



Les médecins face au clonage humain

LAURENT DEGOS

Le clonage pour la fabrication de tissus de remplacement serait un outil précieux, mais il faut mettre des garde-fous au clonage reproductif.

Les médecins et les biologistes doivent respecter la loi, mais l'histoire nous apprend que le médecin convaincu de l'utilité d'un traitement interdit passe souvent outre les règles et les lois. Nombreux sont les exemples, telle la mise en place des traitements par greffe d'organe.

En 1947, la direction de l'Hôpital Peter Bent Brigham de Boston avait répondu négativement à David Hume, qui avait demandé l'autorisation de faire une greffe de rein afin de traiter une jeune femme dans le coma. Elle avait une septicémie (des microbes dans le sang) qui avait provoqué une insuffisance rénale. Dans le coma, elle allait mourir. Une nuit, David Hume préleva un rein sur une personne morte ; il greffa à la jeune femme le rein, au pli du coude, raccordant les vaisseaux du rein à ceux de la malade et laissant l'uretère libre. L'urine se mit à couler, la jeune femme sortit de son coma. Le rein ne fonctionna que quelques jours, mais ce fut suffisant pour passer le cap de l'insuffisance rénale aiguë. La jeune femme guérit. D. Hume avait-il eu tort de ne pas obéir aux ordres de ses supérieurs ?

Bon nombre de greffes ont été effectuées ensuite, en prenant le rein à un membre de la famille, sain et volontaire. En ce temps, la loi interdisait pourtant de mutiler une personne saine. La mutilation n'était acceptée que pour un béné-

fice personnel, c'est-à-dire pour traiter une maladie (amputation d'une jambe atteinte de gangrène, par exemple). Les lois, et l'encyclique papale condamnaient la mutilation d'un être sain. Cependant, les médecins passèrent outre et multiplièrent les transplantations.

Plus grave aux yeux de la loi est l'acte d'homicide volontaire. En 1963, Guy Alexandre, en Belgique, puis en 1964 Jean Hamburger et bien d'autres ensuite, ont prélevé les reins de personnes dont le cœur battait encore, mais dont le cerveau était irrémédiablement endommagé. Ils avaient considéré que la mort était la mort cérébrale et non la mort cardiaque. Or, seule la mort cardiaque était reconnue par la loi, et il fallut attendre le 24 avril 1968 pour qu'une circulaire ministérielle parle de mort cérébrale. Pendant cinq ans, médecins et chirurgiens pratiquèrent des «homicides volontaires».

Le médecin ne se considère pas coupable face à la loi s'il apporte un bénéfice à autrui. Il a fait évoluer un concept essentiel, celui de la mort de l'homme. En effet, sans ce changement de définition de la mort, on n'aurait pu effectuer de greffe de cœur ou de foie, car après l'arrêt de la circulation, l'organe meurt. Au Japon, où la mort est toujours définie par l'arrêt du cœur, on ne peut pratiquer de greffe de cœur ni de foie.

Contrairement aux apparences, nous ne sommes pas très éloignés du sujet : doit-on accepter, refuser ou repousser le clonage humain ? Le corps médical est-il sur cette question en accord ou en opposition avec la loi ? Comment peut-on éviter les dérives même si, comme pour les greffes, elles auraient des conséquences positives pour la santé humaine ?

Le clonage reproductif humain est aujourd'hui condamné. Imaginons qu'un couple, éploré par la mort d'un enfant, demande à ce qu'un clone de ce dernier soit «créé», permettant ainsi de retrouver l'enfant perdu. Dans ce cas, le père et la mère sont bien les porteurs initiaux du patrimoine génétique de l'enfant et la

mère porteuse est la mère biologique. Quel mal y aurait-il à une telle pratique ?

