

COVID-19 : la levée du tabou autour du critère de l'âge ?

Florian Lafargue, Charlotte Lafaure, Ronan Le Bars  et Claire Roy

Volume 5, numéro 2, 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1089796ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1089796ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lafargue, F., Lafaure, C., Le Bars, R. & Roy, C. (2022). COVID-19 : la levée du tabou autour du critère de l'âge ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(2), 150–156. <https://doi.org/10.7202/1089796ar>

Résumé de l'article

De manière générale, la référence à l'âge dans notre société est à la fois admise et sujette au débat. A l'instar d'autres pays, la pandémie COVID-19 en France a ébranlé la cohérence de notre système de santé. La peur engendrée a modifié les repères : la notion de triage est apparue et a succédé à celle de priorisation commune en médecine. Dans cette situation de crise sanitaire, est-ce que le recours éventuel au critère de l'âge est pertinent et peut-il remettre en cause le principe de justice entre les générations? Nous tenterons d'y répondre grâce aux éléments apportés par Axel Gosseries et Véronique Fournier lors d'une discussion organisée par l'association EthicA durant le congrès, les « Questions d'éthiques » à Nantes en novembre 2020.

© Florian Lafargue, Charlotte Lafaure, Ronan Le Bars and Claire Roy, 2022



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

ACTES DE COLLOQUE / CONFERENCE PROCEEDINGS

COVID-19 : la levée du tabou autour du critère de l'âge?

Florian Lafargue^a, Charlotte Lafaure^a, Ronan Le Bars^a, Claire Roy^a

Résumé

De manière générale, la référence à l'âge dans notre société est à la fois admise et sujette au débat. A l'instar d'autres pays, la pandémie COVID-19 en France a ébranlé la cohérence de notre système de santé. La peur engendrée a modifié les repères : la notion de triage est apparue et a succédé à celle de priorisation commune en médecine. Dans cette situation de crise sanitaire, est-ce que le recours éventuel au critère de l'âge est pertinent et peut-il remettre en cause le principe de justice entre les générations? Nous tenterons d'y répondre grâce aux éléments apportés par Axel Gosseries et Véronique Fournier lors d'une discussion organisée par l'association EthicA durant le congrès, les "Questions d'éthiques" à Nantes en novembre 2020.

Mots-clés

COVID-19, santé publique, critère de l'âge, justice, égalité, éthique, autonomie

Abstract

In general, the reference to age in our society is both accepted and subject to debate. As in other countries, the COVID-19 pandemic in France has shaken the coherence of our health system. The fear engendered has changed the reference points: the notion of triage has appeared and has replaced that of common prioritization in medicine. In this health crisis situation, is the possible use of an age criterion relevant and does it call into question the principle of intergenerational justice? We will try to answer this question in light of the arguments presented by Axel Gosseries and Véronique Fournier during a discussion organized by the Association EthicA during the "Questions d'éthiques" conference held in Nantes in November 2020.

Keywords

COVID-19, public health, age criteria, justice, equality, ethics, autonomy

Affiliations

^a Pôle Humanités, UFR Lettres et langages, Université de Nantes, Nantes, France

Correspondance / Correspondence : Ronan Le Bars, ronan.le-bars@etu.univ-nantes.fr

Table Ronde « [La justice entre générations](#) » avec Axel Gosseries, Véronique Fournier et animé par Guillaume Durand lors des [Question\(s\) d'éthique](#) organisé par EthicA et le Lieu Unique, à Nantes (France), le 6 et 7 novembre 2020.

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

Axel Gosseries, diplômé de droit, doctorant en philosophie (justice entre les générations-2000) et chercheur à la Chaire Hoover d'éthique économique et sociale à Louvain, en Belgique.

Véronique Fournier, cardiologue, médecin de santé publique, responsable du centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin à Paris et ancienne présidente du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) en France.

INTRODUCTION

La sixième édition des Question(s) d'éthique, créées par l'association EthicA et le Lieu Unique à Nantes, en France, portait en novembre 2020 sur « L'éthique à l'épreuve de la pandémie ». Dans un premier temps, à la lumière de la discussion concernant la « Justice entre les générations », entre Axel Gosseries, Véronique Fournier et Guillaume Durand, nous décrirons les principales raisons pouvant légitimer le recours au critère de l'âge pour l'accès à la réanimation dans le cadre de la pandémie COVID-19 actuelle et dans un contexte plus global de pénurie. Nous identifierons les éléments clefs de réponse avancées à la question en débat : « Est-il pertinent, égalitaire, éthique que l'âge soit un critère d'accès au soin? ». Dans un second temps, nous proposerons une mise en perspective des arguments défendus par les deux intervenants sous trois angles critiques : 1) le critère de l'âge ne peut-il pas représenter une dérive discriminatoire envers les plus âgés? 2) la justification du critère de l'âge comme bon prédicteur et moyen d'égaliser la longévité des vies est-elle suffisante? et 3) n'est-il pas souhaitable de rechercher la réflexion autonome des personnes concernées dans cette situation?

