



HAL
open science

Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances.

Baptiste Viaud

► **To cite this version:**

Baptiste Viaud. Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances.. Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université de Nantes, 2009. Français. NNT : 2009NANT3032 . tel-01336963

HAL Id: tel-01336963

<https://shs.hal.science/tel-01336963>

Submitted on 28 Jun 2016

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.

Panser les deux mondes

Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances

THESE DE DOCTORAT

Ecole doctorale : Droit, Economie, Gestion, Sociétés, Territoires

Discipline : Sociologie

Présentée

et soutenue publiquement par

Baptiste VIAUD

Le 2 décembre 2009, devant le jury ci-dessous

M. **DEFRANCE**, Jacques. Professeur des Universités. Université de Paris X Nanterre.

M. **FAURE**, Jean-Michel. Professeur émérite. Université de Nantes.

M. **PAPIN**, Bruno. Maître de Conférences. Université de Nantes.

M. **PINELL**, Patrice. Directeur de recherche INSERM. CSE/CNRS Paris.

M. **ROGEZ**, Jean-Michel. Professeur des Universités – Praticien Hospitalier. Université de Nantes.

M. **SUAUD**, Charles. Professeur émérite. Université de Nantes.

M. **TERRET**, Thierry. Professeur des Universités. Université de Lyon 1.

Directeur de thèse : M. SUAUD, Charles.

Co-directeur de thèse : M. PAPIN, Bruno.

Ce travail de recherche a bénéficié d'un
financement du Conseil Régional des Pays de la Loire
dans le cadre d'une allocation régionale de recherche.

*Jordan, je te dédie ce travail.
Malgré l'exigence de son écriture,
mes pensées ne t'ont jamais quitté.*

Remerciements

Ce travail n'aurait pu aboutir sans les très nombreux encouragements qui m'ont été adressés pendant ces quatre années de recherches et d'écritures. Ma gratitude va tout d'abord à Charles Suaud qui a assuré la direction de cette thèse en me faisant bénéficier de son érudition et de ses critiques constructives. Je lui adresse ma sincère considération pour la qualité des remarques ainsi formulées, qui ont grandement contribué à affiner la démarche d'analyse. Bruno Papin, qui m'accompagne et me suit depuis la maîtrise a également participé à cette entreprise en prenant la responsabilité de sa codirection. Sa présence ininterrompue à mes côtés et son entière disponibilité ont été déterminantes tout au long du travail réalisé et je ne peux que m'incliner devant la qualité de son suivi. Par sa grande connaissance des questions intéressant le sport ainsi que ses relations dans le milieu du sport d'élite, il a largement contribué à dessiner les contours de cette analyse. Ses encouragements permanents, y compris aux heures les plus difficiles du travail d'écriture, m'ont toujours permis d'aborder les difficultés avec optimisme et volonté. Qu'il soit assuré ici de ma plus grande reconnaissance.

Il me faut également remercier la Région des Pays de la Loire pour le soutien financier et la confiance qu'elle a placée dans mon projet. L'allocation de recherche qu'elle m'a attribuée pendant trois ans m'a grandement facilité la tâche.

D'autre part, cette analyse a été influencée par les remarques et les réflexions de sociologues qui m'ont apporté une aide certaine et m'ont permis d'accéder à des personnes et à des lieux qui, sans eux, me seraient restés inaccessibles. Je pense ici en particulier à Jean-Michel Faure, Hassen Slimani ou Gildas Loirand.

Il serait malvenu de ne pas honorer ceux qui, sur le terrain, ont donné à cette recherche sa véritable dimension. Les médecins, les sportifs et les entraîneurs qui ont accepté de répondre à mes questions et surtout d'être suivi pendant plusieurs mois dans leurs pratiques quotidiennes sont les héros ordinaires sans lesquels rien n'aurait été possible. Le respect de l'anonymat m'empêche de les nommer ici, mais je leur adresse à tous mes sentiments les plus dévoués. Je remercie en outre Guy Cobolet, directeur de la Bibliothèque InterUniversitaire de Médecine, ainsi que Jean-Philippe Souan, conservateur de la bibliothèque universitaire de médecine de Nantes pour leurs commentaires respectifs à l'égard de mon Catalogue des Thèses de Médecine dont l'énoncé se rapporte aux activités physiques et sportives. La pertinence de leurs remarques m'a permis d'améliorer sensiblement la qualité d'un tel outil bibliographique. Ma gratitude va également aux docteurs Rochcongar et Rozenblat, présidents de la Société Française de Médecine du sport et de la Société de Traumatologie du sport, pour avoir accepté d'héberger et de diffuser ce document sur leurs sites internet.

Les enseignants et enseignants-chercheurs de l'UFR STAPS de Nantes ne peuvent être oubliés tant leurs témoignages d'amitiés et d'encouragements ont été importants. Le soutien technique des secrétaires mérite également d'être mentionné dans la mesure où leurs connaissances de certaines procédures administratives m'ont parfois été d'un grand secours.

Chapeau bas à mes amis bien sûr, pour leurs savants calculs sur le nombre de pages journalier qu'il me fallait réaliser pour respecter le calendrier d'écriture établi et leur indéfectible présence à mes côtés. Ainsi qu'un remerciement particulier à Julien, pour sa grande expertise et son aide dans l'utilisation des logiciels de traitement des photographies.

Enfin, je me dois de terminer par ceux qui ont eu à supporter dans l'intimité la longueur et le poids de ce projet. Mes parents, que j'ai initiés à l'art de la retranscription verbatim lorsque le temps m'était compté et qui ont affiché un zèle débordant dès lors qu'ils avaient la possibilité de m'aider m'ont définitivement persuadé de leur insondable générosité. Mon frère, ma sœur et Stéphane pour avoir su écouter mes inquiétudes et mes doutes. Jean-Michel, Chantal, Lucie, Pauline et Maxime pour m'avoir entouré. Et surtout Anne et Enora, qui ont eu toutes deux à subir mes absences, tant physiques que morales. Je rends ici hommage à leur patience. Ce travail leur appartient.

Panser les deux mondes

**Médecines et sports, entre principes
hippocratiques et performances**

On est tous l'étranger de l'autre.

ALBERT CAMUS

Table des matières :

Exorde. Kaléidoscope Médical	– 11 –
Lundi	– 13 –
Mardi	– 16 –
Mercredi	– 20 –
Jeudi	– 24 –
Vendredi	– 28 –
Samedi	– 34 –
Dimanche	– 39 –
Introduction générale. Sports, médecines et lieux d'exercices	– 43 –
I. L'hétérogénéité dans son double rapport aux lieux et aux durées	– 43 –
II. Médecin sportif, médecin du sport	– 46 –
III. Socialisations médicales, dispositions sportives et lieux d'exercices	– 50 –
IV. Programme	– 55 –
IV. 1. L'éclairage socio-historique d'une hétérogénéité	– 56 –
IV. 2. Sport et médecine, des professionnels de santé à l'épreuve d'une tension	– 61 –
Première partie. Sport et médecine, prestigitateurs et acrobates	– 68 –
CHAPITRE 1. Fil rouge – Un siècle de romances	– 69 –
I. Non, Galien n'aurait pas fait un bon médecin pour le PSG ! La nécessité d'une sociogenèse de la médecine du sport	– 70 –
I. 1. Interroger les modèles historiques couramment invoqués	– 70 –
I. 2. Travail de définitions	– 73 –
II. Des médecins qui ne manquent pas de « culot »	– 76 –
II. 1. Lorsque la morale s'invite dans la thérapeutique	– 79 –
	– 5 –

II. 2. La raquette à l'épreuve de la plume. Quand le sport moderne s'écrit de la main des médecins	– 99 –
III. Conclusion sommaire	– 119 –
CHAPITRE 2. L'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la III^e République (1880-1920). Entre gymnastiques et sports modernes	– 120 –
I. Sportivisation et scolarisation des activités physiques à la fin du XIX ^e siècle	– 121 –
I. 1. Des pratiques nouvelles et distinctives	– 121 –
I. 2. Confusions et propagandes	– 124 –
I. 3. Des cultures corporelles concurrentes	– 127 –
I. 4. Débats scolaires et encadrements idéologiques	– 129 –
II. La médicalisation de la vie sociale à la fin du XIX ^e siècle, entre hygiénisme et régénération. L'entrée des médecins dans l'institution scolaire	– 132 –
II. 1. La loi de 1892, l'obtention d'un monopole	– 132 –
II. 2. Progrès scientifiques et orientations sociales	– 135 –
II. 3. La République face à la dégénérescence de la race	– 138 –
II. 4. Une offre médicale élargie	– 140 –
II. 5. Les médecins face au surmenage scolaire	– 144 –
Encadré méthodologique n°1	– 148 –
III. Médicalisation des activités physiques. Préparer des « biens portants »	– 156 –
III. 1. L'éducation physique est affaire de physiologie	– 157 –
III. 2. Une éducation physique au service de la race	– 160 –
III. 3. Un espace occupé	– 163 –
III. 4. Des médecins engagés dans de violents rapports de force	– 179 –
III. 5. Hétérogénéité originelle. Conflits de dispositions	– 187 –
IV. Conclusion sommaire	– 192 –
CHAPITRE 3. Education physique, sport et médecine dans l'entre-deux-guerres, vers un éclectisme institué	– 195 –
I. « Tout cela est bien, mais il faudrait nous grouper ! »	– 198 –

I. 1. L'Union par la race	– 204 –
I. 2. L'Union par la force	– 208 –
II. Sport, médecine et politique : jeux croisés	– 220 –
II. 1. Méfiance sportive et dédain médical	– 223 –
II. 2. Appuis politiques, condition d'une institutionnalisation	– 226 –
III. Unité de principe, diversité de pratiques	– 236 –
III. 1. Corps en mouvement, corps mouvementés	– 236 –
III. 2. Médecine clinique, sociale et expérimentale de l'activité physique	– 246 –
IV. Activités physiques et hygiène : entre reconstruction de la race et construction du champion	– 260 –
VI. 1. L'hygiénisme au secours du sport, « à l'insu de son plein gré »	– 264 –
VI. 2. Les médecins de l'exploit « existent » déjà	– 274 –
V. Conclusion sommaire	– 282 –

CHAPITRE 4. L'histoire en tension. Eclairages partiels d'une non-spécialisation (1939 à nos jours) – 285 –

I. Le gouvernement de Vichy. Le sport et la médecine mis en « ordre »	– 286 –
I. 1. L'ingérence étatique. Sportifs en ordre ; Ordre des médecins	– 288 –
I. 2. L'occasion rêvée du contrôle	– 295 –
II. De la Libération à la fin des années 1960, contrôle et surveillance au service d'un exercice médical renforcé	– 305 –
II. 1. Entre reconnaissance et perte d'influence, la médecine du sport dans le paradoxe des années 1950	– 309 –
II. 2. Sport et doping. Les médecins du sport, experts désignés	– 325 –
III. Des années 1970 à nos jours. Prospérité puis déclin	– 338 –
III. 1. La décennie 1970 et le début des années 1980, « l'âge d'or » de la médecine du sport	– 340 –
III. 2. Les 20 dernières années, une médecine en « totale déshérence »	– 352 –

IV. Médecine du sport, médecine du travail. De périlleuses acrobaties	– 358 –
V. Conclusion sommaire	– 373 –
Conclusion générale de la première partie	– 375 –
Seconde partie. Médecins du sport, médecins sportifs. Le tumulte des identités	– 379 –
Exorde (Bis). « La croisière s’amuse »	– 380 –
CHAPITRE 5. Socialisations médicales et raisons d’agir	– 383 –
I. Lorsque domination rime avec invisibilité	– 386 –
I. 1. Recherche désespérément médecins du sport	– 387 –
I. 2. Des médecins du sport nombreux, aux degrés d’investissement variés	– 395 –
Encadré méthodologique n°2	– 405 –
II. Entrer dans le métier. La préservation de la santé à l’épreuve des intérêts particuliers	– 411 –
II. 1. Se faire une place à l’hôpital	– 412 –
II. 2. « Faire partie à nouveau de la grande famille »	– 421 –
II. 3. Renforcer sa pratique généraliste	– 430 –
III. Conclusion sommaire	– 440 –
CHAPITRE 6. Jogging ou blouse blanche ? Au cœur des pratiques	– 443 –
Encadré méthodologique n°3	– 451 –
I. Langage et présentation de soi, un entretien vraiment singulier	– 462 –
II. Rapport aux espaces et aux temps	– 475 –
III. Le temps des secrets	– 486 –
IV. Petits plaisirs et gratifications	– 496 –
V. Conclusion sommaire	– 502 –

CHAPITRE 7. Adhérer ou s'opposer ? Les effets d'une posture	– 505 –
I. Sport d'élite : le paradoxe du double-corps	– 507 –
I. 1. Temps sportif et valeur du travail	– 509 –
I. 2. Corps forts, corps usés	– 513 –
I. 2. a. Entraîner et surveiller	– 516 –
I. 2. b. S'exposer et se protéger	– 518 –
II. Encadrements médico-sportifs et effets normatifs	– 522 –
II. 1. Trop vite, trop haut, trop fort ?	– 523 –
II. 1. a. Soigner et adhérer	– 525 –
II. 1. b. Du côté des sportifs, négoce et nomadisme	– 549 –
II. 1. c. Du côté des entraîneurs, négoce et usage illégitime de la médecine	– 556 –
II. 2. Etre indépendant à leurs dépens ?	– 562 –
II. 2. a. Contrôler et chercher	– 563 –
II. 2. b. Du côté des sportifs, mensonges et confessions	– 573 –
II. 2. c. Du côté des entraîneurs, transport et silence	– 576 –
III. Conclusion sommaire	– 577 –
 CHAPITRE 8. « Petits meurtres entre amis ». Mésententes, concurrences et faux-semblants	 – 580 –
I. Zizanie médico-sportive	– 583 –
I. 1. Une entente difficile	– 583 –
I. 2. La concurrence est affaire de proximité	– 590 –
II. La lutte contre le dopage : l'illusion d'un consensus	– 598 –
Encadré méthodologique n°4	– 599 –
II. 1. Enjeu de représentation collective	– 604 –
II. 2. Une entente artificielle	– 607 –
III. Conclusion sommaire	– 623 –
 Conclusion générale et ouvertures	 – 625 –

Annexes méthodologiques	– 629 –
Grille de lecture « discursive »	– 630 –
Un siècle de thèses. 1894-1994	– 631 –
Médecins du sport en Loire Atlantique : 3 exemples de questionnaires remplis. Hétérogénéité des profils médicaux	– 632 –
Entretiens semi-directifs de recherche. Profils des enquêtés	– 644 –
Exemples de grilles d’entretiens	– 649 –
Observations ethnographiques. Tableau récapitulatif des investigations menées	– 652 –
« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau ». Exemples de questionnaires remplis par deux familles	– 653 –
Convention de stage / club de football professionnel	– 663 –
Autorisation d’utilisation des photographies	– 667 –
Revue de « bobologie » de Karl	– 668 –
Evaluation psychologique de Tiphaine	– 681 –
Bibliographie de référence	– 683 –

EXORDE

Kaléidoscope médical.

- Instrument cylindrique dont la forme évoque celle d'une lorgnette, garni à l'intérieur de miroirs et contenant des fragments de verre de couleurs et de dimensions différentes qui s'assemblent et se recomposent en figures variées, symétriques et géométriques, lorsqu'on fait tourner l'appareil. -

Décontenancé. Parfois même un peu las et éreinté. Voilà ce à quoi se risque l'explorateur des choses du réel, tant les chemins qui mènent à la compréhension du monde semblent insolemment se faire plus rudes à mesure que l'on avance. Si l'étranger doit regarder chacun de ses pas sur le sentier afin d'éviter de chuter sur un élément du relief mal évalué, le « gars du coin » marche la tête relevée, le regard vers l'horizon. Chacune des pierres ou des racines enchevêtrées sont dans ses pieds, aucune ne menace d'interrompre sa progression. La réalité du monde est vécue simplement ; son intelligibilité la rend complexe et obscure. « Accroître sa science ne fait qu'accroître sa douleur »¹. La douleur pathétique et asphyxiante de celui qui cherche à comprendre et se fait déborder par l'extraordinaire complexité de l'ordinaire. Le terrain fait sa loi, ou plutôt se fait loi. Son relief, somme d'obstacles et de raccourcis divers et variés qui « s'offre à l'observation »², s'impose à la lecture et ordonne la vision. La compréhension des faits sociaux est ainsi traversée par cette douloureuse expérience. Prendre place sur un terrain, et se retrouver dans la position de celui qui ne « comprend rien », seul étonné d'une hétérogénéité qui n'a

¹ DETREZ, Christine. 2002. *La Construction sociale du corps*, Paris, Le Seuil, p. 223.

² DURKHEIM, Emile. 2004 [1937]. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, p. 15-46.

rien d'étonnant. Le manuscrit abouti d'un travail de recherche tend à euphémiser, parfois même à nier cette étape de l'exploration. Pourtant, c'est bien de la rencontre avec un terrain que tout s'informe, prend forme.

C'est dans cette double volonté – replacer les faits dans leur primauté, et partager avec le lecteur l'étonnante diversité d'une réalité ordinaire – que nous avons souhaité introduire ce propos. Il s'agira donc de ne livrer dans un premier temps que des éléments bruts d'observation. Des hommes, évoluant dans des contextes différents et mettant en œuvre des savoirs pratiques et théoriques, tous engagés, au sens le plus strict du terme, dans un univers normé et normatif qui les traverse de part en part. Des individus qui se sont laissés capturés par le regard impudique de l'étranger. Des professionnels de santé qui ont accepté de voir leur quotidien noircir les pages vierges de carnets de terrain aux allures chaotiques. Des médecins du sport qui ont livré leurs rapports au monde singuliers, et ainsi offert la possibilité de dépeindre les nuances si spécifiques qui colorent leurs interventions respectives auprès des athlètes.

Pour que le lecteur dispose au plus vite des faits, la reconstruction artificielle d'une semaine d'observation ethnographique de la pratique de divers médecins du sport semble particulièrement indiquée³. A l'image des multiples couleurs qu'offre le jeu de miroirs du kaléidoscope, la description détaillée et successive de plusieurs journées de médecine du sport se veut volontairement plurielle selon le lieu d'où la réalité est observée. Chacune des tranches de vie relatée renvoie à des données de première main, issues de l'observation directe. Compte tenu des contraintes temporelles qu'impose le calendrier spécifique de la recherche, c'est leur rapprochement dans le temps restreint d'une semaine qui tient de l'artifice. Le choix des données utilisées et la distribution des praticiens observés résultent de la volonté d'éclairer les oppositions telles qu'elles se donnent à voir réellement. L'ensemble de cet exercice a donc été servi par le désir de neutraliser les effets d'une lecture déjà idéologisée de la réalité.

Le questionnement sociologique, la construction de l'objet, l'implication du chercheur, et son lot de précautions méthodologiques ne viendront qu'ensuite...

³ Nous nous inspirons ici de la méthode utilisée dans son ouvrage par **VEGA**, Anne. 2000. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines, 212 pages.

Lundi...

Docteur Alberti
Praticien hospitalier
Cardiologue – HDR Physiologie
Responsable d'Unité d'un service
hospitalier de médecine du sport

Il est un peu plus de 8h lorsque le docteur Alberti gare sa voiture, comme chaque matin, dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire où il exerce sa spécialité. Cardiologue de formation, et spécialisé en médecine vasculaire, il sait que son emploi du temps de la journée ne lui laissera que peu de temps pour ses activités de recherche. Le lundi matin, il est attendu dans le service d'explorations fonctionnelles vasculaires pour y réaliser diverses consultations et interventions auprès d'une population en majorité âgée, qui souffre de troubles de la circulation. Rien de très inhabituel, le service est débordé, et le praticien totalement accaparé. Vers 12h30, le docteur Alberti ôte sa longue blouse blanche et rejoint des confrères à la cafétéria de l'hôpital pour partager le déjeuner. Le repas est animé. On y discute du nouveau chef de l'orthopédie, qui souhaite, paraît-il, développer fortement la traumatologie du sport. Petit séisme dans l'univers hospitalo-universitaire, de telles velléités provoquent infailliblement des remous dans les services susceptibles d'être affectés par ces transformations annoncées. Le docteur Alberti, responsable d'Unité du service de médecine du sport de ce même hôpital, se sent bien évidemment particulièrement concerné. Pour l'heure, rien n'indique l'éventuelle création d'un service concurrent. Il n'y voit donc qu'une nouvelle opportunité de développer son propre exercice en collaborant activement avec l'orthopédie. Pourquoi ne pas ouvrir dans l'avenir une consultation de traumatologie au sein même du service de médecine du sport ? Si l'heure n'est pas encore aux négociations, les stratèges occupent déjà l'échiquier. Il est 13h30, le praticien hospitalier rejoint son service de médecine du sport et d'exploration vasculaire. Il y dispose d'un vaste bureau dans lequel il reçoit régulièrement des confrères, des étudiants, ainsi que certains patients. Le lundi après-midi est en principe une demi-journée réservée à ses activités de recherche. En principe seulement. L'infirmière du service lui rappelle ainsi, lorsqu'il vient se servir un café en salle de pause, les deux rendez-vous qui figurent sur son

emploi du temps. A peine a-t'il répondu à quelques mails, que la sonnette d'entrée retentit. Le premier patient est déjà là, un sac de sport en bandoulière.

