



HAL
open science

Qui décide d'un don du sang? Les appropriations médicales d'un instrument de sélection

Renaud Crespin

► **To cite this version:**

Renaud Crespin. Qui décide d'un don du sang? Les appropriations médicales d'un instrument de sélection. Patrick Castel; Marie-Emmanuelle Chessel. À la recherche de la décision Études de cas en sciences sociales, Presses universitaires Septentrion, 2024, Le regard sociologique. hal-04369866

HAL Id: hal-04369866

<https://hal.science/hal-04369866>

Submitted on 3 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chapitre 4. Qui décide d'un don du sang ? Les appropriations médicales d'un instrument de sélection

Renaud Crespin

Sciences Po, Centre de sociologie des organisations (CSO), CNRS

En France, comme dans d'autres pays occidentaux (Eder *et al.*, 2009 ; Charbonneau et Smith, 2016), toute personne souhaitant donner son sang doit faire l'objet d'un entretien préalable ayant comme but affiché la prévention des risques sanitaires, pour les receveurs, les donneurs et l'organisation de la transfusion (Danic, 2003 ; Danic et Pelletier, 2013). Cet entretien dit « pré-don » consiste à opérer un tri entre celles et ceux qui pourront donner leur sang et celles et ceux qui, de manière définitive ou temporaire, seront écartés – on parle alors d'ajournement. Afin de protéger les receveurs, les candidats au don (potentiellement) porteurs d'une infection – bactérienne, virale ou parasitaire – transmissible par le sang ou d'une maladie émergente aux conséquences inconnues sont écartés. De même, l'entretien préliminaire peut également exclure les candidats dont la santé serait menacée par leur don de sang. Concrètement, cette sélection médicale s'effectue en deux temps. D'abord, le candidat remplit un questionnaire portant sur sa vie privée, son passé, ses antécédents médico-chirurgicaux et ses expositions éventuelles à des agents infectieux. Ensuite, le candidat est invité à s'entretenir avec un médecin, dit du « don », salarié de l'Établissement Français du Sang (EFS). Une fois l'identité du candidat vérifiée, ce médecin revient sur les différents aspects du questionnaire avec le donneur et les complète si cela s'avère nécessaire. Puis, pour décider si le candidat peut ou non donner son sang, le médecin effectue à partir d'un référentiel dit de contre-indications (RCI), une évaluation des risques qu'un prélèvement sanguin pourrait faire courir à ce futur donneur, à un receveur et au bon déroulement de la collecte. Cette évaluation prend la forme d'un nouvel interrogatoire à l'issue duquel le donneur est soit jugé apte à continuer le parcours de prélèvement, généralement réalisé par une infirmière, soit inapte. Il reçoit alors une information sur les raisons de son ajournement. La sélection médicale semble donc bien ritualisée. Elle se situe entre le recrutement des donneurs et la délivrance de produits sanguins labiles (PSL) à des fins thérapeutiques et pharmacologiques.

En sociologie, les rares travaux existant sur l'entretien pré-don relèvent essentiellement d'approches interactionnistes (Bastard, 2005, 2006). Dans ce cadre, l'observation des échanges entre médecins du don et donneurs envisage l'entretien comme un « échange sans négociation » structuré par deux logiques qui ne se rencontrent pas : celle du don « généreux et altruiste » portée par les donneurs, et celle de l'identification et l'évaluation des risques portées par le médecin dont le rôle est réduit à celui d'une courroie de transmission de la sécurité sanitaire (Danic et Beauplet, 2000). Ce type d'approche

opposant la rationalité instrumentale des médecins à la rationalité axiologique des donneurs occulte différents éléments sociaux et organisationnels orientant la décision médicale (Simon, 1978). D'abord, rappelons que le don de sang n'est possible que parce qu'il existe une organisation de la transfusion sur le territoire (Charbonneau et Tran, 2012). Ensuite, comme nous le verrons, le don altruiste et non rémunéré est issu d'une histoire sociale et politique. De fait, l'altruisme est autant une valeur qu'un argument, utilisé par les organisations transfusionnelles dans des campagnes de promotion du don, d'actions incitatives ou de fidélisation des donneurs (relance téléphonique, rétributions symboliques, facilitation d'accès, etc.). En outre, mettre l'accent sur les échanges « médecin/donneur » fait disparaître de la scène de la sélection, le médiateur de cette relation, à savoir le receveur. Certes, les évolutions organisationnelles, juridiques et techniques de la transfusion l'ont physiquement éloigné des lieux de prélèvement, mais il reste présent dans l'entretien pré-don par le biais des contre-indications qui ciblent les risques dont il doit être protégé. Enfin, l'hypothèse de l'absence de relation négociée, relativisant justement la participation des usagers, conduit à faire des protagonistes de l'entretien de simples figurants. Le rôle du médecin est ainsi réduit à celui d'un « automate » dont le mécanisme de la prévention des risques n'affleurerait que dans les rares situations où un donneur conteste une décision qu'il subirait.

Afin de poursuivre la discussion de ces résultats, ce chapitre propose une analyse centrée sur les équipements de la décision médicale (Timmermans et Berg, 1997 ; Castel et Merle, 2002), en particulier sur les contre-indications au don du sang et leurs usages situés par les médecins. En nous déprenant des approches fonctionnalistes qui tendent à considérer les instruments comme des techniques neutres, « allant de soi » et indifféremment disponibles dans les processus de décision, il s'agit de porter l'attention sur les conflits et les résistances que leurs usages génèrent (Crespin et Lascoumes, 2000 ; Crespin, 2016).

