

CHAPITRE I

La pénurie : le drame réel qui autorise tout

Avant de parler de porcs génétiquement modifiés, de laboratoires stériles, de brevets, d'un cœur animal dans une poitrine humaine et de cette jolie petite cuisine bioéthique qu'on appelle « progrès », il faut regarder le problème qui donne à tout cela sa force morale.

Les organes manquent.

Pas un peu. Pas occasionnellement. Pas seulement dans les pays pauvres, les zones mal organisées ou les hôpitaux oubliés par les budgets publics. Ils manquent dans les systèmes les plus riches, les plus techniques, les plus équipés. Ils manquent malgré les campagnes de sensibilisation, malgré les registres, malgré les progrès chirurgicaux, malgré les discours rassurants sur la solidarité médicale. Ils manquent au point que des patients meurent dans une file d'attente parfaitement officielle, tamponnée, suivie, administrée, presque propre.

Aux États-Unis, plus de 108 000 femmes, hommes et enfants figuraient sur la liste nationale d'attente en avril 2026. Le chiffre varie chaque jour, mais l'ordre de grandeur reste brutal : une ville entière suspendue à l'espoir qu'un organe compatible apparaisse avant que le corps ne cède. Les reins représentent la majorité de cette attente. Ce n'est pas un détail technique. C'est la clé du problème. L'insuffisance rénale chronique progresse avec le diabète, l'hypertension, le vieillissement et les inégalités d'accès aux soins. Derrière le total, il n'y a pas des unités statistiques : il y a des corps qui attendent une pièce que la médecine sait implanter, mais que le système ne sait pas fournir en nombre suffisant.

Car face à ces chiffres, toute prudence devient suspecte. Toute objection devient froide. Toute interrogation éthique peut être retournée contre toi avec une facilité indécente : « Tu préfères donc laisser mourir les gens ? » Voilà l'arme parfaite. Elle ne demande pas de réflexion, elle exige une reddition. Elle transforme une question de société en ultimatum émotionnel. Soit tu soutiens l'innovation, soit tu signes symboliquement l'arrêt de mort des patients. C'est grossier, mais efficace. La compassion, quand elle est mal utilisée, devient une matraque avec un stéthoscope autour du cou.

Le problème, évidemment, c'est que la souffrance des patients est réelle. Il ne s'agit pas d'un décor inventé par l'industrie biotech pour vendre ses promesses. Des familles attendent vraiment. Des malades surveillent vraiment leur téléphone. Des équipes médicales doivent vraiment choisir, hiérarchiser, prioriser, parfois renoncer. Il y a des patients trop fragiles pour rester inscrits. D'autres qui sortent des critères. D'autres encore qui meurent avant d'avoir seulement eu la chance d'être appelés. La pénurie n'est pas un slogan. C'est une machine lente qui trie les corps en silence.

En France aussi, la situation reste tendue. En 2025, 6 148 greffes d'organes ont été réalisées. C'est un niveau historique, mais il ne suffit pas. Au 1er janvier 2026, 23 294 personnes étaient en attente d'une greffe, dont 11 642 en liste active ; 966 patients sont morts en 2025 alors qu'ils figuraient encore sur la liste. Même quand l'activité progresse, la demande reste plus lourde que la capacité disponible. Tu peux améliorer la machine, elle continue à tourner derrière la catastrophe.

L'Europe n'offre pas davantage le refuge moral qu'on aimerait imaginer. Eurotransplant, qui coordonne l'allocation d'organes dans huit pays européens, a terminé l'année 2025 avec 13 686 patients actifs sur liste d'attente. La même année, 7 366 organes provenant de donneurs décédés ont été alloués par son intermédiaire. Cette coopération transfrontalière sauve des vies et évite que certains greffons restent inutilisés. Elle ne supprime pas le manque. Elle le gère, le répartit, l'administre. Ce qui est déjà beaucoup. Ce qui n'est toujours pas assez.

