

## Faire vivre et laisser mourir

### L'économie politique et morale du tri pour l'accès aux soins durant la ~~pandémie~~-l'épidémie

---

En guise d'introduction de cette conférence, je propose de substituer dans le titre la notion d'épidémie voire de syndémie à celle de « pandémie ». Cette substitution de termes n'a en effet rien d'anodin en termes d'analyse.

Le terme de syndémie prend en compte les déterminants structurels de santé et permet de comprendre par exemple, pourquoi les plus pauvres étaient les plus contaminés. Quant au second, il nie la dimension politique de l'épidémie en faisant accroire qu'elle touche les individus de façon égalitaire (Stiegler, Alla, 2022). Or, des études ont démontré que l'épidémie ne frappait pas socialement au hasard (Mariette, Pitti, 2020a, 2020b ; Pierru, 2020). Comme l'expliquent Barbara Stiegler et François Alla, « *en imposant dès le début de la crise l'imaginaire sidérant de la « pandémie », en faisant comme si le virus menaçait de mort la population à égalité, la réalité syndémique de l'épidémie c'est-à-dire la manière précise et diversifiée dont elle rencontrait les déterminants sociaux et environnementaux de santé sur lesquels devaient se fonder toute action efficace en santé publique, n'était pas prise en compte. En traitant tout le monde sur le mode de l'égalité arithmétique, on allait créer une série d'inégalités et d'injustices en cascade* »... Parmi ces inégalités, celles des personnes âgées devant les risques liées à l'épidémie.

Pour apporter quelques éléments d'analyse à la thématique de la table ronde « priorisation de l'accès aux soins et avancée en âge », je propose de partager une réflexion menée sur l'usage de la notion de « tri » durant l'épidémie et ses effets en termes d'inégalités sociales d'accès aux soins de réanimation en France. Cette analyse repose sur une recherche que j'ai menée qui prend appui sur une recherche documentaire et 16 entretiens menés auprès de soignant.e.s ayant travaillé dans un service de réanimation (médicale, chirurgicale), un service d'urgence ou de post-réanimation, durant l'épidémie.

Faisons tout d'abord une rapide chronologie permettant de rappeler le contexte dans lequel l'épidémie est survenue.

Le 17 mars 2020, le Parisien titrait : « Coronavirus : “il va falloir choisir” entre les malades admettent les soignants ». Une infirmière épuisée, exerçant dans un hôpital de Mulhouse, confiait au journaliste : « Oui, on commence à trier les patients ». Elle précise que des personnes de 70 ans ont été privées de soins de réanimation et que certains choix ont été contraints par un manque de moyen matériel et notamment, faute de places en réanimation. À travers les témoignages de soignant.e.s diffusés dans les médias et sur les réseaux sociaux, on découvrait en effet que dans un contexte de pénurie de lit de réanimation, d’appareils respiratoires, de gel hydro-alcoolique, de masques, de tests de dépistage, de surblouses mais aussi, de lit d’aval et de personnels soignants dont le nombre a été drastiquement réduit ces dernières décennies (Juven *et al.*, 2019), des médecins ont été contraints de faire un choix difficile entre les patient.e.s pouvant accéder aux soins de réanimation et ceux qui n’y avaient pas accès : entre « *faire vivre et laisser mourir* ». Le 29 mars, Christophe Prudhomme, médecin urgentiste et porte-parole de l’Association des médecins urgentistes de France, s’en indigne en direct sur BFM TV : « *Nous choisissons les patients aujourd’hui qu’on va mettre en réanimation* », concluant sur le caractère prévisible de la catastrophe. L’épidémie est en effet survenue alors que plus de 200 services d’urgence manifestaient depuis neuf mois pour alerter le gouvernement sur la dégradation de leurs conditions de travail et ses conséquences désastreuses en termes de qualité des soins (Huon *et al.*, 2020 ; Grimaldi, Pierru, 2020 ; Da Silva, 2020 ; Gelly, Spire, 2021). Ils avaient été rejoint par les aides-soignant.e.s, sages-femmes, infirmier.e.s, manipulateur.rice.s radio, kinésithérapeutes, etc. pour dénoncer les fermetures de lits et l’insuffisance des moyens (Pierru, 2020). A l’occasion d’une manifestation, des soignant.e.s brandissaient d’ailleurs une banderole dont le slogan apparaîtra plus tard prophétique : « *l’Etat compte les sous, on va compter les morts* ». Le 20 avril 2020, après un mois d’épidémie, une infirmière exerçant à l’hôpital Delafontaine déclare : « *on n’a pas fait une médecine de guerre mais une médecine de pénurie* ». D’emblée, cette phrase traduisait l’existence de deux récits de l’épidémie : le récit mineur, invisibilisé, celui des soignant.e.s et le récit majeur, dominant, celui du gouvernement.

