

Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques

Renaud Crespin

▶ **To cite this version:**

Renaud Crespin. Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques. Sciences Sociales et Santé, 2016, 34 (4), pp.45-69. 10.3917/sss.344.0045 . hal-02135434

HAL Id: hal-02135434

https://sciencespo.hal.science/hal-02135434

Submitted on 21 May 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques

Renaud Crespin
Politiste et sociologue, chargé de recherche CNRS, Centre de sociologie des organisations, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France ; r.crespin@cso.cnrs.fr

Sciences Sociales et Santé, vol. 34, n°4, décembre 2016
DOI : 10.1684/sss.20160403

Résumé. Depuis les crises sanitaires des années 1990, peu de travaux ont porté sur la façon dont les réformes de la transfusion sanguine ont transformé les pratiques médicales de cet espace professionnel. Comment les médecins du don, qui assurent quotidiennement la sécurité sanitaire en sélectionnant les donneurs de sang, s'approprient-ils les instruments normatifs qui cadrent leur activité de prévention des risques ? Sans réduire l'analyse à celle de l'homogénéisation des pratiques médicales, nous répondons en rendant compte d'une pluralité des usages des référen-tiels de contre-indications au don du sang, diversité qui permet de carac-tériser des points de critique et des lignes de résistance aux réformes sanitaires et managériales selon les trajectoires professionnelles et les positions que les médecins du don occupent au sein des différents sites bretons dans lesquels l'enquête a été menée.

Mots-clés : *don du sang, contre-indications, critiques, profession médicale.*

Les crises sanitaires des années 1990 ont conduit à de profondes réformes de l'organisation et de l'administration de la santé publique (Benamouzig et Besançon, 2005 ; Buton, 2006). Dans le domaine des risques sanitaires liés aux produits de santé où elle occupe une position paradigmatique (Hermitte, 1996 ; Setbon, 1993), la transfusion sanguine n'a pas échappé à ce processus réformateur (Chauveau, 2011 ; Fillion, 2009). Fortement marquées par l'affaire du sang contaminé, son organisation comme ses règles et pratiques professionnelles ont ainsi été profondément redéfinies par le principe de sécurité sanitaire (Setbon *et al.,* 1997 ; Tabuteau, 2007). Si des travaux se sont intéressés à l'élaboration des normes et des instruments de mise en œuvre de ces réformes (Crespin et Danic, 2012a) peu se sont penchés sur la façon dont les personnels de l'Établissement français du sang (EFS) (1) se les approprient. C'est ce sur quoi porte cet article en s'intéressant aux médecins du don. Acteurs centraux du dispositif de transfusion puisqu'ils assurent au quotidien la sélection des candidats au don du sang, ces médecins sont, à l'instar des *street level bureaucrats*, au contact direct des usagers que sont les donneurs (Lipsky, 2010). Longtemps réalisées par des étudiants en médecine, la collecte de sang et la sélection des donneurs se sont professionnalisées avec la mise en place d'une formation et d'un diplôme de « médecine du don » (2). Depuis la fin des années 1990, chaque personne désirant faire un don de sang doit au préalable s'entretenir avec un

(1) Créé par la Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 pour remplacer l'Agence française du sang, l'EFS est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Il est chargé de veiller à satisfaire les besoins en produits sanguins labiles (PSL) et à adapter, dans le respect des principes éthiques, l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques. Il dispose d'un monopole sur le territoire national pour l'organisation des activités de collecte, la qualification biologique des PSL et leur distribution aux établissements de santé. L'EFS est constitué d'un siège national et de 17 établissements de transfusion sanguine (ETS) régionaux ou inter-régionaux.

(2) Un arrêté de septembre 1993 n'autorise l'activité de sélection qu'aux seuls internes et docteurs en médecine et un décret de 1994 précise que seuls les docteurs en médecine ayant une qualification sanctionnée par un diplôme de « médecine du don » peuvent l'effectuer. Obligatoire dans les deux ans après l'entrée à l'EFS, ce diplôme est délivré par l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS) ou par des universités. Il s'acquiert après une formation d'environ deux semaines sur les aspects médicotechniques, cliniques, éthiques et managériaux du prélèvement.

médecin du don, on parle alors de sélection médicale (3). Cette dernière fait aujourd'hui l'objet d'une procédure standardisée (Danic et Beauplet, 2003) en plusieurs étapes afin de réduire l'incertitude qui entoure un don pour le système transfusionnel (4). Cette mise en risque du candidat au don s'opère grâce à des examens succincts et surtout un entretien médical qui porte sur son mode de vie, son état et ses antécédents de santé. La forme et le contenu de cet entretien médical résultent d'une longue histoire marquée lors des trente dernières années par trois dynamiques. La première est une dynamique de juridicisation qui débute dans les années 1950. Si des entretiens pour sélectionner les donneurs existent depuis les années 1920, il faut en effet attendre un arrêté de mai 1956 pour qu'en soient fixées les premières règles et modalités. Mais ce premier cadrage normatif ne conduit pas à standardiser la sélection sur l'ensemble du territoire car l'autonomie accordée aux Centres de transfusion sanguine (CTS) leur permettait de définir leurs propres procédures selon leur expérience et leurs besoins en produits sanguins. À partir de la fin des années 1970, ces normes se font plus contraignantes. En quelques années, elles passent d'un guide de recommandations élaboré par une association de responsables de prélèvement œuvrant, au départ, en marge des instances transfusionnelles (première monographie), à un référentiel professionnel piloté par l'Agence française du sang (AFS) (monographie de contre-indications au don du sang), puis au document référençant les contre-indications (DRCI) interne à l'EFS, dont la forme emprunte au domaine juridique. Enfin, dans les années 2000, les différentes controverses entourant l'intégration de directives européennes sur les règles de sécurité transfusionnelle conduisent les autorités françaises à passer par la voie règlementaire pour actualiser le DRCI (Crespin et Danic, 2012b). Une seconde dynamique de scientifisation modifie les savoirs et les raisonnements servant de socle argumentaire aux critères de sélection. Si la première monographie de 1989 visait en partie à répondre au constat de la non-application

(3) En aval, le dispositif de sélection est complété par des outils biologiques et des techniques physico-chimiques capables d'atténuer la nocivité des agents transmissibles potentiellement présents dans les produits sanguins. Toutefois, le volet biologique est limité par la disponibilité des tests et par la période silencieuse pouvant suivre une contamination.