Nous faisons ainsi l'hypothèse que les contre-indications au don du sang orientent bien la décision des médecins mais ne la déterminent pas entièrement. Pour éprouver cette hypothèse, nous avons mené une enquête dans différents sites de l'EFS en Bretagne. Si pour des raisons de secret médical, nous n'avons pas pu observer directement le travail de sélection, l'EFS-Bretagne a facilité nos observations des lieux de collecte et permis d'assister à de nombreuses réunions plus ou moins formelles sur les objectifs, les contraintes organisationnelles et les problèmes associés à la gestion du prélèvement. L'enquête repose également sur l'analyse d'archives et de la littérature grise encadrant les pratiques de sélection depuis les années 1950 (guides de bonnes pratiques, arrêtés, notes et règlements internes à l'EFS, information pré et post-don). Enfin, nous avons réalisé une vingtaine d'entretiens longs individuels semi-directifs auprès de médecins du don et de responsables du prélèvement, ce qui représente près du tiers des médecins exerçant en région Bretagne.

Ce travail autorise trois déplacements par rapport aux travaux interactionnistes précités. Tout d'abord, l'analyse du corpus documentaire permet de revenir sur les transformations des contre-indications au don du sang, en soulignant la diversification des savoirs, des acteurs et des espaces de leur production. Cette histoire, peu connue des médecins, interroge pourtant le sens de leurs activités. Dans cette lignée, les observations et les entretiens permettent de montrer comment le recours aux contre-indications, vecteur de réflexivité, contraint comme habilite les médecins à composer des arrangements normatifs pour rendre raison de leurs décisions sur les donneurs. Considérant ainsi la décision médicale moins comme l'arrêt d'un choix sur la qualité d'un donneur qu'un exercice de délibération sur les objectifs et les fins de la sécurité sanitaire et transfusionnelle, nous distinguons finalement deux modes d'appropriation des contre-indications.

La formalisation d'un dispositif de sélection

À l'instar du système transfusionnel, les contre-indications au don du sang ont évolué depuis quarante ans. Si ces changements résultent d'une diversification des procédures, des acteurs, des lieux et des savoirs mobilisés pour les élaborer. Trois dynamiques permettent de rendre compte de leurs formes et contenus actuels.

Des contre-indications saisies par le droit

La première est une dynamique de juridicisation. Après une longue période de silence législatif, une loi fixe pour la première fois en 1952 les conditions d'exercice de l'activité transfusionnelle civile. Dans un contexte politique où la rémunération du don de sang est assimilée à la collaboration avec l'occupant et le bénévolat aux valeurs triomphantes de l'après-guerre, le texte visait notamment à protéger le donneur en lui donnant une place centrale dans un système de collecte et de transfusion dépendant alors de son geste altruiste. Si la protection des donneurs passe par l'abandon des premières techniques de prélèvement qui les exposaient à des risques vasculaires et infectieux, elle résulte également d'une série de procès que des donneurs ont intentés contre des organismes de transfusion à la suite de contaminations syphilitiques. Condamnés, les transfuseurs sont désormais soumis à une obligation de « fourniture loyale d'un sang non vicié », faisant de toute contamination une faute donnant droit à réparation (Hermitte, 1996). Ainsi, la transfusion sanguine doit réorganiser la sélection des donneurs. C'est chose faite en mai 1956, date à laquelle un arrêté du secrétariat d'État à la santé publique et à la population en établit les règles et les modalités. Le dispositif de sélection des donneurs y est défini comme un interrogatoire médical orienté « spécialement sur le dépistage

d'affections contre-indiquant le prélèvement »¹. Il articule un examen clinique mené sous la responsabilité d'un médecin, des analyses succinctes et la prise en compte de certaines pratiques sociales. Pour autant, ce cadrage normatif ne conduit pas à standardiser la sélection sur le territoire national. En effet, l'autonomie accordée aux centres régionaux de transfusion sanguine les autorise à définir leurs propres critères et procédures en fonction de leurs expériences et besoins en produits sanguins. C'est à la fin des années 1970 que les normes de sélection se précisent et se font plus contraignantes. Au cours des années 1980 à 2000, elles passeront d'un guide de recommandations (*Première monographie*) élaboré par une association de responsables de prélèvement œuvrant, au départ, en marge des instances officielles de la transfusion à un référentiel professionnel élaboré sous l'égide de l'Agence française du sang (AFS) (*monographies de contre-indications au don du sang*), puis à un document de référence interne à l'EFS², le *Document référençant les contre-indications* (DRCI), dont la forme emprunte au domaine juridique en présentant les arguments justifiant les contre-indications sous forme de considérants (Benamouzig et Besançon, 2005). Ainsi, jusqu'aux années 2000, la définition des contre-indications s'opère au sein de la communauté médicale transfusionnelle – la réglementation n'exigeant que son existence et la mise à jour régulière du document les référençant. En 2009, le statut juridique de ce document évolue à la suite de controverses portant sur l'intégration de directives européennes proposant d'harmoniser les règles de sécurité transfusionnelle dans l'Union. Pour y mettre fin, les pouvoirs publics adoptent la voie réglementaire : les contre-indications sont désormais fixées par un arrêté du ministère de la Santé.

Prévenir les crises sanitaires : la science et le primat de la sécurité

Dans un contexte de crises et réorganisations sanitaires, la seconde dynamique est une dynamique de scientification et de sanitarisation modifiant progressivement les savoirs et les raisonnements justifiant les critères de sélection des donneurs. Parue en 1989, la *Première monographie* qui visait à rationaliser et homogénéiser les activités de prélèvement s'élabore dans le cadre de la clinique transfusionnelle traditionnelle (Dodier 2003). Elle est formalisée par des responsables de prélèvement, principalement des cliniciens, s'adressant aux étudiants en médecine qui effectuaient, à l'époque, la sélection des donneurs. Certes, l'élaboration de cette *première monographie* débute avant l'épidémie

1Arrêté du 28 mai 1956 fixant les conditions dans lesquelles il doit être procédé aux prélèvements de sang, *JORF*, n° 133, 9 juin 1956, p. 5314-5315.

