



## COMMISSION BIOETHIQUE

### COVID-19

## Questions éthiques face à nos valeurs maçonniques

« Dans un monde où règnent la matière, la violence et le mensonge, nous faisons le serment de toujours maintenir lumineuse et droite la flamme de l'amour unique et de l'esprit humain. »<sup>1</sup>

Cela fait plus de deux ans que le monde est confronté à une pandémie.

L'épidémie de **coronavirus** est devenue une pandémie le **11 mars 2020** comme annoncé par l'OMS<sup>2</sup>, ce même jour où **la barre des 100 pays infectés a été dépassée** dans toutes les zones du globe.

**Le choléra, la peste et la variole** ont également jadis occasionné des pandémies historiques.

**La grippe**, maladie infectieuse très contagieuse, est susceptible de donner lieu, certaines années et dans certaines conditions, à une pandémie, telle que l'épidémie de 1918-1919, appelée **grippe espagnole**.

Une pandémie grippale due au **Virus A (H1N1)** a eu lieu en 2009.

En 2019 – 2020, une pandémie à **coronavirus** (COVID-19) nous touche de plein fouet.

Fin 2021, le bilan officiel était de 5 millions de morts dû à la COVID dans le monde, mais il serait en réalité trois fois plus élevé. En effet, des calculs fondés sur l'excès de mortalité évaluent les décès réels à 17 millions, soit l'équivalent de la population des Pays-Bas.

Les autorités sanitaires mondiales surveillent en permanence la fréquence et la propagation de diverses maladies contagieuses, dont la grippe. Elles ont défini six niveaux d'alerte pandémique, avec des recommandations individuelles et collectives adaptées à chaque niveau et à chaque maladie concernée.

Cette pandémie n'est donc pas un événement improbable et les épidémiologistes prévoient depuis plusieurs années l'émergence d'un tel événement.

Les interactions humaines contribuent fatalement à la propagation des agents infectieux responsables de ces catastrophes sanitaires.

Dans un pays comme le nôtre, où la liberté de déplacement et d'échanges est fondamentale, la restriction des libertés imposée par les divers confinements et couvre-feu a été fatalement mal vécue.

Cette pandémie entraînera sans aucun doute des répercussions durables, comme par exemple une partie de la population empêchée de faire son deuil de proches décédés lors de la première vague, qui en restera traumatisée.

Les privations de liberté et l'isolement imposés aux résidents des EHPAD ont été d'une rare violence.

Ce qu'il y a de tragique dans cette situation, c'est que ce n'est pas la nature qui fait quelque chose à l'humain mais bien l'humain qui fait quelque chose à l'humain par la force des choses.

Comment au nom du bien du plus grand nombre, et avec les meilleures intentions, se retrouve-t-on à faire le plus grand mal ?

Cette situation inédite dans notre pays où la santé pour tous est considérée comme un droit fondamental, a posé de graves questions éthiques et morales.

Au-delà même de notre pays, la gestion de cette pandémie mondiale et l'iniquité d'accès aux soins et à la vaccination questionnent nos valeurs humanistes.

<sup>1</sup> extrait du rituel au premier degré

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé



## COMMISSION BIOETHIQUE

### Liberté, Égalité, Fraternité

De manière inédite, face à cette pandémie, notre société a privilégié la fraternité plutôt que la liberté.

Nous avons choisi de préserver les plus vulnérables. Ne pas condamner froidement les plus fragiles, c'est probablement ce qui a permis à notre société de préserver ses valeurs d'humanité et de fraternité.

Et qu'en est-il de l'égalité ?

### Égalité d'accès aux soins

Lors de la première vague de COVID-19 en France, le premier cluster majeur était dans l'est de la France. La rapidité de propagation du virus, le nombre de personnes symptomatiques nécessitant une hospitalisation, et le nombre de patients atteints de formes graves relevant de la réanimation a rapidement saturé le système de santé et la capacité d'accueil des hôpitaux de la région. Les patients encore en état de pouvoir voyager ont été transférés vers d'autres régions de France et dans certains pays frontaliers. Cette solidarité qui a été possible lors de la première vague n'a pas pu être reproduite lors des suivantes puisque toutes les régions du pays et tous les pays d'Europe et du monde ont vu leurs systèmes de santé débordés, saturés et même submergés par l'explosion de la courbe pandémique.