DEVOIR CHOISIR EN PERIODE DE PANDEMIE : LA SOLUTION DU CRITERE DE L'AGE

L'utilisation commune et contextuelle du critère de l'âge en Europe

Pour ouvrir le débat, Axel Gosseries rappelle que l'âge est couramment utilisé dans notre société, aussi bien pour avoir accès à la retraite, à la scolarité, ou au droit de vote. De plus, d'après les statistiques, l'âge permet de prédire la majorité des évolutions physiques, cognitives ou médicales, notamment lorsqu'il s'agit des âges extrêmes. Mais l'âge n'est pas une simple statistique mathématique ; il convient également d'utiliser l'âge en lien avec le passage du temps. En effet, dans notre société, il existe un ordre des choses. Certaines activités requièrent d'avoir un niveau de connaissances et de maturité suffisant, et donc un certain âge afin de pouvoir les pratiquer. De ce fait, l'âge et le passage du temps sont logiquement corrélés. Par exemple, nous étudions avant de travailler, car il faut du temps pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires, ainsi qu'une certaine maturité avant de pouvoir travailler. Le critère de l'âge, en plus d'être un bon prédicteur, est

un critère qui régit et organise nos vies. Ainsi, dans certaines situations, il peut donc être « acceptable voir souhaitable d'y avoir recours » selon Axel Gosseries.

Cependant, il ne faut pas faire de cette acceptabilité du critère de l'âge une généralité applicable à toutes les situations auxquelles nous faisons face et notamment lors de la pandémie qui nous touche. La France n'est pas le seul pays affecté par la COVID-19 et donc chacun d'entre eux doit faire face à la question du critère de l'âge. Voyons quelques-unes des directives de deux pays voisins, l'Italie et la Belgique :

- La *Société italienne d'anesthésie, analgésie, réanimation et soins intensifs (SIARTI)* a déclaré le 6 mars 2021 qu' : « Il peut s'avérer nécessaire de fixer une limite d'âge à l'accès à l'unité de soins intensifs. Il ne s'agit pas ici d'effectuer des choix simplement de valeur, mais de réserver des ressources qui peuvent être très rares à ceux qui présentent avant tout une plus grande probabilité de survie et, ensuite, à ceux dont on pourra sauver plus d'années de vie, et ce en vue de la maximisation des bénéfices pour le plus grand nombre de personnes. » (1).
- Pour la *Société belge de médecine intensive (SIZ)* : « Il est recommandé que chaque hôpital rédige sa propre ligne directrice éthique au début de l'épidémie, afin d'éviter que les cliniciens n'aient à prendre ces décisions difficiles de guidance éthique, ce qui conduirait à des décisions arbitraires. Le groupe de travail recommande que les considérations suivantes soient prises en compte : [...] De nombreux patients COVID-19 seront des personnes âgées, mais l'âge en soi n'est pas un bon critère pour décider que les soins sont disproportionnés. [...] Chez les patients âgés, la fragilité, par exemple en utilisant le score de fragilité clinique (CFS), doit être évaluée et prise en compte. Chez les patients âgés, les troubles cognitifs doivent être évalués et pris en compte. » (2)

Quand nous analysons ces extraits de directives de la 1^{re} vague de la COVID-19 comme en Italie ou en Belgique, nous constatons deux particularités. Tout d'abord, comme le dit la SIZ, chaque hôpital est maître de sa décision et doit décider seul des conditions d'accès aux soins intensifs. Certes, cela permet de décharger les cliniciens, mais il n'y a pas de décision nationale et unanime permettant d'avoir une avancée commune. Deuxièmement, la seule justification de l'utilisation du critère de l'âge est son utilisation comme prédicteur de l'efficacité thérapeutique. Or cette utilisation du critère de l'âge n'est pas la seule possible. En effet, Axel Gosseries défend l'idée selon laquelle le critère de l'âge peut permettre d'égaliser les durées de vie des individus, autrement dit de redistribuer des longévités.

En somme, en période de pandémie et quel que soit le critère sur lequel les pays fondent leurs décisions, leur logique est bien souvent conséquentialiste voire utilitariste, avec la volonté de maximiser le bien-être de la communauté alors que les moyens humains comme matériels manquent.