La vérité est là : la transplantation moderne est une réussite médicale prise au piège de sa propre efficacité. Plus elle fonctionne, plus elle crée des candidats à la greffe. Plus les chirurgiens savent greffer, plus les médecins savent maintenir les patients en vie assez longtemps pour attendre. Plus les diagnostics progressent, plus les maladies chroniques sont détectées, suivies, stabilisées, jusqu'au moment où un organe lâche. La médecine sauve, prolonge, retarde, accompagne. Puis elle se heurte à une limite bête, matérielle, presque archaïque : il faut un organe. Pas une idée. Pas une application. Pas une promesse de start-up. Un organe réel, compatible, prélevé dans des conditions précises, transporté rapidement, implanté au bon moment, dans le bon corps.

Le corps humain, ce vieux fournisseur instable, ne suit pas la demande.

Alors les systèmes inventent des solutions intermédiaires. Le don post-mortem d'abord, pilier classique de la transplantation. Il repose sur une chaîne fragile : identification d'un donneur potentiel, constat médical, accord légal, absence d'opposition connue, discussion avec les proches, prélèvement, conservation, transport, attribution. Chaque étape peut échouer. Un donneur peut être médicalement inadapté. Une famille peut rapporter une opposition. Une équipe peut manquer de temps, de personnel, de coordination. Un organe peut être trop abîmé. Le receveur compatible peut être trop loin, trop fragile, indisponible au mauvais moment. On parle souvent du don d'organes comme d'un acte généreux. On oublie qu'il est aussi une prouesse logistique au bord permanent de l'échec.

En France, l'opposition rapportée par les proches reste un obstacle majeur. L'Agence de la biomédecine indique un taux national de 37,1 % en 2025, contre 36,4 % en 2024. Ce chiffre montre que la pénurie n'est pas seulement médicale. Elle est culturelle, familiale, symbolique. On ne prélève pas un organe dans une abstraction. On prélève dans un moment de mort, de choc et de sidération, au milieu de proches qui n'ont parfois jamais parlé clairement du sujet avec la personne décédée. Et quand le silence règne avant la mort, il se paie souvent après.

Il y a aussi le don vivant. Il concerne surtout le rein, parfois une partie du foie. Là encore, la médecine accomplit quelque chose de remarquable : permettre à une personne vivante de sauver ou transformer la vie d'une autre. Mais cette solution porte sa propre tension. Un parent, un conjoint, un frère, une sœur, un ami peut-il vraiment refuser sans être moralement écrasé ? Le consentement existe, bien sûr. Les protocoles l'encadrent. Les médecins évaluent. Les psychologues interrogent. Mais la pression affective ne disparaît pas parce qu'un formulaire est signé. Quand quelqu'un que tu aimes s'éteint lentement et que ton rein peut le sauver, la liberté devient une notion très élégante pour les manuels d'éthique.

Le don croisé cherche à corriger une autre impasse. Deux binômes donneur-receveur incompatibles peuvent échanger leurs donateurs respectifs pour permettre deux greffes. À plus grande échelle, des chaînes peuvent se mettre en place. C'est intelligent, utile, parfois magnifique. Mais cela révèle aussi le fond du système : les corps deviennent des éléments d'une équation de compatibilité. Le don reste encadré, légal, volontaire. Pourtant, la logique est déjà celle d'une optimisation du vivant. On ne vend pas les organes, mais on organise leur circulation avec une précision de réseau. Ce n'est pas immoral en soi. C'est même souvent salvateur. Mais cela montre à quel point la pénurie force la médecine à transformer les liens humains, familiaux, biologiques en architecture de ressources.

Et quand même cela ne suffit pas, le monde parallèle arrive.

Le marché noir des organes n'est pas une légende urbaine destinée à faire frissonner les lecteurs entre deux documentaires glauques. Il existe parce qu'une pénurie durable finit toujours par créer une valeur. Et dès qu'une chose vitale devient rare, quelqu'un cherche à la vendre. L'OMS et plusieurs organismes internationaux alertent depuis des années sur les dérives liées au trafic d'organes, au tourisme de transplantation et à l'exploitation des populations vulnérables. En 2024, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution sur l'augmentation de la disponibilité, l'accès éthique et la surveillance de la transplantation de cellules, tissus et organes humains. Le simple fait qu'une telle résolution soit nécessaire dit assez bien l'état du terrain : la transplantation sauve des vies, mais sans cadre strict, elle peut aussi devenir un marché de prédation.