2L'Établissement français du sang (EFS) est créé le 1^{er} janvier 2000, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire. Placé sous la tutelle du ministère de la Santé, il est aujourd'hui l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine. Il remplace l'Agence française du sang (AFS) créée par l'arrêté du 1^{er} juillet 1992 d'abord sous la forme de groupement d'intérêt public composé pour devenir un établissement public national par la loi du 4 janvier 1993.

de SIDA. Pour autant, elle est largement motivée par la non-application de la circulaire du 20 juin 1983 qui demandait aux CTS de repérer et d'écarter du don de sang, celles et ceux qui, en raison de leur homosexualité, toxicomanie ou état de santé, pouvaient présenter un risque de contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH)³. Le modèle de l'observation clinique n'est pas abandonné : il est réorienté vers le repérage systématique des risques transfusionnels associés à un ensemble de pathologies chez le « donneur ». Concrètement, pour chacune des pathologies recensées, un courrier est adressé à un ou plusieurs chefs de clinique, spécialistes de cette pathologie, pour un avis sur les risques encourus par un donneur ou un receveur. Ces avis servent à rédiger les contre-indications. Révisée dans le cadre de la loi du 4 janvier 1993 marquant le passage du « bricolage héroïque » à l'industrie et au professionnalisme de la transfusion (Fillion, 2005), cette *Première monographie* est remplacée, en juin 1994, par *la Monographie des contre-indications au don du sang*. Élaborée par le Groupe donneur-Santé publique (GDSP) de l'AFS où l'on retrouve certains des cliniciens ayant participé à celle de 1989, cette seconde monographie intègre les critiques de la biologie faites à la sélection clinique. Grâce notamment aux tests de dépistage, les savoirs biologiques sont effectivement parvenus à prouver les carences du dispositif clinique dans le repérage des donneurs contaminés par des pathologies comme le VIH ou le virus de l'hépatite C. Pour y remédier, le RCI est alors équipé de concepts épidémiologiques, comme celui de « groupe à risque » et de méthodes de modélisation des risques issues des sciences biomédicales. Cette scientification des contre-indications s'inscrit également dans une approche sécuritaire. Certes, le raisonnement clinique est maintenu, mais sa visée est réorientée vers la sécurité du receveur conformément au principe de précaution devenue une matrice opératoire de l'impératif de sécurité sanitaire se déployant depuis les années 1990 (Borraz, 2008). La sécurité sanitaire transfusionnelle s'incarne alors dans un nouveau dispositif d'hémovigilance, organisant la surveillance, l'évaluation et la prévention des incidents et effets indésirables chez les donneurs ou les receveurs de PSL, tout en instaurant leur suivi épidémiologique. En 2002, en remplaçant les deux premières monographies, le DRCI poursuit l'étayage scientifique des contre-indications. Conformément aux nouvelles normes et procédures de qualité de l'expertise (transparence, excellence...), l'essentiel du travail du GDSP fut alors de « documenter » scientifiquement les contre-indications en assurant la traçabilité des références utilisées pour les élaborer.

³Les raisons de cette non-mise en œuvre varient selon les types de collecte. Pour les dons de sang individuel, ce sont les doutes sur l'efficacité d'un tel procédé et la « gêne » des personnels, souvent alors des étudiants en médecine, pour aborder des questions de sexualité ou de toxicomanie qui sont avancées. Ce questionnement apparaissait d'autant plus délicat que les interrogatoires étaient courts et sans réelle confidentialité, puisqu'à cette époque, les collectes étaient organisées dans des espaces publics (salle des fêtes, écoles, gymnases, etc.) où les donneurs pouvaient venir en couple comme en famille.

Surveiller et gérer la sélection

Les lois de janvier 1993 sur la sécurité transfusionnelle et celle de juillet 1998 sur la sécurité sanitaire⁴ sont des textes charnières. Leur application, en articulant des dynamiques de juridicisation et de scientification, accélère l'entrée du monde transfusionnel dans celui de la « modernité thérapeutique ». Forgé par Nicolas Dodier (2003), ce concept renvoie à la généralisation d'une nouvelle forme politique de conduite des activités médicales. Selon des temporalités différentes, elle se manifeste par une médecine de plus en plus étayée et encadrée par des dispositifs normatifs, des notions et références scientifiques et des instances régulatrices (agences publiques, comités d'éthique, laboratoires pharmaceutiques). Les lois de 1993 et 1998 valorisent par ailleurs de nouveaux modes d'organisation et de management des activités transfusionnelles qui se déploient dans les décennies suivantes. Le prélèvement de sang comme la sélection des donneurs ne sont pas épargnés par cette troisième dynamique que l'on peut qualifier ici de managérialisation. Cette dernière n'est pas nouvelle (Chauveau, 2004 ; Steiner, 2001). Dès les années 1950, l'introduction des logiques industrielle et marchande ainsi que la concurrence entre les centres régionaux de fractionnement de plasma suscitent déjà de vives oppositions contre la standardisation et le contrôle des activités transfusionnelles. Pour autant, la recherche d'une meilleure gestion du prélèvement se poursuit dans les décennies suivantes. C'est d'abord le cas au niveau local. Rappelons que dans les années 1980, les premières tentatives d'harmonisation de la sélection qui aboutissent à la *première monographie* sont initiées par des responsables régionaux du prélèvement avant que les organismes de tutelle ne s'y intéressent. La lutte pour la légitimation professionnelle du prélèvement au sein du monde de la transfusion passe alors par l'adaptation des procédures et de la logistique d'approvisionnement, pour répondre à l'enjeu national de la forte croissance de la demande en produits sanguins. Ceci implique notamment de garantir une qualité standard des PSL sur l'ensemble du territoire. Dans les années 2000, cette dynamique de managérialisation s'intensifie et se centralise dans un contexte de réformes organisationnelles de la santé publique. En janvier 2000, la création de l'opérateur unique de la transfusion qu'est l'EFS accentue la centralisation de la gouvernance de la transfusion déjà amorcée par l'AFS. Placé sous tutelle du ministère de la Santé, l'EFS comprend aujourd'hui treize établissements régionaux dont l'autonomie ne cesse de se réduire sous l'effet conjugué de réformes techniques internes et des réorganisations souhaitées par le ministère. Ainsi en 2013, une nouvelle organisation de l'informatique conduit au transfert progressif des systèmes médicaux-techniques régionaux concernant les donneurs, les dons et la distribution de PSL vers un logiciel unique national. En