Le raisonnement français de santé publique en situation d'urgence et de crise

En France, les ressources en matière de santé sont limitées et la priorisation en médecine est quotidienne. Contrairement à une idée reçue du grand public, cette raréfaction des ressources, accentuée par des mesures d'austérité depuis les années 1970, est corollaire à l'activité soignante et impose de faire constamment des choix. La pandémie a révélé au grand jour l'asymétrie critique existante entre besoins urgents et soins disponibles. Comment utiliser ces ressources de la manière la plus efficiente possible? Comment dépenser l'argent le plus intelligemment et en fonction de quels choix sociétaux? Comme l'affirme Véronique Fournier, face à cette situation de pénurie, exacerbée par la COVID-19, la logique de santé publique ne peut être qu'utilitariste. De ce point de vue, c'est en améliorant, protégeant et restaurant la santé des individus par des mesures collectives qu'il s'avère possible de maximiser le bien-être de tous dans une société donnée. Le bien commun est la finalité recherchée.

Lors de la 1^{re} vague, la question du triage des patients a été soulevée face à l'ampleur de la contamination et la peur engendrée. La priorisation de l'accès aux soins, notamment en réanimation, est devenue un enjeu de santé publique. En d'autres termes, il s'agissait de sauver le plus de personnes possible. Afin de maximiser les soins vitaux pour le plus grand nombre, des critères médicaux et non médicaux, quantitatifs et qualitatifs tels que l'efficacité thérapeutique des soins selon le patient, l'âge ou encore l'utilité sociale des patients ont été envisagés. L'efficacité, en tant que considération normative, a servi de guide à la réflexion et à la décision. Selon Véronique Fournier, trois décisions de santé publique pourraient être justifiées dans ce contexte : la limitation de l'accès aux services de réanimation en fonction de l'âge, la prévention et la réduction des risques de contamination des personnes âgées, et la maximisation des soins utiles.

Premièrement, en limitant l'accès des services de réanimation en fonction de l'âge, cela permettrait d'éviter des engorgements dans les établissements de santé et de mettre en œuvre une certaine efficacité. En effet, il ne s'agit pas de bloquer un lit ou un respirateur trop longtemps pour une personne dont la prognose (prévision sur l'évolution de l'état de santé d'un patient), du fait de son âge avancé, n'est médicalement pas favorable (taux de mortalité plus élevé, séquelles plus lourdes, durée de rétablissement et donc de séjour allongée). Ainsi, la restriction d'accès aux soins de réanimation des personnes âgées en particulier permettrait d'une part de compenser la perte de chances des plus jeunes, mais également d'asseoir une certaine « égalité de droit de chacun à accéder au niveau d'espérance de vie moyen de la population à laquelle il appartient ainsi qu'aux soins les plus adaptés à cet instant au regard de son âge », affirme-t-elle.

Deuxièmement, les personnes âgées étant majoritairement plus à risque de développer une forme grave de la maladie, il conviendrait de réfléchir aux moyens préventifs les plus pertinents pour éviter les hospitalisations. Ainsi, pour limiter la circulation virale, les institutions telles que les EPHAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont fermé leurs portes en fonctionnant en « huis clos » et en suspendant les visites de l'extérieur (3). Plusieurs membres du Conseil Scientifique, chargé d'éclairer la décision publique pour lutter contre la pandémie en France, avaient proposé un confinement différencié en fonction de l'âge pour protéger davantage les personnes les plus vulnérables contre le virus. Ce maintien prolongé à domicile au moment du déconfinement en tant que mesure préventive avait comme principal objectif de réduire le taux de mortalité des personnes les plus à risques (4).

Enfin, en fonction de l'âge, des soins peuvent s'avérer plus utiles que d'autres. Si les soins de réanimation des personnes très âgées offrent peu de perspectives en termes de survie et de qualité de vie, l'accompagnement à domicile, la présence humaine et les soins de proximité sont essentiels. En effet, l'isolement est aussi un fléau qui, lui, tue « à petit feu ». Il ne s'agirait pas de priver une partie de la population de soins, mais d'évaluer ce qui lui serait le plus profitable, y compris en fin de vie (soins palliatifs). À titre d'exemple, le renforcement des équipes au sein des EPHAD permettrait également de mieux faire respecter les gestes barrières et de limiter les chaînes de contamination. Dans un double mouvement, maximiser les soins utiles aux personnes âgées, conduit également à la protection des plus jeunes.

Cependant, dans ce contexte, le recours au critère de l'âge est-il éthiquement acceptable? Face à ces considérations utilitaristes, qu'en est-il du respect des droits fondamentaux et notamment du principe universel d'accès aux soins? Le recours au critère de l'âge est-il justifié, légitime et consensuel?

Le recours au critère de l'âge dans le cadre d'une vision égalitariste

La théorie égalitariste « classique » (5) voudrait que tout le monde ait un accès égal aux soins. Or, lorsque nous manquons de ressources médicales, ce principe ne peut être appliqué. Cependant, la théorie égalitariste peut s'exprimer différemment en période de pandémie. C'est d'ailleurs la proposition d'Axel Gosseries : défendre une position égalitariste en période de pandémie est possible, en utilisant le critère de l'âge.