En réalité, l'acceptation scientifique, juridique et sociale d'un tel projet, dont la finalité serait de consoler les parents de la perte d'un enfant, repose sur une double tromperie. Tromperie pour la famille, car le clone n'est pas un être-copie conforme de l'enfant original. Tromperie pour l'enfant, créé non pas dans l'amour qu'il mériterait pour lui-même, mais en souvenir de l'amour porté à un autre. Les médecins et les psychologues connaissent des cas où, après la perte d'un enfant, un couple s'empresse d'avoir un enfant de «remplacement». Ce dernier a souvent des difficultés pour trouver sa place, celle qu'il mérite pour lui-même. Son aspect physique, différent, l'y aide. Un clone hypothétique n'aurait pas cette chance : ayant le même physique, il serait condamné à rester enfermé dans le rôle de remplacement qui lui a été assigné. Dès lors, pourquoi les médecins s'intéresseraient-ils aux clones humains, puisqu'ils condamnent la finalité de reproduire un être humain-copie conforme ?

Aujourd'hui, les médecins ne savent pas soigner toutes les maladies, notamment celles qui résultent du vieillissement – on parle de dégénérescence – des cellules, telles que les neurones, ni les maladies graves, telles les insuffisances cardiaques ou hépatiques. Le seul traitement est alors la greffe, mais on ne dispose pas toujours de donneur compatible avec la personne malade. Or les cellules embryonnaires ou les cellules souches de l'organisme, celles qui ont la possibilité de se «transformer» en n'importe quel type de cellules, ouvrent un champ de recherche encore peu exploré, mais prometteur.

On ne sait pas encore cloner des organes, mais si de tels organes étaient disponibles, ils remplaceraient sans la moindre hésitation les greffons prélevés sur une personne morte ou vivante. Un organe de substitution identique à celui du receveur permettrait d'éviter toutes les



Dessins : Jean-Michel Thiriet

difficultés posées par la diversité des êtres vivants, responsable des réactions de rejet ; la « fabrication » de tels organes fait certainement partie des objectifs médicaux.

Le clone représente la copie physique de soi : il est donc source de connaissance ou d'organes de réparation de l'organisme. Comment obtient-on un clone ? Il est extrêmement aisé, en laboratoire, de croiser deux animaux de la même portée et de sexe différent. En répétant ce croisement (frère – sœur), sur plus de trente générations, on obtient une « lignée pure », c'est-à-dire un ensemble d'animaux génétiquement semblables, et les greffes, au sein de cette lignée, sont bien tolérées. En dehors de folies eugéniques et de la propagande pour une race pure, l'idée de proposer chez l'homme de tels croisements consanguins successifs est à la fois prohibée et condamnée. Une deuxième méthode de clonage est employée chez l'animal : après fécondation *in vitro*, on cultive l'embryon et on sépare ses cellules avant le stade de 16 cellules. Chacune des cellules ainsi récupérées (jusqu'à huit cellules) peut être réimplantée séparément chez une femelle, donnant naissance à un organisme entier.

Ce cas de figure peut intéresser le médecin. Prenons le cas où une maladie familiale est connue. On pourrait alors pratiquer une fécondation *in vitro* et récupérer, après culture, quelques cellules de l'embryon pour les étudier. Le diagnostic, effectué sur une seule cellule grâce aux outils de la biologie moléculaire, indiquerait la présence ou non de la maladie redoutée. Ne seraient réimplantés que les embryons indemnes. Cette voie de « sélection » embryonnaire était interdite en France, hormis quelques cas particuliers : elle implique la culture et la manipulation de l'embryon, pratiques très encadrées. Cependant, cette méthode est autorisée, depuis peu, aux États-Unis et a été récemment utilisée à l'Hôpital Necker.

Une troisième méthode, celle qui a été employée pour créer Dolly, consiste à remplacer le noyau d'un ovocyte par celui d'une cellule provenant d'un autre animal de la même espèce. En effet, c'est dans le noyau qu'est contenue toute l'information génétique ; l'embryon ainsi formé est le sosie de l'individu dont est issu le noyau.