⁴Loi 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament et celle n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

octobre 2016 et juillet 2017, une ordonnance et un décret confortent successivement le rôle et les pouvoirs de l'EFS vis-à-vis des établissements régionaux. Les objectifs d'autosuffisance nationale et de sécurité sanitaire sont désormais définis par un *schéma directeur national de la transfusion sanguine* fixé par le ministère de la Santé. Ces réformes organisationnelles s'accompagnent également du déploiement dans les établissements régionaux d'un ensemble d'outils issus du nouveau management public (Bezès *et al.*, 2011) : gestion par objectifs et résultats, mesure et évaluation des performances avec mise en concurrence des centres et des personnels, adoption d'un système qualité, marketing pour fidéliser les donateurs, campagnes téléphoniques, dons sur rendez-vous, création des maisons du don, etc. Dans un contexte d'ouverture du marché européen du plasma thérapeutique, l'EFS justifie l'adoption de ces instruments et des pratiques qu'ils génèrent par la nécessité de garantir l'efficacité des établissements afin de répondre aux besoins en PSL et de garantir la sécurité sanitaire. Or, au sein des différents établissements, concilier les dispositifs de management avec ces besoins n'est pas sans effet sur les pratiques de sélection. C'est le cas de la mise en place d'un suivi de la qualité de chaque collecte. Tout en visant des objectifs de sécurité sanitaire et d'hémovigilance, ce dernier fournit également, en fonction d'indicateurs d'activité, un ensemble de données sur le nombre de donateurs exclus, les motifs de leurs ajournements et une comparaison avec les indicateurs biologiques. L'ensemble de ces données permet alors aux établissements de surveiller la sélection clinique opérée par les médecins du don. La qualité de leurs décisions est appréciée à l'aune d'un rapport entre la pertinence des ajournements et les besoins en produits sanguins.

Si l'on s'en tient à ces trois dynamiques, le RCI apparaît comme un script au sens qu'en donne la sociologie de l'innovation (Akrich, 1992). C'est-à-dire un objet sociotechnique réglant méthodiquement les rôles de chacun, médecin et candidat au don, comme le déroulement et le contenu de leurs échanges lors de l'entretien. Circonscrite par le RCI, la décision médicale n'aurait ainsi pas d'autre possibilité que de s'y conformer pour sélectionner les donateurs. L'enquête que nous avons menée conduit à relativiser ce scénario écrit à l'avance. Certes, le RCI oriente bien les opérations de sélection mais l'entretien pré-don n'est pas entièrement soluble dans cette conception techno-scientifique et sanitaire du don de sang. L'hétérogénéité des pratiques de sélection demeure, ce qu'objectivent les variations des taux d'ajournement d'un médecin à l'autre. Dans la partie suivante, nous verrons ainsi que pour les médecins interrogés, les contre-indications sont à la fois des contraintes et des ressources, questionnant tant le sens de leurs activités de sélection que leur rôle au sein d'un établissement dont le modèle d'organisation emprunte de plus en plus aux secteurs marchands.

Décider avec les contre-indications : le jugement sélectif des

médecins

La réglementation française impose une formation spécifique des médecins chargés de l'entretien pré-don. Son contenu couvre différents aspects, allant des rôles et missions du médecin du don aux fondements biologiques, éthiques et socio-économiques de la transfusion sanguine. Cette formation est souvent vécue par ces médecins comme une révélation faisant évoluer la représentation qu'ils ont de leur métier, notamment du colloque singulier « médecin-patient », vers celle de médecin participant à un exercice collectif de santé publique fondée sur la sécurité sanitaire. Selon leurs parcours professionnels, cette conversion peut être problématique. Ainsi la formation clinique d'un médecin peut être une compétence valorisée pour l'accueil des donneurs, mais s'avérer insuffisante pour faire respecter les règles organisationnelles de sécurité, ce qui peut engendrer un défaut de maîtrise du processus de mise à disposition des PSL et être donc un risque pour les responsables du prélèvement. C'est en ce sens que le RCI est une ressource organisationnelle pour l'EFS. Comme tous savoirs et procédures codifiés, il permet d'abord de réduire les coûts d'apprentissage, d'autant plus que la formation des médecins intervient souvent plusieurs semaines voire plusieurs mois après le début de leurs activités de sélection (David et Foray, 2002). En outre, disponible sous la forme d'un guide aisément mobilisable lors de l'entretien, le référentiel facilite l'acquisition du langage et des pratiques de la sécurité transfusionnelle en fournissant sous une forme simplifiée des connaissances scientifiques et sanitaires pour faciliter la sélection. À cet égard, le référentiel est donc aussi une ressource professionnelle pour les médecins. Il leur sert à construire leur décision dans l'incertitude consubstantielle de l'entretien pré-don. Cette incertitude n'est pas réductible aux seuls risques sanitaires à repérer chez un donneur. Elle tient également à la rencontre avec des individus dont les histoires singulières peuvent venir déborder le cadre codifié par le référentiel. Dans ces situations, l'espace confidentiel de l'entretien devient un lieu où les médecins interrogent voire interprètent les catégories du référentiel, ce qui peut les amener à renouer leurs décisions avec des savoirs moins formalisés (Demazière, 2002).