La France, dont le système de santé est encore considéré comme des plus performants au monde, n'a pas été épargnée. Dans ces situations extrêmes, les services d'urgence et de soins critiques (réanimation) sont en première ligne. Leur spécificité et leur technicité ont fait que le seuil critique a rapidement été atteint. En cas de situation tendue, les urgentistes et les réanimateurs sont amenés à « gérer les places disponibles » et à faire des choix tragiques. Ces choix, aucun réanimateur ou urgentiste ne souhaite avoir à les faire : **qui pourra bénéficier d'un des rares lits de réanimation disponibles et qui faudra-t-il laisser mourir ?**

Nous sommes actuellement dans une société régie par le « protocole ». Cette gestion des choses peut s'avérer extrêmement dangereuse car ne faisant pas de place à la confrontation entre la raison scientifique normative et la réalité ou vérité humaine. Ainsi, l'expérience de Milgram<sup>3</sup> évalue le degré **d'obéissance** d'un habitant des États-Unis du tout début des années 1960 devant une autorité qu'il juge légitime. Cela permet d'analyser le processus de soumission à l'autorité, notamment quand elle induit des actions posant des problèmes de **conscience** au sujet. C'est tout le danger et les limites du « protocole ». C'est pourquoi un protocole doit rester un garde-fou et non une règle immuable.

Ce que l'on appelle « lit de réanimation », c'est un lit certes, mais surtout toute l'infrastructure qui va avec : médecins réanimateurs, infirmiers de réanimation, aides-soignants de réanimation, en d'autres termes, des équipes formées à une pratique de haute technicité, rompues au travail en équipe dans des situations d'urgence vitale. Ces équipes manipulent des appareils très sophistiqués qui permettent de remplacer les différentes fonctions vitales (respirateurs, appareils de dialyse, suppléance hépatique, suppléance hémodynamique...). Ces différents métiers s'apprennent, l'expérience de chacun compte, le compagnonnage a plus que jamais son sens et tout cela ne peut pas s'improviser. Il ne suffit pas d'avoir le matériel. Dans ces unités, les anciens accompagnent les plus jeunes qui doivent se préparer à affronter dans leur quotidien la mort, la détresse des familles et un environnement stressant. Encore une fois, cela ne s'improvise pas. Cette pandémie a fait peser sur les épaules de nos jeunes médecins en formation ou récemment diplômés la responsabilité de choix qu'ils n'étaient sans doute pas prêts à faire.

C'est toute la difficulté de ces choix.

### Alors, quels critères de priorisation des patients adopter dans un contexte de pandémie et de système de soins saturé ?

- Prioriser les plus jeunes sur les plus âgés ?
- Prioriser ceux qui ont les plus grandes chances de survie ?

---

<sup>3</sup> expérience de Milgram : expérience de psychologie publiée en 1963 par le psychologue américain Stanley Milgram



## COMMISSION BIOETHIQUE

- Faut-il sauver d'abord les membres du personnel médical ou soignant ?
- Doit-on suivre une approche « **conséquentialiste** »<sup>4</sup> en plaçant en avant l'efficacité thérapeutique ?
- Doit-on se baser sur des critères plutôt utilitaristes ou plutôt égalitaristes ?
- Et ceux qui sont malades par leur « faute », que fait-on ?

Il n'y a pas de recette toute faite mais passons en revue les options possibles et les courants de pensée éthiques et philosophiques qui peuvent aider à la réflexion.