(4) La première étape est l'information pré-don au cours de laquelle l'on informe le donneur sur les enjeux généraux du don de sang. La seconde est un info-questionnaire qui prépare à l'entretien médical. La dernière étape consiste en la remise d'une information post-don qui invite le donneur à contacter l'EFS en cas d'événement médical survenu après le don ou de doute sur les réponses apportées lors de l'entretien.

de la circulaire du 20 juin 1983 qui prônait l'auto-exclusion du don de sang des personnes à risque vis-à-vis du sida, elle relève également de ce qu'E. Fillion appelle la clinique transfusionnelle traditionnelle (Fillion, 2009). En effet, le groupe qui élabore la première monographie est composé de cliniciens, responsables de prélèvement de plusieurs CTS, qui s'adressent à d'autres cliniciens, les étudiants en médecine qui effectuent à l'époque la très grande majorité des entretiens pré-don. La définition des normes de contre-indications repose sur la recherche des risques transfusionnels associés à une pathologie repérée chez un « donneur ». Pour chaque pathologie, un courrier est adressé à un ou plusieurs spécialistes hospitaliers pour avis sur les éventuels risques encourus par un donneur et/ou un receveur. Les réponses servent ensuite à élaborer les contre-indications. Révisée dans le cadre de la loi du 4 janvier 1993 qui marque le passage de la transfusion du « bricolage héroïque » à l'industrie et au professionnalisme (Fillion, 2005), cette première monographie est remplacée, en juin 1994, par la monographie des contre-indications au don du sang. Confiée au Groupe donneur-Santé publique (GDSP) de l'AFS, cette seconde monographie intègre les critiques du dispositif de sélection clinique émises à partir des savoirs et des instruments de la biologie en particulier sur les pathologies émergentes telles que le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou le VHC (virus de l'hépatite C). Les contre-indications se dotent des outils et savoirs de l'épidémiologie, comme la notion de « groupe à risque » et intègrent des formes de modélisation du risque issues des sciences biomédicales (5). Cette seconde monographie se veut aussi plus sécuritaire (6). Le raisonnement clinique, appareil par appareil, pathologie par pathologie, n'est pas abandonné mais réorienté vers la sécurité du receveur conformément au principe de précaution, véritable matrice opératoire de la sécurité sanitaire. En 2002, le DRCI poursuit cette consolidation scientifique. Suivant les nouvelles procédures d'expertise qui, au sein des agences sanitaires, doivent garantir une plus grande

(5) En 1997, avoir été préalablement transfusé devient une contre-indication définitive au don de sang. Issu des travaux du Comité de suivi de la sécurité transfusionnelle, le raisonnement rompt avec l'approche clinique qui prédominait pour s'apparenter à une forme d'hybridation entre raisonnements et savoirs biologique et épidémiologique.

(6) Plus de 80 contre-indications sont ainsi définies à partir des bibliographies scientifiques existantes, des expériences étrangères publiées et de la mobilisation de réseaux de cliniciens.

transparence, la logique est de « documenter » les contre-indications en assurant la traçabilité des références scientifiques utilisées (7).

À l'articulation des dynamiques de juridicisation et de scientifisation, les lois de 1993 et du 1er juillet 1998 (8) marquent l'entrée du monde transfusionnel dans la modernité thérapeutique (Dodier, 2003). Mais ces textes véhiculent également de nouvelles formes d'organisation et de management des activités transfusionnelles. Dès les années 1950, l'introduction de logiques industrielle et marchande ainsi qu'une forme de concurrence entre les centres de fractionnement avaient suscité de vives oppositions (Chauveau, 2004 ; Hermitte, 1996 ; Steiner, 2001). La recherche d'une « meilleure » gestion des activités de prélèvement se poursuit néanmoins dans les années 1970 avec les tentatives d'harmonisation des critères de sélection qui aboutiront, en 1989, à la première monographie. Dans les années 2000, cette dynamique organisationnelle s'intensifie avec le déploiement des outils du *new public management* (NPM) (Bézes *et al.,* 2011) dans le domaine de la santé publique (Rolland et Sicot, 2012) : création d'agences, gestion par les résultats selon la réalisation d'objectifs, mesure des performances, mise en concurrence des centres et des personnels, adoption d'un système qualité, marketing pour fidéliser les donneurs, *phoning*, don sur rendez-vous, etc.

Dans ce contexte, les pratiques de contractualisation de l'EFS se sont accentuées, alignant l'organisation de cet établissement public sur le modèle du marché et de l'industrie et suscitant des interrogations parmi le personnel médical sur le sens de leurs missions. Comment rendre intelligibles ces questionnements tout en les resituant dans les trois dynamiques repérées ?

À l'instar des travaux dépassant la seule critique de l'homogénéisation des pratiques médicales pour caractériser la pluralité des usages des recommandations par les médecins (Castel, 2006, 2009), notre analyse porte sur des instruments et des normes qui cadrent non pas une relation thérapeutique avec des malades (Castel et Merle, 2002) mais une relation préventive sur les individus, *a priori* sains, que sont les candidats au don

---

(7) Cette dynamique de scientifisation résulte également des controverses publiques qui, notamment lors de la révision du DRCI en 2006, ont porté sur la légitimité de la notion de « population à risque » pour justifier l'exclusion systématique des homosexuels du don de sang. L'ajournement permanent du don du sang des homosexuels masculins est finalement maintenu au regard des données épidémiologiques et de la modélisation du risque.

(8) Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

du sang (Hauray, 2005). Pour caractériser cette diversité d'usage et contre l'approche fonctionnaliste des instruments (Baudot, 2011 ; Crespin, 2006, 2009 ; Crespin et Lascoumes, 2000 ; Lacoumes et Le Galès, 2004), nous mettrons l'accent sur les tensions et les conflits induits par l'appropriation du référentiel de contre-indications dans les rapports que les médecins du don entretiennent à leur métier, leur hiérarchie et leurs activités professionnelles. En effet, comme cela a été montré pour d'autres agences sanitaires, la procéduralisation et le durcissement du cadrage normatif des pratiques de sélection ne va pas nécessairement à l'encontre des intérêts des médecins (Dalgalarrondo et Castel, 2005). De même, les effets de la contractualisation et de l'introduction des outils du NMP sont ambigus. D'un côté, ils s'accompagnent d'une redistribution des pouvoirs avec l'apparition de niveaux intermédiaires et la généralisation d'indicateurs qui accentuent un contrôle externe plus direct sur les activités des médecins. D'un autre côté, ils peuvent être une opportunité pour des médecins souhaitant se lancer dans des carrières plus proches de la gestion au sein d'établissements bureaucratisés (Freidson, 1985, 2001). Comment les médecins du don disent-ils et vivent-ils l'ambivalence, voire les contradictions, liées à ces différentes dynamiques ? Telle est la question à laquelle souhaite répondre cet article issu d'une enquête menée auprès de médecins du don de différents sites de l'EFS en Bretagne (9). L'objectif est double. Il s'agit, d'une part, de caractériser les modes d'appropriation des dynamiques régulatrices (scientifisation, juridicisation, organisationnelle) au sein de l'espace professionnel des médecins du don, et d'autre part, de repérer les points de critique et les lignes de résistance qu'elles suscitent selon les trajectoires professionnelles et les positions que ces médecins occupent au sein des différents sites envisagés.

---

(9) L'enquête repose, d'une part, sur l'analyse des différents supports normatifs (guides de bonnes pratiques, arrêtés, notes et règlements interne à l'EFS, information pré et post-don). D'autre part, nous avons réalisé une quinzaine d'entretiens individuels semi-directifs d'environ 1h30, ce qui représente près du tiers des médecins du don exerçant en région Bretagne, en privilégiant les sites de Rennes, Lorient et Brest. Enfin, si pour des raisons de secret médical, nous n'avons pas observé directement le travail de sélection, nous avons mené des observations sur les lieux de collecte et assisté à de nombreuses réunions plus ou moins formelles sur les objectifs, les contraintes organisationnelles et les problèmes associés à la gestion du prélèvement. Cette enquête a été rendue possible par l'EFS-Bretagne qui a facilité l'accès au terrain et aidé à constituer un échantillon représentatif de médecins au regard de leur ancienneté et de leur trajectoire professionnelle.