Il est 14h00. L'infirmière l'invite à se rendre dans la salle du fond, celle où on réalise les tests d'effort sur ergocycle, et lui remet un formulaire. En attendant le médecin qui ne devrait plus tarder, il doit renseigner son état civil et ses antécédents médicaux. Le docteur Alberti, toujours dans son bureau, profite de ce moment pour téléphoner à un responsable de la fédération anglaise de cyclisme, dans le cadre d'un projet de recherche internationale qui porterait sur les maladies artérielles des coureurs de haut niveau. Ayant déjà obtenu l'accord des fédérations française et australienne, les contacts avec les anglais et les allemands sont en cours. L'enjeu est de taille, car l'étude ainsi pensée serait centralisée dans ce service de médecine du sport.

Il est temps de rejoindre le sportif dans la salle d'effort. Toujours penché sur son formulaire, le docteur Alberti entend accélérer la procédure. Il s'empare du questionnaire et du stylo, et pose oralement les questions au jeune homme qui lui fait face. Avec six heures d'entraînement par semaine, ce footballeur de 24 ans a été adressé par son médecin traitant, suite à des sensations d'oppression et d'accélération du rythme cardiaque au repos il y a un mois, et à des palpitations lors d'un match il y a deux semaines. Les antécédents familiaux expliquent également les raisons de sa présence à l'hôpital, son père et son grand-père paternel ayant tout deux connus de graves problèmes cardio-vasculaires avant l'âge de 60 ans. Le médecin explique au jeune homme que le comportement de son cœur au repos et à l'effort va être analysé sur des écrans d'ordinateurs tout au long d'un exercice de pédalage sur vélo, poussé progressivement jusqu'à atteindre une intensité maximale. Le médecin sort de la pièce, et laisse à l'infirmière le soin de préparer le patient. Elle réalise les mesures anthropométriques, procède au câblage des électrodes sur le torse et le dos du sportif, et effectue une première prise de tension artérielle au repos. Le médecin qui s'était absenté quelques instants pour retrouver dans une autre salle du service un stagiaire engagé dans un protocole de recherche sur la physiopathologie des mécanismes de contrôle de la circulation cutanée, et ainsi lui faire part d'une idée concernant la méthodologie employée, réapparaît dans la salle d'effort, et annonce au footballeur que le protocole de pédalage employé serait le « 15 watts ». Le cycliste du jour n'y trouve visiblement rien à redire. L'exercice commence, le vélo offre minute après minute une résistance accrue aux efforts du patient, qui finit fatalement par abandonner l'effort lorsque celui-ci est insoutenable. Tout au long de l'épreuve, le cardiologue observe le tracé électrocardiographique derrière de grands moniteurs. L'enjeu étant de mettre le cœur en condition d'effort maximal, le

médecin n'hésite pas à encourager le patient dès qu'une baisse de régime se fait sentir. Après une dizaine de minutes, le vélo sort vainqueur de son duel avec le cycliste – comme à chaque fois d'ailleurs – et l'épreuve se termine. L'examen se révèle finalement d'une absolue normalité, ce qui conduit le praticien à évoquer un possible « petit passage infectieux », susceptible d'entraîner des désordres cardiaques minimes. Des examens plus poussés ne sont donc pas nécessaires.

Il est 15h30. Le second patient de l'après-midi vient d'arriver en compagnie de sa femme. Il s'agit d'un vieil homme atteint d'artériopathie. Le docteur Alberti le reçoit pour évaluer la gravité de sa pathologie à l'aide d'un test de marche sur tapis roulant incliné, et mettre ainsi en place le suivi thérapeutique le plus adapté à sa situation. Deux étudiantes présentes dans le service réalisent un mémoire de recherche sur l'électromyographie des artériopathes. Le docteur Alberti se charge de demander l'accord du patient pour qu'elles l'équipent de petits capteurs sur les mollets pendant le test de marche. Excellente nouvelle, le patient accepte. Ce dernier ne réalisera finalement qu'une centaine de mètres sur le tapis roulant avant de s'arrêter, incapable de poursuivre. C'est une bonne chose, la sévérité de la pathologie artérielle en fait un candidat approprié pour les recherches menées dans le service. Le docteur Alberti va faire preuve d'une pédagogie extrême pour expliquer au vieil homme l'intérêt de la recherche médicale, à force d'arguments quasi-humanistes, et le bénéfice que la médecine en général pourra retirer d'une étude dans laquelle il a sa place. Libre de refuser, au risque d'entraver le Progrès, le patient et sa femme se retrouveront finalement dans la salle de pause du personnel du service, en face du médecin qui aura pris le soin de leur servir une tasse de café, afin de signer les divers documents qui attestent de l'accord du patient pour participer à des protocoles d'expérimentation. Accord est trouvé, le médecin est ravi.

Il est 17h00. Le praticien s'accorde une pause café. Il reçoit dans son bureau un étudiant du service qui vient réaliser un stage de plusieurs mois dans le service. Originnaire du Liban, il parle parfaitement l'anglais. Le docteur Alberti souhaite qu'il traduise en français un protocole expérimental qui n'existe que dans sa version anglophone. L'étudiant accepte bien évidemment.

Puis, à 17h30, le médecin participe à la traditionnelle réunion médico-chirurgicale qui rassemble les praticiens du vasculaire dans un autre bâtiment du CHU. Si les échanges ne durent pas trop, peut-être lui sera-t-il possible, une fois n'est pas coutume, de rentrer à son domicile avant 20h00.

Mardi...

Docteur Renaud
Spécialiste Médecine Physique
et Réadaptation (libéral)
Médecin d'un pôle espoir masculin
de gymnastique artistique

C'est un bon jour. Le mardi, le docteur Renaud ne rentre pas vraiment tôt à son domicile, comme chaque soir à vrai dire, mais il ne reste pas toute la journée au sein de son cabinet. Cet après-midi, à partir de 16h00, il ira au gymnase. Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation (MPR), ce praticien libéral ne manque pas de patients, comme en témoigne la multiplication des consultations qui, ici, ne tient pas du miracle biblique. Il partage son cabinet avec plusieurs autres confrères, ainsi que des kinésithérapeutes. Il est 8h30, la valse des patients est annoncée. Particulièrement reconnu dans l'espace médical local pour ses compétences en traumatologie générale et sportive, ainsi que dans la prise en charge des pathologies mécaniques de l'appareil locomoteur, le docteur Renaud reçoit dans son cabinet une population diversifiée, du « sportif cassé » au « vieillard coincé », et traite aussi bien la sciatique de la femme enceinte que la cervicalgie d'un volleyeur de haut niveau.

Il s'est équipé de divers instruments favorisant une haute technicité diagnostique, tels que des appareils de radiologie et d'échographie, ainsi qu'un appareil isocinétique permettant de tester la force musculaire.

Ce matin, divers patients se succèdent. Un ouvrier souffre d'une douleur récurrente au coude, il s'agit vraisemblablement d'une épicondylite. Une femme d'une soixantaine d'années vient chercher pour la troisième fois cette année une solution pour mettre un terme aux douleurs que provoque dans sa jambe une cruralgie récalcitrante. Un homme adulte a été adressé par son médecin traitant pour une « gêne » dans l'épaule gauche, qui irradie dans le bras et provoque des fourmillements jusque dans ses doigts. De brefs examens révèlent la présence d'une hernie discale. Les patients s'enchaînent ainsi toute la matinée. Ce n'est que vers 11h30 que le bel ordonnancement des rendez-vous va être ébranlée par une urgence. Le grain de sable, c'est Allan. Jeune gymnaste de haut niveau

engagé dans le pôle Espoir de sa région, le docteur Renaud le connaît bien puisqu'il assure lui-même le suivi médical de cette structure. Ce jeune homme de quinze ans se plaint depuis plusieurs semaines de douleurs importantes au niveau de l'épaule. Les examens n'ayant rien révélé jusqu'à présent, le gymnaste poursuivait l'entraînement. Mais aujourd'hui, sur une séance particulièrement soutenue aux anneaux, le jeune homme a ressenti une intense souffrance, qui ne s'est pas calmée à l'arrêt de l'exercice. Devenant rapidement insupportable, cette vive douleur a poussé l'un des entraîneurs du pôle à emmener Allan en urgence au cabinet du docteur Renaud. Sans aucune difficulté, le gymnaste est pris entre deux patients. Le médecin échange quelques plaisanteries avec l'entraîneur, n'hésitant par exemple pas à qualifier avec malice et ironie le technicien de « bourreau d'enfant », puis s'occupe plus sérieusement du jeune sportif. Après un long examen clinique de l'épaule, le docteur reste perplexe, et décide, face aux grimaces qui déforment le visage d'Allan à chaque nouvelle manipulation, de réaliser un cliché de l'articulation. La lecture des radios ne révèle rien d'évident. Le médecin craint l'arthropathie acromio-claviculaire, mais réserve encore son diagnostic tant cette pathologie serait lourde de conséquences pour l'adolescent. Dans l'univers du sport d'élite, l'arrêt sportif total est un tsunami. Il balaie les nombreux efforts et sacrifices consentis pour se muscler, s'endurcir, se former, il noie les espoirs de victoires, de médailles, et de podiums. Le médecin le sait. Le médecin le tait. Il met Allan sous anti-inflammatoires et lui demande de ne pas forcer à l'entraînement sur l'épaule douloureuse. Il souhaite montrer le cliché à certains confrères pour bénéficier de leurs expertises avant d'arrêter son pronostic. L'entraîneur ramène Allan au gymnase. Le médecin les salue, même s'il sait qu'il les reverra cet après-midi. Un dernier patient avant la pause déjeuner. Il s'agit d'une jeune femme récemment opérée du ligament croisé antérieur, qui bénéficie du suivi médical du docteur Renaud.

Il est 12h45. La première consultation de l'après-midi a lieu à 13h30. Le repas de ce midi sera donc frugal. D'autant que le médecin tient à envoyer à la famille du gymnaste un compte rendu électronique du rendez-vous de ce matin. C'est l'occasion de leur faire part des données médicales et de leurs éventuelles conséquences sportives, mais c'est aussi le moyen de leur joindre les honoraires de la consultation et des examens réalisés.

De 13h30 à 16h00, les patients se relaient et leurs pathologies sont variées. Tendinites, entorses, lombalgies, fractures... sont le résultat de diverses activités, éphémères ou répétées, qu'elles soient professionnelles, sportives, ou toutes autres.

16h00. Le médecin peut enfin ôter sa blouse blanche, celle qu'il porte chaque jour dans l'intimité de son cabinet. En effet, en fin d'après-midi, chaque mardi, le praticien change de costume et endosse celui de médecin du pôle espoir de gymnastique masculine de la Région. Il se rend sur le lieu d'entraînement des douze apprentis champions, âgés de 11 à 18 ans. Il est heureux de mettre sa compétence au service d'un suivi hebdomadaire des gymnastes, au plus près de leur quotidien. L'odeur du gymnase lui rappelle son enfance et pour rien au monde il n'irait s'enfermer dans l'infirmerie du complexe sportif. Les consultations individuelles auront lieu ici, dans la salle de pause des entraîneurs, cette pièce exigüe aux odeurs de café et de tabac, dans laquelle tout semble recouvert d'une légère poussière blanche de magnésie. Comme à son habitude, le médecin, lorsqu'il arrive sur le lieu d'entraînement et que la séance a débuté, n'hésite pas à monter sur les tapis et les praticables pour serrer les mains des techniciens et des sportifs. Ici, tout le monde se tutoie et le prénom triomphe du nom. La porte entrouverte sur le gymnase, les jeunes sportifs passent un à un devant le praticien, le dernier passé appelle le suivant, qui stoppe son activité le temps de la consultation, avant de reprendre son effort.

Le premier à se présenter aujourd'hui est Morgan. Sa douleur à la cuisse est toujours présente, même s'il indique se sentir mieux. Le praticien, après avoir légèrement pressé les muscles de la cuisse proches des adducteurs du jeune homme, pour isoler le siège de la douleur, conclut qu'il ne faut pas forcer sur les impulsions lors des entraînements, et impérativement poursuivre les massages prodigués par le kinésithérapeute du pôle. Vient le tour de Fabien. Lui aussi est toujours en souffrance avec son talon. Le médecin sait pertinemment que cette douleur est le résultat direct de l'hyper-sollicitation des pieds lors des multiples impulsions et réceptions que suppose le travail gymnique. Après une manipulation qui ne vient que confirmer le diagnostic, et un rapide entretien dans lequel Fabien lui rappelle qu'il a déjà réduit les impulsions aux simples exercices sur trampoline, le médecin en déduit qu'il sera difficile de faire mieux. Bien que l'arrêt de la pratique soit ici médicalement justifié, le docteur Renaud s'y refuse, conscient des conséquences extrêmement néfastes que cette mise à distance pourrait avoir sur l'enfant lui-même, à quelques semaines seulement des premières grandes échéances compétitives de la saison. Etienne fait son apparition. Pas de souci pour la Tolexine[®], le médecin s'est renseigné, cet antibiotique n'est pas dopant. Le jeune gymnaste se plaint de la cheville, qui le met en délicatesse lors de la réalisation des sauts. Là aussi, pas de consignes particulières en ce qui concerne l'entraînement, si ce n'est l'injonction de faire attention. Le médecin rappelle l'intérêt de glacer la cheville après chaque entraînement, ce

que le gymnaste avait déjà anticipé sur les conseils de son entraîneur. Karl entre dans la pièce. Gêné, il explique s'être fait mal au cou en tombant sur la tête. Le médecin, après s'être esclaffé, demande des précisions. Le « crash » a eu lieu sur une tentative de « double arrière ». Le docteur Renaud sait à quel point cette figure est difficile à réaliser, et n'hésite pas à témoigner de son admiration par un long sifflement. La manipulation du cou révèle une mobilité complète. Il faut continuer à mettre du chaud le soir, après les entraînements, et la douleur passera. Pour son problème récurrent au niveau de l'épaule, rien de nouveau. Au suivant. Julien va mieux. Sa douleur aux adducteurs passe doucement. Il a consulté pour cela le kinésithérapeute du pôle. Le médecin rédige une prescription pour 5 séances de kinésithérapie, de façon à ce que ces actes puissent être facturés. Cette semaine, Mathieu, Simon, Fabrice et Xavier n'ont rien à signaler. Timothée, lui, a mal au coude dès lors qu'il réalise un effort nécessitant de son bras qu'il soit tendu et en appui. Face à la douleur, il peine à exécuter le travail à l'équerre. A priori, il ne s'agit que d'un choc sur la tête de l'olécrâne. Rien de méchant donc. Enfin, Guillaume s'est remis de sa bronchite asthmatiforme. Le médecin se rappelle à cet instant qu'il lui sera nécessaire de mettre rapidement au clair le dossier médical du gymnaste, car le traitement contre l'asthme est constitué de produits dopants qui supposent des autorisations à usage thérapeutique.

Les consultations se terminent. Le docteur Renaud sort de la petite salle attenante au gymnase et se dirige vers l'entraîneur du pôle. Leur discussion s'oriente immédiatement sur le cas d'Allan, vu en urgence le matin même pour son épaule. Le praticien a besoin de temps et d'avis experts pour affirmer son diagnostic. La marche à suivre est simple. Sous anti-inflammatoires, il peut poursuivre l'entraînement à condition que la douleur ne se fasse pas trop intense.

Il est 18h00. Le médecin salue les personnes présentes dans le gymnase, et sort du complexe sportif. La journée est terminée.

Mercredi...

Docteur Amazan
Spécialiste Médecine Physique
et Réadaptation (salarié)
Praticien attaché dans un service
hospitalier de médecine du sport

Il est 8h00. Le docteur Amazan est déjà présent dans le service de Médecine Physique et Réadaptation du Centre hospitalier dans lequel il est salarié. Titulaire d'un poste de praticien hospitalier, ce professionnel de santé consacre plusieurs demi-journées par semaine pour mener des activités autres que les consultations au sein du service. Il a par exemple monté des protocoles de prises en charge des diabétiques. Les personnes souffrantes viennent ainsi sur son plateau technique pour y découvrir l'activité physique et sa répercussion sur la glycémie. Référent en réhabilitation respiratoire dans cet hôpital, le docteur Amazan coordonne en outre une équipe composée de kinésithérapeute et d'étudiants en Sciences et Techniques des Activités Physiques (STAPS). Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire du patient, composée d'une rééducation respiratoire et musculaire par le kinésithérapeute, ainsi que d'un réentraînement à l'effort sur ergomètres pris en charge par les étudiants spécialisés.

Ce matin, le docteur Amazan a rendez-vous à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, pour y présenter sa démarche. Il utilise pour son exposé les données accumulées par certains étudiants dans les rapports de stage qui sanctionnent à l'Université le travail réalisé à l'hôpital. Les résultats sont probants. Sur un protocole de vingt séances, chaque patient traité présente une évolution positive des divers paramètres mesurés. Fréquence cardiaque, tension artérielle, etc. Le médecin en est désormais convaincu, l'intégration des STAPS à l'hôpital est une vraie solution pour la population en ambulatoire, en ce qu'elles proposent un accompagnement spécialisé du patient par une connaissance poussée de la physiologie de l'effort. Son auditoire semble satisfait de l'intervention.

Il est déjà 10h30. C'est donc avec un peu de retard qu'il arrive sur le campus de la faculté. Les étudiants l'ont attendu. Le docteur Amazan reçoit des étudiants STAPS sur le

plateau technique dans lequel il travaille, mais participe également à leur formation proprement universitaire. Il délivre ainsi à la faculté des enseignements de biomécanique face à un parterre d'étudiants inscrits en Master « Ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice ». Les deux heures passées en leur compagnie se dérouleront sans incidents.

Il ne faut pas s'éterniser sur le déjeuner. Cet après-midi, le docteur Amazan prend sa fonction, comme chaque semaine, dans le service de médecine du sport du docteur Alberti, dans la ville voisine. Il y est praticien attaché. Le trajet en voiture dure environ 45 minutes. Les consultations débutent vers 14h00, mais son retard est habituel. L'infirmière ne l'attend donc pas pour prendre en charge les jeunes sportifs qui ont rendez-vous. Elle leur fait remplir un formulaire dans la salle d'attente, et les amène deux par deux en salle d'effort pour réaliser les mesures anthropométriques (poids, taille, envergure), la spirométrie (volumes et débits d'air expirés et inspirés), les tests de vision (de loin, de près, des couleurs), ainsi que les divers tests permettant de mesurer les fréquences cardiaques et les tensions artérielles au repos et à l'effort (électrocardiogramme, test de Ruffier, test d'Astrand). Journée sans école, les consultations du mercredi sont en effet bien souvent monopolisées par les jeunes athlètes inscrits en Sections Sportives Départementales ou Régionales (SSD, SSR).

Aujourd'hui, il s'agit de cinq jeunes filles inscrites dans une SSD escalade (elles pratiquent en moyenne 7 heures de grimpe par semaine). Le médecin doit les voir individuellement dans le calme de son bureau médical, pour réaliser un examen clinique global. Chloé est la troisième patiente de l'après-midi. C'est son père, enseignant, qui a emmené le groupe de sportives. Il assistera à la consultation de sa fille. Une longue discussion s'engage alors entre le docteur Amazan et ce « couple » d'interlocuteurs. Chloé a un objectif sportif très clair, le Championnat de France, même si son père rappelle au médecin qu'il s'agit d'abord et surtout d'une « saine émulation avec les copines ». Chloé est en troisième, avec un an d'avance, et ne sait pas encore ce qu'elle désire faire plus tard. Là aussi, le père évoque la possibilité d'une section sport-étude, même s'il est « encore un peu tôt pour parler d'orientation ». Les parents de la jeune fille ne fument pas, et n'ont aucune maladie déclarée. Seul un des grands-pères a souffert de diabète. Cholé est néanmoins gênée par une forte myopie, qui est, d'après les tests de vision effectués par l'infirmière quelques instants plus tôt, parfaitement corrigée par la paire de lunettes qu'elle porte quotidiennement. Le médecin demande à la jeune fille de se mettre en soutien-gorge, et de s'allonger sur le brancard, de façon à réaliser l'examen clinique. Il s'agit alors de

tester la laxité des diverses articulations des membres inférieurs, la tonicité abdominale et dorsale, ainsi que d'observer la peau des jeunes athlètes. Le médecin repère ici un névus qu'il serait sans doute important de faire surveiller par un dermatologue. L'utilisation du marteau réflexe au niveau du genou, du tendon d'Achille et de la voûte plantaire ne révèle aucune anomalie. Lorsque la jeune fille monte sur le podoscope, le praticien repère immédiatement un valgus assez prononcé. La sportive ne comprend pas. Le médecin la rassure simplement, « tu n'as pas besoin de semelles ! ». De même, il constate une légère bascule du bassin, et évoque à la patiente l'existence d'une « ensellure lombaire assez marquée ». S'ensuit une auscultation des yeux et des oreilles, une manipulation du cou, et un test de détente réalisé à cloche pied. Ce passage en revue prend fin sur la mesure de la masse grasse par la méthode des plis cutanés. Le médecin constate alors une prise de poids importante comparativement aux dernières visites effectuées par Chloé à l'hôpital. L'athlète indique ne pas grignoter en dehors des repas. Elle est en outre réglée depuis un an. Et pourtant la prise de poids est effective. Le père, dans un souffle discret, le reconnaît à demi mots, mais explique qu'il se refuse de l'emmener courir trop souvent pour ne pas la fatiguer plus qu'elle ne l'est déjà. Il ne faut pas hésiter au contraire, indique le praticien, l'escalade ne produit pas la même fatigue que la course, et surtout n'est pas une activité d'endurance. « Il serait dommage de faire autant de sport, si c'est pour ne pas se sentir bien ». Chloé acquiesce timidement, le sourire gêné et le regard dirigé vers le sol. Le médecin les invite enfin à rejoindre la salle d'attente, de façon à ce qu'il puisse taper le compte rendu de ce rendez-vous. Il y consignera à l'aide d'un logiciel de reconnaissance vocale l'ensemble des éléments repérés.

