe de l'être humain, où les gènes sont perçus comme les principaux moteurs de la santé et du comportement. Cela bouleverse non seulement notre perception de la vie elle-même mais aussi et surtout les principes moraux, métaphysiques et spirituels qui la sous-tendent. D'un côté, le déterminisme génétique soulève des questions sur notre propre rapport au monde (contingence ou nécessité ?), sur notre liberté individuelle et ou collective (utopie ou réalité ?), entraînant ainsi le projet médical vers un destin critique de la raison médicale. La santé tout comme la maladie sont ainsi

soumises à la même loi déterministe selon laquelle nos gènes sont en grande partie responsables de notre état de santé ou de maladie. Cela traduit l'idée que toute notre vie est façonnée par nos gènes et que nous ne sommes pas en réalité responsables du cours de notre existence. En défendant la thèse du déterminisme biologique ou génétique, l'on évince les principaux acquis de la métaphysique occidentale telle la liberté humaine entendue comme principe fondamental de toute existence. Face à cette influence génétique, certains philosophes questionnent aujourd'hui la réalité de la liberté humaine. Si nos choix sont façonnés par des bases biologiques héritées, en quoi pouvons-nous être considérés comme véritablement libres ?

La notion de liberté repose traditionnellement sur la capacité de choisir entre plusieurs options en l'absence de contraintes extérieures. Mais si nos préférences, nos émotions et même nos réflexions sont influencées par des mécanismes biologiques sous-jacents, cela limite-t-il notre libre arbitre ? Pourtant, la liberté humaine ne peut être réduite à une opposition stricte avec le déterminisme biologique. La liberté s'exprime souvent dans la capacité de dépasser ces contraintes. Par exemple, bien que certains individus aient une prédisposition génétique à l'anxiété, des interventions psychologiques, sociales ou éducatives peuvent leur permettre de maîtriser cette tendance. Ce potentiel d'adaptation souligne la plasticité de l'être humain et invite à repenser la liberté non pas comme une indépendance absolue, mais comme une co-création entre l'individu, ses gènes et son environnement.

3. 1 L'identité personnelle et la question de la nature humaine

L'utilisation de la génomique pour définir et soigner les individus questionne l'identité humaine. Nos gènes définissent-ils qui nous sommes ? Sommes-nous uniquement l'expression de notre ADN, ou y a-t-il des dimensions de la personne humaine qui échappent à cette perspective biologique ? En outre, la médecine génomique invite à reconsidérer l'idée même de la "normalité" en matière de santé et de corps humain, ce qui touche aux fondements de notre conception de l'identité personnelle et de la diversité humaine. Le problème de l'identité personnelle passe également dans le contexte de la modification des gènes ou de l'ADN. Une telle modification peut intervenir dans le cadre de la prévention d'une maladie à caractère génétique. Bien qu'elle résulte d'une mutation génétique, la question de l'identité humaine se pose : sommes-nous véritablement la même personne, dès lors que nos gènes sont modifiés ? Du point de vue médical, cela peut s'entendre comme moralement et éthiquement acceptable puisqu'il s'agit de restaurer la santé de l'individu. Sachant que cette modification influence sans doute le patrimoine génétique des générations futures, et marque un point de rupture avec nos

ascendants, le patient se trouve finalement dans un corps étranger où il n'est plus la même personne génétiquement parlant.

3.2 Eugénisme moderne et notion de perfection humaine

Dire que la génomique permet de mieux appréhender les maladies et de proposer les traitements les adaptés, c'est aussi oublier les limites voire l'avenir que nous réserve une telle médecine. L'idée de pouvoir modifier le génome pour "corriger" des maladies ou des traits non souhaités renvoie aux anciennes questions de l'eugénisme. Jusqu'où alors, la médecine génomique doit-elle aller dans cet élan de la modification du patrimoine génétique ? Certains avancent que cela pourrait mener à une société où certains traits sont valorisés aux dépens d'autres, influençant la notion même de ce que signifie être "humain". Ce débat s'étend aussi au sujet de l'édition génétique des embryons, qui suscite des questions profondes sur l'avenir de l'humanité.