Lors de l'enquête, il est rapidement apparu que des effets de génération permettaient de distinguer les médecins du don dans leurs manières de s'approprier les normes qui encadrent leurs activités. Ainsi, pour les plus anciens, les « jeunes » seraient moins enclins à émettre un jugement critique sur les contre-indications et/ou sur les réformes managériales qui modifient l'exercice de leur métier. Pour les plus jeunes, les « anciens » continueraient à avoir une conception de leur métier héritée d'un passé où primait une organisation plus informelle et donc moins contrôlée du prélèvement. Pour autant, ce constat d'une différence dans les perceptions générationnelles, loin de clore l'analyse invite plutôt à la débuter. En effet, ces écarts de représentation du métier ne sont pas le seul effet de l'âge, mais renvoient, d'une part, à la position occupée par les médecins dans la division du travail de prélèvement et, d'autre part, à leur trajectoire personnelle et à leur formation professionnelle. Une première distinction peut être ainsi faite entre les médecins « entrants » et « installés ». Ces derniers exercent depuis plus de dix ans dans les différents ETS bretons concernés par l'enquête, ancienneté qui leur permet de se prévaloir d'une reconnaissance et d'une position professionnelle plus stable que celle de médecins « entrants » qui disposent en conséquence d'un moindre capital professionnel et organisationnel (Belorgey, 2010). Nous montrerons que si les « établis » sont souvent les plus critiques vis-à-vis des contre-indications ou des réformes en cours, c'est parce qu'ils possèdent des ressources de jugement dont ne disposent que plus rarement les « entrants ». Ces derniers sont donc plus « exposés » aux réformes et, surtout, doivent se convertir aux règles d'un métier qui s'avèrent souvent éloignées de la médecine pour laquelle ils ont été formés.

Entre défense d'une « santé publique » et attachement à la sécurité : le discours critique des médecins installés

Parmi les médecins « installés », certains sont entrés dans un ETS de Bretagne juste après leurs études de médecine, d'autres à la suite d'une plus au moins courte activité clinique qu'ils jugent souvent décevante humainement et professionnellement. Globalement, rares sont les médecins du don pour qui travailler à l'EFS est une vocation. Ce choix de carrière répond le plus souvent à des contraintes familiales nécessitant la recherche d'un travail salarié, phénomène que l'on retrouve également chez les entrants. Pour autant, c'est davantage parmi les médecins installés que l'on trouve une culture professionnelle dans laquelle domine une représentation de la transfusion comme celle d'un exercice collectif (Berg,

1995 ; Setbon, 2000). Cette conception du métier peut, par exemple, s'ancrer dans le souvenir d'épisodes marquants au cours desquels la solidarité collective a permis de sauver des vies, comme le rapporte ce médecin responsable de prélèvement : « *Un accident de bus, ramassage scolaire avec plein de gamins blessés. Un évènement régional. Une forte solidarité des habitants. Une solidarité globale. J'ai compris ce jour-là pourquoi on faisait ce métier. Un souvenir déterminant, très marquant.* »

Si, pour ces médecins, la situation de don s'insère dans une médecine publique axée sur la prévention de la santé des populations, la multiplication des règles et des procédures encadrant l'activité transfusionnelle est d'autant mieux acceptée qu'elle apparaît comme une garantie de sécurité pour les donneurs et les receveurs. Appropriées comme des instruments permettant d'éviter des erreurs aux conséquences parfois mortelles, ces normes s'avèrent ainsi une condition pour un bon exercice de leur métier : « *Il est normal d'avoir des exigences de protocole, pour avoir des exigences de résultats. On n'a pas le droit de jouer avec la sécurité du donneur, du receveur. Je trouve que c'est tout à fait logique, parce que c'est trop important […] J'essaie d'être en conformité avec les mesures de précaution et de prévention, de faire pour le mieux […] pour qu'il n'y ait pas d'accident, voilà, c'est ça* » (médecin du don).

Cette approche collective de la santé conçoit le don comme le produit d'un système sanitaire dont la sécurité repose sur des règles et des procédures fondées sur la science. Cette objectivité scientifique des normes, garantie par des études statistiques, est non seulement ce qui conduit les médecins à s'en remettre aux savoirs des experts mais aussi ce qui leur permet de justifier leur adhésion au référentiel de contre-indications : « *Je ne veux pas discuter les contre-indications. Voilà […] Je pense qu'il y a des gens très compétents, des experts, s'ils ont décidé de telle ou telle contre-indication, c'est qu'il y a forcément des raisons et que moi, je ne peux pas juger de ces contre-indications* » (médecin du don).

Pour ces médecins salariés, l'accord sur les règles de sécurité provient moins d'un souci de respect de la hiérarchie que de l'adéquation de ces règles avec des attentes et/ou des conceptions préalables du métier et/ou de leur inscription en continuité avec des pratiques médicales antérieures : « *Cette exigence de sécurité à la fois du receveur et du donneur, qui passe par un certain nombre de protocoles, de normes […] c'est très important. De toute façon, […] j'ai fait un peu de réa et je suis très conscient que les règles qui nous sont dictées, le sont par des gens très compétents* » (médecin du don).

Pour les personnels les plus anciens, l'attention portée à la sécurité de la chaîne transfusionnelle s'avère d'autant plus forte que les crises sanitaires des années 1990, en particulier celles liées au VIH et au VHC, ont

révélé des dysfonctionnements dans la sélection des donneurs (Setbon, 1993). L'insistance mise sur le respect des normes de contre-indication renvoie ainsi à une exigence de retour à l'ordre et de maintien d'un fonctionnement sécurisé. Le respect de la règle commune doit aussi garantir une forme de collégialité de la décision médicale, entendue comme le moyen le plus efficace pour éviter que ne se reproduisent les « *erreurs du passé* » (Fillion, 2009).

Des failles de la science à l'ébauche d'une critique : questionner les normes

Néanmoins, ce sont les médecins installés qui expriment le plus ouvertement des critiques sur certaines contre-indications et sur les évolutions managériales en cours. Les contre-indications les plus sujettes à controverse sont celles qui portent sur l'orientation et les comportements sexuels des candidats au don. C'est particulièrement le cas de l'ajournement des personnes ayant eu une expérience homosexuelle lointaine et, dans une moindre mesure, des homosexuels vivant en couple, alors même que les couples hétérosexuels ne font pas l'objet de ce type de mesure. Pour ces médecins, le présupposé d'un risque sexuel spécifique chez les personnes homosexuelles suscite d'autant plus de questions que d'autres pays n'ajournent pas systématiquement pour ce motif. Certains médecins restent peu convaincus par les arguments épidémiologiques qui permettraient de justifier cette contre-indication. Cette réserve tient à leur travail d'évaluation du donneur, pris en tension entre des critères généraux se voulant objectifs (l'homosexualité est une contre-indication) et un raisonnement médical mené à partir de cas individuels dans lequel interviennent des critères subjectifs. Ainsi, les médecins qui connaissent des couples homosexuels sont les plus réticents à accepter cette contre-indication. Certains cas « *douloureux* » peuvent même conduire, dans l'intérêt du donneur, à ne pas respecter cette contre-indication : « *Moi, je sais que j'ai des donneurs à qui j'ai dit de se taire définitivement : à un jeune homme qui avait été abusé […] je lui dis "vous la fermez maintenant. Vous ne dites plus que vous avez eu une relation homosexuelle." […]. Tant pis, je m'en fous. Ce n'est pas bien. Je n'ai pas respecté le document cadre. Voilà. Je suis assez moi "respect des documents" mais en l'occurrence, je fais quand même quelques entorses* » (médecin du don).