En temps normal, les choses sont plus confortables puisque nous recourons au principe du « **premier arrivé, premier servi** ». Ce critère est adapté aux soins intensifs qui s'adressent à des patients qui nécessitent une prise en charge urgente. Lorsqu'une réanimation est saturée, il arrive de « conditionner le patient » et d'organiser son transfert dans une autre réanimation soit dans la même ville soit dans une autre ville. Bien que ce critère soit admis dans les normes sociales, il n'a pas vraiment de valeur morale en soi. Il est simplement rassurant et « confortable ». En revanche, en cas de ressource rare à accorder, le fait qu'une personne ait attendu longtemps cette ressource, ne suffit pas à lui accorder un droit sur cette dernière. En situation de pénurie, on aura donc tendance à privilégier le patient avec les plus grandes chances de survie, même si l'autre aura attendu plus longtemps.

Si l'on se réfère au critère « **efficacité thérapeutique** » et que l'on s'accorde sur l'objectif de sauver le plus de vies possibles, il faut tenir compte des chances de survie à la suite du traitement. C'est un critère en soi qui peut être assez peu controversé. Entre deux personnes nécessitant les mêmes soins, ne vaut-il pas mieux privilégier celle qui a le pronostic le plus favorable et qui a le plus de chances de survivre ?

Un autre critère, beaucoup plus controversé, est celui de **l'utilité sociale** fondé sur l'utilité d'un individu pour la société. Ce critère est particulièrement moraliste, élitiste et donc particulièrement problématique. N'oublions pas que dans les années 1960 aux États-Unis, les patients pouvant recourir à la dialyse, technique alors très coûteuse et très rare, étaient sélectionnés par des comités qui se basaient sur des critères tels que le niveau d'étude, la profession ou même parfois la participation à la vie de la paroisse, ou encore les chances de remariage de l'épouse... Il existe toutefois un autre angle d'attaque pour ce critère d'utilité sociale avec la notion **d'utilité sociale instrumentale** : si une personne en attente de soins exerce une fonction qui permettrait de sauver des vies, la sauver permettrait de sauver davantage de vies. À chances de survie équivalentes, faut-il donc sauver prioritairement un membre du personnel soignant qui contribuera lui-même à sauver un plus grand nombre de vies ? La vision utilitariste vise à maximiser le bien-être collectif. Cette approche permettrait donc en théorie et mathématiquement de maximiser le nombre de vies sauvées et donc le bien-être collectif. Cela rejoint un principe philosophique « **conséquentialiste** » qui considère que la valeur morale d'un choix réside dans ses conséquences.

En revanche, si l'on adopte une perspective **égalitariste** au sens large, visant à respecter l'égalité due à chaque être humain, il paraît injuste de privilégier systématiquement le personnel soignant car leurs vies ne valent pas plus que celle de n'importe qui d'autre. Par conséquent, les égalitaristes résistent à l'approche utilitariste, à moins d'une situation d'extrême tension.

Venons-en au critère qui fâche, le critère de **l'âge**. Certains éludent la question en invoquant le critère d'efficacité thérapeutique qui peut amener à privilégier un plus jeune pour ses meilleures chances de survie. Mais même à égalité de chances de survie, faut-il prioriser un patient plus jeune sur un plus âgé ? Il ne faudrait pas laisser penser que les vies de personnes âgées ne mériteraient pas d'être sauvées ou vaudraient moins que celles des plus jeunes. Ce serait une discrimination envers les personnes âgées. Toutefois, cela ne veut pas dire que l'âge n'a aucune pertinence pour les critères de priorisation. Quels seraient donc les arguments éthiques pour prioriser les plus jeunes et qui ne relèveraient pas d'une simple forme de jeunisme ? D'un point de vue utilitariste, on pourrait penser qu'il y a un intérêt à prioriser les plus jeunes : en effet, les personnes âgées ont une espérance de vie restante plus faible que les plus jeunes, donc pour privilégier l'intérêt collectif,

<sup>4</sup> approche morale qui consiste à faire un choix en fonction des conséquences concrètes et réalistes et non en fonction d'un idéal absolu.