Aide-mémoire et gain de temps

L'objectivation des risques transfusionnels repose sur des connaissances hétérogènes (médicales, scientifiques, psychologiques, sociales, géographiques) provenant de sources variées (littérature scientifique, Santé publique France, Agence nationale du médicament, Afssaps, notes internes de l'EFS, etc.) et évolutives car prenant systématiquement en compte les risques émergents. Pouvoir se repérer dans cette diversité nécessite des compétences que la formation médicale ne fournit pas toujours (Castel et Merle, 2002). Le référentiel vient pallier ce déficit de formation. Sans être une synthèse des connaissances sur les risques transfusionnels, il les recense, les simplifie et les codifie

sous la forme d'une série de questions. Tel un guide-mémoire disponible sur un support papier ou électronique, il permet ainsi de mobiliser dans une unité de lieu et de temps les ressources informationnelles nécessaires pour mener les entretiens. Son usage permet en outre de faire l'économie d'une appréciation subjective de la « pertinence » des risques à évaluer.

« Q : Pour vos premiers entretiens, vous avez suivi ce questionnaire ou vous l'avez adapté ?

R : Oui. Je n'ai pas une très bonne mémoire.

Q : Est-ce que vous l'avez appris par cœur ?

R : Moi, j'ai retenu que le risque qu'il fallait blinder forcément, c'est le risque viral, le risque bactérien [...]. Maintenant, je prends en compte depuis quelque temps, le risque donneur avec l'hydratation, la prise de repas, l'activité post-don. Mais au début, je n'avais pas cette attention. Elle était pourtant dans le questionnaire. Mais au départ, c'était vraiment le risque receveur : être sûr que je ne vais pas tuer quelqu'un avec une poche. C'était vraiment ça.

Q : Pour les entretiens, vous mobilisez autre chose que ce questionnaire de référence ?

R : Non. Je suis incapable de ça, moi. » (Entretien avec un médecin du don.)

Cet extrait montre que forme et contenu du référentiel activent des compétences cognitives allégeant le travail de sélection des médecins, en ciblant et balisant les risques à considérer. En outre, ces compétences sont affirmées par l'inclusion dans le référentiel de procédures standardisées. Sous la forme de tableaux et d'algorithmes décisionnels, elles offrent des outils complémentaires pour repérer, évaluer et classer les risques chez les donneurs. Ce support codifié de savoirs et de procédures aide ainsi les médecins à élaborer leur décision comme à en réduire le temps. Cette ressource est d'autant plus précieuse que la durée consacrée à chaque entretien est soumise à un ensemble de contraintes et d'objectifs d'accueil et de bonne gestion du flux des donneurs, ne le faisant que rarement excéder les cinq à six minutes.

Ressources d'autorité : le bicéphalisme de l'autorité médicale

Outil codifié d'aide à la décision, le RCI est aussi une ressource d'autorité pour la médecine du don – autorité relevant d'une sorte de « bicéphalisme ». Pour justifier sa décision, un médecin peut en effet s'appuyer les arguments scientifiques contenus dans le RCI mais aussi sur des arguments juridiques puisque le RCI a aussi un statut réglementaire. Pour autant, la mobilisation de l'un ou l'autre de ces registres ne s'effectue pas dans les mêmes situations d'entretien. Elle varie selon la représentation que les médecins ont de leur rôle lors de la sélection. Si le recours à l'argumentaire médico-scientifique est le plus fréquent, il l'est d'autant plus lorsqu'un médecin souhaite dégager sa décision de tout aspect moral en la présentant comme d'autant plus « objective » qu'elle est garantie par un

collectif d'experts. C'est notamment le cas face à un donneur qui manifeste un désaccord sur les motifs d'un ajournement :

Q : Une personne transfusée et une personne ayant eu des relations sexuelles avec un autre homme. Dans ces deux cas distincts, l'ajournement est-il fait de la même façon ?

R : Ah non ! Je ne leur dis pas les choses de la même façon. Pour les transfusés, je leur explique ce que sont les agents émergents, ce qu'a été l'histoire de la transfusion sanguine, que donc, nécessairement, on a voulu se donner des normes et des précautions pour ne pas risquer ce qui a été vécu. Pour les homosexuels, je leur explique qu'il y a des publications, de grandes études, que les statistiques se font sur des grands nombres, que ce n'est pas une histoire de considérations morales mais que tout simplement, on s'est rendu compte que l'occurrence, la prévalence de portage de certains virus est plus grande dans certaines populations, ils l'acceptent. Maintenant, la façon dont elles ont été acceptées, c'est encore autre chose.

Q : Vous êtes-vous déjà trouvé « gêné » pour un ajournement de donneur ?

R : Ben, on est quelquefois embêté pour ajourner un donneur. Mais sachant très bien qu'il faut l'ajourner. Alors, cela n'est peut-être pas bien, mais on va voir notre copain d'à côté, et il vient, il pose des questions, les mêmes que les nôtres ou un peu différentes, donc le donneur reçoit la même explication mais il l'a reçue de deux personnes différentes [...] les arguments sont toujours les mêmes. Ils sont objectifs. Et là, quand ils ont devant eux deux médecins qui ont le même argumentaire, entre guillemets, scientifique ou épidémiologique, ils adhèrent. Ils ne sont peut-être pas d'accord, mais ils se disent que c'est cohérent.