La contre-indication qui conduit à un ajournement de 8 jours pour les personnes ayant subit un détartrage dentaire est également discutée. La mesure du risque est jugée excessive car elle écarte des personnes qui pourraient donner leur sang sans réellement porter atteinte à la sécurité

sanitaire puisque la durée de l'ajournement a changé selon les référentiels. Enfin, certains médecins critiquent la règle d'augmentation des volumes de prélèvement en plasma en l'interprétant comme une conséquence de la pression de l'approvisionnement et surtout de l'inégalité de la répartition de la production sur le territoire national (*cf. infra*). Certaines régions, comme la Bretagne, seraient ainsi obligées de compenser les déficits des autres régions tout en devant répondre à des besoins propres qui augmentent. Ce principe de péréquation est parfois mal accepté, car les personnels ne perçoivent pas toujours les ressources liées au statut de région excédentaire (10), statut directement lié, selon eux, à la qualité de leur travail. Ce qui est alors perçu comme un manque de reconnaissance suscite de l'incertitude et de l'inquiétude, sur le mode : « *jusqu'où va-t-on aller ?* »

Formes rhétoriques et registres critiques des médecins installés

D'une façon générale, le discours critique contre les réformes se déploie à partir d'un attachement des médecins installés à une organisation du travail dans laquelle prévalaient des relations domestiques et confraternelles fondées sur une expérience partagée du prélèvement, sur des valeurs civiques communes et sur une reconnaissance partagée de la valeur humaine du geste des donneurs (11). La critique vise alors des transformations organisationnelles qui privilégient les compétences techniques et managériales au détriment de l'expérience professionnelle des médecins. Ce que contestent ces derniers n'est donc pas l'évolution vers plus de sécurité, mais les possibles « effets pervers », voire la « mise en péril », de leur métier du fait des modes actuels de rationalisation de l'organisation du travail au sein de l'EFS. Si les discours des médecins stabilisés présentent des similitudes avec ce que A.O. Hirschman nomme la « *rhétorique réactionnaire* », les arguments reposent ici davantage sur l'expérience quotidienne des transformations de l'activité professionnelle que sur l'anticipation abstraite d'un changement hypothétique (Hirschman, 1991).

---

(10) Ce statut de région excédentaire et l'image de « bon élève » qui lui est attachée permet, par exemple, de peser sur les arbitrages nationaux concernant l'ouverture et la répartition des postes ou encore de discuter, voire négocier, les objectifs quantifiés de prélèvement fixés par la direction nationale.

(11) Ce type de relations professionnelles est proche de la notion de « clinique domestique » utilisée par Fillion pour décrire la médecine de l'hémophilie avant l'affaire du sang contaminé (Fillion, 2009).

Contre les effets pervers de la qualité : défendre une part d'autonomie ?

L'un des aspects le plus critiqué des réformes actuelles est une nouvelle stratification interne qui distingue symboliquement et/ou hiérarchiquement ceux qui élaborent les normes et ceux qui les appliquent (Freidson, 1985). Cette distinction s'est accrue à mesure que les contre-indications s'élaboraient de plus en plus à l'extérieur du système transfusionnel, en faisant intervenir des acteurs de plus en plus différenciés (Crespin et Danic, 2012a). De nombreux médecins dénoncent ainsi une surveillance accrue de leurs pratiques par le biais de la démarche qualité, de l'enregistrement écrit de leurs décisions, des différentes fiches de conduite à tenir pour recenser et renseigner l'ensemble des incidents de collecte. Ce formalisme est perçu comme le passage à une « culture de l'écrit » (Cochoy *et al*., 1998) qui peut être assimilé à une forme de bureaucratisation portant atteinte à l'autonomie médicale : « *C'est vrai qu'on a un système où il y a beaucoup d'écrits ; et il y a des gens qui ont une culture de l'écrit, et d'autres qui ne l'ont pas […] On a un fonctionnement tellement écrit que c'est difficile […] Quand on fait "Médecine", on aime bien avoir un libre-arbitre. Un médecin, c'est un peu un décideur. Et c'est vrai qu'à un moment, on sent une certaine dépossession des choses, quand on n'a plus le côté décideur sur son métier, qu'on se voit se rapprocher du rôle de l'infirmière […] on se sent dépossédé* » (médecin du don).

Cette rationalisation des pratiques par l'écrit a été, au moins au départ, plutôt bien acceptée par les médecins. Une majorité d'entre eux voyant même dans la qualité une opportunité pour réformer d'anciennes façons de travailler qui, encore fondées sur la persistance d'un modèle associatif de la transfusion, ne permettaient plus de garantir pleinement la sécurité des malades transfusés (Setbon, 2000). De plus, la qualité devait être l'occasion pour les personnels de définir collectivement les règles et les protocoles organisant leurs métiers. Mais, à la participation promise s'est substituée, à mesure que des experts prenaient le contrôle du processus, une logique de prescription des règles qui plaçait les médecins dans une position de simples exécutants (Musselin *et al*., 2002) : « *Il y avait quelque chose d'assez riche dans la proposition qui était faite. Et puis très vite, on s'est rendu compte que c'était les experts de la qualité qui se mettaient là-dedans et puis que les gens sur le terrain étaient un peu désinvestis de tout ça et qu'on devenait des appliquants, des exécutants ; […] On était retirés de cette partie-là. C'est un peu le sentiment que j'ai eu, que beaucoup ont eu* » (médecin du don).

Les procédures « qualité » font l'objet de jugements ambivalents, perçues à la fois comme une ressource, puisqu'elles rendent plus expli-

cites les règles à suivre, mais également comme une contrainte. Elles s'ajoutent en effet à une production normative constante que les médecins disent ne pas avoir le temps d'assimiler et qui serait source d'erreurs : « *Si on rajoute trop de choses trop vite, moins les gens les assimilent et plus ils vont faire des bêtises* ». Mais, plus encore, c'est le sentiment de devoir en permanence rendre des comptes qui semble le plus difficilement accepté. En effet, le mode d'écriture promu par la qualité vise à expliciter les actions et les savoirs non écrits et donc à les rendre visibles aux yeux de la hiérarchie mais aussi des équipes de travail (Mallard, 2000). Cette mise en visibilité des pratiques par la quantification s'avère aussi un moyen de les comparer entre eux selon des objectifs normés. Pour certains, cette double logique de contrôle et d'évaluation accroît le sentiment d'être surveillés, voire « espionnés », dans le but de repérer leurs éventuels écarts à la norme, comme c'est le cas pour la surveillance des taux de refus des candidats au don : « *On a des mouchards tous les mois. On a un tableau machin. Nombre de donneurs, nombre d'HBS, nombre de tétanos, nombre de motifs de refus, machin : c'est un mouchard. Ça s'appelle comme ça. Ils n'aiment pas qu'on appelle ça comme ça mais ça s'appelle comme ça. Mais moi, j'appelle ça un mouchard* » (médecin du don).