Le critère de l'âge, bien qu'il semble faire l'unanimité lorsqu'il faut faire des choix entre les patients, provoque toutefois des désaccords. En effet, la plupart des pays et notamment ceux cités précédemment « trient » les patients sur le critère de l'âge. Son utilisation est justifiée par l'examen suivant : le critère de l'âge est un bon prédicteur de l'efficacité thérapeutique d'une intervention. Il est vrai que sauver une personne âgée de 75 ans, qui peut espérer vivre encore 10 ans, est médicalement moins justifié, et de fait recommandé, que sauver une personne âgée de 30 ans, dont l'espérance de vie additionnelle est de 40 ans. C'est donc la volonté de maximiser la durée de vie restante après traitement, appelée efficacité thérapeutique d'une intervention qui conduit les pays à trier les patients sur le critère de l'âge. Pourtant, une utilisation différente du critère de l'âge est possible. Axel Gosseries fait partie de ceux qui en proposent une alternative. Il soumet une utilisation du critère de l'âge reposant, non pas sur la volonté de maximiser l'efficacité thérapeutique d'une intervention, mais plutôt sur la volonté d'égaliser les longévités des personnes. En d'autres termes, égaliser les longévités se traduit par une volonté d'égaliser les durées de vie des individus. Ce changement d'utilisation du critère de l'âge peut sembler anecdotique, puisqu'on peut aisément imaginer que les résultats en termes de choix entre les patients seront similaires. En réalité, il ne l'est d'aucune manière. Imaginons-nous confrontés au choix entre un patient âgé de 75 ans, qui peut espérer vivre encore 10 ans, et un patient âgé de 30 dont l'espérance de vie additionnelle est de 5 ans, donc très faible. Si nous utilisons le critère de l'âge de la première des manières, nous privilégions l'efficacité thérapeutique du soin, et nous sauvons donc le patient le plus âgé. Or, si nous utilisons le critère de l'âge de la seconde des manières, nous privilégions l'égalité des longévités des personnes, et nous sauvons donc le patient le plus jeune.

Finalement, quel choix nous semble être le meilleur? Certes, l'Italie et la Belgique, entre autres, ne prennent aucunement en compte la volonté d'égaliser les longévités des personnes et semble considérer la première option comme meilleure, mais est-ce véritablement le cas? Axel Gosseries répondrait par la négative. Une utilisation unilatérale du critère de l'âge ne semble pas satisfaisante. En effet, l'existence de facteurs variables et de situations singulières chez chaque patient telles que les comorbidités, les pathologies, et la différence d'âge entre les patients peuvent rendre un choix, pourtant pris par les soignants, injuste voire déconcertant. Axel Gosseries semble donc vouloir introduire la volonté d'égaliser les longévités des personnes dans le « calcul » nécessaire à faire lorsque tout le monde ne peut pas avoir accès aux soins. Cette deuxième manière de considérer le critère de l'âge serait donc à utiliser conjointement avec la conception du critère de l'âge comme bon prédicteur de l'efficacité thérapeutique d'une intervention. Néanmoins, l'ajout de l'usage du critère de l'âge comme bon redistributeur de longévité renforce davantage la volonté de sauver les plus jeunes au détriment des plus âgés, pourtant déjà bien présente avec l'utilisation du critère de l'âge comme bon prédicteur de l'efficacité thérapeutique des soins. L'utilisation conjointe de ces deux usages du critère de l'âge risque ainsi d'avantager les plus jeunes et de discriminer les plus âgés. En effet, les jeunes sont ceux qui bénéficieront généralement, voire quasi systématiquement des soins, quelle que soit la situation des patients. Nous reviendrons plus tard sur cette critique dans notre seconde partie.

Toutefois, sur le plan déontologique, les premières interrogations apparaissent les conséquences de telles utilisations du critère de l'âge apportent-elles toujours le maximum de bien-être à toutes les parties prenantes? Quelles sont les meilleures décisions à prendre en amont et au « chevet des patients »?

Le principisme à l'épreuve de la pandémie

Dans la troisième et dernière partie de son intervention, Véronique Fournier nous propose une lecture de la situation en matière d'éthique, lecture fondée sur son expérience de médecin au « chevet des patients ». Dès lors, le raisonnement éthique entre-t-il en contradiction ou rejoint-il le raisonnement de santé publique?