Laura est la cinquième et dernière patiente de l'après-midi. Comme Chloé, elle est en troisième. Elle n'a pas eu de problèmes de santé particuliers depuis la dernière visite médicale à l'hôpital. Elle grignote un peu entre les repas. En relisant son dossier médical, le docteur Amazan se rappelle avoir diagnostiqué chez cette patiente une petite gibbosité dorsale, sans gravité. Laura, elle, a pris les choses très au sérieux et explique avoir consulté depuis « un médecin spécial », qui l'a autorisé à poursuivre la pratique sportive. Le praticien sourit. Il n'a jamais été question de l'arrêter. Bonne élève, elle désire devenir « prof de sport ». Au cas où elle n'y parviendrait pas, où comme le suggère le médecin, qu'elle se blesse, elle espère pouvoir travailler avec des enfants. Logiquement, sa matière préférée à l'école est « le sport ». Le docteur lui explique que ce n'est pas une vraie matière et réitère la question. Finalement, Laura affectionne également les mathématiques. L'examen clinique sera le même que celui réalisé avec Chloé. Là aussi, un névus doit être

surveillé. Effectivement, la gibbosité est toujours présente, mais cette fois, le praticien explique qu'il n'y a rien d'inquiétant. Finalement, il en conclura à la fin de l'entretien ne « pas avoir trouvé grand-chose », ce qui malgré la tournure négative est plutôt positif.

Il est presque 17h00 lorsque les jeunes filles repartent enfin du service de médecine du sport du CHU. Le docteur Amazan doit terminer de taper le dernier compte rendu de la journée. Celui-ci sera rapide. Cette gestion immédiate des dossiers médicaux après chaque consultation lui permet, contrairement à de nombreux confrères, de ne pas accumuler du « courrier » en retard. Le médecin quitte le service un peu avant 18h00.

Jeudi...

Docteur Beaugendre
Médecin généraliste (libéral)
Médecin chef des services médicaux
d'un club de football professionnel
Suivi médical de l'équipe professionnelle (L1)

Il est 8h00. Le premier patient est déjà là. Il fouille, l'air distrait, les piles de magazines qui jonchent la petite table au centre de la salle d'attente. Depuis trois jours déjà, un état grippal le fatigue et le rend nauséeux. Il n'ira donc pas travailler aujourd'hui, et consulte à la première heure son médecin généraliste. Le docteur Beaugendre va le recevoir dans un instant, après avoir allumé son ordinateur et épluché son emploi du temps de la matinée. Sans surprise, il constate que son planning est plein jusqu'à 14h00. Les patients s'enchaînent mais ne se ressemblent pas. La grippe d'un homme adulte, le suivi de grossesse d'une jeune femme primipare, le traitement d'une petite infection chez un adolescent d'une quinzaine d'années qui lutte par la chimiothérapie contre une leucémie, les douleurs et fièvres d'un nourrisson à l'approche d'une dent... Pédiatrie, gynécologie, gériatrie, etc., sont autant de registres qui s'inscrivent dans le poly-exercice de ce généraliste.

Pourtant, vers 11h00, la sonnerie du portable du docteur Beaugendre retentit, et annonce de probables perturbations dans le plan de vol de la journée. Le praticien ne le coupe que rarement, il doit être facilement joignable par le club de football professionnel qui l'emploie à mi-temps. C'est « Fred », le kinésithérapeute de l'équipe de Ligue 1 qui l'appelle pour le prévenir d'une urgence. Lors de la séance de jeu collectif du matin, un des joueurs est resté au sol suite à un tackle défensif appuyé. Il ressent une violente douleur dans la cuisse. Ils sont déjà en route, et l'amènent immédiatement. Le nourrisson devra attendre. Les joueurs professionnels sont prioritaires. Le docteur Beaugendre est un personnage public. Sa présence sur le bord du terrain lors des matchs télévisés de Ligue 1 lui confère un prestige qui dépasse largement sa seule activité généraliste. La clientèle le sait. Bon nombre des patients ont d'ailleurs été eux-mêmes séduits par cette réputation. Les protestations ne se font donc guère entendre lorsqu'un joueur professionnel dame le pion à

un nourrisson. La clientèle est « éduquée », les priorités sont entendues. Moins d'un quart d'heure après le coup de téléphone, le joueur est déposé devant le cabinet. Le médecin procède immédiatement à son auscultation. La douleur est localisée, l'accident musculaire est avéré. Tout l'enjeu consiste désormais à préciser au maximum le diagnostic, et identifier la gravité de la lésion. Le « doc », comme il se fait appeler au sein du club, suspecte une lésion de stade 3 selon la classification de Rodineau. Les exigences du Championnat n'attendent pas, l'employeur du joueur non plus. Le médecin doit être en mesure de préciser le plus rapidement possible les conséquences que cette blessure pourra avoir sur l'activité sportive de l'athlète, et évaluer la durée d'un arrêt sportif éventuel. Une échographie s'impose. Le docteur Beaugendre se saisit de son téléphone et contacte personnellement un centre de radiologie avec lequel il travaille régulièrement. Par le jeu d'une entente tacite issue d'un réseau d'interconnaissances professionnelles antérieurement constitué, l'évocation de son nom et de son statut au sein de la structure sportive suffisent à réduire considérablement les délais qui s'imposent habituellement aux « blessés tout venants ». Le rendez-vous est pris en urgence pour l'après-midi même. Le médecin du club travaille chaque jeudi après-midi au sein du Centre sportif. Il demande à revoir le sportif dans le bureau médical de la structure dès sa sortie du centre de radiologie afin de décider du protocole thérapeutique à mettre en place. Pour l'heure, des patients attendent toujours en salle d'attente. C'est avec plus d'une demi-heure de retard que le train des consultations pourra reprendre son allure cadencée. Le nourrisson et sa dent qui lui mâche la gencive. Un footballeur, de loisir celui-ci, attiré par l'aura de celui qui côtoie les grands, et une banale foulure de cheville qui aurait pu être soignée ailleurs. Une personne âgée, et une fragilité cardiaque qui nécessite le renouvellement d'une ordonnance...

Il est 14h15 lorsque le dernier patient de la matinée sort du cabinet. Après un bref déjeuner, c'est une deuxième journée qui commence pour le docteur Beaugendre. Il est attendu pour 15h00 au club professionnel. Il fait froid en cette saison, le médecin revêt son long coupe-vent aux couleurs du club, rassemble ses affaires, et quitte son cabinet.

C'est avec une dizaine de minutes de retard qu'il pénètre enfin dans l'enceinte sportive. A travers la baie vitrée, pendant qu'il compose le code d'accès à quatre chiffres qui lui permettra d'entrer dans le bâtiment où sont rassemblés les joueurs, ainsi que les personnels techniques et médicaux, il distingue déjà les deux footballeurs professionnels qui l'attendent, assis devant la porte de son bureau. Ceux là ont forcément un souci non négligeable, puisque leurs coéquipiers sont déjà dans les vestiaires et s'apprêtent à rejoindre le terrain extérieur pour débiter la seconde séance d'entraînement de la journée.

Là aussi, le bureau médical est verrouillé par un boîtier électronique. A peine entré, le médecin invite un des footballeurs à le suivre. Il n'oublie jamais d'activer l'interrupteur qui indique, à l'extérieur de la pièce, par un système de voyants lumineux, la présence d'un patient. Bien que les limitant, cette astuce n'éradique en aucun cas les dérangements excessifs de sportifs trop pressés. Finalement, à l'issue d'un examen clinique, le premier patient de l'après-midi ne souffre que d'un léger hématome superficiel. Ayant « pris une béquille » le matin même, le joueur ressent une douleur persistante malgré l'application de glace dès l'arrêt de l'effort, et souhaite se rassurer sur la gravité du mal. Sans conséquences sur la pratique sportive, il peut donc chausser les crampons et rejoindre ses coéquipiers avant le début de l'entraînement. Au moment où le second joueur professionnel entre dans le bureau, Fred, un des kinés de l'équipe première, passe dans le couloir et s'arrête dans l'encadrement de la porte. Il souhaite savoir si le « doc » s'est penché sur le planning pour sa demande de congés. Pas encore, mais il promet de le faire rapidement. Sa fonction de Responsable du secteur médical du centre sportif lui impose en effet un certain nombre de tâches administratives telles que la gestion des plannings, et l'attribution des périodes de vacances ou de congés de formation pour l'ensemble des kinésithérapeutes de la structure ainsi que pour son confrère, le docteur Gardet, médecin responsable du centre de formation. Le deuxième sportif s'allonge sur le lit médical qui trône au milieu du bureau. Expliquer sa présence serait inutile. Il vient pour une séance de mésothérapie, au niveau du genou. Cela fait déjà plusieurs semaines que le médecin supervise le suivi et la rééducation de ce joueur suite à la rupture du ligament croisé antérieur de sa jambe droite. Après une brève discussion sur le moral et la perception de l'évolution de sa blessure, le médecin entame sur le genou du sportif une série d'injections intradermiques de produits actifs. Après une vingtaine de minutes, le footballeur est invité à se rhabiller. Il remercie le médecin et s'en repart claudiquant. Enfin seul, le docteur Beaugendre sait que peu de temps le sépare de la fin de l'entraînement et de son flot habituel de nouveaux visiteurs. Il en profite donc pour se pencher longuement sur les plannings. Plus tard, il passe commande à la pharmacie de Paris pour des produits qui feront prochainement défaut ; des vitamines, de l'antiseptique en spray, des anti-inflammatoires, de la bande adhésive, etc.

17h00 sonne la fin de l'entraînement. L'entraîneur de l'équipe de Ligue 1 se présente au bureau médical, comme souvent, pour avoir un bilan des informations médicales du jour. Le médecin ne connaît pas encore les résultats de l'échographie du joueur reçu en urgence au cabinet dans la matinée. Pour les consultations de l'après-midi, la béquille n'a entraîné qu'un hématome superficiel, qui ne contre indique pas la

participation aux entraînements, et le rétablissement du genou pour le sportif victime d'une rupture du ligament croisé antérieur est satisfaisant, les progrès rapides effectués lors de la rééducation laissant entrevoir l'accélération du processus de réentraînement. Le technicien en prend bonne note. Certains joueurs, après la douche, ne quittent pas le centre comme les autres, mais viennent frapper à la porte du médecin. C'est le cas ce soir d'un footballeur qui, ayant mal perçu la trajectoire du ballon, a frappé « dans le vide ». C'est une petite douleur aux adducteurs qui le pousse à venir demander au médecin des « cachets » pour passer la soirée. Tout comme cet autre joueur qui souffre depuis la veille d'un panaris au gros orteil, qui le fait souffrir à chaque frappe de balle.

Il est 18h00 lorsque le Président du Club passe devant le bureau du médecin. Une discussion s'engage. L'employeur est désireux de bénéficier d'un passage en revue de l'état de santé de ses travailleurs. Le docteur Beaugendre, lui, tient à évoquer un souci constaté par son confrère, le docteur Gardet, lors d'un repas exceptionnellement partagé la veille avec les athlètes du centre. A aucun endroit, dans les menus diététiques préparés par les médecins, ne figurent le friand au fromage et la brochette de poisson. Le praticien appelle à une plus grande vigilance à ce niveau.

Enfin, vers 18h30, le joueur blessé du matin vient en personne pour rencontrer le médecin. Il boîte légèrement et tient dans la main le compte rendu et les images issus du rendez-vous chez l'échographe. Le médecin s'empresse d'y jeter un œil, et ne peut s'empêcher de faire part au sportif qui lui fait face de son soulagement. La lésion est moins grave que supposée. Avec une prise en charge maximale et des soins adaptés, l'arrêt sportif ne sera que de courte durée. Le médecin invite le sportif à se rendre immédiatement en salle de soins, pour débiter le traitement. Il l'y accompagne pour donner des consignes au kinésithérapeute présent. Puis il sort du bâtiment réservé aux athlètes, et se rend dans les locaux administratifs. Il souhaite rendre compte de cette dernière information à la direction du club.

19h30. Le centre sportif semble s'être vidé. Plus aucun sportif n'attend devant le bureau médical. Le docteur peut s'en aller.

Vendredi...

Docteur Raulo
Médecin généraliste (salarié)
Médecin des équipes de France de Handball
Suivi médical de l'équipe de France féminine A

Il est 7h30 lorsque le docteur Raulo coupe la sonnerie de son portable. En compétition, « le médecin du sport est le premier levé et le dernier couché ! ». Après une toilette rapide, vêtu d'un jean et de sa veste de jogging sur le dos de laquelle figure en lettres capitales la mention « France », le médecin quitte sa chambre d'hôtel. Aujourd'hui, ce généraliste de formation n'aura pas à gérer les tâches administratives que lui impose régulièrement son travail de suivi des équipes nationales de la Fédération Française de Handball, et qu'il réalise dans un bureau détaché sur le lieu même de son domicile. Non, ses activités sont toutes autres lors d'un tournoi international, auquel les joueuses de l'équipe de France féminine A participent en vue de se préparer aux imminents championnats du monde. A deux semaines de cette échéance sportive majeure, le médecin sait qu'il lui faudra être particulièrement vigilant sur un certain nombre de points, tels que l'alimentation, l'hydratation, les étirements ou encore les temps de repos, pour éviter qu'une blessure grave ne vienne entamer les chances du collectif. Ce soir, les françaises affrontent la délégation tunisienne, des joueuses dont le docteur Raulo a entendu dire qu'elles couraient beaucoup. Il faudra s'en méfier malgré leur rang inférieur dans la hiérarchie mondiale.

Peu avant 8h00, heure à laquelle les joueuses viendront prendre leur petit-déjeuner, le médecin vérifie que les denrées proposées correspondent effectivement à celles spécifiées dans le cahier des charges qu'il a transmis à la direction de l'établissement quelques jours auparavant. Tout est en ordre. Le praticien dépose sur la table la feuille de rendez-vous pour les soins du matin. Le planning des consultations de la prochaine heure se négociera ainsi de main en main lors de la restauration des athlètes.

A 8h15, le médecin est sollicité par une urgence. Une des athlètes ne parvient pas à se lever, clouée au lit par une douleur aiguë au niveau du dos. L'auscultation aura lieu dans la chambre de la « patiente ». Le diagnostic est vite établi, la lombalgie nécessite la prise

d'antalgiques et les massages immédiats d'un des deux kinésithérapeutes qui accompagnent la sélection nationale sur le lieu de la compétition.

9h00 sonne le début théorique des consultations. En réalité, et c'est le cas aujourd'hui, les premières joueuses inscrites sur la feuille de rendez-vous sollicitent les soins du staff médical dès la fin du petit-déjeuner. En un peu moins d'une heure et demie, sept handballeuses feront appel aux compétences du médecin et des kinésithérapeutes. Selon les troubles évoqués et leurs gravités, les soins sont réalisés sur les tables de massage installées pour l'occasion dans une chambre de l'hôtel mise à la disposition des kinésithérapeutes, et dans les chambres individuelles des joueuses ou du médecin pour ce qui nécessite une plus grande discrétion. Ce matin, l'attention du praticien est retenue respectivement par un problème gynécologique, par des troubles gastriques, par une légère infection de la gencive et enfin par une douleur musculaire.

Vers 10h30, le médecin s'entretient avec l'entraîneur national. Ce dernier veut connaître les dernières nouvelles médicales à l'issue des consultations de la matinée. Présent lors du petit-déjeuner, il s'inquiète tout particulièrement du sort de la joueuse qui n'a pas réussi à se lever. Le médecin ne le rassure pas. Elle ne pourra pas jouer aujourd'hui. Cela ne fait évidemment pas les affaires du technicien. En ce qui concerne les autres athlètes auscultées ce matin, aucune ne présente de pathologies véritablement inquiétantes. Il sera simplement nécessaire d'être vigilant sur la réponse à l'entraînement de la joueuse qui se plaint d'une douleur à la cuisse, et être en mesure de la ménager au moindre signe de fatigue. L'entraîneur en prend note.

Voilà près d'un quart d'heure que les Françaises sont arrivées à la salle de sport où se déroule la compétition. Il est 11h00, une brève séance d'entraînement, d'une heure seulement, va permettre d'ajuster le jeu avant le match de la soirée. Le docteur Raulo est là, lui aussi. Dans ce groupe sportif, personne ne l'appelle « docteur ». C'est donc par son surnom qu'une joueuse va le héler au cours de l'échauffement. Elle pense faire une allergie au niveau du cou. Le médecin l'ausculte rapidement, et sort de sa mallette une crème susceptible d'apaiser la démangeaison. La sportive reprend son effort. Au cours du jeu, le praticien reste sur le bord du terrain, et plaisante allègrement avec les kinésithérapeutes et le manager de la sélection nationale. La discussion est stoppée nette par le cri d'une joueuse qui s'est visiblement blessée en sautant sur la défense lors d'une phase d'attaque à l'aile droite. Retombée sur le pied de la joueuse en défense, la jeune femme stoppe son action, désigne sa cheville, et pose un genou au sol. Le temps s'est à peine arrêté, que déjà les kinés brisent un silence aussi bref que pénétrant, et rejoignent le regroupement de

handballeuses qui s'est formé autour de la jeune ailière. Le docteur se lève immédiatement du banc sur lequel il était assis et s'agenouille près de cette patiente imposée. Il lui retire sa chaussure ainsi que sa chaussette, réalise une légère manipulation et demande de l'aide pour la transporter en dehors du terrain. A peine soutenue, l'athlète se déplacera en claudicant. Quelques mètres plus loin, alors adossée au mur du gymnase, elle est invitée à indiquer ses sensations et douleurs lors d'une série de manipulations effectuées par le médecin. Plus de peur que de mal, la cheville a un peu tourné, mais « ce n'est pas méchant ». Le docteur a l'air rassuré, la joueuse aussi. Le kinésithérapeute est sollicité pour un glaçage, et s'exécute. L'entraînement est néanmoins fini pour cette athlète, qui se rhabille. Elle repartira en fin d'entraînement en boitant légèrement, mais en posant le pied au sol sans difficultés. Sa participation au match de ce soir n'est peut-être pas complètement compromise. Tout dépendra de l'évolution de la douleur après les soins de l'après-midi. Traditionnellement, l'entraîneur, à chaque fin de séance, laisse la main au médecin sur le groupe. Ce dernier s'adresse donc au collectif et donne ses consignes verbales dans le cadre d'une récupération active. Il demande aux sportives d'enlever leurs chaussures, et de marcher dans tout l'espace du gymnase en « déroulant bien ». Il n'oublie pas de rappeler quelques conseils en matière d'hydratation.

Le repas du midi est ponctué de rituels identiques à ceux du matin. Il est servi à 12h30. Le médecin sera là en avance pour, cette fois, constater les écarts que se sont autorisés les cuisiniers de l'hôtel malgré les consignes données. Les bouteilles de soda sont une injure aux normes alimentaires lors d'une compétition, et sont très vite détrônées par les bouteilles d'eau. Le poisson, auquel une des joueuses est allergique, se transformera en un plat de viande. La feuille des rendez-vous laissée sur la table concerne cette fois les consultations de l'après-midi.

Peu après le repas, les joueuses non blessées ont pour consigne de se reposer pendant un peu plus d'une heure. La réunion technique, qui rassemble les joueuses et le personnel encadrant, n'a lieu qu'à 16h00. Pour les autres, les kinésithérapeutes et le médecin se mettent à leur entière disponibilité. La manipulation de la cheville foulée lors de la séance d'entraînement, est longue et méticuleuse. Par chance, l'examen clinique ne révèle aucune pathologie susceptible d'handicaper la joueuse dans sa pratique du handball. De la même façon, l'athlète qui souffrait d'un problème musculaire à la cuisse ne semble plus ressentir de douleurs. Le médecin confirme cette sensation par une rapide manipulation. Enfin, la visite de la jeune femme victime d'une lombalgie est rassurante.

Les antalgiques et les massages prodigués immédiatement semblent avoir été efficaces. Les soins de kinésithérapie doivent être poursuivis en ce sens.

A 16h00, le médecin rejoint le groupe pour la réunion technique animée par l'entraîneur national et son adjoint. Il y assiste en spectateur, se laissant pénétrer des stratégies tactiques adoptées et des organisations collectives qui en découlent. La délégation tunisienne ne doit pas être sous-estimée, la France, elle, doit faire ses preuves avant le championnat du monde.

A 17h00, le personnel de l'hôtel ne s'est pas trompé sur le contenu de la collation. L'entraîneur adjoint sollicite le médecin. Du paracétamol devrait logiquement venir à bout de sa migraine naissante.

Le docteur Raulo n'intervient que très peu sur la phase qui précède la compétition. Les joueuses sont présentes dans le gymnase plus d'une heure avant le début du match, et organisent leur échauffement de façon autonome. Le médecin se contente de surveiller, à distance, les athlètes, à l'affût de la moindre grimace ou du plus léger boitillement susceptibles de trahir une douleur dissimulée. Seule la portière française se manifeste, ayant besoin d'un mouchoir. La salle est désormais remplie de spectateurs, et des groupes de supporters scandent déjà les noms de leurs championnes. Le match va débiter. L'animateur de la soirée exulte. Il annonce enfin l'entrée officielle des joueuses sur le terrain pour leur présentation individuelle et la cérémonie traditionnelle des hymnes nationaux. Le médecin se lève pour la Marseillaise, et rejoint le staff technique. Bras dessus-dessous avec les entraîneurs, le manager et un des kinésithérapeutes, le médecin est celui qui connaît le mieux les paroles. Il chante de bon cœur. Sitôt la remise des fanions effectuée, les joueuses regagnent leurs bancs respectifs. Les françaises confient les pin's qu'elles viennent de recevoir de leurs adversaires tunisiennes au docteur, qui se charge de les conserver. L'ensemble du staff technique et médical s'assoit. Les remplaçantes également. La rencontre démarre.