« Nous sommes en guerre » annonçait le Président français le 17 mars 2020. Dès les premiers jours, la rhétorique guerrière a en effet dominé le discours politique pour qualifier la lutte contre l’épidémie. Ce discours guerrier qui a été ensuite repris et répété comme une évidence par les journalistes, les ministres et autres « experts » a constitué la prémisse à partir de laquelle les autres discours se sont organisés. A titre d’illustration, la rhétorique de l’« héroïsation » des soignant.e.s, les « premiers de cordée », s’est très vite imposée tandis que la population était

encouragée à applaudir chaque soir ses « héros ». L'usage de cette rhétorique était certes très important pour la majorité des soignant.e.s qui devaient faire face au virus, aux personnes malades, à leurs inquiétudes et celles de leurs proches. Toutefois, cette rhétorique comme certain.e.s l'ont relevé, était à double tranchant car elle a aussi eu pour effet de normaliser leur « sacrifice » au nom d'un nouvel impératif politique : « sauver des vies ».

Parallèlement, la question du « tri » et non celle du « choix » des patient.e.s. pour l'accès aux soins de réanimation est apparue sur la scène publique. Or, ce glissement sémantique n'a rien d'anodin car l'emploi de l'un ou l'autre terme n'est pas sans effets politiques. Tout d'abord, étant issu de la médecine militaire, le terme de tri s'articule et renforce le discours guerrier privilégié dans le récit politique de l'épidémie. Second effet et non des moindres, le tri étant une affaire d'expert médical, toute autre parole publique sur ces « choix » de vie et de mort apparaissait d'emblée disqualifiée. Dès lors, le discours d'expert s'est imposé comme le discours de vérité sur le tri durant l'épidémie. Or, cette mise en récit produit un effet de dépolitisation de la question de l'accès aux soins de réanimation. Suivant ce cadre discursif, elle est en effet pensée en termes de « tri » médical contraint par une situation de « guerre sanitaire » qu'on ne pouvait pas prévoir. En bref, on tri parce que « c'est la guerre, on n'a pas le choix ». D'ailleurs, la création discursive d'un « ennemi commun » en la Covid-19, a contribué non seulement à normaliser l'idée du « tri » mais aussi à produire un consensus selon lequel l'ampleur du nombre de morts, les personnes âgées notamment, nommés les « effets collatéraux », était due pour l'essentiel à cet ennemi invisible. Ce faisant, ces morts ont été naturalisées alors que des études démontraient parallèlement que l'épidémie ne frappait pas socialement au hasard conduisant certain.e.s chercheur.e.s à substituer le terme de syndémie à celui de pandémie. De la même manière, si on substitue le terme de choix à celui du tri, un autre récit politique de l'épidémie est possible : celui de la « médecine de pénurie ». Suivant ce cadre discursif, la question de l'accès aux soins de réanimation peut être interprétée en termes de « choix tragiques » (Dalgarrondo, Urfalino, 2000 : 119) contraints non pas, par une situation de guerre, mais par une situation de pénurie de moyens dans un contexte de « casse » de l'hôpital public (Juven et al., 2019).