Tentons de comprendre la situation à travers les quatre principes de l'éthique biomédicale, énoncés par Beauchamp et Childress (6) : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Véronique Fournier défend la thèse selon laquelle réfléchir en termes d'autonomie du patient, dans la situation de la pandémie de la COVID-19, nous conduit à une impasse. Les directives anticipées, qui sont l'expression des volontés des personnes pour leur fin de vie, l'expression des limites des soins qu'elles ne souhaitent pas voir dépasser, le seuil au-delà duquel elles considèrent les soins comme de l'obstination déraisonnable peuvent-elles s'appliquer dans un contexte comme celui de cette pandémie? Prenons l'exemple d'un homme qui ne souhaiterait pas être réanimé dans un contexte de longue maladie dégénérative et qui aurait rédigé des directives anticipées. Serait-ce éthique d'appliquer ses directives anticipées dans le cas où il serait atteint de la COVID-19 et aurait besoin d'une réanimation en urgence? Il est évident qu'il faut prendre en compte le contexte, et que des directives anticipées rédigées pour d'autres cas ne peuvent être prises en compte dans cette circonstance précise. Ce qui était perçu comme de l'obstination déraisonnable dans le cas d'une longue maladie ne l'est pas dans le cas d'une maladie dont on peut guérir.

Au regard de la balance des principes de bienfaisance et non malfaisance, le raisonnement éthique rejoint celui de santé publique ; en effet, plus l'âge augmente moins il est sûr que la réanimation soit véritablement bienfaisante. Il y a de grands risques que la réanimation, si elle contribue à sauver le patient, ait des conséquences très lourdes sur sa qualité de vie. Quand commence alors l'obstination déraisonnable? L'obstination déraisonnable commence-t-elle au même seuil pour des personnes plus âgées que pour des personnes plus jeunes? Cette question éminemment intéressante est aussi éminemment complexe. Les médecins ne sont pas unanimes selon qu'ils soient médecins en soins palliatifs, gériatres ou réanimateurs (7). Par ailleurs, chaque patient est singulier et même si l'âge est commun, deux patients peuvent réagir de façon bien différente par rapport à un soin.

Quant au principe de justice, il met en tension le rapport entre l'individu et le collectif. Véronique Fournier énonce la double question suivante : « Que doit-on comme soin à l'individu concerné par la décision médicale en débat : accès ou non à la réanimation? » et « Que lui doit-on en tant qu'il est membre d'une communauté dont tous les autres membres doivent avoir les mêmes droits que lui? ». À la première question, trois réponses sont possibles. Premièrement, si l'on se place du point de vue égalitariste, c'est-à-dire l'égalité de tous à l'accès aux soins, alors il est impossible d'invoquer autre chose au chevet du patient. Cependant nous avons interrogé le bien-fondé de l'efficacité thérapeutique de la réanimation pour les personnes les plus âgées. Ainsi, deuxièmement, ne serait-il pas possible, si cette efficacité thérapeutique n'est pas prouvée, d'arriver à la décision d'une indication médicale pour tous, au-delà d'un certain âge? Et troisièmement, restreindre l'accès à la réanimation aux personnes les plus âgées permettrait d'accueillir plus de personnes jeunes et de maximiser leurs chances de survivre et donc d'accéder à une espérance de vie égale à celle des personnes âgées (argument qui rejoint celui d'Axel Gosseries sur l'égalisation des vies complètes). Pour répondre à la seconde question, Véronique Fournier se fonde sur l'argument égalitariste : « Pour que tous les membres de la communauté aient un accès égal au grand âge alors il est juste que les personnes âgées cèdent leur place en réanimation à celles qui sont plus jeunes ».

Par conséquent, quels que soient les théories et arguments présentés jusqu'à présent en rapport avec le critère de l'âge, des dérives et des insuffisances peuvent être relevées : risque de discriminations, risque d'insuffisances en situation de soins, non prise en considération de l'avis des citoyens. Chacune de ces critiques fera l'objet d'un plus large examen dans notre seconde partie.

LA NEUTRALITE RELATIVE DU CRITERE DE L'AGE

Le caractère discriminant du critère de l'âge

Pour qu'un débat démocratique ait lieu, il est important de prendre en compte tous les enjeux en présence. Le recours au critère de l'âge peut ne pas être neutre, de surcroît lorsque la question en débat émerge dans une société où l'âgisme est ancré.

Tout d'abord, il convient de rappeler que le vieillissement est un processus normal qui concerne tous les individus et ce, dès la naissance. Il s'agit de la troisième période de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte (8). Grâce notamment aux progrès de la médecine et au développement du « bien vieillir », qui est le fait de mettre en œuvre des méthodes collectives afin d'accompagner les personnes âgées pour mieux vieillir, le vieillissement est de mieux en mieux vécu. Mais qu'en est-il de la vieillesse? À partir de quel âge, sommes-nous considérés comme « vieux »? L'âge biologique peut-il encore faire sens aujourd'hui? Dans les pays industrialisés, corollairement à l'allongement de l'espérance de vie, la vieillesse est devenue le synonyme de vieillissement pathologique (comorbidités). En effet, les représentations sociales associent souvent : avancée en âge, maladies et dégradation physique, psychique et donc, dépendance. De ce fait, les personnes âgées sont souvent considérées comme un fardeau par la société et la crise de la COVID-19 a renforcé ces préjugés.