La première intervention médicale, déclenchée par le coup de sifflet de l'arbitre, consiste à courir vers une joueuse qui est restée au sol après une action offensive, mais qui finalement se relève avant même que le médecin et le kinésithérapeute ne parviennent jusqu'à elle. Le docteur lui passe néanmoins une serviette, avec laquelle l'athlète essuiera la sueur de son visage. En revenant vers le banc, le praticien remarque que le fil d'un des nombreux caméramans empiète sur l'aire de jeu. Il le déplace donc pour éviter que des joueuses ne se blessent en s'y prenant les pieds. A chaque fois qu'une française sort du terrain, elle tape dans les mains des personnes assises sur le banc, médecin y compris. Une

joueuse prend un coup, le professionnel de santé se lève et observe attentivement la réaction de l'arbitre. Fausse alerte il se rassoit. La défense française n'est pas au mieux dans le jeu, et se fait parfois déborder par la sélection tunisienne. Le médecin encourage de vive voix son équipe, et n'hésite pas à rappeler qu'il faut être « bas sur les jambes ». Cette fois une joueuse reste au sol. Le docteur court, lui parle et descend sa genouillère. Le kinésithérapeute le suit avec une vessie de glace à la main. Le médecin l'applique sur le genou. Les deux hommes accompagnent la joueuse qui boite en la soutenant légèrement. Le médecin cale la poche de glace sous la genouillère de façon à la maintenir et tente de reconforter la jeune femme qui se tient le visage entre les mains.

La mi-temps est sifflée. La France mène. Les joueuses rentrent au vestiaire. Le médecin y prodigue des soins pour une petite plaie qui saigne suite à un coup sous-orbital, ainsi que pour un léger traumatisme du pouce. Il s'assure également de la bonne hydratation des handballeuses et n'hésite pas à prendre en charge la distribution des bouteilles d'eau. Une brève discussion avec l'entraîneur confirme l'entrée en seconde période d'une joueuse exclue des compétitions depuis deux mois suite à une grave entorse du genou. Dès la reprise, le médecin s'isole avec cette athlète dans le couloir qui sépare les vestiaires de la salle où se déroule le match. Il y réalise une « remise en route », par un travail spécifique avec et sans ballon. Il est interrompu par le sifflet de l'arbitre. La jeune gardienne du but français est allongée, dos au sol. Elle a reçu un tir d'attaque de plein fouet dans le torse, et d'impressionnants soubresauts indiquent qu'elle en a perdu le souffle. Le médecin l'assoit, et lui tire les épaules vers l'arrière pour favoriser la reprise de la respiration. Elle se relève après quelques instants, encore grimaçante. Le praticien lui adresse une tape amicale sur l'épaule et repart vers son banc en courant. La victoire ne se fait pas attendre, l'arbitre signale la fin de la rencontre, et la délégation française saute de joie. Staff médical et technique, joueuses, tous confondus, se félicitent en se tapant dans les mains. Le médecin est responsable de la phase qui succède directement le match. Il rassemble les joueuses dans une zone délimitée du terrain, et repousse les nombreux assaillants qui ont investis les lieux, en quête d'autographes. Il surveille le bon déroulement des étirements, y participe même à l'occasion.

Il est approximativement 22h30 lorsque la délégation française fera son retour à l'hôtel. Un dîner les y attend. Pas de feuille de rendez-vous cette fois. Le staff médical a déjà fait le bilan des urgences à traiter le soir même. Ainsi, à partir de 23h00, le médecin souhaite réaliser un nouvel examen clinique des deux athlètes blessées pendant le match.

Le traumatisme du pouce n'est pas grave et n'aura pas de conséquences sur la suite de la compétition. L'entorse de genou, elle, pose problème et nécessite un arrêt sportif.

Vers minuit, le médecin rassemble les deux kinésithérapeutes pour dresser le bilan quotidien des soins effectués. Cela ne dure jamais longtemps, et annonce la fin de la journée...

Samedi...

Docteur Barathay
Médecin généraliste (libéral)
Médecin d'un pôle France d'aviron
Médecin d'un pôle espoir d'athlétisme
Agent de contrôle anti-dopage

Comme beaucoup de ses confrères généralistes, le docteur Barathay ne travaille que le samedi matin au sein de son cabinet. Il possède une clientèle de centre ville, et sa salle d'attente ne désemplit pas. Aux vues du planning noirci que lui présente sa secrétaire, il est clair que les consultations ne se termineront pas avant 13h00 aujourd'hui.

D'autant plus que dès les premiers rendez-vous, le docteur Barathay doit composer avec une urgence. Il s'agit d'un jeune homme qui porte des vêtements nautiques, et arrive à l'instant du pôle France d'aviron situé à deux pas du centre médical. N'ayant pas de compétitions ce week-end, les rameurs en profitent pour réaliser une séance d'entraînement supplémentaire. Mais depuis la veille, ce sportif ressent une vive douleur dans le pouce, et craint de devoir sacrifier son effort du matin. Il sollicite donc le docteur Barathay pour bénéficier de son avis et de soins éventuels. Cette mise à disposition médicale est le résultat d'un accord passé entre le généraliste et le médecin du pôle d'aviron. Ce dernier, ayant un cabinet de médecine générale situé à plus d'une demi-heure du lieu d'entraînement, ne peut venir sur le site plus d'une fois par semaine. Cela rend la prise en charge de la traumatologie difficile. Le docteur Barathay, implanté sur les rives mêmes où évoluent les athlètes, et faisant état de sa compétence en médecine du sport sur sa plaque, a été sollicité par la structure sportive pour assurer le suivi immédiat des rameurs en délicatesse. La manipulation du pouce indique de façon évidente une tendinite. L'athlète fait part de sa volonté de participer à l'entraînement du jour, et est demandeur de conseils lui permettant de modifier sa gestuelle sportive et ainsi apaiser le tendon enflammé. Le diagnostic des pathologies ne pose généralement pas de difficultés au médecin, leur transcription du point de vue proprement technique est une autre affaire. Peu éclairé sur les différentes prises dont les athlètes disposent pour tenir les rames, il préfère ainsi téléphoner directement à son confrère, médecin du pôle, qui, comme lui, est en consultation au sein de

son cabinet. Ce dernier, suite au récit du docteur Barathay, aura vite fait de proposer des solutions. Une telle tendinite est sans doute due à un poignet trop haut lorsqu'il ramène la rame vers lui. Les conséquences pour l'entraînement sont dès lors facilement perceptibles. L'abaissement du poignet sur le retour de la rame soulagera le tendon. Fort de ces conseils et d'une prescription d'anti-inflammatoires, le rameur s'en retourne satisfait. Le praticien, lui, peut reprendre le cours annoncé de ses consultations.

Il est presque 13h30 lorsqu'il quitte son cabinet. Il rentre à son domicile et partage un repas en famille. Sa journée de travail n'est pour autant pas terminée. Une fois tous les deux ou trois mois, le docteur Barathay est employé par la Direction Régionale de la jeunesse et des Sports (DRJS) pour réaliser des contrôles anti-dopage. Médecin préleveur, il est assermenté par le Tribunal de Grande Instance (TGI) pour exercer cette activité de prévention – répression. L'évènement sportif de ce samedi est une compétition de triathlon qui rassemble plus de 4000 athlètes, dont les meilleurs sportifs de la discipline au niveau international. La manifestation est à plus d'une heure de route. L'épreuve masculine débute vers 17h00. Le médecin aimerait arriver en avance de façon à anticiper les procédures et ainsi pré-remplir les procès-verbaux qui seront utilisés lors des contrôles. Il sort les pains de glace de son congélateur et les dispose dans les poches de la glacière spécialement conçue pour recevoir et conserver les prélèvements urinaires, prépare le carton dans lequel il n'oublie pas, outre les flacons eux-mêmes, de rajouter une boîte de gants en latex ainsi que des sacs poubelles, et charge le tout dans le coffre de sa voiture.

Il est environ 16h15 lorsque le docteur gare son véhicule devant la mairie de la commune qui accueille la compétition, et au sein de laquelle siège l'équipe qui organise l'évènement. Une foule de sportifs reconnaissables à leurs tenues légères et au numéro que leur confèrent leurs dossards, se mélange ici à un nombre impressionnant de spectateurs. C'est dans ce fourmillement festif que le médecin tente de se frayer un chemin jusqu'à la table où sont rassemblées des personnes membres du comité d'organisation, la glacière en bandoulière et le carton à même les bras. Le badge qui identifie sa fonction d'agent de contrôle du dopage pend à son cou, mais ne sera guère examiné par la jeune femme du comptoir. La seule évocation de « l'anti-dopage », et la nécessité pour le médecin d'être mis en relation rapidement avec le délégué fédéral de la compétition, suffisent à déclencher une réponse. Une autre jeune femme fait son apparition. Elle se présente comme la responsable de l'organisation des contrôles, et téléphone, devant le médecin, au délégué fédéral. Quelque part sur le site de la compétition, il arrive immédiatement. Le médecin, en l'attendant, demande à être conduit au local où auront lieu les prélèvements, de façon à y

déposer son matériel. Il s'agit des sanitaires féminins de la mairie, condamnés exceptionnellement pour les besoins des contrôles. Une consœur réalise au même moment les prélèvements des sportives qui viennent de terminer leur compétition.

Le matériel mis en sûreté, le praticien retourne vers l'accueil. Son espoir débonnaire d'y retrouver le délégué fédéral cède rapidement la place à une bruyante impatience. Voilà plus de vingt minutes que sa silhouette immobile nargue le flux mouvementé d'une longue file d'attente composée de sportifs venus retirer leur dossard pour l'épreuve du lendemain. Il laisse éclater publiquement son mécontentement face à cette jeune hôtesse d'accueil qui se confond en mille excuses et s'empresse de contacter à nouveau le responsable de la fédération. Celui-ci ne tarde d'ailleurs pas à faire son apparition. En sa présence, le médecin peut enfin démarrer la procédure. Il demande à avoir la liste précise des triathlètes engagés dans la compétition de l'après-midi. Son ordre de mission précise en effet que le mode de désignation des sportifs contrôlés est laissé au libre choix du médecin. Il s'isole sur un petit bureau à l'abri des regards et du bruit. Après avoir pré-rempli certains champs des procès verbaux, il projette de feuilleter rapidement le répertoire des noms auxquels sont associés de petits drapeaux colorés qui renseignent sur la nationalité des athlètes. L'attention du docteur Barathay se fige un instant sur un drapeau espagnol. En souriant, il se remémore les récentes affaires de dopage qui touchent le cyclisme ibérique, et pense à haute voix que s'il était vicieux, il contrôlerait un athlète espagnol. Il se ravise immédiatement. En effet, pour la crédibilité de l'évènement, il serait malvenu de ne pas contrôler le podium. Le tirage au sort est donc quelque peu pipé. Cinq prélèvements sont prévus chez les hommes. Le médecin doit donc décider des deux athlètes qui seront contrôlés avec les vainqueurs. Ce qui le retient de choisir un espagnol ou plus simplement de tirer au sort au sein de cette liste, c'est la probabilité de tomber sur les derniers de la compétition, et de devoir ainsi attendre la fin de l'épreuve pour commencer les procédures de prélèvement. Le choix est rapidement fait. Outre les trois premiers, seront contrôlés le cinquième et le septième athlète à avoir franchi la ligne d'arrivée.

Le médecin demande à ce que les escortes soient appelées, afin de leur donner les consignes d'usage. Cinq jeunes hommes du comité d'organisation se voient ainsi chacun attribuer un sportif. Dès la fin de l'épreuve, ils ont pour mission de leur signifier le contrôle et de leur faire signer la notification. A partir de là, la notion d'escorte prend tout son sens, le jeune homme ayant pour consigne d'accompagner le champion du début jusqu'à la fin de la procédure, soit de la ligne d'arrivée jusqu'à la sortie des sanitaires où auront lieu le

recueil des urines. Le médecin ne désire pas se rendre personnellement sur le lieu où seront consacrés les meilleurs triathlètes de la journée. Trop de bruit, trop de monde, il préfère être au calme dans les locaux de la mairie, à attendre les sportifs et leurs accompagnateurs.

Il se rend donc logiquement vers le local réservé aux contrôles. La porte des sanitaires, barrée d'un panneau indiquant l'interdiction d'entrer, est entrouverte. Des sportives attendent dans le couloir, sous le regard de la professionnelle de santé ayant en charge leurs prélèvements urinaires. Cette dernière indique à son confrère, le docteur Barathay, que deux des cinq sportives ne sont pas parvenues à fournir la quantité de fluide escompté. Il faut donc patienter et espérer que l'envie revienne rapidement. Des bouteilles d'eau sont mises à disposition. Les deux médecins le savent pertinemment, l'attente peut être longue...

Bras croisés, un peu las, le médecin arpentera ainsi pendant plus d'une heure le couloir qui mène aux sanitaires. La dernière sportive en a enfin terminé. Quelques joyeux éclats de voix témoignent du soulagement de ses proches venus la soutenir. Lorsqu'ils se croisent, le médecin croit reconnaître la triathlète et freine sa sortie en lui posant une main sur l'épaule. D'un tutoiement familier, tout sourire, il lui fait part de son sentiment, désormais persuadé d'avoir déjà contrôlé cette sportive sur une autre compétition. D'un vouvoiement respectueux, un peu étonnée, elle convient que cette hypothèse est plausible. Très heureux de l'avoir reconnue, le médecin lui souhaite bonne continuation, accompagnant le verbe d'une chaleureuse poignée de main, ainsi que d'une tape amicale sur l'épaule.

Les premiers athlètes masculins viennent de franchir la ligne d'arrivée. Le docteur Barathay investit les sanitaires et entreprend d'y installer son matériel. La table et les chaises sont déjà en place. Seuls les flacons et les gants doivent être préparés. Ces derniers sont prévus à l'attention des sportifs et non à celle du praticien. En effet, il s'agit d'éviter que les sportifs ne s'enduisent les mains de produits masquant et ne s'urinent sur les doigts de façon à neutraliser le contrôle. Par habitude, le médecin en enfile malgré tout une paire, persuadé que cette démarche facilite l'acceptation des sportifs. Le premier athlète se présente à la porte. Visiblement habitué à se faire ainsi contrôler, l'ensemble de la procédure, du remplissage du procès verbal, en passant par la miction sous le regard du praticien, jusqu'au scellé des flacons, se passe sans encombres et ne dure pas plus d'un quart d'heure. L'histoire ne se répète pas à l'identique pour le second athlète. Il n'a uriné que 20 ml au lieu des 75 ml requis. En de telles circonstances, c'est l'ensemble de la procédure qui se bloque. Le sportif est invité à aller boire de l'eau dans le couloir. Ces

contre temps aussi malheureux que fréquents vont se répéter aujourd'hui pour trois des cinq triathlètes contrôlés. Comme souvent, cette attente imposée n'améliore en rien une ambiance déjà austère, et certains supportent mal la situation. Le médecin reste bien évidemment cordial, mais n'hésite pas à faire preuve de fermeté lorsqu'un des athlètes projette d'aller se doucher avant de revenir compléter le flacon à demi-rempli. La procédure est lancée, le sportif doit rester présent sur les lieux du contrôle jusqu'au scellé du flacon pour éviter tout vice de forme. L'athlète sait parfaitement qu'il risque des sanctions s'il contrevient à ces consignes, et se résigne à attendre que le litre d'eau qu'il vient de consommer veuille bien atteindre sa vessie.

Il est finalement 21h30 lorsque le médecin libère le dernier athlète. Les flacons d'urine ont été placés dans la glacière prévue à cet effet, et ne quitteront le préleveur qu'à partir du moment où il les confiera au transporteur qui a pour mission de les convoier jusqu'au laboratoire d'analyse. De retour à son domicile vers 22h30, le docteur Barathay transfère donc tout naturellement les prélèvements de sa glacière vers son réfrigérateur. Ils y côtoieront les denrées alimentaires jusqu'au lundi matin.

Dimanche...

Docteur Gardet
Médecin généraliste (libéral)
Médecin du centre de formation
d'un club professionnel de football

Il est 13h00 lorsqu'il gare son véhicule sur le parking du stade. L'entraîneur de l'équipe CFA, le kinésithérapeute et le préparateur physique sont déjà là. Le docteur Gardet est le médecin du centre de formation d'un club de football professionnel, et suit l'équipe réserve sur chacune de ses rencontres. Aujourd'hui, c'est un match particulier qui débutera à 15h00. Son groupe rencontre les joueurs CFA du Paris Saint Germain. Beaucoup de spectateurs sont attendus, et les personnes influentes dans le milieu du football local se sont donnés rendez-vous. Certains comptent bien y repérer les éventuelles stars de demain.

Le médecin, déjà vêtu du jogging aux couleurs du club, enlève les baskets qu'il porte pour conduire, et chausse les crampons. Il se dirige vers le bâtiment qui jouxte le terrain en herbe et sur le flanc duquel courent de larges tribunes en béton. Dans le vestiaire, il y retrouve l'entraîneur qui termine de fixer au mur les affiches qui serviront de supports aux consignes tactiques d'avant-match. Sur les bancs, de petits tas de vêtements parfaitement pliés attendent chacun son joueur. Les athlètes arrivent d'ailleurs petit à petit. L'imposant bus du PSG vient de se garer lui aussi. L'entraîneur laisse la liberté aux joueurs d'aller « reconnaître » le terrain. Le préparateur physique entre à son tour dans le vestiaire, salue le médecin par son prénom et lui demande des nouvelles des jeunes joueurs qui ont joué la veille et des éventuelles blessures. Le docteur Gardet les a effectivement examinés le matin même, au sein du centre de formation, avant de se rendre au stade. Si la plupart ne souffrait que de simples crampes, il fait néanmoins part de son inquiétude au technicien concernant l'état de santé d'un jeune en particulier. Pendant que l'ensemble de l'effectif CFA se réunit dans le vestiaire, le praticien explique que la douleur ressentie sur la tubérosité tibiale de ce footballeur pourrait être très ennuyeuse. Tout dépend de l'histoire de la blessure, selon qu'il s'agit d'un coup, ou bien d'une traction. Le préparateur physique en prend note, et le remercie de l'avoir ainsi renseigné. L'appel au silence de l'entraîneur

est entendu. Seule sa voix résonne maintenant dans le vestiaire, et aux stratégies tactiques se mêlent des injonctions guerrières. Le médecin est présent mais n'intervient pas.

Les joueurs sont pris en charge par le préparateur physique pour l'échauffement. Le médecin les suit sur le terrain, et en foule l'herbe. Pendant toute la durée de l'exercice, il discutera, un peu à distance des joueurs, avec le kinésithérapeute de l'équipe. Ils plaisantent amicalement, et discutent finalement des blessures du moment, partageant ainsi leurs vues. Une dizaine de minutes avant le début de la rencontre, les joueurs terminent l'échauffement avec ballons et rentrent à nouveau dans le vestiaire. L'entraîneur y fait ses dernières recommandations. Le médecin, qui a suivi le mouvement, s'équipe d'un défibrillateur portable. La trousse de premiers soins et la glacière contenant les poches de glace seront quand à elles portées par le kinésithérapeute. Les arbitres sont prêts, les joueurs et leur staff également. Les deux équipes font leur entrée solennelle sur le terrain sous les applaudissements nourris de tribunes remplies. L'entraîneur, le préparateur, le kinésithérapeute et le médecin prennent place dans le box, accompagnés des joueurs remplaçants. Le match commence.

Au coup de sifflet de l'arbitre, le banc s'électrise. Le lourd silence des premiers instants cède progressivement la place aux remarques de chacun des acteurs assis dans le box. C'est le médecin qui, le premier, prend la parole pour contester à haute voix une faute sifflée contre l'équipe. Lui « n'a rien vu », et trouve de ce fait inadmissible d'accorder un coup franc aux joueurs parisiens. La rencontre se poursuit. Les adversaires sont plus précis et se font de plus en plus menaçants, au point de se créer plusieurs occasions franches. Le banc tressaille. Le docteur y va là aussi de ses commentaires. Une mauvaise passe. Un joueur qui oublie le ballon. Et de nouveau une faute sifflée contre son équipe. Cette fois, le médecin en est sûr et ne se prive pas de le faire remarquer à qui veut l'entendre, l'arbitrage est parisien ! Plus prompt selon lui à siffler dans un sens que dans l'autre. Bien évidemment, le garant des règles l'entend et jette un regard très explicite vers le box. L'entraîneur demande aussitôt au docteur de se calmer. Il s'y résout en maugréant. Une erreur de la défense offre le but à l'équipe parisienne qui ouvre le score. Les applaudissements du box suite à la première occasion de son équipe laissent donc la place à la déception. Dans le cours du jeu, un jeune footballeur est touché au flanc par un coup de coude adverse. Sans interruption, il se dirige vers le banc. Immédiatement, avant même qu'il ne soit intégralement sorti du terrain, le kinésithérapeute et le médecin se sont levés d'un bond. Le joueur montre du doigt la zone douloureuse et soulève son maillot. Le médecin réalise un rapide diagnostic. Le kinésithérapeute utilise une bombe de froid. Le

tout aura pris quelques secondes. Les deux professionnels de santé lèvent les bras et interpellent l'arbitre de champ pour qu'il autorise le joueur à revenir sur le terrain. Plus tard, la blessure d'un joueur parisien provoque un arrêt de jeu. Le staff médical adverse rentre sur le terrain. Le docteur Gardet se lève, s'approche du terrain, et donne de l'eau aux quelques joueurs qui se sont rassemblés. L'entraîneur en profite pour donner quelques consignes individuelles. Un des joueurs se plaint d'un pouce. Le médecin regarde rapidement, et demande au kinésithérapeute de mettre du froid. Mais le jeu doit reprendre. A deux minutes de la mi-temps, le soin attendra la pause. Le joueur reprend sa place. Peu avant que la mi-temps ne soit sifflée, le médecin se plaint à nouveau publiquement d'un arbitrage qu'il juge partial. Cette fois, la réaction du banc est collégiale, et c'est l'ensemble de son staff qui lui demande de se taire. A la pause, le PSG gagne 1 – 0.