Là encore, il faut éviter la caricature. Le trafic d'organes ne naît pas parce que quelques monstres aiment découper les pauvres pour satisfaire les riches, même si certains réseaux criminels s'en rapprochent suffisamment pour mériter une place dans les poubelles les plus profondes de l'espèce humaine. Il naît aussi d'un déséquilibre mondial. D'un côté, des patients solvables, parfois désespérés, prêts à voyager, payer, contourner. De l'autre, des populations pauvres, déplacées, endettées, vulnérables, à qui l'on promet une somme contre un morceau de corps. Entre les deux, des intermédiaires, des cliniques douteuses, des documents falsifiés, des États fragiles, des systèmes de contrôle inexistantes ou complices.

Le marché noir est le miroir sale de la pénurie légale. Il dit ce que les discours officiels évitent parfois de formuler : lorsqu'un organe manque, il finit par valoir quelque chose. Et lorsqu'il vaut quelque chose, il attire ceux qui savent transformer la détresse en transaction.

C'est précisément ici que la xénotransplantation devient séduisante.

Elle arrive avec une promesse presque parfaite : remplacer le chaos humain par une source contrôlée. Plus besoin d'attendre la mort d'un donneur. Plus besoin de dépendre d'un proche compatible. Plus besoin de risquer les circuits illégaux. Plus besoin de regarder des patients mourir parce que l'offre humaine ne suit pas. Des animaux génétiquement modifiés, élevés dans des conditions sanitaires strictes, pourraient fournir des organes disponibles, standardisés, traçables, potentiellement compatibles. C'est propre, du moins dans la brochure. C'est rationnel. C'est même, à première vue, moralement défendable.

Pourquoi laisser prospérer le trafic humain si l'animal peut fournir une alternative ? Pourquoi laisser un malade attendre quatre ans un rein si un rein porcine modifié peut être prêt ? Pourquoi maintenir un système fondé sur la mort accidentelle, le don familial sous pression et les listes interminables, si la biotechnologie peut produire une réserve d'organes ? Tu vois le piège : la question est posée de telle manière que refuser paraît presque absurde.

Et c'est là que le discours industriel devient puissant. Il ne s'appuie pas sur un mensonge total. Il s'appuie sur une vérité incontestable : il manque des organes. Des patients meurent. Des familles souffrent. Des trafics existent. Les systèmes actuels sont insuffisants. Tout cela est vrai. C'est justement ce qui rend la promesse dangereuse. Les mauvaises idées sont faciles à combattre quand elles reposent sur du vide. Les idées dangereuses sont celles qui s'accrochent à une vraie douleur.

La pénurie devient alors plus qu'un problème médical. Elle devient une autorisation. Une permission implicite. Un accélérateur éthique. Elle permet de dire : nous n'avons pas le choix. Et cette phrase, « nous n'avons pas le choix », devrait toujours déclencher une alarme. Parce qu'elle sert souvent à faire passer des décisions qu'on n'aurait jamais acceptées dans un contexte moins tragique.

Le refrain de la nécessité

« Nous n'avons pas le choix » devient alors la formule qui autorise tout : accélérer les protocoles, accepter les animaux sources, produire du vivant compatible, laisser l'industrie avancer et reléguer les scrupules au rang d'indécence pendant que des patients meurent.

Nous n'avons pas le choix, donc il faut accélérer les protocoles.

Nous n'avons pas le choix, donc il faut accepter les animaux sources.

Nous n'avons pas le choix, donc il faut produire du vivant compatible.

Nous n'avons pas le choix, donc il faut laisser l'industrie avancer.

Nous n'avons pas le choix, donc tais-toi un peu avec tes scrupules, il y a des gens qui meurent.

La brutalité de la pénurie ne rend pas toutes les réponses légitimes. Elle rend toutes les réponses plus difficiles à contester. Ce n'est pas la même chose.

Tu dois garder cette tension en tête pendant tout le livre. Si la xénotransplantation était seulement un caprice de laboratoire, elle serait facile à rejeter. Si elle n'était qu'un délire de biotech obsédée par le vivant programmable, elle serait plus simple à démonter. Mais elle se présente comme une réponse à une tragédie réelle. Elle arrive avec des patients, des chiffres, des listes d'attente, des morts évitables, des familles brisées. Elle porte sur son visage le masque de la nécessité.