Dans cet exemple, la convocation de l'épidémiologie vient soutenir l'autorité médicale pour garantir *in situ* la légitimité et la rationalité de la décision d'ajournement. Cependant, le référentiel active aussi des capacités stratégiques. En effet, en cas de contestation, il permet de mobiliser un collectif, la science et d'autres médecins aux mêmes arguments, ce qui renforce la cohérence de la décision finale. Pour autant, si la contestation persiste ou si le médecin se trouve à court d'arguments médico-scientifiques, il peut aussi avancer des arguments de droit. C'est par exemple le cas pour la contre-indication concernant les personnes transfusées :

« Il y a l'argumentation et il y a aussi la loi qui dit qu'une personne transfusée ne peut pas donner son sang, et quand il y a une loi, il n'y a pas de limite de durée. Il y a les arguments médicaux et les arguments législatifs. »

Si les médecins peuvent avoir recours à des arguments légaux, nombreux sont ceux qui privilégient une logique d'explication pour légitimer la décision prise. Le rappel à la norme, sous la forme d'un rappel à la loi, n'est le plus souvent envisagé qu'en dernier ressort ou lorsqu'un médecin n'est pas lui-

même convaincu par les arguments scientifiques soutenant une contre-indication. C'est ce que montre l'extrait suivant :

Q : Parmi les contre-indications, certaines vous semblent problématiques ?

R : Évidemment ! Et je pense que c'est les mêmes pour tout le monde. [...] Celle du rapport sexuel entre hommes une fois dans la vie, ça c'est évident que c'est difficile à justifier. Quelqu'un qui a eu une fois, il y a vingt ans, trente ans et qui n'a plus jamais. Comment lui expliquer qu'il ne peut pas donner son sang ? Il faut se dépatouiller avec ça !

Q : Comment faites-vous ?

R : On fait ce qu'on peut, mais je ne suis pas sûre qu'on soit très convaincant, quand on n'est pas convaincu soi-même, on ne peut pas être convaincant. Donc, ça ne se passe pas super bien en général. Quelquefois, ça arrive qu'on se retranche derrière la loi. [...] Ce n'est pas très satisfaisant.

Cet échange montre que l'insatisfaction exprimée par le médecin résulte d'un décalage entre ce qu'il pense être de sa responsabilité, à savoir expliquer aux donneurs les raisons d'une contre-indication et ce qu'il estime être juste de par son expérience et ses savoirs professionnels. Or ce devoir d'explication est contraint par deux logiques potentiellement contradictoires : il faut, d'une part, rassurer le donneur, quitte à devoir tenir un discours « paternaliste » et, d'autre part, prendre en compte ses arguments, ce qui implique d'endosser un rôle plus égalitaire, mais en prenant le risque de l'inquiéter. Dans l'exemple ci-dessus, la seconde logique paraît l'emporter, ce qui conduit le médecin à devoir renoncer, au moins en partie, à être convaincu pour pouvoir convaincre. Néanmoins, cette logique égalitaire présente le double avantage de maintenir l'autorité médicale et l'asymétrie entre celui qui sait (le médecin) et celui qui ne saurait pas (le donneur), tout en permettant au médecin de répondre à l'obligation de respect du référentiel.

De la prise de distance à l'interprétation critique : comment déroger à la règle ?

La contre-indication suscitant le plus de réserve chez les médecins est celle portant sur les « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HSH). Construite à partir de connaissances principalement épidémiologiques, cette catégorie attribue des risques viraux spécifiques à ce groupe, justifiant leur exclusion du don du sang. Or, lors de l'entretien médical, cette catégorie circule hors de l'espace épidémiologique où elle a été forgée. Comme l'a montré Demazière (2002) à propos de la catégorisation de l'âge des chômeurs, la catégorie HSH fait l'objet, par les médecins et les donneurs, d'interprétations débordant celles de la gestion du risque VIH pour sécuriser la chaîne transfusionnelle. Des significations sociales multiples sont ainsi attribuées à cette catégorie, rendant ainsi sa frontière floue.

« [...] Entre une personne qui aurait eu une relation homosexuelle, à seize, dix-sept ans, il y a trente ans, quarante ans, qui aurait fait comme tous les adolescents, différentes expériences, pour se déterminer, qui ne se considère pas comme homosexuel, je ne pense pas qu'elle vive la contre-indication de la même façon qu'un homosexuel en couple depuis dix ans ». (Entretien avec un médecin du don)

Dans cet extrait, la catégorie HSH est opposée à celle d'hétérosexuelle. Elle renvoie également à la notion de couple et de pratiques homosexuelles, passées ou actuelles, ou encore le fait de se faire désigner ou de se désigner comme HSH. Ce jeu de frontière autour de la catégorie peut conduire à des décisions médicales s'écartant des exigences de sécurité sanitaire. Certes, la plupart des médecins respectent à la lettre cette contre-indication mais certains ne le font pas sans critiques et peuvent, dans certains cas, y déroger. Cette dérogation mobilise des raisonnements et des interprétations où transparait la défense de compétences propres auxquelles ces médecins restent attachés.

Q : Comment expliquez-vous que cette contre-indication vous paraisse sans fondement ?

R : Quel serait le fondement médical à ça ? C'est ça la question. [...] Bon, c'est le fait qu'épidémiologiquement, il y a plus de Sida dans cette population. Mais là, en l'occurrence, on ne parle pas de quelqu'un qui a des pratiques homosexuelles quotidiennes ou qui a plusieurs partenaires. C'est quelqu'un qui a fait peut-être une expérience, une fois dans sa vie [...]. Après, il y a des gens qui sont hétérosexuels et qui ont de multiples partenaires, qui ne nous le disent pas non plus. Il faut bien trancher dans un sens ou dans un autre, mais cette contre-indication-là, médicalement, je ne sais pas si elle se justifie.