## COMMISSION BIOETHIQUE

ne devrions-nous pas maximiser les années de vie restantes ? En outre, les personnes âgées sont plus sujettes à souffrir de maladies graves ou de problèmes de santé, donc avoir une moins bonne qualité de vie et donc générer moins de bien-être par année de vie qu'une personne plus jeune. Une approche plus pondérée propose de calculer les années de vie restantes en les pondérant par la qualité de vie de la personne : c'est l'approche QUALY<sup>5</sup>, mais cette pondération devrait s'évaluer au cas par cas et semble très complexe. Une personne âgée peut très bien être en meilleure forme qu'une plus jeune. Cette approche QUALY est également très controversée et accusée de « validisme »<sup>6</sup> envers les personnes handicapées par exemple. Est-il raisonnable de considérer que la vie des personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques vaut moins que celle des personnes en bonne santé ?

Le problème dans l'approche utilitariste, c'est que la valeur de la vie des individus ne dépend que de la valeur de leur contribution au bien-être collectif. Cette approche est en contradiction avec nos valeurs de **solidarité et d'égalité** puisqu'elle ne prend pas en compte l'individualité et la singularité de chacun.

Selon la vision **égalitariste**, toute vie humaine est digne de respect en tant que telle. Ce n'est donc pas témoigner un tel respect que de décider de la vie ou de la mort d'une personne à partir de considérations instrumentales comme leur contribution au bien-être collectif. Toutefois, même selon cette approche égalitariste, il est possible d'envisager de prioriser les plus jeunes sans atteinte au principe d'égalité de dignité : il faut donc envisager qu'une juste distribution doit s'opérer non pas à un moment précis de la vie, mais à l'échelle d'une vie entière. Dans une telle perspective on pourrait envisager l'argument de **l'égalité des chances**. Chacun devrait avoir les mêmes opportunités de réaliser ses projets de vie, or une personne qui meurt à 30 ans n'a pas eu les mêmes chances qu'une personne qui meurt à 75 ans. On pourrait alors invoquer **le principe de justice égalitariste de John Rawls**<sup>7</sup>. Au milieu des années 1970, tandis que la bioéthique émergeait en tant que champ de recherche, différentes théories générales de la justice rivalisaient au sein de la philosophie politique. La Théorie de la justice de Rawls contestait les approches utilitaristes alors dominantes au sein de la philosophie anglo-saxonne contemporaine. La justice requiert de maximiser la position des plus défavorisés. À l'échelle d'une vie entière, les plus défavorisés sont ceux qui n'ont pas eu l'occasion de vivre autant d'années que les autres. Dans cette vision, on peut soutenir qu'une différence de traitement en fonction de l'âge n'implique pas une discrimination. Si deux individus ne sont pas traités de la même manière en fonction de leur âge, c'est dans l'optique de les traiter également à l'échelle de leur vie entière. Le problème crucial avec cette approche, c'est qu'elle pourrait donner une priorité systématique aux enfants par rapport aux adolescents, et aux nouveau-nés par rapport aux enfants. Si la mort d'un enfant ou de n'importe quel être humain est toujours tragique, certains philosophes considèrent que la mort d'un adolescent ou d'un adulte est plus déplorable que celle d'un enfant, notamment parce que ceux-ci ont développé une personnalité capable de former des plans de vie à long terme pour lesquels une vie entière est nécessaire. Ces philosophes suggèrent donc d'apporter un correctif permettant d'accorder une priorité aux adolescents et aux adultes par rapport aux enfants et aux nouveau-nés.

En France, déjà lors de la première vague et avant même que le pic épidémique ne soit atteint, le nombre de patients en réanimation avait déjà dépassé les capacités d'accueil habituelles. Il a fallu faire appel à ce qu'on a défini comme des « **lits éphémères** » et les études observationnelles confirment que le taux de survie y était moins bon. Et que dire des patients qui n'ont pas pu accéder à la réanimation ? On est obligé de se poser cette question atroce : **qui doit-on sauver ?**

**Première solution** : ne pas choisir, c'est donc soit tirer au sort, soit décider que les premiers arrivés sont les premiers servis.