Le système de santé, et plus globalement la société, part du principe que toutes les personnes âgées sont identiques (catégorisation). Les attitudes âgistes sont partagées par un grand nombre de personnes. Elles sont polymorphes : « des comportements fondés sur des préjugés, des pratiques discriminatoires ou des politiques et pratiques institutionnelles tendant à perpétuer les croyances de ce type » (9). Selon, l'OMS, l'âgisme est un obstacle majeur à l'élaboration de politiques efficaces. A l'instar du racisme, du sexisme, du validisme, l'âgisme a une finalité sociale et économique. Il permet de légitimer et maintenir les inégalités entre les groupes et notamment, entre les générations. L'âgisme introduit d'emblée un biais qui oriente les questions posées et influence la manière dont les problèmes sont présentés.

De ce fait, la suggestion du critère de l'âge dans la sphère publique pour arbitrer économiquement l'accès aux soins critiques, dans le contexte pandémique, pourrait devenir paradoxalement une injonction masquée de suicide altruiste (4) en fonction de l'état de santé et de l'âge. En conséquence, au niveau individuel, en raison d'une forme d'« âgisme intégré », certaines personnes âgées pourraient se désigner, se porter volontaires, se sacrifier pour ne pas être réanimées, via les directives anticipées par exemple (10). Ainsi, insidieusement, l'exercice des droits individuels masquerait des pratiques d'arrière-plan discriminatoires, édictées au nom du « bien commun » (fraternité, solidarité). Dans le contexte pandémique, le « sauvetage » des vies alimente le mythe des « héros » et par vase communicant, celui des « martyrs ». Il convient de savoir si le sacrifice des plus âgés, selon un critère de l'âge défini, pourrait être invoqué comme un devoir moral, civique, une forme d'« altruisme efficace » (11) pour permettre l'accès aux soins du plus grand nombre.

Les limites du double usage du critère de l'âge

Les dérives discriminatoires envers les plus âgés ne sont pas les seules conséquences discutables de l'utilisation du critère de l'âge en période de pénurie de ressources médicales. Outre ces dernières, l'utilisation du critère de l'âge comme bon prédicteur d'efficacité thérapeutique et comme bon redistributeur de longévité peut, au minimum, ne pas être suffisante, et au maximum, ne pas être pragmatique.

L'exemple suivant illustre ces propos : un choix doit être fait entre un patient de 35 ans, qui peut encore vivre 15 ans, mais qui souffre d'une maladie neuro-dégénérative très handicapante, et un patient de 60 ans qui peut encore vivre 15 ans, et qui a une prognose favorable. L'utilisation conjointe, ou non, des deux utilisations du critère de l'âge nous fait choisir, dans tous les cas, le patient de 35 ans. Outre la question légitime de la pertinence de continuer de distinguer les deux utilisations du critère de l'âge, puisque les deux usages soigneraient la personne de 35 ans, les questions qui nous animent sont les suivantes : ce choix nous semble-t-il si évident? Est-ce le meilleur choix? La réponse à ces questions est bien évidemment difficile et nous n'avons pas la capacité de lui délivrer une réponse claire et définitive. Néanmoins, nous pouvons aisément concevoir que ce choix n'est pas si évident. De ce fait, en plus du critère de l'efficacité thérapeutique de l'intervention et du critère de l'égalisation des longévités des personnes, cet exemple questionne le besoin ou non d'intégrer un nouveau critère : devrions-nous considérer la « qualité des années additionnelles à vivre » des patients?

Certes, ce critère peut à première vue irriter, car nous avons le sentiment de donner plus de valeur à une vie, dans certaines conditions, qu'à une autre. Or, dans chaque utilisation du critère de l'âge, nous donnons une valeur différente aux vies, la comparaison des vies semblant inévitable en période de pénuries de matériel médical. En effet, le critère de l'âge utilisé comme bon prédicteur de l'efficacité thérapeutique d'une intervention privilégie les personnes à prognoses favorables plutôt que celles à prognoses défavorables. Le critère de l'âge utilisé comme bon redistributeur de longévité privilégie les personnes jeunes plutôt que les personnes âgées. Et le critère proposé dans ce paragraphe, c'est-à-dire la prise en considération de la « qualité des années additionnelles à vivre » privilégie les personnes aux avenir favorables aux personnes aux avenir défavorables.