Mon analyse est ainsi partie d'une volonté d'interroger « les cadres » (Butler, 2005 : 26-27) proposés dans l'espace public pour interpréter le phénomène du tri afin de comprendre comment le pouvoir politique, s'appuyant sur ladite vérité des savoirs d'experts scientifiques (infectiologues, épidémiologistes notamment), a tracé une ligne de partage entre les inclus et les exclus des soins (de réanimation).

Pour rendre compte dans les grandes lignes des résultats de cette analyse, je vais organiser mon propos en deux parties.

Nous verrons dans un premier temps qu'au fil des entretiens, une économie politique du tri s'est dévoilée au sein de laquelle une forte valeur politique a été accordée aux « malades covid » en défaveur des « non covid ». Cette discrimination révélatrice d'un nouvel ordre biopolitique a été opérée au moyen de technologies destinées à empêcher l'accès aux services de réanimation pour les « non covid » afin d'allouer prioritairement les ressources « rares » aux malades atteints du Covid. La seconde partie permet de révéler l'existence d'une autre fracture biopolitique, celle opérée entre les malades covid. L'analyse permet d'identifier les normes qui ont présidé à établir un partage entre ceux qui ont été inclus en réanimation et ceux qui en ont été exclus, notamment les personnes âgées. En dévoilant l'existence d'une hiérarchisation complexe de valeur des vies, elle permet ainsi de montrer en quoi ces traitements différenciés ou disparités de prise en charge ont constitué des discriminations génératrices d'inégalités dans l'accès aux soins de réanimation. Enfin, la crise a opéré plus largement comme un révélateur en visibilisant les pratiques de tri qui, bien que peu débattue publiquement, constituent pour les soignant.e.s une routine d'exception. En ce sens, elle conduit à élargir la focale d'analyse pour interroger la « *production sociale, politique ou économique de la rareté qui justifie le besoin de trier* ».

## **La fracture biopolitique entre « malades covid » et « non covid » durant l'épidémie**

La crise sanitaire a engendré une forme de « panique morale » (Cohen, 2002) qui s'est traduite par la mise en place dans l'urgence d'un dispositif de « tri » qui a eu pour effet de produire une fracture biopolitique entre malades covid et non covid, ces derniers étant désormais considérés comme les « oubliés de la crise » (Crozier, 2022 : 112). Le langage du soin a été alors recouvert par un langage informatique et/ou technique (déprogrammation, algorithmes de priorisation, protocole) présentant le « tri » sous une forme dépolitisée le rendant socialement acceptable.

### ***Les déprogrammations : une « forme de tri de l'ombre »***

Durant la première vague, dans un contexte de panique organisationnelle liée à une pénurie de moyens, de nombreux reports de soins à une date inconnue, plus volontiers nommés « déprogrammations », ont été imposés aux médecins par les directions hospitalières et celles des cliniques privées. L'objectif était de récupérer des ventilateurs utilisés dans les blocs opératoires et de libérer les professionnel.le.s de ces services pour « armer » de nouveaux lits

de réanimation. Ces déprogrammations ont été réalisées au détriment des malades non covid qui ont alors dû patienter dans une « immense salle d'attente » virtuelle.

Cette mise en attente a en effet entraîné des « pertes de chances » importantes pour nombre de ces malades, en témoigne cet infirmier exerçant en Ile de France en réanimation chirurgicale : *Ça, ça va être le grand silence : comment des gens non covid sont morts par faute de chance par l'écrasement du système par le covid ?* De même, Sophie Crozier, neurologue, lance l'alerte le 17 septembre 2020 : *« On commence à mesurer les dégâts de cette stratégie ce sont des cancers pris avec retard, des maladies chroniques qui se sont aggravées, des pertes de chances à la pelle. On a fait du tri parce que l'on ne comptait que les morts Covid à la télé »*. La priorisation politique des malades atteints du Covid a ainsi exposé voire abandonné certain.e.s patient.e.s à la mort. Les soignant.e.s rencontrés affirment en effet qu'à partir début de l'année 2021, ils ont vu arriver dans leur service des patient.e.s atteint.e.s de tumeurs devenues inopérables, de cancers non dépistés à temps ou encore, de cœurs dans un état de gravité avancé. Le pic de l'épidémie passé, les services de réanimation chirurgicale ont alors connu un afflux de patient.e.s non covid devant être opérés rapidement.