**Deuxième solution** : choisir qui sauver et privilégier les vies qui ont le plus de chances d'être sauvées. D'abord, on détermine qui sont les personnes qui ont le plus de chances de survivre, et pour cela on utilise des scores qui ont leurs limites. C'est le point de rupture : doit-on se concentrer sur un patient en particulier ou sur un « groupe homogène » de patients ? La question éthique est au cœur même de la décision médicale. Selon certains, lorsqu'on ne peut pas traiter tout le monde, c'est l'intérêt du plus grand nombre qui prime. Et l'intérêt du plus grand nombre, c'est de sauver le plus de vies possibles, mais en fait, pas seulement. Pour sauver le plus grand nombre, on doit sauver le plus de personnes possibles et le plus d'années de survie

<sup>5</sup> Quality Adjusted life years : Années de vie pondérées par la qualité

<sup>6</sup> Ensemble des préjugés et des discriminations qui visent les personnes en situation de handicap.

<sup>7</sup> Philosophe américain né le 21 février 1921 à Baltimore et mort le 24 novembre 2002 à Lexington





## COMMISSION BIOETHIQUE

possibles. À nombre de vies sauvées égales, ce sont les années de vie qui devraient être privilégiées, c'est-à-dire ceux qui ont la plus grande espérance de vie. Mais comment fait-on à espérance de vie égale ? Une vie peut-elle avoir plus de valeur qu'une autre ? Cette façon de résoudre le dilemme « qui faut-il sauver ? » est majoritaire aujourd'hui. En effet, début 2020, des recommandations européennes ont été diffusées dans ce sens. Chaque pays a édité des recommandations et notamment l'utilisation de scores.

L'idée étant de sauver les vies qui ont le plus de valeur pour privilégier les avantages pour le plus grand nombre. Il faudrait donc maximiser l'espérance de vie en bonne santé. Attention, cela se discute. Pour certains, il vaut mieux vivre 20 ou 30 ans avec le sida en brûlant la chandelle par les deux bouts que de vivre jusqu'à 75 ans avec une santé de fer mais affalé sur son canapé à regarder la télévision... C'est une question de point de vue. Le problème, c'est que cela n'est pas beaucoup discuté.

De quel droit peut-on juger de la valeur d'une vie ?

Dans les pays anglo-saxons, des règles de triage sont communément admises. Ce qui n'est pas le cas en France où culturellement nous avons plus de mal à l'accepter. Cela reflète bien toute la difficulté d'aborder ces problématiques ô combien dérangeantes.

Aussi cruel que ce type de choix paraisse, il n'est malheureusement pas exceptionnel en réanimation et en secteur de soins intensifs. Les pouvoirs publics aussi sont amenés à faire des choix similaires lorsqu'ils doivent décider de rembourser ou pas tel ou tel médicament. Dans un monde où le coût des soins est important, avec des ressources finies, des choix s'imposent pour utiliser au mieux et le plus justement possible l'argent public.

**Les choix éthiques ne sont pas univoques mais il est important de pouvoir en discuter en avançant les raisons qui justifient les décisions prises.**

Dans tous les cas, il ne s'agit pas de s'appuyer sur un seul principe, mais d'articuler une série de principes cohérents.