Si nous reprenons l'exemple donné ci-dessus, la personne de 35 ans peut encore espérer vivre autant d'années que la personne de 60 ans. Néanmoins, la qualité des années qui leur reste à vivre est-elle équivalente? Leurs avenir sont-ils qualitativement comparables? D'après des critères objectifs, nous sommes tentés de répondre que la qualité des années additionnelles à vivre n'est pas équivalente, puisque la personne de 35 ans risque, au fur et à mesure que les années passent, de se retrouver en situation de dépendance accrue, accompagnée de problèmes neurologiques, physiques et psychiques. Alors que la personne de 60 ans a une prognose favorable et traversera ses prochaines années sans de graves problèmes de santé. Cependant, le fait d'évaluer la qualité des années additionnelles à vivre des patients d'une manière purement objective n'est peut-être pas optimal. Le risque étant de s'éloigner de la réalité et des sentiments du ou des patients concernés. Effectivement, le corps médical peut objectivement considérer que la maladie du patient de 35 ans affectera trop la qualité de ses années additionnelles à vivre pour le sauver face au patient de 60 ans alors que le patient de 35 ans peut lui-même estimer que sa vie mérite tout de même d'être vécue. Ce critère, comme ceux discutés précédemment, fait donc face à des difficultés, notamment les critères d'évaluation de la qualité des années additionnelles à vivre. Devons-nous privilégier une évaluation objective ou subjective? Cette question est très complexe et mériterait sans doute une réponse longue et riche en arguments, or nous risquerions de nous éloigner de notre interrogation principale si nous nous lançons dans ce vif débat.

L'objectif de cette illustration argumentée était donc de mettre en lumière l'insuffisance de la double utilisation du critère de l'âge. Ainsi, peut-être devrions-nous prendre en compte les conditions dans lesquelles le patient va vivre ses prochaines années. À voir désormais s'il faudrait créer un nouveau critère ou simplement l'intégrer au critère d'efficacité thérapeutique de l'intervention, ou encore savoir d'après quels critères et comment l'évaluer. Enfin, la prise en considération du critère de la « qualité des années additionnelles à vivre » est d'un côté bien corrélé au critère de l'âge puisqu'en général, les personnes

aux avenir défavorables sont âgées. Néanmoins, d'un autre côté, grâce à ce critère, les personnes âgées semblent être moins défavorisées que si nous laissions une double utilisation du critère de l'âge, favorisant quasi systématiquement les plus jeunes. Ce critère semble donc permettre de combler un manque dans le calcul permettant le triage des patients lors de situations relativement singulières.

Outre ces questionnements éthiques, voire philosophiques, et l'ajout potentiel de nouveaux critères tout autant pertinents les uns que les autres, la parole doit-elle et peut-elle être donnée aux principaux concernés, autrement dit aux citoyens? Peuvent-ils décider de leurs propres sorts?

Crise sanitaire et directives anticipées : choix autonome ou décision arbitraire?

En éthique, et malgré les nombreux sujets jusqu'alors discutés, l'un des principaux principes est le respect de l'autonomie de chacun. L'autonomie correspond globalement à la possibilité d'agir et de prendre des décisions librement, sans influence extérieure directe ou indirecte, suite à une compréhension totale de la situation, grâce à une information complète. La notion d'autonomie évolue tout au long de la vie et, même en fin de vie ou dans des situations critiques, il faut s'assurer au maximum de l'autonomie du patient. C'est pourquoi ont été créées les directives anticipées. D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé : « Lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, des directives anticipées préalablement rédigées permettent au médecin et à l'équipe médicale qui vous prennent en charge de connaître vos souhaits relatifs à votre fin de vie et en particulier ceux concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter des traitements. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. » (12)

Mais utiliser les directives anticipées d'une personne atteinte du COVID-19, dans un contexte de réanimation ou de soins intensifs, rédigées avant la pandémie est-elle judicieuse? Pour de nombreuses personnes comme Véronique Fournier, il ne semble pas que cela soit éthiquement acceptable et respecte l'autonomie de la personne. En effet, les personnes ayant réalisé des directives antérieures ont pris en considération le critère de gravité et d'incurabilité des troubles qui pourraient les affecter. Or, la COVID-19 bien que sévère et entraînant de graves répercussions chez certains, peut disparaître pour d'autres patients à la sortie de l'hôpital, malgré une potentielle diminution du niveau de qualité de vie. Il ne s'agit donc pas de la même situation. Pour respecter au maximum l'autonomie des patients, demander à ces derniers de refaire des directives anticipées, ou à minima un avenant, pour la période de pandémie, serait judicieux. Ainsi, nous pourrions connaître leur volonté ou non d'aller en réanimation, en soins intensifs ou encore d'être placé sous respiration artificielle au cas où les individus concernés contracteraient le COVID-19. Il faut alors que le corps médical analyse à juste titre les directives antérieures à la pandémie et décide avec les personnes proches ou de confiance ce qu'il en est des dernières directives du patient avant son infection.