C'est pourquoi il serait malhonnête de traiter la xénotransplantation comme une pure dérive de savants arrogants. Il y a des chercheurs sincères. Des chirurgiens qui veulent sauver. Des patients qui n'ont plus le luxe d'attendre. Des familles qui accepteraient n'importe quelle solu-

tion pour quelques années, quelques mois, parfois quelques semaines de plus. La détresse humaine n'est pas une fiction. Le besoin médical n'est pas une invention. Le manque d'organes n'est pas une manipulation.

Mais un besoin réel ne sanctifie pas automatiquement la réponse qu'on lui apporte.

Une société peut reconnaître que des patients meurent faute d'organes et refuser en même temps que cette urgence serve à industrialiser le vivant sans débat public sérieux. Elle peut soutenir la recherche et exiger des limites. Elle peut entendre la souffrance humaine sans effacer la souffrance animale. Elle peut vouloir sauver des vies sans accepter que chaque impasse médicale devienne un marché breveté. Elle peut dire oui au soin et non à la confiscation du débat par ceux qui ont intérêt à produire la solution.

Car la pénurie n'est pas seulement un manque. C'est une force politique. Elle oriente les financements, justifie les protocoles, façonne l'opinion, écrase les nuances. Elle transforme l'innovation en devoir moral. Elle permet à une industrie émergente de se présenter non comme un acteur économique, mais comme une réponse humanitaire. Et c'est là que le regard doit devenir plus froid.

La xénotransplantation ne naît pas dans un monde où tout a été tenté avec la même énergie. Elle naît dans un monde où la prévention des maladies chroniques reste insuffisante, où l'accès aux soins est inégal, où le don d'organes dépend de la confiance publique, où les systèmes hospitaliers manquent de moyens, où les campagnes d'information peinent à changer les habitudes, où les trafics prospèrent sur la pauvreté, où les solutions collectives avancent moins vite que les technologies brevetables.

C'est peut-être cela, le vrai scandale de départ : on présente la greffe animale comme une réponse presque naturelle à la pénurie, alors qu'elle est aussi le produit d'échecs accumulés. Échec de prévention. Échec d'organisation. Échec de confiance. Échec de solidarité. Échec de transparence. Échec politique, aussi, parce qu'un système qui laisse mourir des patients faute d'organes finit toujours par chercher une solution spectaculaire plutôt que de réparer patiemment ce qui l'a conduit là.

La pénurie donne donc à la xénotransplantation sa force morale. Elle lui donne son visage humain. Elle lui donne ses images de patients sauvés, ses familles reconnaissantes, ses chirurgiens émus, ses titres de presse enthousiastes. Elle rend la critique difficile, presque indécente. Elle fait de chaque question une gêne, de chaque doute une cruauté, de chaque prudence un retard.

Mais si tu veux comprendre ce qui se joue, il faut refuser ce chantage.

Tu peux pleurer un patient mort faute de greffon et demander ce qu'on fait aux animaux pour éviter le prochain décès. Tu peux respecter les médecins et interroger les entreprises qui rêvent de standardiser les organes. Tu peux reconnaître l'urgence et refuser que l'urgence devienne une excuse permanente. Tu peux soutenir le soin sans accepter que le vivant soit réduit à une réserve industrielle.

La pénurie est réelle. Elle tue. Elle détruit des vies. Elle mérite des réponses sérieuses.

Mais précisément parce qu'elle est réelle, elle ne doit pas devenir le paravent commode derrière lequel on fabrique une nouvelle économie du corps. Le manque d'organes humains explique la xénotransplantation. Il ne l'absout pas.

C'est là que commence le problème.

Sources principales du chapitre

U.S. Department of Health and Human Services, organdonor.gov. « Why Sign Up. » Données révisées en avril 2026 sur la liste nationale d'attente.

Agence de la biomédecine. « Bilan d'activité 2025 et baromètre d'opinion 2026 sur le don d'organes et de tissus. » Dossier de presse, 19 février 2026.

Eurotransplant. « Preliminary Eurotransplant annual figures 2025 online. » Données sur les organes alloués et les patients actifs en liste d'attente.

Organisation mondiale de la santé. Résolution WHA77.4, « Increasing availability, ethical access and oversight of transplantation of human cells, tissues and organs », adoptée en 2024.