Pourtant, à l'issue de la première vague, les discours publics se sont multipliés pour affirmer que le « système avait tenu ». Or, cette idée est loin de faire consensus.

*Pour moi, le véritable tri, les véritables laissés pour compte, ils sont là [...] je ne partage pas du tout l'idée que l'hôpital public a résisté et que le système de santé a résisté (AR retraité, PDL).*

Cet abandon des « non covid » s'est aussi traduit par une autre forme de « tri de l'ombre », celui opéré par les Samu-Centre 15, ayant pour fonction d'éviter l'arrivée de ces patient.e.s aux urgences dont les personnes âgées notamment celles résidant en Ehpad, nous y reviendrons. C'est ainsi que certain.e.s soignant.e.s travaillant au bloc opératoire des urgences ou encore, dans un service d'urgence affirment qu'ils n'ont jamais aussi peu travaillé que durant l'épidémie.

Ainsi, la diminution du nombre de consultation dans les services d'urgence et à l'hôpital plus généralement, apparaît comme le résultat de décisions politiques ayant eu pour effet un abandon de certains malades. Ces « tris de l'ombre » ont été réalisés en amont des services de réanimation qui concentraient l'essentiel de l'attention médiatique et politique, ce qui nous amène au second élément du dispositif de tri abordé par les soignant.e.s. : les réaménagements architecturaux.

### ***Les réaménagements architecturaux : la « réa-camping » ou « éphémère »***

La différenciation entre les malades covid et non-covid s'est aussi traduite pour les soignant.e.s par l'improvisation, le bricolage contraint de « réa-camping » ou « éphémère » vers lesquelles étaient orientés les second.e.s. Selon les villes, il pouvait s'agir de blocs opératoires, de salles de réveil et de services de réanimation chirurgicale libérés du fait des déprogrammations, ou encore des services ambulatoires dont l'activité habituelle s'est interrompue.

Les malades non covid nécessitant des soins de réanimation ont ainsi été pris en charge dans des unités « dégradées » pour reprendre un terme souvent entendu : des locaux non adaptés et parfois éloignés des services de réanimation ne permettant pas aux réanimateur.rice.s d'être rapidement sur place en cas de problème ; du matériel non adapté ou manquant ; du personnel hospitalier ou des étudiant.e.s non formé.e.s à ces soins spécifiques (Gaudillière *et al.*, 2021 : 66-67). Un urgentiste m'explique par ailleurs qu'il n'a jamais eu de souci pour orienter « les patients covid graves » vers la réanimation contrairement aux « non-covid ». De même, un infirmier exerçant en réanimation chirurgicale digestive en Ile de France, explique que certain.e.s patient.e.s non covid sont sortis précocement de la réanimation médicale même si « ça pouvait être limite en termes de risque ». L'objectif était de « faire la place aux Covid » en transférant ces patient.e.s vers des services de soins intensifs ou bien, pour les plus lourds, vers son service. Il précise par ailleurs qu'ils ne savaient pas pour autant à ce moment-là si les malades atteint.e.s du Covid allaient s'en sortir. Ils savaient juste que peu d'entre eux sortaient vivants de la réanimation. Ainsi, la décision d'allouer de façon privilégiée les moyens aux malades covid reposait moins sur un raisonnement de santé publique évaluant le bénéfice/risque que sur un raisonnement politique. Dans la mesure où seuls les morts covid étaient comptés, ils avaient en effet une forte valeur politique sur le « marché sanitaire » ce qui a entraîné un abandon des non covid qualifiés dans certains médias « d'effets collatéraux ». Cet emprunt à la rhétorique guerrière naturalise ces morts qui seraient ainsi une conséquence inéluctable de la guerre sanitaire. Or, pour la plupart des soignant.e.s interrogé.e.s, il s'agit de « laissé.e.s pour compte ».