Dans cet exemple, l'interrogation sur les frontières de la catégorie conduit à remettre en cause la pertinence de sa justification scientifique. Les connaissances épidémiologiques sont alors relativisées à partir du cas que représente le donneur. Ici, le médecin ne rejette pas une contre-indication qu'il jugerait discriminatoire mais élabore une critique fondée sur une évaluation des motifs servant à la justifier. Ce raisonnement permet alors au médecin de décider en fonction d'une conception de son métier, qui, conforme aux exigences organisationnelles de l'EFS (respect de la sécurité et des normes prescrites), est également en accord avec un éthos professionnel où l'application d'une norme requiert la conviction de son bien-fondé. En outre, raisonner, en clinicien, à partir de cas spécifiques, n'exclut pas une lecture plus subjective des questions de sexualité. Ainsi, les médecins disant connaître des couples homosexuels sont souvent plus réticents à accepter cette contre-indication. De même, les cas compliqués ou douloureux peuvent conduire à ne pas la respecter afin de protéger le donneur :

« Moi, je sais que j'ai des donneurs à qui j'ai dit de se taire définitivement, je lui dis "Vous ne dites plus que vous avez eu une relation homosexuelle." [...] Ce n'est pas bien. Je n'ai pas respecté le document-cadre. Voilà. Je suis assez moi : respect des documents mais [...] il aurait fallu qu'il répète à chaque fois qu'il donnait. Putain ! Alors là, c'est du délire. »

La critique peut également se porter sur d'autres contre-indications, comme l'ajournement systématique pour cause de cancer. Il n'est pas alors rare que le médecin se fasse le porte-parole de donneurs déçus de ne pouvoir contribuer à sauver des vies alors même qu'ils disent eux-mêmes avoir beaucoup reçu des autres et de la médecine. Filant la métaphore du don et du contre-don, le raisonnement critique, homéomorphe à la plainte des donneurs, se retourne alors en argument contre la contre-indication :

« Les gens qui ont eu un cancer [...] la médecine les a aidés et tout ça. Ils ont eu une maladie grave, ils en ont guéri, ils veulent aider, du coup. Et ils sont déçus qu'on ne les prenne pas. [...] j'en revois souvent qui viennent "moi, ça fait plus de 10 ans" ; je dis "ça va changer, ne vous inquiétez pas, ça va changer" ».

Par la critique de cette contre-indication, le médecin se donne à voir comme un soignant à l'écoute des donneurs mais aussi comme un professionnel de la transfusion sanguine respectant les normes de sélection tout en souhaitant leur évolution. Cette double allégeance à la clinique et à la sécurité transfusionnelle est sous-jacente aux critiques émises par les médecins à l'encontre du référentiel. – C'est par exemple ce qui peut conduire des médecins nouvellement arrivés à l'EFS, et donc en période de conversion et d'apprentissage des règles du métier, à adopter une posture critique sur les normes de sécurité. Ces dernières donneraient l'illusion d'une maîtrise qui reste de toute façon inatteignable puisqu'ils « travaillent avec de l'humain ». Ainsi ces médecins dénoncent l'excès de normes, autant que la rigidité du RCI auquel ils reprochent de porter atteinte à la relation qu'ils ont avec les donneurs tout en ralentissant le rythme des prélèvements. Ce qui en jeu dans cette posture critique est le rôle des médecins du don dans la transfusion. Ainsi, d'aucuns acceptent mal l'importance relative de l'entretien médical dans une organisation du travail où la surveillance, l'enregistrement et la traçabilité à des fins de sécurité dominant et hiérarchisent les priorités plus que l'activité clinique à laquelle ils ont été formés. Défendre la qualité d'une relation « humaine » avec les donneurs s'avère alors un des moyens dont ces médecins disposent pour défendre leurs compétences propres (Bosk et Frader, 1980). C'est en ce sens que la décision de sélection peut être appréhendée moins comme le strict respect d'un protocole que comme une activité située d'expertise fortement contrainte par son rapport à la sécurité (Bérard et Crespin, 2010). Or ce rapport n'est pas qu'individuel, la critique du RCI peut aussi s'exprimer collectivement.

Ainsi, un malaise de donneur à la suite, par exemple, d'un prélèvement de plasma, interroge le risque que ferait courir l'augmentation des volumes admis pour ce type de don. La règle fixant ces volumes fait alors l'objet d'une discussion collective sur la nature des arbitrages et des intérêts hétérogènes dont elle serait l'expression formalisée. Dans ce cas et plus ou moins explicitement, la « pression » toujours plus forte qu'exercerait une logique industrielle et marchande sur le prélèvement se trouve dénoncée. Pour ces médecins, cette pression contreviendrait à leur sécurité, à celle des donneurs ainsi qu'au bon déroulement des collectes dans les espaces de prélèvements. Interroger certaines contre-indications s'avère aussi un moyen pour les médecins de signifier leur désaccord quant aux changements organisationnels actuellement à l'œuvre à l'EFS.