À l'instar de ce qui a pu être analysé dans d'autres types d'organisation, l'introduction du management par la qualité a transformé le fonctionnement des services et des équipes (Benamouzig et Robelet, 2014 ; Marchal, 2010 ; Segrestin, 1996) affectant le rapport au travail, comme l'exprime en une formule ce responsable du prélèvement : « *avant on avait le souci de bien faire, maintenant on a peur de mal faire* ». Cette peur découle en grande partie d'une surveillance et d'un enregistrement de leurs actes qui visent moins à stabiliser leurs pratiques qu'à les rendre visibles aux yeux des collectifs de travail et de la hiérarchie. De fait, la norme se faisant de plus en plus précise, la moindre variation dans les pratiques individuelles est perçue comme un écart, voire une faute. Individuellement comme collectivement, les médecins du don en viennent à ajuster leurs actions en anticipant le contrôle des supérieurs hiérarchiques, de manière à limiter toute stigmatisation de tel ou untel. Ils se tournent vers leurs supérieurs hiérarchiques que sont les responsables de prélèvement pour harmoniser, en amont du contrôle, les pratiques au sein des équipes. Les responsables de prélèvement sont alors placés dans une position difficile. En effet, ils doivent promouvoir un système de management par la qualité qui exige une forme d'autocontrôle et de responsabilité individuelle (Rot, 1998) des médecins alors que la demande de régulation que ces derniers adressent à leurs responsables relève davantage d'un modèle hiérarchique vertical.

Contre la mise en péril de leurs activités et l'inanité du formalisme : défendre son professionnalisme

Outre leur résignation face à une pression normative qui ne cesse de réduire leurs marges de manœuvre professionnelle, les médecins du don déploient également un discours critique qui révèle des intérêts, des savoirs et des visions du travail qui s'opposent aux réformes actuelles. Ainsi, pour certains médecins, le principal problème est de concilier les exigences découlant d'une rationalisation du temps dont ils disposent pour sélectionner des donneurs et celles relevant d'une éthique de travail qui insiste sur le « bon » accueil des donneurs. La qualité de l'accueil est pour eux une condition essentielle pour que les donneurs reviennent donner leur sang. La pression qu'exercent les objectifs chiffrés de collecte réduit le temps accordé à chaque donneur et mettrait en péril l'activité même de prélèvement : « *Si on n'arrive pas à approvisionner ? Si on n'arrive pas à maintenir les objectifs ? Comment fera-t-on ? C'est plutôt ça mon problème […] Mon problème, c'est de conserver nos donneurs […] qu'ils reviennent volontiers nous voir, sans les rebuter ; que ça se passe bien. Et je comprends bien qu'on a des contraintes […] et puis on est salarié, donc, on applique, faut pas qu'on réfléchisse à ce niveau-là, mais donc, c'est ça mon problème…* » (médecin du don).

Pour ces médecins, la rationalisation du temps de sélection (rendement/nombre de donneurs à l'heure) rend plus difficile ce qu'ils considèrent comme un point essentiel de leur métier : accueillir correctement les donneurs pour les fidéliser. C'est à partir de cette tension que se déploie un discours critique sur les contre-indications qui compliquent la fidélisation et le recrutement des donneurs sans faire progresser ni la sécurité ni la qualité des produits sanguins : détartrage dentaire, augmentation des volumes, expérience homosexuelle lointaine.

D'autres médecins, plus favorables aux réformes, dénoncent le formalisme de certaines règles jugées mal adaptées à la réalité du terrain. La critique pointe alors moins l'industrialisation du prélèvement et de l'EFS que le manque d'explication sur le sens et la cohérence de la logique normative qui l'accompagne. Ce déficit est souvent perçu comme une façon de les cantonner dans un rôle de simple exécutant et comme un indicateur de déclassement par rapport à d'autres corps de métiers : « *Une infirmière pour elle, les choses sont normales, on exécute et on est là pour exécuter. Un médecin c'est différent. Il a besoin d'avoir un raisonnement logique pour s'imprégner de quelque chose. Et c'est vrai que plus ça vient de haut, plus c'est difficile pour un médecin […]* » (médecin du don).

La critique se veut alors « constructive ». Il ne s'agit pas de rejeter les normes mais de mieux les comprendre afin de mieux les appliquer. Le

travail implique, certes, de respecter les contre-indications, mais cette tâche n'est possible que par l'interprétation et l'ajustement des normes à des pratiques de sélection qui portent sur des donneurs singuliers et non interchangeables. Dénoncer un déficit d'explication des normes c'est donc rappeler le rôle central des médecins dans la mise en œuvre de la sécurité au contact direct des donneurs. Cette position en apparence « défensive » prend tout son sens dans le contexte des réformes actuelles puisque l'une des pistes privilégiée par l'EFS est de confier la sélection médicale des donneurs à des infirmières. Cela conduit, au minimum, à redéfinir le rôle des médecins du don vers des tâches plus transversales allant de l'investigation à l'expertise en passant par la veille sanitaire (Danic et Pelletier, 2013).

Entre critique et adhésion : être médecin du don après le sang contaminé

Les médecins entrant à l'EFS se montrent également critiques vis-à-vis des règles qui régissent leurs activités professionnelles. Toutefois, cette disposition à la critique est, comme pour les médecins installés, inégalement distribuée. Les valeurs, les parcours professionnels et la formation en médecine du don sont autant de variables qui orientent la façon dont ces entrants intègrent les normes et les instruments qui cadrent leur « nouveau » métier.

Faire sa place : l'apprentissage des règles du métier

L'entrée à l'EFS implique l'apprentissage d'un ensemble de nouvelles normes. Cette période est propice à l'énoncé d'arguments critiques car ce qui se joue pour ces médecins est une forme de conversion à des façons de faire, de voir et de penser qui peuvent s'avérer très différentes de celles reçues lors de leurs études médicales. La formation en médecine du don est ainsi souvent vécue sur le mode d'une révélation sur les enjeux collectifs de la transfusion sanguine : « *Oh, oui ! Sécurité transfusionnelle. Je l'ai compris en faisant les cours de la médecine du don. Ça, ça a été énorme. Ça, ça a été une avancée énorme, là. […] Et de comprendre le métier en lui-même. La globalité du métier. Parce qu'avant, moi je pensais être un tout petit pion, et je ne voyais pas bien ce que faisaient les autres et à quoi ça servait tout ça. Mais maintenant, oui* » (médecin du don).

Il apparaît à travers les entretiens que l'acquisition d'une culture de prévention des risques transfusionnels ne va pas de soi. Elle est d'autant plus aisée qu'elle prolonge des pratiques professionnelles antérieures ou qu'elle répond à des valeurs civiques faisant du don, un geste altruiste et solidaire : « *Peut-être à cause de mon travail en réa et que j'ai vu des transfusions, le don du sang a toujours été pour moi un beau geste. Quand on voit les gens qui donnent, faire ce geste, ce n'est pas rien […] pour des gens qui n'ont pas été dans des situations d'urgence, faire ce geste, comme ça, d'emblée, moi, je trouve ça super* » (médecin du don).

Porter l'attention sur les arguments critiques déployés permet de repérer les points de résistance à la conversion aux spécificités de la médecine du don. Si elle est souvent transitoire, cette résistance porte principalement sur les modes de rationalisation de l'activité médicale. Le discours critique des entrants mobilise ainsi des arguments issus de leurs pratiques antérieures et notamment une approche de la clinique dans laquelle prévaut la singularité des cas, bien plus que l'application de procédures uniformes.