*La question qui est posée pour la gestion de cette crise sanitaire, c'est y'a-t-il des laissés pour compte ? [...] Là, effectivement dans la crise covid, il y a tri, il y a des laissés pour compte mais ce ne sont pas les malades de la covid, c'est les non-covid (AR retraité, PDL)*

C'est le double sens du « laissé pour compte » qui est à entendre ici nous semble-t-il : laisser mourir en raison de critères comptables ou « gestionnaires » pour reprendre le terme employé par ce médecin durant l'entretien. Mais aussi, « laissé pour compte » au sens de non comptabilisable. Il sera en effet impossible à moyen ou long terme de compter le nombre de

personnes dont l'état de santé s'est aggravé avec des séquelles importantes ou de personnes décédées suite à une absence de soin durant l'épidémie. Enfin, un entretien a permis de révéler la mise en place au sein d'un hôpital d'une autre technologie de tri « cachée » car d'une part, elle a été présentée sous un nom visant à la rendre moralement et socialement plus acceptable - à l'instar du terme de « déprogrammation » - et d'autre part, elle a été mise en place de façon silencieuse, non concertée.

Au fil des entretiens, une seconde fracture biopolitique apparaît, celle entre malades covid pour l'entrée en réanimation. Cependant, la crise est apparue plus largement comme le révélateur des difficultés auxquelles sont confrontés les soignant.e.s hospitaliers parmi lesquelles, les pratiques de tri qui, loin d'être exceptionnelles et fondées sur des normes strictement cliniques, constituent pour les soignant.e.s une routine d'exception fruit d'une politique gestionnaire générant une situation de pénurie permanente à l'hôpital.

### **Le tri entre les malades (covid) pour l'accès aux soins de réanimation**

La principale caractéristique des décisions de tri ayant été mises en œuvre à l'entrée des services de réanimation durant l'épidémie résidait dans un « abaissement » des critères cliniques habituels. Des médecins ont par exemple retardé certaines décisions d'intubation (« temporiser ») afin de gérer la pénurie de lits alors même que l'état de détresse respiratoire aurait habituellement entraîné une intubation ou du moins, le transfert du patient en réanimation.

Lors des auditions menées le 28 juillet 2020 dans le cadre de la « mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus – covid 19 », Eric Maury, président de la Société de réanimation de langue française, témoigne des stratégies de « priorisation » mises en place :

*Le tri [...] on en fait tous les jours. C'est vrai que les patients on se demande toujours si la réanimation vaut la peine parce que c'est un soin agressif [...] Là, la situation qu'on a vécu c'était différent, ce n'était pas "est ce que la réanimation était justifiée ?" C'était : "elle l'est sans doute mais on a peut-être pas suffisamment de place pour mettre les patients en réanimation". Et là, c'est plutôt de la stratégie de priorisation, des algorithmes de priorisation qui sont liés au fait qu'on n'a peut-être pas les structures d'aval pour prendre les patients en réanimation<sup>1</sup>.*

La « gouvernance par les nombres » (Supiot, 2015) exercée au moyen des algorithmes contraint les médecins à hiérarchiser les personnes malades sur la base de normes définies pour partie en

---

<sup>1</sup> <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/actualites-accueil-hub/mi-covid-19-poursuite-des-auditions3.1h27>.

fonction de critères matériels et donc économiques (manque de lit de réanimation et de lit d'aval). La question politique et éthique du choix s'efface ainsi derrière la « gestion » informatique du tri. Cette politique des vies a contraint les professionnel.le.s à moduler la norme de l'âge à l'entrée des services de réanimation en particulier dans les régions fortement touchées. Néanmoins, même si les régions Pays de la Loire et Bretagne ont été parmi les moins touchées, elles ont aussi connu ce type de situation.