Outre ce phénomène, nous sommes en phase d'assister à une société médicalisée où la chirurgie des gènes entraîne malheureusement les individus vers une plus grande médecine. Par ailleurs, la manipulation des gènes peut conduire à des dérives sociales loin de tout projet médical sérieux comme la chirurgie esthétique ou l'anthropotechnie. Dans le même temps se pose la question de la gestion de données génomiques, c'est-à-dire les résultats des analyses de l'ADN des individus. Comment protéger ces données dans un univers médical de plus en plus numérique ? Sachant que l'accès à ces données peut renforcer des inégalités et des disparités en termes de soins. On comprend ainsi, que la problématique soulevée dans cet article sur la médecine génomique, d'abord en terme de réductionnisme génétique et ensuite à travers le phénomène de la généticisation des maladies, est très évocatrice pour la philosophie des sciences. En tant que les défis génomiques engagent des problèmes philosophiques de premier plan, il est tout à fait urgent de prôner la collaboration entre philosophie et médecine de manière à anticiper les défis éthiques, moraux loin d'être épuisés dans une médecine hautement objectiviste.

Conclusion

Le développement de la médecine génomique illustre à grande échelle une nouvelle rationalité médicale qui se traduit par un réductionnisme que l'on peut qualifier de génétique. En effet, en considérant le gène comme une entité importante dans la décision clinique, un élément

indispensable dans le soin, on parvient à substituer l'homme à cette dernière entité. Cette primauté du gène et de la connaissance moléculaire est désormais un principe incontournable dans la médecine génomique ou dans la médecine de précision. Cette conception traduit ainsi, une médecine plus que jamais moléculaire, favorable à l'émergence d'une nouvelle compréhension de la santé tout comme de la maladie. Une telle vision de la pratique médicale essentiellement centrée sur le patient, justifie l'idée que la médecine génomique est une révolution médicale sans précédent. Laquelle révolution a sans doute façonné notre conception globale de l'univers médical à travers une reconfiguration complète des concepts de santé et de maladie mais aussi une vision nouvelle du patient et du soin. Cette vision du patient que l'on justifie dans cet article comme génocentrique, est tout à fait réductionniste de l'homme aussi bien du point de vue médical que philosophique. Ce réductionnisme est finalement au cœur d'une conception qui met en mal les principes fondamentaux de l'existence humaine tels le liberté et l'autonomisation de l'individu dans son cheminement existentiel.

Références Bibliographiques

ATLAN Henri, *La fin du tout génétique ? Vers de nouveaux paradigmes en biologie*, 1999, éditions Quae.

CHISTOPHER Boorse, 1977, *Health as a Theoretical Concept*. Philosophy of Science, 44(4), 542–573.

FERNANDO Vidal, 2009, *Le sujet cérébral : Une esquisse historique et conceptuelle*. Paris : Presses Universitaires de France.

GUCHET Xavier, 2016, *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*, Paris, Belles Lettres.

JUENGST Eric, MCGOWAN Michelle, 2018, *"Why does the shift from 'personalized medicine' to 'precision health' and 'wellness genomics' matter?"* Applied & Translational Genomics, 10, 4–11.

KASS, R. Léon, 2002, *Life, Liberty, and the Defense of Dignity: The Challenge for Bioethics*. San Francisco: Encounter Books.

MAYR Ernst, 1982, *The Growth of Biological Thought: Diversity, Evolution, and Inheritance*, Harvard University Press

MAYR Ernst, 1988, *Toward a New Philosophy of Biology: Observations of an Evolutionist,* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts

NICOLAS Rose, 2007, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.

SICARD Didier, 2002, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon.

STEGENGA Jacob, 2018, Medical *nihilism*. Oxford University Press.

TIMMERMAN Stefan, BUCHBINDER Mara**,** 2010, *Patients-in-Waiting Living Between Sickness and Health in the Genomics Era*, Journal of Health and Social Behavior 51(4):408-23 http://dx.doi.org/10.1177/0022146510386794