L'adhésion problématique à une logique de contrôle

Lorsqu'ils débutent, les médecins sont souvent déconcertés par une normalisation des pratiques de sélection qui tendrait à dépersonnaliser leur relation avec les donneurs (Ogien, 2000). Certains se disent ainsi gênés par la dimension « policière » de l'entretien médical : « *On a un côté interrogateur, policier. Au début, c'était compliqué pour moi ça ; au début, je n'osais pas d'ailleurs (Elle rit). J'étais beaucoup plus dans la discussion. Et puis maintenant, je me rends compte que des fois, c'est trop. Ça va trop dans le mitraillage policier. Mais quand il y a du monde, des fois on se rend compte que, effectivement, quelque chose de la relation humaine qui se perd un peu* » (médecin du don).

L'adhésion à un dispositif d'entretien réduit à une simple opération de classement et de tri en fonction des critères pré-établis (Lavitry, 2012) s'avère délicate pour les médecins qui conçoivent la relation médicale sur le modèle du cabinet libéral où prévaut l'échange avec un malade. Les spécificités de la situation de sélection expliquent certaines des tensions inhérentes à l'entretien pré-don. En effet, alors même que la sélection des donneurs vise essentiellement à protéger la santé des receveurs, les médecins du don ne les rencontrent que rarement. En effet, les transformations de l'organisation de la transfusion et des techniques de prélèvement l'ont sans cesse éloignée des lieux de collecte (Crespin et Danic, 2012a). Dans le quotidien de leurs activités, ils ne perçoivent les receveurs que de façon « théorique », par le truchement des risques qu'il convient de leur faire

éviter. En revanche, l'identification de ces risques se fait par l'observation clinique de donneurs que les médecins côtoient, voire connaissent, du fait de la répétition des collectes ou de la nécessité de la fidélisation. Or, paradoxalement, les médecins ne disposent que de quelques minutes avec un donneur, ce qui peut s'avérer problématique lorsque ce dernier demande des explications sur les raisons de certains refus et/ou ajournements. En effet, le temps court empêche d'atténuer la violence symbolique qui s'exerce du fait de l'inégalité structurelle des positions entre médecins et donneurs lors des entretiens. Souvent qualifié d'« interrogatoire », ce mode d'échange peut être une source de tensions, voire de conflits, car la durée de l'entretien ne permet pas « *d'arrondir les angles* » sur des questions comme la sexualité, encore perçues comme intrusives par certains donneurs (Proteau, 2009).

Contre la standardisation : la défense de la clinique et de l'autorité médicale

Contre une standardisation des procédures et des contre-indications jugées trop contraignantes, les médecins entrant à l'EFS mobilisent également des arguments en termes de maintien d'une prise en charge individualisée du donneur. Cette critique repose sur l'affirmation d'une forme d'irréductibilité entre la médecine transfusionnelle et l'*evidence-based medicine*, socle argumentaire du référentiel de contre-indication (Daly, 2005) : « *Le problème en transfusion, c'est qu'on part de chaque donneur qui est complètement différent : à l'instant T qui est complètement différent, avec des anticorps totalement différents, et on veut avoir un produit standardisé, le plus possible. Il y a un hiatus quand même. On arrive à certaines choses, on n'arrivera jamais à tout* » (médecin du don).

Comme d'autres, les propos de ce médecin rappellent que les produits biologiques d'origine humaine ne peuvent jamais être tout à fait standardisés. Cette tension entre deux composantes de l'exercice de la sélection médicale, à savoir la clinique et le recours aux savoirs scientifiques, est particulièrement perceptible lorsqu'est abordée la contre-indication portant sur l'expérience homosexuelle lointaine. Alors que les médecins installés critiquent cette contre-indication avec des arguments plutôt extérieurs à la médecine, reposant sur des valeurs civiques, les nouveaux entrants mobilisent des arguments plus internes pour discuter de la pertinence des savoirs scientifiques censés justifier la contre-indication. Il s'agit alors moins de dénoncer une discrimination que de relativiser les arguments épidémiologiques, à partir d'un point de vue clinique. Dans cette perspective, puisque l'expérience homosexuelle a pu avoir lieu avant l'épidémie à VIH et qu'elle n'a pas été suivie d'une infection, il n'y a pas

lieu d'ajourner systématiquement ce type de donneur. Par ailleurs, les nouveaux entrants sont plus enclins que les installés à mettre en avant d'éventuels effets pervers de cette contre-indication en termes de sécurité, sur le mode « *Est-ce que cette contre-indication ne conduit pas certains donneurs à cacher cette expérience ?* ». La critique se veut ici pragmatique : il s'agit de faire évoluer les normes dans le sens de meilleures efficacité et fiabilité du référentiel. De plus, cette critique se situe dans le cadre d'une éthique professionnelle qui considère que le rôle du médecin, loin de se réduire à un simple rappel de la norme, est d'expliquer les raisons d'un ajournement au donneur qui en fait la demande.

Pour nombre d'entrants, ce devoir d'explication et d'information suppose de faire appel à l'autonomie de jugement du donneur, ce qui nécessite pour le médecin d'endosser un rôle plus égalitaire, au risque d'inquiéter le donneur. Adopter une posture plus égalitaire et discuter de la pertinence d'une norme avec un donneur permet au médecin d'actualiser *in situ* une autorité médicale fondée sur une asymétrie entre celui qui sait (le médecin) et celui qui ne sait pas (le donneur). Cette posture permet alors au médecin d'agir selon une conception de son métier qui est à la fois conforme aux exigences organisationnelles de l'EFS (respect de la sécurité et des normes prescrites) et acceptable au regard d'une éthique professionnelle pour laquelle il convient de se convaincre et de convaincre du bien-fondé d'une norme pour l'appliquer. Ce point de vue éthique, qui demeure fortement marqué par une approche clinique de l'exercice médical, peut, en période de conversion, susciter des jugements critiques sur les normes de sécurité. Celles-ci sont certes jugées nécessaires car le sang n'est pas un produit sans risque pour les receveurs, mais pour certains médecins « *trop de sécurité tue la sécurité* » car elle donne l'illusion d'une maîtrise qui demeure inatteignable lorsque l'on travaille avec, selon la terminologie de ces acteurs, « *de l'humain* ». C'est alors aussi bien l'excès de normes qui est mis en exergue que la rigidité du cadre de contre-indications auquel il est reproché de porter atteinte à la relation qu'ont les médecins avec les donneurs (12).

Le discours critique des entrants met en jeu la place des médecins dans l'organisation du prélèvement. Alors qu'ils ont été formés à et par l'activité clinique, certains d'entre eux vivent mal les priorités placées par la hiérarchie sur la surveillance, l'enregistrement et la traçabilité à des fins de sécurité sanitaire des produits sanguins au regard de l'importance qu'ils

---

(12) Jugés trop lourds, les protocoles de sécurité qui encadrent le parcours des donneurs sont ainsi accusés de ralentir le rythme du prélèvement et donc le nombre de donneurs qu'il est possible de voir et de sélectionner.

accordent à l'entretien médical. Pour ces médecins, défendre la relation « humaine » avec les donneurs est un moyen de défendre des compétences qui leurs sont propres.

Faux croyants :
l'hybridation des registres de la critique comme solution ?