Entre avocat et magistrat de la sécurité, les figures expertes de la décision

Dans les développements ci-dessus, nous avons voulu comprendre comment les médecins du don prennent leur décision de sélection, par-delà l'enjeu de conformité aux exigences de sécurité sanitaire. Outil de décision des médecins du don, le RCI s'inscrit dans un long processus de rationalisation et de standardisation ayant comme finalité de garantir la sécurité de la chaîne transfusionnelle et des PSL. Cet impératif de sécurité résulte en grande partie des crises de santé publique des années 1990, en particulier celle du SIDA, ayant remis en cause l'existence même du système transfusionnel et conduit à le réorganiser. Le RCI résulte de cette histoire. Les crises le hantent moins comme les monstres sous les lits des enfants que comme des événements traumatiques qu'il doit conjurer grâce à la rationalité substantive qu'il véhicule. Les dynamiques de scientification, juridicisation et codification des contre-indications participent de cette volonté de prévenir les crises, en assurant la sécurité des donneurs et receveurs, comme de l'ensemble de la chaîne transfusionnelle. Le RCI dans le cours du processus de sélection oriente ainsi le jugement des médecins en l'inscrivant dans la grammaire de la prévention des risques tout en devant simplifier leur travail de décision. Comme l'indique Bosk et Pedersen (2019), parvenir à la sécurité par une refonte des processus et des outils de travail, revient à négliger le fait que ces nouvelles méthodes sont souvent en tension avec d'anciennes méthodes et des savoir-faire souvent invisibilisés par les organisations formelles du travail. En ce sens, en mettant l'accent sur les appropriations des contre-indications nous avons montré comment la décision de sélection reste une activité située, expérientielle et normative, tout en visant la sécurité de la chaîne transfusionnelle.

En ayant caractérisé une diversité d'appropriations du RCI, il est alors possible d'esquisser deux modes d'engagement des médecins dans ce travail de sélection. Cependant, il ne s'agit pas de border la compréhension de la décision de sélection dans deux ensembles hermétiques. En effet, ces deux

modes ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et ne prétendent pas non plus rendre compte de l'ensemble des pratiques des médecins. Ils doivent plutôt s'envisager comme deux boussoles épistémologiques à partir desquelles les médecins du don orientent leur décision (Dodier, 1993a). Nous distinguerons ainsi l'appropriation des contre-indications au service d'une expertise « engagée » d'une part, et au service d'une expertise « neutre » d'autre part. Le travail de l'expert engagé concourt à l'augmentation continue des exigences de sécurité. Agissant en avocat de la sécurité, il mobilise alors un ensemble de savoirs provenant d'une activité clinique antérieure, d'avis pris auprès de confrères cliniciens, du RCI, mais surtout de son expérience auprès des donneurs. Cette expérience forgée au cours du temps au contact des donneurs l'autorise à se présenter comme le porte-parole de leurs interrogations et à développer une contre-expertise sur les risques. Sans attendre une révision des contre-indications, cette contre-expertise relève du type *civique* au sens où elle est portée par un collectif réuni autour d'une valeur devant être partagée par tous (Thévenot, 2001)⁵. Dans le cas présent, un ensemble de collègues et professionnels de la sélection partage la valeur de sécurité. Tout en étant appliquées, les contre-indications peuvent ainsi faire l'objet d'une discussion sur leur efficacité, leur adéquation et leur justesse pour parvenir à cette sécurité. Dans cette évaluation « pour soi » des normes cadrant l'entretien, les cas singuliers, les individus *in situ* et donc en premier lieu les donneurs, sont le plus souvent les points de départ de la réflexivité des médecins : sont-ils aptes à donner ? Sont-ils à risque pour le receveur ? Est-ce que le don présente un danger pour les donneurs ? L'attention et le soin apportés aux donneurs orientent et structurent le jugement médical sous-tendant la décision de sélection. Ce faisant, l'orientation de plus en plus marchande et industrielle de l'EFS est perçue comme contradictoire avec une conception du don comme geste altruiste et désintéressé, dont l'expert engagé se veut également l'avocat.

Dans le cas de l'expertise « neutre », le médecin du don souhaite au contraire se dégager des biais et des compromis multiples pouvant affecter une décision orientée, elle aussi, vers la sécurité. Pour réaliser cet exercice d'abstraction, le RCI est un outil central. Relevant d'un consensus de spécialistes sur la base d'études scientifiques, il garantit l'objectivité des contre-indications et assure ainsi la neutralité morale du jugement et de la décision du médecin du don. Pour l'expert-neutre, les contre-indications sont *a priori* cohérentes avec les objectifs de sécurité transfusionnelle. Lorsqu'un

⁵Ce qui ne veut pas dire que la recherche de la sécurité soit le seul levier de cette demande d'expertise collective. La recherche d'une expertise plus collective s'avère également un moyen de légitimer leur pratique individuelle en la confrontant à d'autres. Confrontation qui conduit souvent à demander un arbitrage hiérarchique. La demande d'harmonisation des pratiques apparaît donc également comme un gage de professionnalisme dans le sens où la mise en visibilité des hétérogénéités peut renvoyer une image négative de certaines pratiques individuelles et par là fragiliser la légitimité médicale de certains médecins. L'harmonisation apparaissant alors comme une solution pour éviter la stigmatisation voire la sanction.

désaccord survient sur un ajournement, les contre-indications favorisent la clôture de la discussion en signifiant au donneur que la décision ne le vise pas personnellement, mais a pour but de préserver la sécurité des receveurs de produits sanguins. Si la discussion perdure, l'expert-neutre a plus tendance que l'expert-engagé à justifier sa décision d'ajournement en évoquant le statut réglementaire du RCI. Rarement utilisé, cet argument d'autorité reste justifié car, pour l'expert-neutre, si la norme est fondée sur un consensus scientifique, son application relève d'un consensus politico-administratif visant notamment la sécurité sanitaire. Moins que sur le donneur et son geste, la représentation du don de l'expert-neutre est davantage centrée sur leur insertion dans une entité globale, la chaîne transfusionnelle dans laquelle la sécurité du receveur prévaut. Ainsi, en tant que double dépositaire de la science et du droit, l'expert neutre use des contre-indications non pas comme un avocat, mais comme un magistrat appliquant un corpus de règles limité et unifié dont la légitimité ne saurait être (trop) discutée. L'expert-neutre s'exerce alors à la sélection de manières quasi administrative dans une sorte de détachement qui tout en garantissant l'impartialité de sa décision l'éloigne de ses collègues comme de la singularité des donneurs.