*De jeunes réanimateurs ont monté un patient en réa chir et ils se sont dits en fin de nuit : « demain matin, on va se faire défoncer au staff » parce que c'était un patient de 85 ans. Et la consigne clairement, elle est tacite, c'est "pas de vieux en réa en ce moment" [...] il va dire non y'a pas de justification, tu ne me montes pas un vieux comme ça (Infirmier, réa médicale, Bretagne).*

Dans un article de presse, un professionnel exerçant dans un CHU témoigne de façon anonyme sur la consigne implicite de priorisation des malades : « *On ne le dit pas, car on ne peut pas mais la consigne tacite, c'est de ne plus prendre les plus de 75 ans à l'hôpital, de les laisser dans les EHPAD ou chez eux, c'est-à-dire de les laisser mourir* ». D'après une infirmière de l'hôpital de Mulhouse, dans les Ehpads les soignant.e ont pour consigne de « *leur donner des soins de confort, pour soulager la douleur. C'est très difficile : on n'est pas là pour choisir celui qui doit vivre et celui qui doit mourir* ». Et pour les personnes âgées qui arrivaient à l'hôpital par le service d'urgence, un tri était réalisé dans certaines régions :

*Il y avait un pré-tri en fait pour les personnes âgées avant la réanimation. Il n'y avait pas l'entrée directe entre l'arrivée aux urgences et la réa (AR, réa chirurgicale cardiaque, PDL).*

Dans cet hôpital, les malades âgés étaient alors orientés vers le service d'infectiologie ou en gériatrie. Il précise toutefois que les gériatres n'ont jamais réussi à avoir le matériel d'oxygénothérapie à haut débit, extrêmement facile d'utilisation, permettant de mettre les patients sous assistance respiratoire sans les intuber. Cette ventilation alternative était pourtant reconnue comme efficace et associée à un moindre taux de mortalité chez les malades atteints de difficultés respiratoires (Ben Dhia et al., 2022). De même, face aux médecins « experts » qui contestaient la réalité d'un tri reposant sur l'âge, Eric Ciotti, rapporteur de la mission citée précédemment, présente un document de la Direction générale de l'Offre de soins. Il s'agit d'un tableau dont les chiffres indiquent « *très clairement pour la France entière et beaucoup plus encore pour l'Île de France, un affaiblissement voire un effondrement de l'âge pour les patients de plus de 75 ans pris en compte dans les services de réanimation* ». Pourtant, les personnes âgées étaient les plus touchées par la COVID. D'ailleurs, durant les premières semaines ces personnes qualifiées dans la presse de « laissées pour compte » n'étaient pas comptabilisées.



Or, « *quand on ne compte pas les décès, c'est que les vies ne comptent pas* » souligne Didier Fassin pour qui la crise aura aussi permis de démasquer la politique de hiérarchisation des vies qui accorde une faible « valeur sociale » (Paillet, 2021) à certaines catégories, ici les personnes âgées. L'abaissement du critère de l'âge a été d'ailleurs tel dans certains services que la moyenne est passée au-dessous des 60 ans . D'après son expérience, c'est le manque de lit qui a engendré des refus de prise en charge et donc des décès, mais sur ce point les réanimateurs resteront silencieux. Ainsi, il sera donc très difficile voire impossible de connaître le nombre de refus de prise en charge et donc de décès liés à un manque de lits de réanimation.

Enfin, s'agissant plus particulièrement des personnes âgées résidant en Ehpad, la consigne de ne pas les transporter à l'hôpital s'est traduite bien souvent par un « laisser mourir » ou plus exactement, un « faire mourir institutionnel ». Au sein des Ehpad, elles ont en effet été placées par décret (décision politique) sous un régime de soins palliatifs (Guylène, 2020). Un décret n°360 du 28 mars 2020, publié au Journal officiel du 29 mars 2020 a modifié temporairement, jusqu'au 15 avril 2020, le périmètre d'utilisation, de prescription et de dispensation du Rivotril. Cet anti-épileptique était prescrit en EHPAD, hors autorisation de mise sur le marché, à titre palliatif pour sédaté les personnes âgées atteintes du COVID-19 en état de détresse respiratoire. La gestion politique de la mort a ainsi été déléguée aux institutions et ses professionnel.le.s.. Or, là encore, au regard du manque de moyens connu de ces structures, l'invention de cette technologie biopolitique de tri pose cette fois-ci la question de la dignité de la fin de vie.