La critique des contre-indications peut se faire sur un tout autre mode. Des médecins peuvent ainsi appliquer des règles auxquelles ils disent ouvertement ne pas croire. Dans ce cas, les médecins se réfèrent au statut réglementaire du référentiel pour justifier la décision d'ajourner, comme le fait ce médecin face aux demandes d'explication d'un donneur ajourné du fait d'une expérience homosexuelle lointaine : « *Je dis "moi, je ne suis pas d'accord mais je vais vous montrer le texte". Je lui montre le truc et voilà. "C'est comme ça, c'est la loi. Il ne faut surtout pas prendre ça mal. […] Ça a été décidé là-haut, point !". Terminé, pof ! Voilà. "Moi, ça m'embête mais je pose la question parce qu'on m'a dit de le faire".* »

Pour d'autres contre-indications, comme l'ajournement systématique des candidats au don ayant eu un cancer, le médecin se fait le porte-parole de ces donneurs pour souligner la déception qu'une telle contre-indication peut entraîner. Le discours critique se déploie alors au nom de la logique du don et du contre-don, tout en étant homéomorphe à la plainte des donneurs, puisque le médecin la reprend pour en faire un argument contre la contre-indication. Le médecin se donne ainsi à voir comme un soignant qui reste à l'écoute des donneurs tout en respectant les contraintes de sa nouvelle activité. Si l'incompréhension des donneurs persiste, le médecin peut se montrer empathique en souhaitant qu'un changement normatif puisse autoriser les personnes guéries d'un cancer à donner leur sang : « *Les gens qui ont eu un cancer, mettons, il y a plus de 10 ans, et ils ne peuvent pas donner mais ils aimeraient bien donner parce qu'ils ont reçu ou ils n'ont pas reçu du sang […]. Ils en ont guéri, ils veulent aider, du coup. Et ils sont déçus qu'on ne les prenne pas […] j'en revoie souvent qui viennent "moi, ça fait plus de 10 ans" ; je dis "ça va changer, ne vous inquiétez pas, ça va changer".* »

Ces promesses de changement sont faites pour rassurer les donneurs, mais elles signent également une hybridation du registre critique. Ce dernier articule, en effet, des arguments proches d'une logique marchande fondée sur la satisfaction des donneurs qui, pour revenir, devraient voir exaucée leur demande de don, et une logique civique qui conduit à respecter les exigences de sécurité qu'impose le référentiel de contre-indication.

Intérêts aux reformes et appropriation non critique des normes du métier

Des médecins développent également un discours critique sur l'organisation de leur travail. Certains regrettent ainsi que la surveillance de leurs activités n'entraîne pas une rémunération à la performance. Ce type d'argument peut s'entendre comme une réponse opportuniste à certaines des réformes organisationnelles en cours comme la recherche permanente de l'efficience et la mise en concurrence implicite des personnels par la comparaison de leurs résultats. Il constitue également une reconduction, en médecine du don, de la logique de rétribution qui prévaut dans la médecine libérale : « *plus on travaille plus on est payé* ». L'importation de ce principe permet non seulement de contester les positions occupées par d'autres collègues mais aussi de promouvoir de nouvelles règles d'évaluation et de rémunération du travail (non plus un paiement à l'heure mais au rendement) plus favorables à la façon dont ces médecins exercent leur métier.

Notons enfin que, parmi les médecins récemment arrivés à l'EFS, certains n'élaborent pas ou peu de propos critiques vis-à-vis des règles et des procédures qui cadrent leurs activités. Dans ces cas rares, le respect des normes est aussi celui des principes hiérarchiques et se traduit par une forte intériorisation d'une différence entre ceux qui décident (la hiérarchie, les experts) et ceux qui exécutent (les médecins du don). Ne pas discuter de domaines qui ne relèvent pas de sa compétence directe est alors une façon de se présenter comme un « bon » professionnel. Ce respect des règles répond à un ethos professionnel issu le plus souvent d'une longue pratique de la médecine militaire dont certains principes sont réactivés dans le cadre de la médecine du don. Dès lors, faire référence à la médecine des armées sert non seulement à relativiser l'existence de contraintes pouvant peser sur les activités de sélection, mais également à justifier le respect d'une organisation hiérarchique dont l'objectif est d'éviter les erreurs qui sont, pour ces médecins, le plus souvent d'origine humaine. Sans prétendre affirmer que l'éthos militaire détermine l'ensemble des discours et des pratiques de ces médecins, les valeurs militaires permettent de comprendre en grande partie un mode d'appropriation non critique des règles du métier (Andrieu de Levis, 2010). Par exemple, les anciens médecins militaires disent se sentir « *différents* » de leurs collègues et ne font référence qu'à l'activité de ceux qui, comme eux, ont eu une telle carrière. Ce rapport « militaire » à la médecine peut passer par l'affirmation d'un certain courage (« *J'ai eu des expériences plus difficiles, je n'ai pas de réticence particulière* ») en considérant que les risques sont avant tout pour les donneurs et les receveurs, ou par une forme d'ab-

négation (« *Rien ne me pose problème, j'aime bosser, je ne me plains pas* »). Ce rapport « discipliné » aux règles peut également s'avérer plus fonctionnel que formel. En étant au fait des intentions et des objectifs prescrits par la hiérarchie, il est possible pour ces médecins, dans le respect des règles, de s'aménager un espace de liberté pour réaliser leurs tâches (Loriol, 1999).

Conclusion

Le contenu des critiques donne à voir des modes d'engagement pluriels dans le métier de médecine du don, pluralité qui varie selon les trajectoires personnelles et professionnelles des médecins. Dans l'ensemble, les médecins installés sont ceux qui interrogent le plus directement les nouvelles exigences bureaucratiques (passage à la culture de l'écrit, qualité) et les évolutions en cours. Leurs critiques ciblent l'accélération du passage de l'EFS à une logique d'établissement industriel qui le ferait tendre davantage vers le monde du commerce que vers celui du service public, auquel ces médecins demeurent attachés. Si l'efficacité et l'efficience ne sont pas rejetées, en revanche les conditions de leur mise en œuvre sont discutées. Par la prise en compte d'autres exigences dont celle de disposer d'un temps suffisant pour expliquer les contre-indications aux donneurs, se dessine en creux la défense d'un professionnalisme qui fait une place importante à l'accueil et au geste de don. Maintenir une relation de « confiance » avec les donneurs est alors pour ces médecins non seulement un gage de sécurité et de qualité de la sélection mais également la meilleure façon d'assurer la continuité de l'approvisionnement en produits sanguins. Ces différents attachements (donneur, sécurité, explication, accueil) s'avèrent donc le « ce par quoi » les médecins du don les plus établis tentent de maintenir une définition de leur métier qui puisse garantir leur position professionnelle dans les différents sites régionaux où l'enquête a été menée.