Cette technique ouvre la voie à la reproduction, sous la forme d'une copie conforme, de l'être qui a donné le noyau. Ce clonage reproductif chez l'homme est rejeté par les conseils éthiques. En revanche, si les cellules de ce même embryon, formé à partir du noyau donneur, étaient cultivées *in vitro*, elles auraient la capacité de donner différents



types de tissus (muscles, nerfs, peau, en fait, n'importe quel tissu). On produirait un embryon, mais il ne serait pas implanté chez une femme et ne donnerait que des cellules, identiques à celles du donneur de noyau. Ces cellules seraient strictement identiques, mais elles seraient « neuves » et pourraient remplacer les cellules vieillissantes et dégénérées d'un organisme sans risque de rejet, car elles auraient le même patrimoine génétique que le donneur du noyau. De telles cellules dérivées d'un clone, produisant des tissus de remplacement, seraient de précieux outils thérapeutiques.

Ces deux aspects du clonage, celui du diagnostic prénatal en cas de fécondation *in vitro*, et celui du traitement des maladies dégénératives par des cellules ou des tissus de remplacement, font que le médecin prête l'oreille lorsque les discussions portent sur le clonage humain. Dans tous les cas, il rejette catégoriquement l'idée de clonage reproductif, c'est-à-dire du clonage qui donnerait naissance à un sosie.

Toutefois, le débat ne s'arrête pas là. Au cœur de la discussion, se trouve l'embryon : quel est son statut ? La pression des patients qui attendent une amélioration de leur état, et celle des médecins qui veulent toujours aider les malades en détresse, n'imposent-elles pas une direction privilégiée au débat ? Déjà, l'on constate la diversité des règles interdisant ou autorisant les recherches sur les embryons surnuméraires non réimplantés après fécondation *in vitro* ; c'est dire que les avis sur le statut de l'embryon et sur la part de dignité et de respect qu'on devrait lui attribuer sont encore très partagés.

Ainsi, le statut de l'embryon cloné change selon que l'on considère que son unique finalité est de devenir un être

humain, ou qu'il est possible de passer par cette étape éphémère du clone, uniquement pour élaborer des traitements.

Toutes les craintes seront sans doute levées si l'existence de cellules indifférenciées chez l'adulte est confirmée. Si des cellules pluripotentes existent réellement dans l'organisme, les clones non reproductifs n'auront plus à être produits. Il suffira de prendre des cellules souches pluripotentes chez un adulte ayant une dégénérescence nerveuse pour les cultiver et de les faire se différencier en cellules nerveuses, lesquelles seront implantées dans le cerveau malade.

Alors, si le clonage est encadré par la loi, par les responsables éthiques ou par d'autres instances, mais s'il donne un avantage important pour guérir des maladies dégénératives, il est certain que les médecins chercheront à mettre en place des traitements par ce biais. Pour eux, aucun interdit ne vaut, face à la possibilité de sauver une vie. À charge ensuite aux hommes de loi et aux penseurs de l'éthique de trouver les arguments pour expliquer leurs actes et placer les limites. On est déjà passé, récemment, de l'interdiction à la permission de faire des recherches sur l'embryon, dans un contexte très surveillé.

Acceptera-t-on la constitution d'embryons humains, dans le cadre du clonage, en excluant toute finalité reproductive ? Ce serait là, comme dans le changement de la définition de la mort, la preuve que l'utilité scientifique et médicale est la valeur suprême en matière de droit. Sauver et aider une personne en danger serait notre premier commandement. N'y a-t-il pas de limites ? Cette fois, les hommes de lois auront, je pense, à cœur de proposer des lois avant que l'acte médical ne soit effectif plutôt que subir le diktat du fait accompli. Ils ont encore le temps, car le premier clone humain (à finalité reproductive ou thérapeutique) n'est pas pour demain. Quant à la question de savoir si l'on pratiquera un jour le clonage à visée reproductive, la réponse ne sera ni de la compétence des médecins ni de celle des hommes de loi ; elle dépendra surtout de l'idée que l'homme se fait de l'homme.

Laurent DEGOS dirige le Service d'hématologie de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris.

Ce texte est extrait du chapitre signé par l'auteur dans *Les progrès de la peur, la Peur du progrès*, sous la direction de Nayla Farouki, à paraître en février 2001, Éditions Le Pommier.