Les joueurs rentrent au vestiaire sous le regard d'une foule imposante. Le staff se lève et, dans un même mouvement, emboîte le pas des athlètes. Pendant que l'entraîneur fustige le niveau de jeu proposé par son équipe, le médecin réalise quelques auscultations dans l'urgence. Il jette ainsi un œil sur le cou de coude reçu par un des joueurs. Il s'agit d'un choc, et l'hématome qui s'est déjà formé peut être limité par l'application immédiate d'une poche de glace. En aucun cas, cela ne remet en cause sa participation au reste de la rencontre. Pour le problème rencontré par cet autre footballeur au niveau du pouce, le médecin tente d'abord de comprendre ce qui s'est réellement passé. C'est sur une chute au sol que le joueur a tenté d'amortir avec les mains que son pouce a tourné. Sans avoir la possibilité, malgré quelques légères manipulations, de réaliser un diagnostic précis de la gravité de la lésion, un bandage réalisé par le kinésithérapeute devrait limiter les dégâts et permettre à l'athlète de terminer sa partie.

Les deux joueurs reprennent d'ailleurs le cours du jeu avec leur équipe dès l'entame de la seconde période. Cette fois, c'est un parisien qui commet une faute sur un attaquant dans la surface de but, offrant ainsi un penalty applaudi par le banc. Le joueur s'avance. Le staff est tendu. Le tir n'est pas cadré et le ballon s'envole bien au-delà des cages parisiennes. Le dépit se fait vacarme dans le box. Le médecin en bondit de colère, et s'exclame avec dépit qu'il est impossible de louper une telle occasion. La déception liée à cette frappe manquée ne quittera plus le staff. L'équipe elle-même semble pétrifiée par cet évènement, et traverse une phase extrêmement laborieuse où, de l'avis du médecin, elle joue à la « baballe » plus qu'au football. Ce dernier désespère de voir son équipe rentrer bredouille d'un match dans lequel il est convaincu qu'il y avait un « coup à jouer ». Pourtant les joueurs ne marqueront pas. La victoire revient au PSG.

Dans le couloir qui mène au vestiaire, outre quelques journalistes tenus à distance, les « gens du club » sont venus faire corps avec l'équipe CFA. Les entraîneurs de l'équipe première, l'entraîneur des gardiens, mais également le directeur du centre de formation sont présents. Un des techniciens demande ainsi à voix basse au médecin lorsqu'il se dirige vers le vestiaire des nouvelles quant aux éventuelles blessures des joueurs sur ce match. Le praticien évoque simplement le coup reçu sur la hanche, tout en précisant le caractère minime de la lésion. Dans le vestiaire, il contrôle l'évolution de l'hématome, et réalise de nouvelles manipulations sur le pouce. Les soins urgents sont ainsi prodigués dès l'arrêt de la partie, dans l'ambiance froide et silencieuse d'un vestiaire qui abrite des joueurs défaits. Le médecin demande aux joueurs soignés de venir le voir dès le lendemain dans son bureau au centre sportif de façon à apprécier l'évolution des lésions. Il rassemble ses affaires, et entame le traditionnel ballet des mains serrées pour saluer l'ensemble des personnes présentes. Il est environ 17h30 lorsqu'il charge son sac dans son véhicule. De jeunes joueurs venus supporter leurs « aînés » interpellent le docteur Gardet, et lui demandent poliment de les ramener au centre de formation du club professionnel. Il ne se voit guère refuser ce service, malgré le détour important que cela suppose. D'une humeur maussade face à la contre performance de son équipe, le médecin quitte le stade. Ainsi s'achèvera cette journée de football.

INTRODUCTION GENERALE

Sports, Médecines, et lieux d'exercices.

« Le médecin du sport doit posséder les connaissances cliniques et la sagesse pour écouter, analyser les besoins et les comportements de chacun [des] sportifs. Il les accompagne, apportant les repères objectifs de ses explorations fonctionnelles et le soutien d'une présence discrète. Lorsqu'il lui semble nécessaire, il doit savoir s'opposer aux excès de travail que l'athlète s'impose ou qui lui sont imposés. L'objectif du médecin, c'est la maintenance et la sauvegarde de la santé. L'objectif prioritaire du mouvement sportif, c'est la performance sportive sur laquelle élus et entraîneurs sont jugés. Les situations résultantes ne peuvent être que complexes ».

Henri Périé (Inspecteur Général Honoraire, Ancien Chef des Services Médicaux au Ministère de la Jeunesse et des Sports)⁴.

I. L'hétérogénéité dans son double rapport aux lieux et aux durées.

Dans son invitation à « tisser des liens » adressée à ses confrères en 2002, le docteur Marc Rozenblat décrivait ainsi la complexité et le flou caractérisant, selon lui, le secteur de la « médecine du sport » : « Un grand nombre de médecins se revendiquent “médecin du sport”. Médecins généralistes, médecins à exercices particuliers, médecins

⁴ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. « Chronique d'une médecine escamotée. La médecine du sport : 1921 – 2001 », *Cinésiologie* 2007, n°235, 46^{ème} année, p. 116.

spécialistes et chirurgiens, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, tous diplômés du CES (Certificat d'études spéciales) ou de la Capacité de médecine du sport, revendiquent ainsi cette spécificité de leur pratique professionnelle en médecine du sport »⁵. A y regarder de près, l'espace français de la médecine du sport apparaît effectivement extrêmement brouillé tant il rassemble sous une même étiquette générique des réalités fort différentes. Entre pluralité des lieux d'exercice, des pratiques, des trajectoires et des identités professionnelles, l'hétérogénéité des acteurs de la médecine du sport est assurément bien opaque pour l'observateur profane. C'était d'ailleurs l'enjeu du kaléidoscope médical que d'éclairer les reflets multiples de cette réalité. Instrument cylindrique, garni de miroirs et contenant des fragments de verre de couleurs et de dimensions différentes qui s'assemblent et se recomposent en figures variées lorsqu'on fait tourner l'appareil, l'étendue des nuances ne peut être perceptible que dans le mouvement. La métaphore est séduisante. *La médecine du sport*, dans sa formulation au singulier, est un artifice langagier. Sa réification dans les pratiques discursives courantes l'ancre dans un immobilisme et une uniformité qui ne cadrent pas avec la complexité et l'hétérogénéité des situations rencontrées⁶. Les médecines, les sports, et les lieux d'exercices sont un enchevêtrement de miroirs inclinés qui renvoient des images toujours différentes selon le lieu d'où s'effectue l'observation.

L'exposé de données brutes laisse s'exprimer des oppositions majeures qui bousculent l'apparente homogénéité dont nos moyens linguistiques parent le réel, et permet de poser les bases du questionnement sociologique. Cette semaine passée en compagnie de divers praticiens interroge en effet la rencontre entre la médecine et le sport, deux univers sociaux dont la congruence ne saurait être prise pour une évidence. La grande variabilité des pratiques professionnelles peut se lire dans le cadre du double rapport au temps et à l'espace.

Les dispositions au déplacement sont particulièrement significatives lorsqu'il s'agit d'identifier les degrés divers qui caractérisent l'investissement des médecins dans l'univers sportif. De l'attitude qui consiste à recevoir l'athlète dans son cabinet, à celle qui nécessite de la part du médecin de suivre le sportif sur son lieu d'entraînement ou de compétition, le pas à franchir est immense. Cette propension inégale à se rendre sur le terrain sportif est le témoin incontestable de rapports au sport et aux sportifs différenciés. Le type de population

⁵ Dr. **ROZENBLAT**, Marc. 2002. « "Médecins spécialistes du sport" : tissons des liens ! », *Cinésiologie* 2002, n°202, 41^{ème} année, p. 35.

⁶ **ELIAS**, Norbert. 1991. *Qu'est-ce que la sociologie*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, p. 7-32.

sportive contraint bien évidemment le lieu de l'exercice médical. Le suivi légal des sportifs de haut niveau nécessite par exemple des épreuves d'effort qui ne peuvent s'inscrire pour des raisons matérielles que dans le contexte hospitalier, là où le certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique modérée se signe dans la grande majorité des cas dans l'intimité des cabinets de médecine générale. Mais cette distribution géographique des athlètes dans le paysage médical selon le niveau de performance ne peut, à elle seule, expliquer le placement et le déplacement des praticiens dans l'univers sportif. Pour un même sportif d'élite, la division du travail médical suppose des positionnements différenciés selon qu'il s'agit de mesurer son activité cardiaque dans un service hospitalier ou de réaliser des soins dans la pénombre de sa chambre d'hôtel la veille d'une compétition. Les docteurs Alberti et Raulo sont tous deux des médecins du sport qui côtoient des champions, mais l'inscription spatiale de leur exercice est incomparable. Le premier reçoit les sportifs dans son service, là où le second suit les athlètes dans le bus, les hôtels, et les gymnases. Comment ne pas y voir symboliquement des formes d'allégeance, l'un à la sphère proprement médicale et l'autre au monde de la haute performance ? D'autant que ce partage différencié des espaces se croise avec l'extrême variabilité du temps accordé. Se rendre disponible, donner de son temps, sont des gages très forts de l'intérêt qu'un médecin est susceptible de porter à une pratique spécifique. Les emplois du temps qui constituent la toile de fond des récits de vie narrés dans le prologue sont à ce titre particulièrement révélateurs. Ils ont en outre cet immense intérêt de rappeler que les médecins du sport, même dans le cadre d'une étude qui porte précisément sur cette compétence, sont aussi et avant tout des médecins. L'exercice médical lié au sport peut ne représenter qu'une part infime du travail effectué, ou au contraire devenir le cœur de la pratique. De ce point de vue, l'écart précédemment évoqué entre les docteurs Alberti et Raulo ne semble pas enclin à s'effacer. Bien au contraire, les différences se creusent plus profondément encore. Le docteur Alberti partage son temps entre la médecine vasculaire, la médecine du sport (bien que l'une ne soit pas exclusive de l'autre), et l'organisation administrative du service hospitalier dont il est le responsable d'Unité. Son planning prévoit deux demi-journées par semaine de consultation avec des patients sportifs. Le docteur Raulo a lui aussi des tâches administratives à gérer. Il doit assurer la mise à jour régulière des dossiers médicaux des handballeurs sélectionnés en équipes nationales, et est responsable du recrutement et de la ventilation des huit médecins vacataires employés par la fédération pour suivre les groupes sur les stages ou les compétitions. Il accompagne lui-même l'équipe de France féminine A sur chacun de ses déplacements, ce qui représente

entre 100 et 135 jours sur une année. Les rythmes de travail journaliers semblent répondre à des sabliers dont le contenu ne s'égraine pas à une vitesse identique. Si la consultation s'effectue en une heure environ dans le temps hospitalier, c'est sept à huit consultations qui auront été effectuées sur la même durée dans diverses chambres d'hôtel, le matin précédant une rencontre internationale... Consacrer l'intégralité de son temps en « allant vite », ou inversement n'y accorder que des instants limités en « prenant son temps », n'est sans doute pas anecdotique.

II. Médecin sportif, médecin du sport.

Les proportions variables dans lesquelles les praticiens sont disposés à se déplacer et à faire don de leur temps est un prisme utile pour lire l'hétérogénéité des positions. Et bien qu'elles n'éclairent en rien les raisons qui sous-tendent ces placements différenciés, elles ont une fonction heuristique. Elles questionnent en effet les conséquences que de telles variations rendent visibles. Le port de la traditionnelle blouse blanche ou au contraire du jogging aux couleurs d'un club par exemple, le vouvoiement respectueux ou le tutoiement chaleureux de l'athlète, le maintien des relations en dehors des structures sportives ou son inexistence, etc., sont les témoins incontestables des différentes formes d'adhésions aux jeux sportif et médical, qui interrogent la vision du monde des praticiens eux-mêmes. Les colloques singuliers entre l'athlète et le médecin sont à l'évidence différents selon que l'on se trouve une fois par an au sein d'un cabinet libéral, tous les dimanches sur le bord d'un stade, deux fois par an dans un bureau à l'hôpital, ou enfin à l'occasion dans des sanitaires déguisés en local anti-dopage. Outre le type de relations entretenues, de la méfiance que provoque un contrôle inopiné à l'amitié que suppose un quotidien partagé, les diagnostics et les soins eux-mêmes semblent en être affectés. D'un traitement qui cherche à guérir et impose un arrêt sportif, à celui qui répare et se négocie dans l'urgence d'une compétition, l'écart est visible. Et finalement, malgré cette hétérogénéité des pratiques, fonctions, et statuts, les modèles de pensée convoqués dans les revues corporatistes pour discuter de cet exercice médical multiple relèvent d'une réduction binaire individualisante. Relativement au référentiel sportif, celui qui est « dedans » est celui qui prend le risque de jouer avec des règles qui ne sont pas les siennes, à l'inverse du second, « en dehors », dont l'intégrité

serait de fait préservée de toutes tentations. De cette tension résonnent en échos nombres de couples épistémologiques. Dedans / dehors, dépendant / indépendant, complaisant / intègre, dopeur / gendarme, médecin sportif / médecin du sport, etc. Ainsi, certains professionnels de santé eux-mêmes contribuent à gommer la variabilité des positionnements en pensant le frottement entre deux univers, le sport et la médecine, sous l'angle d'un manichéisme qui interroge l'unique responsabilité d'un médecin, bon ou mauvais. Si la médecine se retrouve parfaitement dans le discours politique récurrent du « sport-santé » repris en chœur par un grand nombre de médecins généralistes⁷, qu'en est-il en effet du rapport que ces praticiens entretiennent avec le sport d'élite compris ici comme une entreprise de conquête de performances *a priori* peu soucieuse des dommages corporels collatéraux (parfois dramatiques) dont peuvent toujours être victimes les athlètes confirmés ou en devenir ? Quelle peut être la mission d'un médecin au cœur d'une structure de formation au haut niveau où fréquentes sont les atteintes à l'intégrité corporelle des sportifs sous la forme de déformations ou de blessures ? Si le soin occupe indéniablement une place centrale dans l'activité des médecins du sport, il reste que la thérapeutique rejoint bien souvent l'expertise et l'évaluation proprement sportives. L'instrumentalisation de la médecine au service du projet sportif et de la performance a ainsi obligé le Syndicat National des Médecins du Sport (SNMS) à dénoncer cette « collusion de fonctions » et à reconnaître que « trop souvent, [les médecins du sport] se mettent dans des situations indéfendables en semblant ignorer, par exemple, le Code de déontologie »⁸. De fait, la distance peut se révéler particulièrement grande entre le docteur Alberti, cardiologue et praticien hospitalier, qui contrôle l'aptitude cardiaque d'un sportif de haut niveau à l'hôpital dans le cadre de son suivi médical obligatoire, et le docteur Beaugendre, généraliste, salarié d'un club de football professionnel, qui prodigue, certes, ses soins aux footballeurs mais réalise aussi des visites médicales d'aptitudes lors de transferts de joueurs aux fins de vérifier leurs potentialités. Manifestement conscient de ce type d'écart, Denys Barrault, président du SNMS, ne manquait d'ailleurs pas de s'interroger, en 2007, sur l'identité professionnelle des praticiens spécialistes du sport : « Nous [avons] l'impression d'une confrontation entre deux milieux très distincts, celui du

⁷ « Bouger pour être en bonne santé », slogan imposé aujourd'hui à certains publicitaires, semble clairement rejoindre ce que Pierre Aïach identifie comme une « idéologie de la santé », organisée selon « les préceptes de l'évangile hygiéniste » et qui tend à envahir l'ensemble du champ social. Voir AÏACH, Pierre. 1998. « Les voies de la médicalisation », in AÏACH, Pierre ; DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

⁸ Dr. BARRAULT, Denys. 2007. « Médecin du sport expert ou traitant ? », *Cinésiologie 2007*, n°233-234, 46^e année, p. 77.

sport et celui de la médecine, chacun ayant ses habitudes et ses valeurs. Le médecin du sport [...] connaît les deux milieux et aurait tendance à prendre le parti de l'un ou de l'autre en fonction des circonstances. Le médecin du sport est-il surtout médecin ou surtout sportif ? »⁹. C'est la même tension qui sous-tend les propos policés du docteur Hervé de Labareyre lorsqu'il tente de réaliser pour les dix ans de la revue *Médecins du sport*, le bilan des éventuels changements qui sont intervenus « dans [la] façon de voir le sport » du comité de rédaction. « Nous sommes tous sur la même longueur d'onde en ce qui concerne le "sport-loisir". Dès qu'il s'agit du haut niveau, les discussions restent toujours aussi vives entre ceux qui estiment que la compétition explique tout, justifie tout, et ceux qui restent plus détachés et qui déifient moins le champion. Dix ans que cela dure, avec la même pugnacité à chacune de nos réunions, sans que les membres de chaque camp ne changent, d'ailleurs »¹⁰.

Ce tiraillement schématique entre les « trop » et les « pas sport » ne peut que s'affirmer au moment précis où le débat public dans lequel les médecins du sport sont principalement engagés renvoie à la problématique générale du dopage. Les grandes figures médiatiques de la médecine du sport, à l'image de Jean-Pierre de Mondenard, ancien médecin du cyclisme en rupture de ban avec un milieu qu'il juge dévoyé, véritable chevalier servant d'un sport qu'il imagine « propre » et qui regrette que « les vrais responsables-coupables du dopage ne [soient] jamais poursuivis ni sanctionnés¹¹ » ou de Serge Simon, actuel médecin national du rugby et ancien pilier international, qui juge pour sa part que la lutte contre le dopage est une chimère car « la pratique d'aide à la performance [est] inhérente à la pratique sportive¹² », renforcent cette division quasi-clanique de l'espace. Celui qui est à l'intérieur, comprend, adhère et défend. Celui qui est à distance, se méfie, s'oppose et surveille. La lutte fratricide qui les oppose se joue dans une théâtralité dramatique. Les uns taxent les autres de « médecins figurants », dont le rôle à distance ne permet pas la prise en charge cohérente de patients dont ils ignorent les spécificités, là où les seconds décrivent l'engagement des premiers dans un rôle principal,

⁹ Dr. **BARRAULT**, Denys. 2008. « L'exercice de la médecine dans une fédération », *Cinésiologie 2008*, n°238, 47^{ème} année, p. 33.

¹⁰ Dr. **DE LABAREYRE**, Hervé. 2006. « 10 ans... Quel bilan ? », *Médecin du sport*, n°76, p. 34.

¹¹ Cité in **MAITROT**, Eric. 2003. *Les scandales du sport contaminé, enquête sur les coulisses du dopage*. Editions Flammarion.

¹² Propos recueillis lors d'une soirée de formation médicale continue animée, entre autres, par Serge Simon, et organisée dans le cadre d'une croisière fluviale (18 novembre 2004).

arguant d'une erreur de casting pour une composition dont les tirades risquent d'être soufflées par les partisans de Coubertin en lieu et place des défenseurs d'Hippocrate.

La distribution des positions dans cet espace hétérogène de la médecine s'organise-t-elle autour de cette ligne de partage « dedans / dehors » évoquée par certains, et dans laquelle le docteur Mabuse, chef de file des médecins qui jouent le jeu sportif en s'expatriant des locaux proprement médicaux, s'opposerait au docteur Schweitzer, à la tête d'un peloton de médecins experts prêts à en découdre avec un univers sportif jugé malsain ? Un médecin du sport vend-il son serment d'Hippocrate au diable dès lors qu'il se risque à franchir cette frontière et accepte de se rendre sur le terrain sportif ? Les docteurs Renaud, Beaugendre, Raulo et Gardet cités dans l'exorde sont-ils en cela moins médecins que les docteurs Alberti, Amazan et Barathay ? Derrière cette suspicion liée au lieu de l'exercice, il est difficile de ne pas y voir le jugement ethnocentré de la « profession médicale » sur certains de ses membres. Cette médecine de chambres d'hôtels, de salles de pause, et de bords de stades est en effet très éloignée de l'asepsie légitime des cabinets libéraux ou des services hospitaliers. Cette précision a toute son importance car elle recentre le questionnement. De la critique individualisée d'un médecin taxé d'incompétence, on voit poindre ici une critique plus générale d'un exercice médical jugé illégitime. Tout semble en effet réuni pour que les normes médicales traditionnelles soient potentiellement bouleversées. Se faire employer par une structure sportive est une menace éventuelle à l'indépendance du médecin, le travail en équipe avec un staff technique composé de professionnels extérieurs aux métiers de la santé rend difficile le maintien du secret, l'exportation de la pratique en dehors du cabinet ou de l'hôpital est un risque de fragilisation et de déclassement. A l'inverse, l'incohérence d'une médecine à distance qui, dès lors qu'elle s'effectuerait ailleurs que sur le terrain sportif, serait une médecine inutile *du fait de* son incapacité à s'adapter aux contraintes spécifiques du milieu de la haute performance, semble tenir non pas du jugement ethnocentré de la sphère médicale bien sûr, mais au contraire de celui du monde « extra-ordinaire » du sport d'élite¹³. En témoigne le rapport extrêmement distant que les sportifs eux-mêmes entretiennent à l'égard de cette médecine du sport hospitalière et qui se traduit par une « importante inobservance »¹⁴.