Les nouvelles générations peuvent s'avérer plus réceptives à l'arrivée de nouvelles normes organisationnelles. D'abord, contrairement à leurs « aînés », les entrants n'ont souvent connu qu'une régulation forte des activités de prélèvement et une formation spécifique en médecine du don qui insiste sur le respect des règles et des procédures de sécurité sanitaire. Ensuite, les réformes managériales et le renforcement des logiques procédurales peuvent s'inscrire dans le prolongement de manières de voir et de faire issues d'expériences professionnelles antérieures. Enfin, endosser les réformes en cours peut être un moyen de s'intégrer plus rapi-

dement dans son espace de travail. Lorsqu'ils émettent des jugements critiques, ces médecins, davantage que leurs aînés, mobilisent des arguments internes au monde transfusionnel en inscrivant leurs critiques dans le cadre d'une recherche de plus de sécurité sanitaire. Le statut de « nouveau » pèse donc sur les formes et le contenu des critiques émises car — plus que leurs aînés — les médecins qui arrivent à l'EFS doivent faire preuve de leurs compétences et de leur intégration dans les centres de transfusion. Pour finir, rappelons que la définition du métier de médecin du don est loin d'être du seul ressort des médecins. On peut ainsi gager que la récente expérimentation nationale, qui confie à des infirmières la réalisation de l'entretien médical de sélection des donneurs sur le modèle de nombreux autres pays, conduira si ce n'est à faire l'économie des médecins du don, du moins à relancer les débats sur leur rôle et leur responsabilité dans un monde transfusionnel toujours plus proche de l'industrie pharmaceutique.

Liens d'intérêts : cette recherche est issue d'une convention de recherche entre l'EFS-Bretagne et le CNRS.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Andrieu de Levis P., 2010, *Éthique de la médecine des armées*, Bordeaux, Les Études Hospitalières.

Baudot P.Y., 2011, L'incertitude des instruments, *Revue Française de Science Politique,* 26, 1, 79-103.

Belorgey N., 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

Benamouzig D., Besançon J., 2005, Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France, *Sociologie du Travail*, 47, 3, 301-322.

Benamouzig D., Robelet M., 2014, Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital, *Quaderni*, 3, 85, 67-84.

Berg M., 1995, Turning a practice into a science: reconceptualizing postwar medical pratice, *Social Studies of Science*, 25, 3, 437-476.

Bezès P., Demazière D., Le Bianic T., *et al.,* 2011, New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?, Dossier-Débat, *Sociologie du Travail,* 53, 293-348.

Buton F., 2006, De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire, *Genèses*, 4, 6, 71-91.

Castel P., 2006, Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire), *Sciences Sociales et Santé*, 24, 2, 105-112.

Castel P., 2009, What's behind a guideline? Authority, competition and collaboration in the French oncology sector, *Social Studies of Science,* 39, 5, 743-764.

Castel P., Merle I., 2002, Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins, *Sociologie du Travail*, 44, 3, 337-355.

Chauveau S., 2004, De la transfusion à l'industrie : Une histoire des produits sanguins en France (1950 - fin des années 1970), *Entreprises et Histoire,* 2, 36, 103-119.

Chauveau S., 2011, *L'affaire du sang contaminé, 1983-2003*, Paris, Les Belles Lettres.

Cochoy F., Garel J.P., de Terssac G., 1998, Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000, *Revue Française de Sociologie*, 39, 4, 673-699.

Crespin R., 2006, Connaître ou informer : la carrière sociale des tests ELISA/VIH dans deux enquêtes épidémiologiques en France et aux États-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 24, 4, 53-89.

Crespin R., 2009, Quand l'instrument définit les problèmes, In : Gilbert G., Henry E., eds, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 213-236.

Crespin R., Lascoumes P., 2000, Régulation de la carrière d'un instrument de santé : les parcours de l'usage du test du VIH dans l'emploi en France et aux États-Unis, *Sociologie du Travail*, 42, 1, 133-157.

Crespin R., Danic B., 2012a, Instrumenter les crises sanitaires : une solution politique ? Le cas des contre-indications au don de sang, In : Charbonneau J., Tran N., eds, *Le don de sang dans le monde : une réflexion sur l'altruisme, la solidarité et l'étranger,* Rennes, Presses de l'EHESP, 263-290.

Crespin R., Danic B., 2012b, *La sélection médicale des candidats au don : Représentations et pratiques du risque et de son traitement (Région Bretagne),* Rapport CNRS/EFS-Bretagne, Convention de recherche CNRS/EFS.

Dalgalarrondo S., Castel P., 2005, Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, *Sciences Sociales et Santé*, 23, 4, 5-40.

Daly J., 2005, *Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care*, Berkeley, University of California Press.

Danic B., Beauplet A., 2003, La collecte de sang en France : organisation et difficultés, *Hématologie*, 9, 3, 231-40.

Danic B., Pelletier B., 2013, Quelle place pour les médecins en collecte ?, *Transfusion Clinique et Biologique*, 20, 115-117.

Dodier N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Fillion E., 2005, Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé, *Politix*, 18, 71, 193-216.

Fillion E., 2009, *À l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Freidson E., 1985, The reorganization of the medical profession, *Medical Care Review*, 42, 1, 11-35.

Freidson E., 2001, *Professionalism: the Third Logic*, Oxford, Blackwell.

Hauray B., 2005, Politique et expertise scientifique. La régulation européenne des médicaments*, Sociologie du Travail*, 47, 1, 57-75.

Hermitte M.A., 1996, *Le sang et le droit*, Paris, Le Seuil.

Hirschman A.O., 1991, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire,* Paris, Fayard.

Lascoumes P., Le Galès P., 2004, *Gouverner par les instruments,* Paris, Presses de Sciences Po.

Lavitry L., 2012, Le jugement d'employabilité : un nouveau savoir pour gérer les chômeurs ?, *Sociologies Pratiques*, 1, 24, 53-65.

Lipsky M., 2010, *Streel-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services,* New York, Russell Sage Foundation.

Loriol M., 1999, Médecins en uniforme et uniformité de la médecine : carrière et identité du médecin des armées, *Sciences Sociales et Santé,* 17, 17, 5-34.

Mallard A., 2000, L'écriture des normes, *Réseaux*, 18, 102, 37-61.

Marchal J.L., 2010, Une qualité en quête de sens. Analyse et questionnement autour d'une expérience dans le domaine médico-social, In : Gallut X., Qribi A., eds, *La démarche qualité dans le champ médico-social*, Toulouse, ERES, 91-109.

Musselin C., Paradeise C., Callon M., Eymard-Duvernay F., Gadrey J., Karpik L., 2002, La qualité, Dossier-Débat, *Sociologie du Travail,* 44, 2, 255-287.

Ogien A., 2000, Médecine, santé et gestion, In : Cresson G., Schweyer F., eds, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail,* Rennes, Éditions ENSP, 134-148.

Proteau L., 2009, Interrogatoire. Forme élémentaire de classification, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* 3, 178, 4-11.

Rolland C., Sicot F., 2012, Les recommandations de bonne pratique en santé, *Gouvernement et Action Publique*, 3, 3, 53-75.

Rot G., 1998, Autocontrôle, traçabilité, responsabilité, *Sociologie du Travail,* 40, 1, 5-20.

Segrestin D., 1996, La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production, *Revue d'Économie Industrielle*, 75, 1, 291-307.

Setbon M., 1993, *Pouvoirs contre sida*, Paris, Le Seuil.

Setbon M., 2000, La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?, *Sociologie du Travail,* 42, 1, 51-68.

Setbon M., Costagliola D., Durand-Zaleski I., INTS, AFS, DGS, 1997, *Sécurité du don et réorganisations en transfusion sanguine. Comparaison Angleterre, Belgique, France*, Rapport de recherche (Appel d'offres CNAMTS/INSERM).

Steiner P., 2001, Don de sang et don d'organes : Le marché et les marchandises « fictives », *Revue Française de Sociologi*e, 42, 2, 357-374.

Tabuteau D., 2007, La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ?, *Les Tribunes de la Santé*, 3, 16, 87-103.