Ainsi, il ne semble pas impossible de conférer un pouvoir de décision à certains patients concernant leur propre sort. Il faut néanmoins que le processus soit parfaitement organisé et encadré afin qu'aucune dérive ne survienne, ce qui peut être complexe en période de pandémie, période pendant laquelle les citoyens comme le gouvernement sont sur-mobilisés. C'est pourquoi les questionnements éthiques que nous avons traités dans ce compte-rendu tentent d'éclairer certaines réflexions, postulées comme pistes de solutions, tout en y apportant quelques limites.

CONCLUSION

La France, 6^e pays le plus riche au monde, consacre de manière exemplaire 8,5% de son PIB à la santé (13). Toutefois, la crise sanitaire engendrée par la pandémie de COVID-19, notamment la pénurie des ressources en santé, est venue réinterroger le principe d'égal accès aux soins de chaque français et *in fine*, l'égalité valeur des vies humaines. À l'instar de nos voisins européens, durant la première vague, la priorisation sous forme de triage était devenue un enjeu de santé publique, mettant en tension l'individu et le collectif, et surexposant le corps médical à des décisions arbitraires. La question de justice entre les générations a été soulevée avec en toile de fond des mécanismes de pensée sacrificiels.

À la lumière des arguments exposés par Axel Gosseries et Véronique Fournier, une certaine acceptabilité du critère de l'âge peut être retenue. Cependant le recours usuel à ce critère dans notre société ne signe pas sa légitime généralisation à toutes les situations, de surcroît dans un contexte d'urgence, comme la pandémie de COVID-19. En effet, la logique utilitariste de santé publique et l'éthique pragmatique au « chevet du patient » ne vont pas toujours de pair. De plus, l'objectivité et la pertinence d'un critère socialement et culturellement construit comparativement à un autre, restent à démontrer dans un espace-temps donné.

À ce jour, force est de constater qu'aucun critère ne fait consensus au niveau national. De plus, certaines idées passent difficilement dans le débat public. Mais, au final, est-on à même de répondre à la question : à quoi tenons-nous? Pour sortir de ce dilemme, les deux intervenants s'accordent sur la nécessité d'un débat contradictoire. En effet, une conférence citoyenne, en tant qu'outil de démocratie participative, permettrait de faire un état des lieux des connaissances sur le sujet, de mesurer la complexité de la question en débat et d'associer, *in fine*, les Français à la prise de décision politique. Car, dans le « monde d'après » (14) et face aux défis pressentis des pandémies futures et autres risques sociaux nécessitant une protection collective, le rôle (re)distributeur des ressources en santé de l'État va s'accroître. Un juste équilibre devra être trouvé entre principe d'autonomie et de justice, bien-être individuel et bien commun : « L'éthique en temps de crise est la plus indispensable qui soit » (15).

Reçu/Received: 20/06/2021**Remerciements**

Nous remercions M. Guillaume Durand qui nous a présenté l'opportunité de proposer notre écrit à la *Revue canadienne de bioéthique*. Nous remercions également les réviseurs et éditeurs de notre écrit qui nous ont permis de clarifier notre pensée.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Publié/Published: 13/06/2022**Acknowledgements**

We thank Guillaume Durand for giving us the opportunity to submit our paper to the *Canadian Journal of Bioethics*. We also thank the editors who helped us clarify our thinking in this paper.

Conflicts of Interest

None to declare

Édition/Editors: Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

RÉFÉRENCES

1. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraretti G. [Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili](#). SIAARTI. 6 mars 2020.
2. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, et al. Principes éthiques sur la proportionnalité des admissions aux soins intensifs durant la pandémie COVID-19 2020 en Belgique. Société Belge de Soins Intensifs. 2020.
3. Ministère des solidarités et de la santé. [Consignes relatives aux visites et aux sorties dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées](#). 13 mars 2020.
4. [Covid-19 : des membres du conseil scientifique se disent favorables à un auto-isolément des plus âgés](#). Le Monde. 18 février 2021.
5. De Tocqueville A. Égalité sociale et liberté politique. Bibliothèque sociale; 1992.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale, 6^e ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
7. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. [Penser ensemble l'obstination déraisonnable](#). Mars 2020.
8. [Vieillesse](#). Dictionnaire Larousse.
9. Organisation Mondiale de la Santé. [L'âgeisme, un enjeu mondial](#). 18 mars 2021.
10. [Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie](#). Légifrance. 2016
11. Singer P. L'altruisme efficace. Les Arenes. 2018.
12. [Fiche 20 : les directives anticipées](#). Ministère des Solidarités et de la Santé; 16 février 2021.
13. Gazzane H. [La France reste championne des dépenses publiques sociales](#). Le Figaro. 1 décembre 2020.
14. [Appel : Nous ne voulons pas de retour à l'anormal !](#) Le Monde d'Après. s.d.
15. Khan A. [Éthique en temps de crise](#). EthicA. 7 novembre 2020.