¹³ PAPI, Bruno. 2000. *Sociologie d'une vocation sportive. Conversion et reconversion des gymnastes de haut niveau*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, p. 332.

¹⁴ LAURE, Patrick ; IHABBANE, L. 2007. « Observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains ». *Science & Sports*, n°22, p. 210 – 215.

La médecine du sport est un espace qui se construit dans la tension entre deux champs distincts, dont le mélange est souvent explosif. Le danger pour celui qui tente d'en comprendre les rouages serait justement de le penser avec les visions hétéronomes qui s'imposent aux acteurs qui y sont engagés sur des positions différenciées¹⁵. Le médecin hospitalier n'est pas inutile pour le sport et le sportif. Le docteur Alberti a rassuré un footballeur pétri d'angoisses suite à l'infarctus précoce de son père, et lui a permis de reprendre sans craintes sa pratique sportive. Le médecin de terrain est un professionnel de santé digne de ce nom. Le docteur Raulo fait preuve d'une polyvalence professionnelle qui nécessite une grande expertise dans des domaines aussi variés que la traumatologie, la gynécologie, ou encore la médecine d'urgence.

III. Socialisations médicales, dispositions sportives et lieux d'exercices.

De plus, l'hétéronomie du raisonnement contribuerait à faire de la réalité un donné uniforme. Bien au contraire, chaque placement répond à une historicité qui lui est propre et fait voler en éclat les réflexions binaires évoquées supra. De la tension entre deux espaces normés naît un ensemble de pratiques singulières qui ne peuvent se comprendre que dans l'histoire individuelle d'un mélange complexe entre socialisations médicales, dispositions sportives et lieux d'exercices.

Les docteurs Amazan et Renaud sont tous deux spécialistes de médecine physique et réadaptation (MPR), l'un en contexte hospitalier, l'autre en cabinet libéral. Et pourtant l'exercice qu'ils font de la compétence en médecine du sport est extrêmement différencié. S'ils voient de la même manière de jeunes sportifs en consultations, le docteur Amazan pratique les examens en blouse blanche, dans un bureau de l'hôpital où il est employé, là où le docteur Renaud, dont la tenue vestimentaire ne souligne en aucune façon son identité

¹⁵ C'est aussi la raison pour laquelle, « à l'encontre de l'image que peuvent en donner les médias depuis plusieurs années, les relations entre le monde médical et celui du sport ne peuvent être restreintes aux seuls phénomènes de dopage et d'anti-dopage. Ils sont certes importants, mais la grande diversité des préoccupations, des champs d'investigation et des interventions des médecins du sport vont bien plus loin que cette dimension spectacularisée ». **CHARPIER**, Francis. 2004. *Aux origines de la médecine du sport*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Lyon 1, p. 3.

médicale, réalise les auscultations dans la salle de pause des entraîneurs du pôle de gymnastique au service duquel il met sa compétence. Si le regard que l'on pose sur ces praticiens semble figer leurs placements et déplacements, la connaissance plus éclairée de l'ensemble de leurs fonctions fait vaciller cette apparente rigidité des exercices. Le docteur Amazan s'investit ainsi plusieurs fois par an dans la surveillance de compétitions équestres, et sacrifie pour l'occasion son repos dominical. A l'inverse, le docteur Renaud, qui a gardé des liens privilégiés avec un chirurgien orthopédiste, patron du service hospitalier dans lequel il a réalisé son internat, réalise chaque semaine en sa compagnie une demi-journée de consultations médico-chirurgicales de traumatologie du sport, au sein d'un CHU. Les lieux d'exercice ne sont donc pas exclusifs, et autorisent le mélange de médecins et de médecines variées. Car, s'ils sont tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, et qu'ils évoluent (bien que dans des proportions diverses) aussi bien dans le contexte hospitalier que sur le terrain sportif, la description des consultations avec les athlètes ainsi que celle du partage de l'information médicale avec l'entourage sportif, témoignent de l'intérêt de la comparaison. Les médecines sont ici fort différentes. Le docteur Amazan évite ainsi le contact avec l'entraîneur, de façon à neutraliser toutes formes d'interférences dans le soin du patient. Le docteur Renaud travaille en collaboration étroite avec le staff technique, convaincu que cette entente collective sera salutaire pour la « bonne » prise en charge de l'athlète. En forçant à peine le trait, lors de l'examen clinique, le premier cherche la gibbosité dorsale d'un enfant qui se sent bien, là où le second rassure le jeune champion sur les douleurs « normales » qu'il ressent, conséquence immédiate des volumes d'entraînement que sa condition suppose. Ici, sans la connaissance de leurs biographies personnelles et en particulier de leurs passés sportifs, le fossé qui sépare leurs manières de pratiquer la médecine, dès lors qu'elle s'adresse à des sportifs, serait insondable. Le docteur Amazan n'a jamais pratiqué d'activités physiques dans un contexte autre que les enseignements scolaires, à l'exception de l'aïkido auquel il a tenté de s'initier avec un confrère au sein d'une association, avant que son corps, « qui ne se prêtait pas du tout à ça », vienne l'en dissuader. S'il réalise des surveillances de compétitions équestres, c'est pour rendre service à de vieilles connaissances, issues de ses « racines agricoles ». A l'inverse, le docteur Renaud, médecin d'un pôle espoir de gymnastique masculine, a lui-même été gymnaste de niveau élevé, évoluant plusieurs années en Nationale 2. A vingt-sept ans, l'état d'usure avancé de ses épaules a mis un terme à une pratique compétitive intense débutée dès l'âge de sept ans.

Si dans ce cas la biographie sportive semble être susceptible d'expliquer la constitution de visions et de pratiques médicales différenciées, il serait dangereux d'en faire un principe explicatif stable. En effet, des médecins aux passés sportifs proches (durée de la pratique, niveau de performance atteint, discipline pratiquée), ne réalisent bien évidemment pas nécessairement une même médecine du sport. Le docteur Raulo a joué au Handball en Nationale 3 pendant plusieurs années, et a eu des fonctions d'entraîneur. Un autre médecin, le professeur Landais a atteint pour sa part la Nationale 1 en volley-ball, et a été sacré champion de France dans la catégorie Espoir sur l'une de ses saisons. Lui aussi a passé un diplôme permettant d'exercer des fonctions d'entraîneur. Il n'en fera rien, préférant stopper son activité l'année du concours de l'internat. Sa réussite universitaire lui permet d'envisager un avenir confortable dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Son passé athlétique étant connu de ses confrères de l'époque, sa « spécialisation » s'est faite très « naturellement » lorsque le chef du laboratoire de physiologie de l'effort de ce même hôpital s'est adressé au service d'orthopédie en quête d'un médecin compétent dans la prise en charge des sportifs traumatisés. Ainsi sont nées les consultations de traumatologie du sport au sein de ce CHU. Le docteur Raulo ne voulait pas se lancer dans une spécialisation médicale qui aurait supposé l'allongement de son cursus. La médecine générale semblait toute indiquée. A aucun moment sa carrière médicale ne sera une entrave à sa pratique du handball. Seul un grave traumatisme du genou lors de son année de terminale parvient à stopper pour quelques mois son activité. Il ne s'installe pas en cabinet, préférant à la solitude de la pratique libérale le travail en équipe « sur le terrain ». Longtemps, sa pratique médicale va consister en un patchwork de diverses fonctions. Médecin urgentiste, puis médecin le week-end dans un centre de thalassothérapie, tout en conservant toujours deux à trois demi-journées de vacation par semaine au sein d'un service hospitalier de médecine du sport. C'est d'ailleurs le chef de ce service qui lui proposera plusieurs opportunités sur le terrain sportif. Il sera médecin d'un pôle d'athlétisme pendant une dizaine d'années, puis déclinera la proposition d'une équipe cycliste professionnelle, au profit du poste qui lui est proposé à temps partiel au sein de la fédération de handball, son « premier amour ». Le retrait de l'un de ses confrères, cumulé aux victoires sportives des équipes nationales, lui permettent finalement d'être employé à plein temps par la fédération.

Ainsi, malgré la proximité de leurs biographies sportives, leurs pratiques respectives de la médecine appliquée au sport sont irréductibles. L'un est spécialiste,

exerce en milieu hospitalier et s'est forgé une solide réputation dans la chirurgie du genou du sportif, là où le second, généraliste sans cabinet, pratique la médecine sur le terrain et gère le suivi médical général d'une sélection nationale. Cette fois, les socialisations médicales semblent discriminantes des placements.

La distribution des positions et les manières différenciées de pratiquer la médecine du sport qui en découlent, ne tiennent donc ni des lieux d'exercices, ni des biographies sportives, ni enfin des carrières médicales, mais bien de la combinaison complexe des trois. C'est ce mélange composite qui autorise la grande variabilité des formes d'adhésion au jeu sportif. Qu'elle qu'en soit la forme, de l'opposition farouche qu'inspire par exemple au docteur Dumas le « culte de la performance » et les « dérives » qu'il y associe, au partage total des valeurs du sport de haut niveau d'un docteur Bellocq, et de l'utilité qu'il attribue au concept de « rééquilibrage hormonal », cette propension variable à l'adhésion pose question¹⁶. Celle des intérêts de chacun des acteurs engagés. Les médecins bien sûr, mais également les sportifs et leur entourage. Avec cette double interrogation : *quelle médecine pour quel sport ? Quel sport pour quelle médecine ?...* C'est l'idée d'une instrumentalisation croisée qui semble féconde pour comprendre les placements des uns et des autres. Les diverses médecines du sport évoquées dans l'exorde ne servent pas toutes les intérêts de sportifs selon le niveau de performance auquel ils se situent, tout comme les sports, selon qu'ils se pratiquent à un haut niveau ou en loisir, n'apportent pas des bénéfices identiques aux médecins qui en prennent la charge. Le contrôle obligatoire au sein d'un service hospitalier spécialisé ne remporte bien évidemment pas le même succès auprès des élites sportives qu'une médecine générale de terrain. Là où la première peut devenir menaçante pour le quotidien en cas de diagnostic d'une inaptitude, la seconde se veut au contraire limitative des menaces du quotidien sportif, par la prise en charge immédiate des tracas issus de l'entraînement. Les athlètes possèdent donc une vision très claire des dangers ou soutiens qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans ce paysage médical diversifié, et adaptent leurs conduites selon les circonstances. Ce qui contribue à façonner les identités médicales. Entre celui qui *formule des demandes* à l'athlète, lors des interrogatoires sur d'éventuels antécédents médicaux qui orienteraient la recherche d'une

¹⁶ Dr. DUMAS, Pierre-Claude. 1967. *Zoom. Sur le dopage*, Office national de radiodiffusion télévision française, Emission du 11/07/1967 avec le journaliste Jean Eskenasi. <http://www.ina.fr/sport/cyclisme/video/I00007652/le-docteur-dumas-sur-le-dopage.fr.html>
Dr. BELLOCQ, François. 1976. *Effets des efforts musculaires prolongés sur le métabolisme surrénal, application aux coureurs cyclistes professionnels*, Thèse de médecine, Bordeaux.

pathologie handicapante, et celui qui *répond aux demandes* des sportifs lors du suivi quotidien de leurs pratiques, la messe est dite. Inversement, pour les professionnels de santé, les sportifs n'ont pas tous la même valeur, ni la même utilité. Si pour un médecin généraliste de campagne, la mention « médecine du sport » de sa plaque professionnelle peut répondre à son désir de « toucher » la population sportive locale, quel qu'en soit le niveau de performance, le suivi d'une équipe de football inscrite dans le championnat de France de Ligue 1 par cet autre généraliste ne renvoie pas au même principe. Tout comme pour ce spécialiste en cardiologie, qui se forme volontairement à la médecine du sport afin d'obtenir un poste au sein d'un CHU qui ouvre un service de physiologie de l'effort, au moment même où ses perspectives de titularisation se réduisaient dans les services concurrents. L'utilisation qui est faite de la certification liée au sport est bien le résultat du mélange bigarré entre des biographies médicales, des trajectoires sportives, et les différents lieux où les acteurs les laissent s'exprimer avec plus ou moins de retenues. Toutes ces manières de se penser et de vivre la médecine du sport renvoient à des stratégies de conquête d'une légitimité. Dans une logique très économique de constitution d'une clientèle libérale, qu'il s'agisse d'un généraliste ou d'un spécialiste, la compétence liée au sport peut avoir été envisagée pour ses effets publicitaires supposés. Dans un désir de reconnaissance locale, pour beaucoup, cet exercice tient surtout de l'affiche et ne renvoie à aucune pratique médicale spécifique, si ce n'est la traditionnelle signature des certificats de non contre indication à la pratique sportive. Ainsi, dans une démarche clairement clientéliste surfant sur la vague du « sport / santé », certains médecins sont « médecins du sport » sans en faire. A l'inverse, pour d'autres praticiens, cette compétence constitue le cœur de leur activité. Comment ne pas voir dans la pratique du docteur Raulo, ce généraliste qui a connu un début de carrière mitigé, jonglant entre plusieurs exercices et fonctions, et dont les revenus étaient loin de ceux que peut escompter un médecin libéral, une forme de compensation de cette « errance médicale » par le prestige sportif que son poste au sein de la fédération de handball lui inspire ? Peut-on ainsi panser le manque de reconnaissance médicale en faisant valoir sa compétence dans l'univers sportif ? Les bénéfices qu'il en retire sont-ils sportifs ou médicaux ? Autrement dit, peut-on utiliser une compétence en médecine pour se faire une place dans l'univers sportif ? A l'inverse, comment ne pas voir dans la pratique du docteur Alberti, cardiologue qui s'est spécialisé en médecine vasculaire ainsi qu'en médecine du sport dans une stratégie de conquête d'un statut hospitalier, une forme d'opportunisme au service d'un carriérisme proprement médical ? Peut-on ainsi « s'inventer » un intérêt soudain pour la médecine appliquée aux

activités physiques dans l'optique de se faire une place dans un univers médical soumis à la concurrence ?

Ce double processus d'instrumentalisation du Sport par la Médecine, et de la Médecine par le Sport, qui prend des formes complexes, s'actualise dans de multiples positionnements aux intérêts divergents, dont les effets méritent d'être interrogés. Quel médecin est-on lorsqu'on a incorporé les normes du sport de haut niveau ? A l'inverse, quel médecin du sport peut-on être lorsque l'activité sportive compétitive nous est parfaitement étrangère ?... Si la tension entre le Sport et la Médecine est à la base de la distribution des positions des professionnels de santé, il est désormais clair qu'elle ne peut être perçue en termes de fracture. Comme s'il existait une séparation nette entre deux figures stabilisées et identifiables, le « médecin sportif » sur le terrain face au « médecin du sport » à l'hôpital. Bien au contraire, c'est dans le corps des hommes que ces tensions se manifestent. Il s'agit bien de comprendre comment des individus peuvent, par des choix successifs, entrer dans cet espace de la médecine appliquée aux sports, « comment les dispositions (en tant que potentialités), se révèlent en relation avec certaines institutions ou mieux, certains champs (en tant qu'espace des possibles) ; comment les agents exploitent les institutions pour assouvir leurs pulsions et comment les institutions, inversement mettent les pulsions des agents au service de leurs fins »¹⁷. A terme, l'objectif de ce travail sera donc moins de décrire les propriétés des individus à partir des propriétés de l'espace que de décrire les propriétés de l'espace à partir des propriétés individuelles, et ainsi caractériser les médecines du sport diverses, leurs lieux d'exercice, et leurs effets respectifs, sur la base des différentes formes de socialisations médicales et sportives doublement mobilisées par les praticiens.

IV. Programme

Pour mener à bien ce projet, et ainsi éviter que cette « joyeuse mayonnaise » ne tourne – pour reprendre les propos du Professeur Landais, qui qualifie de cette manière ce

¹⁷ MAITRE, Jacques. 1994. *L'autobiographie d'un paranoïaque*, Paris, Economica. Propos tenus par Pierre BOURDIEU dans un avant propos dialogué entre Jacques MAITRE et Pierre BOURDIEU, p. 2.

grand capharnaüm qu'est la médecine du sport, étant lui-même chef d'un service de chirurgie orthopédique, intéressé par la traumatologie du sportif – ce travail sera organisé en deux temps. A un volet socio-historique succédera une analyse plus ethnographique de cet espace médical. Les deux perspectives ne peuvent se penser indépendamment tant les déterminants historiques éclairent utilement la situation actuelle. Le travail sur le passé a d'ailleurs été explicitement construit afin de répondre aux problématiques contemporaines. Ces deux axes de la recherche s'appuient sur des méthodologies propres. L'analyse d'archives et la revue de littérature laissent ainsi progressivement la place à une enquête par questionnaires, puis à une série d'entretiens semi-directifs et d'observations. Quatre encadrés méthodologiques sont ainsi distribués dans le corps du document. Au plus près des besoins de l'analyse et dans le respect d'une certaine chronologie de la recherche, ils reprennent en détail chacun des outils utilisés.

IV. 1. L'éclairage socio-historique d'une hétérogénéité.

« Lorsque le passé se dérobe et que l'avenir est indéterminé, il [faut] mobiliser notre mémoire pour essayer de comprendre le présent »¹⁸. Le recours à l'histoire, malgré les risques évidents d'anachronismes qu'il peut entraîner si toutes les précautions ne sont pas prises, est envisagé dans l'optique d'interroger le frottement « originel » des deux espaces, le Sport et la Médecine, responsable des tensions actuelles qui divisent les professionnels de santé ayant un intérêt pour les activités physiques. Une telle entreprise ne peut faire l'économie d'un travail conséquent de définitions, seul susceptible d'isoler les conditions d'émergence d'une médecine de l'éducation physique et des sports. Inventé à la fin du XIX^e siècle, cet exercice médical est un prétexte à la romance vieux de plus d'un siècle. Il s'agit là selon nous du fil rouge de son histoire sociale. L'incursion de la morale dans la thérapeutique. Avec ce mécanisme de moralisation de la société par les hygiénistes sociaux, qui ouvre de nouvelles positions pour le médecin désireux de s'attaquer au crime, à l'alcoolisme ou à la folie, l'activité physique tient une place de choix depuis le début du XX^e siècle. Dans cette volonté de réécrire un ordre social conforme aux attentes de groupes spécifiques, le « sport » permet par exemple de combattre la mollesse atavique d'une

¹⁸ CASTEL, Robert. 2003. *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Collection Folio essais, p 72.

ancienne bourgeoisie des privilèges, ou encore de rendre les travailleurs beaux et virils, gages d'efficacité à l'usine et à l'atelier. Dès les origines, dans une volonté affirmée de « régénération de la race », le sport est prétexte à l'écriture du monde. A ce titre, ces médecins « romanciers anthropologues de la race humaine » font preuve d'un véritable culot social, et profitent de l'autorité que leur confère leur statut pour se débarrasser d'un certain nombre de précautions scientifiques¹⁹. Leur « aura sociale » suffit à diminuer le besoin de démonstration par la preuve, et permet l'élaboration de définitions sur la base d'injonctions morales²⁰. On prête alors au sport une tâche divine qui ne manquera pas d'illuminer ceux qui en feront usage : « combattre les maladies de la civilisation ». De la syphilis du début du siècle à l'obésité actuelle, tels sont certains de ses ennemis. Derrière les maux individuels qu'elles évoquent, comment ne pas voir dans la lutte contre ses affections la condamnation morale de ce qui doit être perçu comme un désordre social. Le gros, l'infidèle, l'alcoolique, le fainéant, le criminel, le fou..., tous peuvent être « rééduqués ». A ce titre, le sport apparaît comme étant un puissant instrument pédagogique. Ainsi est-il surprenant de constater la permanence de cette mission suprême de service public dont certains médecins se revendiquent seuls capables d'endosser, et qui colorent inlassablement leurs interventions tout au long du XX^e siècle (thèses, articles, ouvrages). Bien évidemment, ce processus d'écriture morale du social par le biais des activités physiques et sportives, évoluera dans le temps, au gré des transformations des champs médicaux et sportifs.

S'il s'agira donc de comprendre les divers moyens par lesquels certains médecins se sont emparés du sport et l'ont vêtu de leur morale, tout l'enjeu sera ensuite de montrer les effets de cet habillage sur la définition du sport moderne. Car si finalement on a tenté de faire jouer au Sport une partition « civilisatrice », la question des effets de cet encodage sur les pratiques elles-mêmes se pose légitimement. Pour écrire le social, il a d'abord fallu écrire le sport... Ainsi peut-on apprendre en 1917 par le docteur Boigey que « le tennis mondain est un exercice inventé pour personnes ennemies de l'effort violent et efficace ; ce n'est pas un sport. Il plaît surtout aux neurasthéniques, aux nerveux, aux débilités »²¹. Ou en 1982, par le docteur Rossant-Lumbroso, que « le jogging, très en vogue actuellement,

¹⁹ VIAUD, Baptiste. 2009. « Les "Romanciers anthropologues de la race humaine" : l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la III^e République », in GUIBERT, Christophe ; LOIRAND, Gildas & SLIMANI, Hassen, *Le sport entre public et privé : frontières et porosités*, L'Harmattan, Collection Sports en Société, p. 23-35.

²⁰ L'aura, atmosphère immatérielle, ainsi appliquée au social, désigne cette propension collective et quasi-magique à accorder à certaines professions telles que la médecine une puissance légitimité, sans qu'elles n'aient plus le besoin d'en apporter les justifications.