Dernière question délicate : faut-il prendre en compte **la responsabilité individuelle** dans la prise en charge des patients ? Si une personne est atteinte d'une pathologie par sa propre faute (refus de vaccination, participation à une « corona-party », ...) doit-on prioriser les patients qui n'y sont pour rien ? Autrement dit, faudrait-il déprioriser les patients infectés par refus de vaccination ou non application des consignes sanitaires mettant en jeu leur santé et celle des autres ? Cela pourrait se fonder sur le courant **de l'égalitarisme de la chance** qui considère que l'état doit prendre en charge les problèmes de santé des individus dus à la malchance et non ceux qui résultent de choix individuels. Toutefois, outre que l'on peut ne pas souscrire à une telle approche qui impliquerait aussi de ne pas rembourser les soins de santé d'un fumeur de longue durée qui développerait un cancer du poumon, on peut se demander si ces personnes qui ont eu des comportements irresponsables, l'ont vraiment fait en parfaite connaissance de cause. Rappelons que pendant plusieurs semaines le président d'un des pays les plus riches et les plus puissants du monde a entretenu la plus grande confusion et que des théories plus fumeuses les unes que les autres prolifèrent sur les réseaux sociaux ! Cela dit, il ne faut pas non plus exonérer trop vite la responsabilité individuelle de ceux qui ne respectent pas les consignes sanitaires et mettent en jeu la vie des autres. En effet, les conséquences de leur positionnement peuvent être catastrophiques.

Un autre point qui ne peut pas laisser les Francs-Maçons indifférents, celui de la **vaccination**. Nous avons la chance de vivre dans un pays qui a mis les moyens nécessaires pour vacciner la quasi-totalité de la population afin de freiner la propagation du virus et protéger en premier lieu les plus fragiles et vulnérables d'entre nous. Les plus fragiles et les plus vulnérables sont précisément ceux qui ne seraient pas admis en service de réanimation. Nous avons donc tous une responsabilité civique et morale vis-à-vis des plus vulnérables. La fraternité que nous prônons doit dans ce cas primer sur la liberté. La France a fait le choix de ne pas rendre la vaccination anti-COVID obligatoire, ce qui s'est pourtant fait par le passé. De ce choix découle une obligation de responsabilité individuelle. Si je fais le choix de ne pas me vacciner en considérant que je prends un risque choisi pour moi-même, je ne dois pas imposer ce choix aux autres en les mettant en danger du fait de mon choix. La vie en société impose des droits, certes, mais également et surtout des devoirs.

Le travail en Franc-Maçonnerie ouvre l'esprit, l'étude des symboles invite à l'introspection et à la recherche de la connaissance. Nous avons la volonté d'aller plus loin, de nous remettre en question, de tout remettre en question pour mieux construire. Toutefois, la liberté de penser n'est pas une autorisation de penser n'importe



## COMMISSION BIOETHIQUE

quoi, selon les fantaisies du moment. Cela nous oblige à nous documenter, à chercher à comprendre des notions qui ne sont pas forcément de notre domaine de compétences, les assimiler et les confronter à nos valeurs.

**Nous, Francs-Maçons, avons pris l'engagement de travailler au Progrès de l'Humanité. Nous nous sommes engagés à travailler sur nous-mêmes et collectivement, et à passer les situations compliquées au crible du raisonnement et de nos valeurs maçonniques. Celles-ci sont résumées dans les 3 premiers articles de notre Constitution Internationale : liberté, égalité, fraternité, laïcité, justice sociale, universalité, liberté absolue de conscience de chacun, aucune distinction (discrimination) d'ordre social, ethnique, philosophique ou religieux et travailler sans relâche à un développement moral, spirituel et intellectuel pour le perfectionnement de l'humanité.**

**La fraternité universelle qui nous est chère et l'égalité entre tous les hommes et les femmes, doit également s'imposer et inciter les pays les plus riches à donner des vaccins aux pays qui n'ont pas les moyens de vacciner leurs populations. Et cela non seulement pour endiguer cette pandémie mais surtout parce qu'il est insupportable de constater, impuissants, l'inégalité criante d'accès aux vaccins et aux traitements spécifiques dans le monde.**

**La complexité de cette situation de pandémie risque malheureusement de se reproduire. Tirons-en les conséquences ; nous sommes tous concernés dès à présent par ces questionnements. C'est à chacun en lien avec les autres d'y réfléchir, de partager ses responsabilités, d'exprimer ses choix dans le respect du bien-être physique et psychologique de tous pour construire une société plus humaine qui lutte contre l'isolement et œuvre au progrès.**