Non seulement les personnes âgées en institution n'ont pas eu accès aux soins de réanimation, n'ont pas eu les mêmes soins que le reste de la population mais elles n'étaient même pas comptabilisées dans les statistiques présentées chaque jour par le directeur général de la santé « quand on ne compte pas les décès, c'est que les vies ne comptent pas », ces personnes en institution auraient représentés 40% des morts.

À la lumière de ces éléments, la rhétorique guerrière privilégiée dans les discours politiques pour justifier l'ampleur du nombre de mort, apparaît comme une stratégie de dépolitisation : elle a eu pour fonction de détourner l'attention publique des facteurs structurels à l'origine de cette « hécatombe », à savoir les choix politiques ayant conduit au démantèlement progressif d'un système de santé qui a dû choisir ses morts, d'un Etat qui a dû donné la mort. De la même manière, l'insistance dans le discours public sur les « facteurs de risques » des personnes âgées pour expliquer leur surmortalité, occulte tout ce que ce taux de mortalité élevé doit à leurs conditions de prise en charge dans les Ehpad. Cette fois-ci, c'est le recourt au biologique, en naturalisant ces morts, qui escamote le politique.

L'ensemble de ces éléments nous invitent plus largement à aller au-delà de la « Métaphore du canot de sauvetage » qui a dominé les discours sur le tri durant l'épidémie (Loute, 2021). Bien connue en éthique médicale, cette métaphore focalise la réflexion sur la distribution de ressources rares sans questionner l'origine de cette rareté. Or, comme le rappelle Alain Loute, de nombreux travaux ont montré que la situation de tri dans les services de réanimation et sur les autres scènes du soin est le résultat d'un « continuum de tri » qui renvoie à des décisions macro-politiques qui trient en amont les ressources disponibles pour les soignant.e.s (Leichter-Flack, 2014). Ainsi, alors que la question qui dominait l'espace public était la suivante : qui doit rester dans le canot (faire vivre) ou être passé par-dessus bord (laisser/faire mourir) et selon quel principe ; la question que l'on pose plutôt ici est celle des raisons à l'origine du nombre insuffisant de canots de sauvetage c'est-à-dire de lits de réanimation mais aussi, de soignant.e.s qui a fait du tri une « routine d'exception ».

### **Pour ne pas conclure...**

L'analyse permet de suggérer plus largement que le « tri », notion technique et médicale, constitue l'autre nom (son masque) d'une notion politique : le Nouveau Management Public ou néolibéralisme sanitaire. En ce sens, l'ampleur du nombre de mort ne peut être lue simplement comme une fatalité, le résultat d'une guerre sanitaire qu'on ne pouvait pas prévoir. Elle appelle bien au contraire à une critique de l'ordre biopolitique et de ses fondements politiques néolibéraux. La crise sanitaire a en effet opéré comme un véritable révélateur des difficultés rencontrées au quotidien par les professionnel.le.s pour soigner les patient.e.s dans un contexte de pénurie organisée (en lit, en personnel, en matériel, etc.) qui les contraint chaque jour à faire des choix tragiques, souvent au dépend des personnes âgées. Le détour par les concepts foucauldien de biopouvoir et de biopolitique nous a en effet permis de rappeler que toutes les vies ne se valent pas. Comme le souligne la philosophe Judith Butler, il est en effet « *des genres de vie qu'on considère déjà comme des non-vies, des vies précaires, qui ne sont pas dignes de deuil* » (Butler, 2014 : 62-63), comme l'illustrent les témoignages des personnes âgées mortes seules dans leur chambre. Dès lors, au terme de cette analyse nous invitons à suivre la voie tracée par d'autres auteur.e.s qui encouragent à « *passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique* » (Chambon, Castel et al. 2022).