²¹ Dr. BOIGEY, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Payot.

est un sport à part entière »²². Nous gageons que le sport moderne paye un lourd tribut de sa rencontre avec certains de ses médecins civilisateurs. Il suffit d'évoquer l'entrave à la logique d'accumulation des performances et de conquête des records que peut représenter la lutte contre le dopage ou encore cet aveuglement social et politique qui fait du sport un vecteur naturel de santé, pour illustrer les difficultés d'une pratique sociale qui cherche à être à la hauteur de stéréotypes collectivement partagés. Ce sens commun, qui devient « bourreau du sport » dès lors que la pratique physique contrevient aux préjugés qu'il lui adresse, porte vraisemblablement la marque de la médicalisation des exercices corporels (**Chapitre 1**).

La médecine de l'éducation physique et du sport prend forme dans le double processus historique de « sportivisation » et de « médicalisation de la vie sociale », qu'il sera nécessaire d'explicitier pour comprendre précisément de quel sport et de quelle médecine nous parlons. Notre projet n'est pas ici de construire une histoire de la médecine du sport – certains y travaillent déjà – mais bien de repérer, à partir des travaux existants et de nos propres investigations, les conditions d'émergence et d'organisation de cette compétence médicale. Ce détour par le passé permet d'éclairer le caractère primitif de l'hétérogénéité propre à cet espace professionnel. La collusion des fonctions au cœur même de la pratique des professionnels de santé, entre encadrement médical et encadrement sportif, est en effet consubstantielle de son invention. A ce titre, l'hygiénisme du début du XX^e siècle ne doit pas être considéré uniquement dans une visée médicale, mais également dans son rapport avec des intérêts proprement sportifs. Si la tension entre les deux univers est la toile de fond congénitale des pratiques médicales liées au sport, alors la vision commune qui fait du courant hygiéniste un frein à la rationalisation sportive dans la première moitié du XX^e siècle ne tient plus. Le consensus hygiéniste camoufle des réalités médicales diverses, dont certaines sont déjà sensibles aux performances et aux victoires sportives. Utiliser des compléments vitaminés ou de puissants purgatifs dans le cadre d'une pratique sportive compétitive était par exemple pensé par certains médecins comme le témoin incontestable d'une hygiène maîtrisée. La division entre des « médecins sportifs » (ceux qui adhèrent aux valeurs du sport moderne), et des « médecins du sport » (ceux qui s'indignent de certaines des conditions de vie des champions), n'apparaît donc pas dans l'immédiat après-guerre des années cinquante comme on se le représente sans

²² Dr. **ROSSANT-LUMBROSO**, Jacqueline. 1982. *La médecine du sport*, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, Paris, p. 103.

doute trop souvent. Elle devient simplement plus visible du fait de la division plus nette du travail sportif (la figure de l'entraîneur s'impose), et de la stabilisation de la figure du médecin au côté du sportif (avec la généralisation du contrôle médical). Les années soixante, qui font pour la première fois du doping un « fléau social »²³, marquent un peu plus les positions médicales dans l'univers sportif. Le docteur Dumas est le médecin officiel du Tour de France dès 1951. Formé à la médecine de secours en montagne, sa vision de la médecine appliquée au sport est celle d'une médecine urgentiste, peu préoccupée par l'amélioration des performances. Étonné par les habitudes de sportifs qui n'hésitent pas à absorber des quantités parfois impressionnantes de produits, sans pour autant avoir l'impression de faire quelque chose de mal, il se posera en pionnier de la lutte antidoping. À l'inverse, le docteur François Bellocq devient rapidement médecin d'une équipe cycliste (qui participe entre autres au Tour de France), et développe au contact de sportifs qu'il constate carencés par l'effort, sa thèse du rééquilibrage hormonal. Il n'hésitera pas à prescrire du cortisol et des androgènes surrénaliens aux cyclistes de l'équipe professionnelle qui l'emploie alors à plein temps. Les années 1980, elles aussi marquées par des bouleversements sportifs et médicaux, ne font que souligner des tensions somnolentes mais bien présentes. La création des premières structures de formation des élites sportives, les sections sport-études, posent à nouveau la question de la place du médecin et de son rapport avec l'univers sportif de haut niveau. Là aussi, si certains médecins font de la visite médicale qui conditionne la sélection des jeunes sportifs, un temps privilégié pour découvrir des inaptitudes et réorienter les enfants, d'autres en profitent pour repérer les plus forts, et mesurer les potentiels²⁴.

Dans cette diversité de vues et de pratiques, la place des médecins du sport dans l'espace médical global ne peut qu'être fragilisée. Les généralistes libéraux, conscients de l'impact positif qu'une telle habileté est susceptible d'avoir sur une clientèle, ne l'utilisent que de façon extrêmement limitée relativement à l'ensemble des actes pratiqués en cabinet. Les professionnels de santé qui exercent cette médecine en milieu hospitalier, pour leur part, sont actuellement dans une position délicate. Loïc Sallé rappelle très justement dans son travail de thèse, « qu'après une forte croissance entre les années 1940 et les années 1980, la discipline connaît une lente dégradation depuis deux décennies. La suppression des chaires de médecine du sport en 1983 entraîne la perte de son assise académique, le

²³ **BRISSONNEAU**, Christophe & **LE NOE**, Olivier. 2006. « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48, p. 488.

²⁴ **PERSONNE**, Jacques. (1987). *Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant*. Paris, Editions Denoël, p. 202-211.

déficit de formation des praticiens, [et] le désengagement progressif de l'hôpital public [...], jusqu'à observer une réduction du potentiel hospitalo-universitaire d'environ 50 % entre 1990 et 2000 »²⁵. Des services se ferment. Le Conseil National des Universités (CNU) ne lui accorde pas de place parmi les sections et sous-sections des disciplines médicales et odontologiques. Les fichiers professionnels renseignés par les médecins auprès des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ne prévoient aucunes statistiques concernant cette catégorie de praticiens. Pourtant, certains résistent et sont parvenus à développer depuis 2003 un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) en médecine du sport. Cet enseignement d'une durée de deux ans s'adresse aux internes en formation, toutes spécialités confondues. Pour certains, il s'agit là d'un premier pas vers la spécialisation. Nous questionnerons les bénéfices réels de cette création. Finalement, ce sont les médecins de terrain qui semblent le moins fragilisés, ayant fait la preuve auprès des athlètes de leur utilité. Mais d'un point de vue strictement médical, cette médecine de « bord de stade » est taxée d'illégitimité. Cette domination de l'ensemble des médecins du sport, et ce quels que soient leurs exercices, est responsable en partie de l'hétérogénéité d'un espace dans lequel aucun code commun ne peut être collectivement élaboré. Nous reviendrons à ce titre sur la diversité des fonctions et statuts de chacun, afin de clarifier les univers de possibles médicaux en lien avec des publics sportifs variés²⁶.

De ces tensions historiques entre deux champs qui évoluent chacun séparément, mais dont le mouvement de chaque partie provoque une transformation du tout, sont nées les multiples formes de médecines du sport contemporaines. La compréhension de l'hétérogénéité actuelle passe donc par un nécessaire travail socio-historique (**Chapitre 2, 3 et 4**).

²⁵ SALLE, Loïc. 2004. *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs, et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Rouen, p. 275.

²⁶ Il est important d'apporter dès ce propos introductif une précision concernant les médecins du sport régionaux (une vingtaine en France) sur lesquels nous n'avons pas spécifiquement travaillé. En effet, dans le cadre d'une recherche collective sur les liens entre le sport et la santé menée au sein du Centre Nantais de Sociologie (EA 3260), les médecins du sport employés par les Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports font l'objet d'une exploration singulière menée par un autre étudiant. Loin d'être le résultat d'un oubli, leur absence au sein de nos réflexions témoigne donc à l'inverse du respect d'une répartition « locale » des analyses.

IV. 2. Sport et médecine, des professionnels de santé à l'épreuve d'une tension.

Enfin, cette sociologie d'une tension entre deux univers dont les normes et les valeurs peuvent être étrangères les unes aux autres, soulève des questions fondamentales. Se demander quel médecin l'on peut être lorsque l'on a été soi-même sportif de niveau élevé, et inversement, si l'on peut être médecin du sport lorsque les activités athlétiques compétitives nous sont inconnues, revient en fin de compte à interroger la gestion individuelle et collective d'un conflit de codes. D'où le resserrement progressif de l'analyse vers le seul sport de haut niveau, terrain sur lequel les oppositions seront les plus visibles et les plus marquées. Dans cette désormais évidente correspondance entre les structures sociales et les structures psychiques, la rencontre entre deux codes antinomiques est en effet heuristique d'un double point de vue. D'abord, au plus profond des individus eux-mêmes. Qui est-on lorsque l'on a biographiquement incorporé deux visions du monde qui s'opposent, celle du sport d'élite et celle de la préservation de l'intégrité physique ? Comment s'organise cette étonnante diversité dispositionnelle ? Doit-on l'imaginer sous la forme de ressources spécifiques, que l'individu serait capable de mobiliser différemment selon les lieux où il se trouve et les publics auxquels il s'adresse ? Au contraire, ces dispositions se mélangent-elles pour former un tout composite, qui se fixerait en toile de fond de chacune des interventions de l'acteur, quelle qu'en soit la teneur ? Puis, en termes d'espaces sociaux, ce conflit de codes interroge également la survie d'un groupe social. Des médecins se reconnaissent dans cette compétence mutuelle (même si elle est fort différente dans les actes) pour la « médecine du sport » et s'identifient aisément lorsqu'ils se rencontrent dans des échanges divers. Pourtant, il s'agit d'un espace dont la surface souffre de mille lézardes, tant les oppositions sont multiples et profondes entre des praticiens aux biographies sportives et médicales différenciées. Comment un espace si fragilisé et bancal dans son fondement même, a pu ainsi résister pendant plus d'un siècle ? C'est peut-être parce qu'il n'existe pas qu'il survit, ou plutôt parce qu'il existe ailleurs, porté et supporté par les univers du sport et de la médecine. L'exercice médical lié aux activités physiques et sportives devrait donc sa survie à cette double appartenance, qui, dans le même temps, par l'opposition insurmontable qu'elle suppose, lui interdit toute existence propre... L'ensemble de ces questionnements se posera en boussole du second volet de cette recherche.

Dans un premier temps, il s'agira donc de caractériser les médecins du sport qui composent *hic et nunc* l'espace de la médecine appliquée aux activités physiques et sportives. Nous interrogerons dans ce cadre les diverses socialisations mobilisées par les acteurs et surtout leurs inscriptions dans le temps des biographies singulières. Dans le jeu croisé entre carrières médicales et sportives, la certification en médecine du sport peut ne représenter qu'un « passage obligé » pour certains médecins dont la trajectoire les a antérieurement inscrits dans l'univers sportif, ou au contraire une véritable socialisation primaire aux « choses du sport » pour ceux dont le passé sportif reste vierge. Bien évidemment, ce rythme calendaire et ordonné des socialisations soulève et induit la question des intérêts poursuivis. Entre des médecins qui utilisent la médecine pour se faire une place dans le milieu sportif, et ceux qui investissent l'objet sportif pour bénéficier d'une légitimité dans le milieu médical, les univers de possibles semblent infinis. Mais il serait dangereux de rester centré sur les médecins eux-mêmes pour décrire, analyser et comprendre l'ensemble des enjeux qui sous-tendent les « choix » des praticiens. En effet, le nombre de médecins ayant cette compétence est restreint relativement à un milieu sportif vaste et soumis à des obligations légales très claires. Au-delà de la nécessité bien connue du contrôle médical préalable à toutes activités physiques quel qu'en soit le niveau de performance, le sport d'élite lui-même est enserré dans un dispositif sanitaire de contrôle, surveillance et suivi. Les clubs et structures de formation des futurs champions ont d'ailleurs parfaitement compris les bénéfices qu'ils peuvent tirer d'une médecine de terrain, au plus près de leurs problématiques. Ainsi, la question des intérêts, déclinaison de celle des socialisations propres aux trajectoires des médecins eux-mêmes, s'inscrit sur un marché du recrutement dont les règles spécifiques restent à définir. Choisir ou être choisi, la différence est de taille (**Chapitre 5**).

Puis, dans ce paysage bigarré de positions, nous interrogerons les dispositions repérables de chacun des acteurs selon la vision du monde qu'il convoque. Dans la mesure où ce mélange complexe de socialisations médicales et sportives s'actualise dans les pratiques et sur les lieux d'exercice différenciés des professionnels de santé, les oppositions entre les différents médecins du sport repérés deviennent visibles dès lors que sont observés leurs quotidiens. Les écarts se creusent sous l'angle de rapports variés. *Le langage* est à ce titre un indicateur privilégié de la sensibilité d'un médecin au jeu sportif et en dit long de son identité sociale. Le tutoiement, l'utilisation des prénoms en lieu et place des noms, l'aisance dans la manipulation d'un vocabulaire sportif technique, sont autant de

marques distinctives qui témoignent de l'incorporation de valeurs extra-médicales. *Le code vestimentaire* adopté participe d'un même principe. Entre le port d'une blouse blanche et celui d'un jogging aux couleurs d'un club sportif, les effets ne doivent pas être sous-estimés. Si l'accoutrement contribue à marquer une identité pour soi, il participe également à la définir auprès de ceux qui composent l'entourage direct. La perception d'un costume produit un ensemble d'attentes, comme s'il portait en lui-même des attributs sociaux. La vision d'une blouse blanche pour de jeunes sportifs s'accompagne à n'en pas douter d'un ensemble de suppositions et d'attentes vis-à-vis de celui qui la porte, quel qu'il soit. *Le partage des temps et des espaces* est lui aussi symptomatique de rapports au monde variés. Se déplacer, être sur place, donner de son temps, sont autant d'indicateurs d'une certaine forme d'allégeance au « Roi sportif », et s'opposent à l'attitude inverse qui consiste à refuser le déplacement hors du cabinet ou du service hospitalier, et pour laquelle l'urgence sportive ne rime pas avec urgence médicale. Dans ce panel nuancé de conjugaisons des temps sportifs et médicaux, *le rapport au secret professionnel* est lui-même variable. Selon la sensibilité du médecin aux enjeux de performance, les liens entretenus avec l'entourage sportif sont plus ou moins forts. Travailler avec, travailler sans... Cette inclination à se penser ou non comme partie prenante de l'équipe sportive d'encadrement des athlètes, au même titre que l'entraîneur ou le préparateur physique, sous-tend une vision de la « bonne » médecine là aussi largement influencée par les biographies individuelles. L'attitude face au secret professionnel en est une conséquence directe. Dans une volonté commune de préservation de la santé de l'athlète, on rencontre aux extrêmes d'un continuum de visions du partage de l'information, un « secret médical absolu », où il s'agit d'éviter au maximum le contact avec l'entourage sportif susceptible de contaminer la relation soignant / soigné, et son opposé, qui cette fois consiste en un « secret sportif totalement partagé », où l'ensemble des informations médicales fait l'objet d'un traitement collectif. Enfin, pour clore ce tour d'horizon non exhaustif des marques rendues visibles dans les manières d'être, de parler et de se penser, et qui sont autant de signatures de profils sociaux différenciés, nous évoquerons *leurs publications respectives*, ainsi que *les modes de gratification* qui justifient leurs placements. Dans cet espace médico-sportif, même si elles épousent les oppositions entre médecins spécialistes et médecins généralistes, les stratégies de publication sont elles aussi traversées des pesanteurs déjà évoquées. Le volume de publications, le type d'écrits présentés, et le rang occupé parmi les auteurs du document sont particulièrement significatifs des enjeux poursuivis par chacun. A ce titre, ils sont une porte d'entrée utile pour discuter des modes de justifications des

pratiques. Si certains utilisent l'objet sportif dans une logique de construction d'une carrière hospitalo-universitaire, et se lancent dans course effrénée à la découverte scientifique, d'autres n'y perçoivent qu'un intérêt réduit, et possèdent une activité d'écriture limitée, voire nulle. De la même façon, certains se félicitent d'un but marqué, de la montée d'une équipe dans un championnat de niveau supérieur, de la conquête d'une médaille ou d'un podium, et justifient leurs pratiques médicales par la gratification proprement sportive (**Chapitre 6**).

A partir de ces données qui nous renseignent précisément sur l'identité des médecins du sport selon leurs biographies sportives et médicales, la question de la normativité de ces positions se pose ensuite légitimement. Dans des logiques d'instrumentalisations multiples du sport par la médecine et de la médecine par le sport, nous questionnerons donc les effets normatifs des jeux de sociabilité entre les médecins, les sportifs et l'entourage sportif. *Le médecin qui adhère au projet sportif* participe au décalage des normes de santé dans l'espace séparé du sport d'élite, et inscrit la gestion des corps dans l'urgence propre au calendrier des compétitions. Si l'ensemble de ses actes répond à la volonté affirmée de garantir la bonne santé des athlètes, son activité s'inscrit pleinement dans la chaîne de production des champions. Les contrôles médicaux réalisés systématiquement à l'entrée des structures sportives de formation servent les étapes successives du processus de sélection qui caractérise l'univers du sport d'élite, en pensant l'aptitude en termes de potentialités et de rentabilités. Le suivi médical journalier, qui se calque aux rythmes et aux lieux de la pratique physique, sert le processus de conversion des jeunes élites par diverses techniques (non conscientes) de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur, responsables à terme de l'adoption d'un savoir être corporel compatible aux exigences et contraintes de l'entraînement sportif intensif. Enfin, la caution médicale est parfois bien utile pour permettre ou contraindre la sortie du système pour un athlète en fin de carrière, en manque de résultats, ou plus simplement usé par des conditions de vie auxquelles il ne peut plus satisfaire. *Le médecin qui, au contraire, n'est pas sensible au jeu sportif*, occupe des positions dont les effets normatifs sont nécessairement différents. Le refus du partage des temps et des espaces, la mise à distance de l'entourage sportif, et le fait que les examens aient été rendus obligatoires par la loi, sont autant d'attributs qui en font une médecine coercitive. Là aussi dans une volonté de préserver la santé des athlètes, les pathologies sont traquées dans l'optique de protéger l'athlète de son milieu jugé malsain. Une médecine autoritaire, qui n'hésite pas à faire feu

de son arme la plus puissante et redoutée : l'arrêt sportif. Dans l'univers de la haute performance, fermé sur un entre soi restreint et dans lequel chaque excursion est visible, cette médecine du « dehors » a un effet particulièrement stigmatisant pour le sportif à qui l'on impose ou qui souhaite se faire suivre dans une structure médicale extérieure. Un athlète mineur, diagnostiqué en souffrance mentale lors des entretiens psychologiques obligatoires réalisés au sein d'un service hospitalier, doit s'en remettre à son encadrement technique s'il souhaite être suivi et aidé de façon régulière, car les sorties et le transport sont soumis à des règles précises. Le sportif, conscient des jeux de sélection dont il fait l'objet, prendra-t-il le risque de donner à voir à son entraîneur une fragilité incompatible avec le « mental du champion » recherché ? Rien n'est moins sûr. Pourtant, certains athlètes y ont recours, de façons plus ou moins dissimulées, bravant ici les éventuels jugements et conséquences d'un tel désaveu. Car bien souvent, ce qu'ils viennent y chercher, c'est une épaule sur laquelle peuvent s'épancher les doutes, les fatigues, et les pleurs, c'est l'écoute d'un médecin non impliqué dans la structure sportive à laquelle ils appartiennent. Cette oreille là n'a pas de bouche. Et ce qu'on lui dit sera muré dans le silence d'une information qui ne se partage pas avec un staff technique. Cette médecine du « dehors » fait alors office de sanctuaire... Chacune de ces positions – le médecin qui adhère au projet sportif et celui qui n'y est pas sensible – sera bien évidemment détaillée dans sa relation aux autres acteurs, étant entendu que la forme d'un placement dépend des interrelations qui le rendent signifiant. Comme évoqué supra, les sportifs ont une vision acérée des rôles très différents joués par les professionnels de santé dans un paysage médical complexe. A coup de rétentions et de dissimulations d'informations, de négociations des thérapeutiques, d'inductions des diagnostics, les athlètes instrumentalisent les rapports aux médecins, selon les lieux où s'effectuent les consultations, l'idée qu'ils se font du professionnel de santé, et leurs intérêts propres. De même, la relation à l'entourage sportif conditionne les placements médicaux. Qu'il s'agisse d'un entraîneur, d'un préparateur physique ou encore d'un kinésithérapeute, coopérations, méfiances et concurrences seront les ingrédients d'une recette toujours originale selon le rôle et le statut du praticien. Enfin, pour l'ensemble des positions et des jeux de sociabilités dans lesquels elles s'insèrent, nous discuterons d'un phénomène commun de domination de la logique scolaire par la logique médicale. Si cet effet est identique quels que soient les médecins et leurs sensibilités proprement sportives, nous montrerons que les intérêts des acteurs portent toujours la marque de la tension entre les deux univers du sport d'élite et de la médecine (**Chapitre 7**).

Enfin, dans un dernier chapitre, seront abordés les conflits entre médecins du sport. Ils renseignent utilement la typographie d'un espace social, mettant en exergue les buttes et autres fossés infranchissables qui opposent les concurrents d'une course d'orientation dont le vainqueur se réserverait le droit de définir la seule « vraie » médecine du sport. Dans cette épreuve de force, point de coups de crampons, la légitimité se gagne par le verbe, à grand renfort de mots assassins et de critiques acerbes. C'est d'ailleurs à distance que le combat est le plus violent. Il fait rage dans des rapports de dérisions réciproques sur lesquels nous nous attarderons quelques instants. Les « médecins sportifs » fustigent les « médecins du sport » qui, par manque de connaissance du milieu de la haute performance, ne comprennent rien aux exigences de la compétition. Inversement, les « médecins du sport » décrivent les « médecins sportifs » qui, parce qu'ils le connaissent trop, oublient certaines exigences déontologiques propres à la profession médicale. Les « médecins sportifs » s'opposent entre eux lorsque leurs intérêts diffèrent, à l'exemple des conflits récurrents entre des médecins de clubs professionnels et des médecins de sélections nationales. De même que certains « médecins du sport » n'hésitent pas à se dénigrer mutuellement lorsque le titre de « spécialiste du genou sportif » se pose en enjeu local. La tension entre deux mondes prend ici son sens le plus ténu. Comme souvent, les faits d'arme sont plus héroïques quand ils se disent que lorsqu'ils se vivent. La rencontre physique atténue les ardeurs, et la guerre des mots ne se laisse entendre que dans de très rares oppositions ouvertes. Dans la grande majorité des cas, à l'occasion de journées de formation continue, de colloques, ou de réunions, lorsque les médecins du sport aux profils différenciés se rassemblent, les condamnations se font murmures, et les coups de semonce laissent la place à d'habiles jets de politesse. Cette euphémisation graduelle de la violence symbolique à mesure que les contacts physiques se rapprochent entre médecins ayant une compétence liée aux activités physiques et sportives témoigne sans aucun doute de l'accord tacite de chacun des membres de ce groupe sur les intérêts communs qu'ils partagent collectivement. En effet, se surajoute à l'esprit confraternel propre à la sphère médicale, qui assure la protection corporatiste de chacun pour le bien de tous, une forme de conscience aiguë de la fragilité de cet espace médico-sportif. On peut jouer avec les règles, les contester, les contourner, toujours dans la logique de s'imposer dans une lutte de force, mais en aucun cas les briser, car cela marquerait la fin du jeu pour l'ensemble des participants. Ce qui ne ferait bien évidemment l'affaire d'aucun des prétendants à la compétition. Il est donc logique d'assister, lors de ces réunions, au sacre de « consensus

mous », plutôt qu'à l'exégèse de franches contradictions. Clamer les ententes, taire les désaccords. Tancer la pratique du dopage est à ce titre révélateur d'un impensé social qui produit du sens à l'échelle d'un groupe. Voilà un point sur lequel tout le monde semble d'accord. La réprobation insatiable du dopage dévore tous les conflits internes. Mais là encore, ce terrain d'entente n'est qu'artificiel. S'il suffit à redorer l'image des médecins du sport dans les mots, les tensions entre les deux mondes du sport d'élite et de la médecine sont toujours opérantes, et s'insinuent au cœur des pratiques. Plutôt que de participer au fantasme collectif d'une médecine machiavélique, massivement intéressée par « l'argent du sport », qui n'hésiterait pas à jouer de la seringue comme elle jouerait du pipeau, nous privilégierons l'étude de l'observable à celle de l'invisible. Penser le dopage à partir des médecins préleveurs, ceux qui luttent sur le terrain sportif, permet de lire les liens entre le sport, la médecine, et les pratiques dopantes d'une façon originale, susceptible de rompre avec un réel supposé ou imaginé. Autonomiser l'étude du dopage serait dangereux pour la compréhension de l'espace médical ayant trait aux activités sportives. Ce sont bien les dispositions et les positions préalablement repérées qui donnent sens à la lutte ou à l'organisation d'une aide pharmacopée à la performance (**Chapitre 8**).

PREMIERE PARTIE

**SPORT ET MEDECINE,
PRESTIGITATEURS ET ACROBATES**

CHAPITRE 1

FIL ROUGE – UN SIECLE DE ROMANCES

« Jusqu'ici, les romanciers se sont contentés de parodier le monde. Il s'agit maintenant de l'inventer ».

Louis Aragon. *Blanche ou l'oubli*. 1967.

I. Non, Galien n'aurait pas fait un bon médecin pour le PSG ! La nécessité d'une sociogenèse de la médecine du sport.

I. 1 Interroger les modèles historiques couramment invoqués

Dans son travail sur la construction historique de la kinésithérapie, Jacques Monet éclaire avec justesse les difficultés que suppose la convocation d'évènements passés dans une perspective de compréhension du présent. « Il faut replacer les œuvres concernées dans le contexte qui leur donne du sens. [...] L'objet n'est pas immuable et les objets changent par le fait même du cours de l'histoire ; la kinésithérapie lors de sa constitution n'est pas celle que nous connaissons actuellement. Celle d'aujourd'hui n'a pas été seulement produite par la science médicale du passé et la kinésithérapie du passé n'a pas produit seulement la kinésithérapie d'aujourd'hui. Il est donc difficile de reconstituer le rapport initial d'une discipline en cours de constitution avec un objet que nous connaissons »²⁷. Effectivement, dès lors que l'on cherche à réaliser une sociogenèse de la médecine du sport, l'ombre de l'anachronisme plane sur chacune des dates et évènements choisis pour habiller une généalogie que l'on aimerait claire et directe. L'état actuel des champs médical et sportif ne supporte que difficilement la comparaison avec la médecine d'Hippocrate ou la préparation guerrière des Rétiaires²⁸. Pourtant, quelques uns des

²⁷ MONET, Jacques. 2006. « Construction historique d'une spécialisation médicale impossible : la kinésithérapie », *Kinésithérapie scientifique*, n°462, Janvier, p. 1.

²⁸ Gladiateur léger, équipé d'un trident, d'un filet et d'un poignard.

ouvrages professionnels de médecine du sport contemporains n'hésitent pas à se lancer sans retenue dans une romance ubuesque²⁹.

« Histoire et organisation de la médecine du sport : des origines à nos jours :

De 884 av. J.-C. à 393 ap., se déroulèrent les Jeux Olympiques antiques. Les athlètes grecs étaient déjà préparés (dopage naturel : la figue, la viande de cabri) et traités selon les aphorismes d'Hippocrate, bien entendu. Galien, attaché à un gymnase de Pergame, médecin des gladiateurs..., et de Marc-Aurèle, a parfaitement compris le traitement des plaies musculaires... et autres. Il ordonne de l'activité physique à ses patients. François Rabelais, au XVI^e siècle, propose un programme éducatif à Gargantua, associant les matières de l'esprit à des exercices physiques intenses, véritable classe de sport-études avant la lettre, avec saut, grimper, lancer, musculation, nage..., et ceci au grand air. ... »³⁰.

L'appel à la prudence semble ici tout indiqué face au caractère incontrôlé d'un tel énoncé. Parler de dopage pour qualifier le régime alimentaire des athlètes de l'antiquité est en soi une erreur historique et lexicologique, qui consiste à appliquer pour penser une réalité passée, un mot du présent qui n'existait pas dans le contexte historique étudié. Comparer les classes sport-études, créées en France en 1974 pour répondre à une volonté affirmée de production d'une élite athlétique capable des meilleures performances internationales³¹, à un programme éducatif du XVI^e siècle, date à laquelle le sport moderne n'a pas encore été inventé, tient d'une même illusion narrative. Autant le dire brutalement, au risque d'anticiper les questionnements que de telles élucubrations pourraient faire émerger : non, Galien n'aurait pas fait un bon médecin pour le PSG !

Cet énoncé, extrait d'un dictionnaire de médecine du sport, est symptomatique des biais que doit contourner une analyse socio-historique rigoureuse. L'erreur première qu'il faut dissiper est celle de la croyance en la constance du nominal. Autrement dit, il ne faut pas utiliser les termes génériques constitutifs d'un espace social donné, à un moment donné du temps, pour qualifier un événement qui se déroule dans un espace temps différent. Qu'il

²⁹ « Quand les ouvrages récents de médecine du sport consentent un rappel sur [le] passé, rares sont les contributions qui ne prennent pas des libertés parfois importantes avec les faits. Les mêmes erreurs se répètent de publications en éditions, sans que la rigueur scientifique dont les auteurs font preuve par ailleurs n'apparaisse dans ces préambules ». **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 10.

³⁰ **COMMANDRE**, F. & **FORNARIS** E. 1997. « Histoire et organisation de la médecine du sport », **MAGNIN**, P ; **CORNU**, J-Y. *Médecine du sport, pratiques du sport et accompagnements médicaux*, Paris, Ellipses, p. 256.

³¹ **FLEURIEL**, Sébastien. 2004. *Le sport de haut niveau en France. Sociologie d'une catégorie de pensée*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, p. 43.

ait existé des « préparateurs », qui donnaient de la viande de cabri aux athlètes grecs pour les rendre plus performants, nous n'avons ni les moyens, ni le désir de le contester, mais faire de cet événement le jalon historique qui marque l'origine de la médecine du sport ne peut en aucun cas être soutenu sérieusement. Pour autant, si les caricatures et les anachronismes forcent le sourire par la simplicité que de tels raccourcis engagent, à l'inverse la difficulté que constitue le bornage historique de l'étude d'un objet (qui du fait même de son histoire est mobile et multiforme) interrompt toute entreprise facétieuse. Jusqu'où peut-on (doit-on) aller pour décrire, comprendre et expliquer un objet actuel, sans pour autant le dénaturer ? Deux risques viennent alourdir le pas hésitant du funambule qui parcourt le fil de l'histoire. Ne pas remonter suffisamment loin dans la généalogie d'une pratique, c'est prendre le risque de ne jamais atteindre les véritables déterminants de son « invention ». A l'inverse, en allant trop loin, il s'agirait pour satisfaire l'appétit généalogique, de « forcer » des événements et des individus à être ce qu'ils n'ont jamais été. Ce débat est bien connu de ceux qui entendent retracer le développement complexe des activités physiques. Contre ce schème récurrent de pensée qui voit dans les sports modernes l'évidence d'une filiation ancestrale avec les jeux traditionnels, Sébastien Fleurriel rappelle que « le modèle généalogique [qui fait de l'histoire du sport une histoire des techniques], a pour effet d'évacuer de la perspective historique l'ensemble des questions et des raisons sociales qui déterminent l'émergence des pratiques physiques en essentialisant le sport dans une seconde nature de la condition humaine »³². George Vigarello, pour sa part, lorsqu'il évoque « l'invention de la gymnastique au sens moderne du terme », estime « que faire l'économie [de l'étude] des périodes précédentes est vraiment très dommageable pour l'intelligence de ces phénomènes. Tout le monde s'accorde sur le fait que la gymnastique naît au début du XIX^e siècle. Encore faut-il s'entendre sur les limites de cette invention et sur le contexte de cette invention qui va lui donner sens »³³. Entre ruptures et continuités, la reconstruction du cours de l'histoire a de quoi affoler la boussole de l'explorateur. Faut-il pour autant abandonner le détour par le passé, et ainsi éviter au discours tenu sur le présent toutes teintes idéologiques ?

³² FLEURRIEL, Sébastien. 2003. « Les vertus généalogiques du sport », *Socio-Anthropologie*, N°13, Jeux / Sports, mis en ligne le 15 novembre 2004. URL : <http://socioanthropologie.revues.org/document177.html>.

³³ VIGARELLO, George. 2004. « Le corps et ses représentations dans l'invention de la gymnastique », In POCIELLO, Christian (Dir.). *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés, p. 37.

Cette attitude nihiliste serait dommageable, rendant impossible l'accès à certains des déterminants susceptibles de faciliter la compréhension d'une situation *hic et nunc*. En faisant le constat d'une tension qui se vit au plus profond des structures psychiques des médecins du sport évoqués dans l'exorde, la sociogenèse du conflit entre « sport et médecine » se pose en nécessité impérieuse. L'histoire incorporée des individus renvoie à l'apparition et à la transformation d'une structure d'interdépendance et d'antagonisme qu'il importe de saisir. Comme le remarque Francine Muel-Dreyfus dans son introduction aux « Remarques sur le commérage » de Norbert Elias, l'objectif principal d'un tel travail consiste à accéder aux « conditions structurelles de l'engagement individuel et collectif dans la course à la distinction ». « L'histoire des origines est alors plus et autre chose qu'une introduction historique obligée »³⁴.

I. 2. Travail de définitions...

Si la réflexion sur les origines de l'histoire est stérile, dans la mesure où « toute forme d'investissement originaire n'a pas d'origine parce qu'il se précède toujours lui-même et que, quand nous délibérons sur l'entrée dans le jeu, les jeux sont déjà plus ou moins faits »³⁵, un choix s'impose malgré tout sur le point de départ de l'analyse, tout en ayant conscience du caractère insatisfaisant d'une telle discrimination, qui se voudra programmatique tout en étant réductrice. Quelle période historique doit être légitimement retenue pour démarrer cette étude ? Là encore, les travaux disponibles sur le sujet envisagent cette difficile question sous des rapports différenciés. S'il semble clair que les liens qui unissent la médecine et l'activité physique sont anciens³⁶, l'origine de la médecine *du sport* semble plus controversée. Pour qu'une telle compétence médicale s'impose, encore fallait-il que la pratique sociale à laquelle elle renvoie – le sport – existât également et que l'état du champ médical le permit. Ainsi, prise au piège d'un double

³⁴ ELIAS, Norbert. 1985. « Remarques sur le commérage », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°60, p. 23.

³⁵ BOURDIEU, Pierre. 2003. *Méditations pascaliennes*. Paris, Editions du Seuil.

³⁶ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.* L'auteur donne des indications sur le rapport entre la médecine et les exercices physiques depuis l'antiquité (Chapitre 1).

DEFRANCE, Jacques. 1976. « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12. L'auteur livre une réflexion précieuse sur la fonction sociale que l'activité physique revêt dans la seconde moitié du 18^{ème} siècle pour des fractions sociales spécifiques, dont certaines composées de médecins (à l'exemple du médecin Verdier).

processus de sportivisation et de médicalisation de la vie sociale, la médecine appliquée aux activités sportives ne peut être inventée en France qu'à partir de la fin du XIX^e siècle. Mais cette médecine de l'exercice corporel, qui acquiert une plus grande visibilité à partir des années 1880, et qui est officialisée en 1921 lors de la création de la toute première Société Médicale d'Education Physique et de Sport (SMEPS)³⁷, voit son statut renforcé dans un contexte où les champs sportif et médical n'ont pas connu les transformations structurelles qui permettront plus tard la constitution de ce que l'on range communément derrière le terme générique de « médecine du sport ». Autrement dit, il serait malvenu de comparer la médecine des activités sportives actuelle à cet exercice médical particulier de la première moitié du XX^e siècle. Certains auteurs précisent ainsi que les conditions d'une telle invention ne seront réunies qu'à partir des années 1960. « Au fur et à mesure que se constitue le corps des professeurs d'éducation physique (du secondaire) et, conjointement, sous l'effet de l'autonomisation du champ sportif, les médecins seront amenés – structurellement – à donner un nouveau statut à l'exercice physique. Leur spécialisation en ce domaine s'ordonnera désormais sur la base d'une médecine dite clinique, surtout à partir des années 1960-70. On parlera alors, sans anachronisme, de médecine du sport »³⁸. Francis Charpier se fait l'écho d'une telle recommandation, en rappelant à juste titre que 1967 marque le changement d'intitulé de l'association professionnelle, la SMEPS devenant Société Française de Médecine du Sport (SFMS). Selon lui, cela signifie que la SMEPS « intégrait explicitement et dès son origine une perspective différente de son héritière, au titre de l'éducation physique. [...]. Médecine du sport ou médecine de l'éducation physique et du sport ? Un éclaircissement terminologique s'impose »³⁹.

Autant de précisions qui permettent de réaliser des choix contrôlés. Le sport de la première moitié du siècle n'est pas le sport tel qu'on se le représente aujourd'hui ; Le corps médical ne présentait pas la même architecture ; et la médecine de l'exercice corporel n'avait que peu de choses à voir avec les pratiques détaillées dans l'exorde. Pour autant, il nous semble difficile de faire l'économie d'un tel détour historique, tant la connaissance des structures sociales et mentales qui supportent la médecine de l'éducation physique et

³⁷ « La Société Médicale d'Education Physique et de Sport, fondée le 21 Janvier 1921, se propose de développer l'étude de toutes les questions d'ordre scientifique et pratique qui se rattachent à l'éducation physique et au sport du point de vue physiologique et pathologique ». *Bulletin de la SMEPS*, N°1, 1^{ère} Année, 1922.

³⁸ **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFrance**, Jacques. 2005. « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science & Motricité*, n°54, 2005/1, p. 93.

³⁹ **CHARPIER** Francis, *op. cit.*, p. 4.

du sport de ce début de siècle peut être utile pour comprendre l'hétérogénéité actuelle de l'espace médico-sportif. Jacques Defrance nous rappelle que « le programme scientifique de la socio-histoire vise à décrire les structures sociales et symboliques des univers de pratiques. [...]. Mais ce programme comprend aussi la reconstitution de biographies individuelles. Les structures n'existent pas sans les agents, elles sont incorporées dans des dispositions individuelles et, en retour, elles sont construites par l'action des individus. L'analyse des ressources mises en œuvre dans divers champs d'actions par des agents et des groupes d'agents est une étape centrale de l'enquête empirique, telle que la conçoit la sociologie historique »⁴⁰. Ainsi, sur la base de divers travaux disponibles et l'étude d'archives (**Voir [encadré méthodologique n°1](#) p. 148**), il s'agira de montrer, dès la fin du XIX^e siècle, à quel point certaines positions individuelles étaient déjà doublement marquées par des enjeux sportifs et médicaux. Mais avant de rentrer dans une histoire personnalisée des frictions entre deux univers de pratiques distincts et ainsi de mesurer les expériences diversement vécues d'une tension qui semble avoir été véritablement structurante quel que soit le moment historique envisagé, il est selon nous utile d'isoler deux grands processus qui traversent le siècle et se posent en toile de fond du « récit médico-sportif ». Reconstruire le lien entre les activités physiques et leur encadrement médicalisé conduit inévitablement à identifier les voies par lesquelles des médecins ont usé et usent encore actuellement de l'argument thérapeutique pour imposer leurs propres visions du monde social. Voilà plus d'un siècle que les exercices du corps servent à l'écriture romancée d'un ordre social désiré. Un tel axe d'analyse permet d'objectiver certaines des logiques qui ont conduit les médecins à investir le domaine des activités physiques ainsi que la façon dont ils continuent aujourd'hui d'y légitimer leurs interventions. En outre, cette entrée historique permet d'interroger les effets de la coloration morale des discours médicaux sur les activités elles-mêmes. De ce point de vue, faire l'histoire des médecins intéressés par les exercices corporels, c'est retracer la permanence de leurs multiples tentatives de définition de la « bonne » mise en mouvement.

⁴⁰ **DEFRANCE**, Jacques. 1999. « Histoires de vie et socio-histoire du champ sportif. La trajectoire sportive et politique d'Henry Paté (entre 1918 et 1942) », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, p. 77.

II. Des médecins qui ne manquent pas de « culot »

Nous appelons *culot social* cette grande audace, aux limites de l'effronterie, par laquelle certains agents usent de la légitimité de leur statut afin d'imposer dans l'illusion du naturel des discours et des représentations à prétention universelle. « Dans le domaine de la sagesse, tout progrès exige une bonne dose de culot... »⁴¹.

Industrialisation et sportivisation sont nés d'un vaste mouvement général de la société française dans la seconde moitié du XIX^e siècle. A distance des théories économistes qui tendent à imputer au machinisme et à la nouvelle organisation rationalisée du travail les conditions d'un rapport au corps inédit, propice à la réception des sports britanniques, Norbert Elias et Eric Dunning s'attachent à démontrer la filiation de ces deux processus. Activités physiques et activités laborieuses se transforment selon un principe commun ; celui de l'augmentation du contrôle social⁴². Or, en cette fin de XIX^e siècle, les médecins accèdent par la loi de 1892 au monopole de la gestion sanitaire de la population française et acquièrent ainsi un statut d'expert qui est responsable d'une poussée extrêmement forte de médicalisation de la vie sociale. L'hystérie, l'onanisme, l'alcoolisme, ou encore la criminalité subissent la taxinomie médicale⁴³. Plus globalement, les femmes, les enfants, mais bien sûr aussi les sportsmen et les travailleurs, n'échappent pas à cette classification originale qui pense l'homme et son état en termes de risques et de pathologies spécifiques, et qui invente dans ce cadre la notion de prévention. C'est l'avènement d'une médecine sociale, qui se préoccupe de l'homme sain en sa qualité de porteur potentiel de futures affections. Le professionnel de santé se fait alors « contrôleur social » et entend modifier les comportements de diverses fractions de la population. Or, il apparaît clairement que « la politique de la médicalisation est une politique de moralisation »⁴⁴. Les premières formes de médecine intéressées par la mise en mouvement

⁴¹ Pour reprendre une citation de l'écrivain Hanif Kureishi. **KUREISHI**, Hanif. 1998. *Intimacy*, Faber et Faber, 120 pages.

⁴² **ELIAS**, Norbert & **DUNNING**, Eric. 1994. *Sport et civilisation. La violence maîtrisée*, Paris, Fayard.

⁴³ « A partir de la fin du XIX^e siècle, un halo diffus d'autorité – fondé sur l'essor de découvertes scientifiques – se forme, entraînant des définitions médicales de déviance pour divers types de comportements qui, jusqu'alors, relevaient de la religion et du droit. Ce qu'on appelait jusqu'alors crime, ou péché, on va désormais souvent l'appeler maladie ». **CARRICABURU**, Danièle & **MENORET**, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin Editeur, p. 54.

⁴⁴ A propos de la circoncision, « à la mode » dans cette fin de XIX^e siècle pour régler ou anticiper des problèmes orthopédiques, Didier Fassin écrit : « Au-delà des pathologies que le geste chirurgical est censé guérir ou prévenir, on sent bien que le succès de l'entreprise tient surtout à l'idée, sans cesse invoquée, qu'il

des corps, qu'il s'agisse d'une activité de loisir ou d'un labeur, s'inscrivent dans une perspective de compréhension et de gestion de l'effort, dont l'enjeu principal consiste en la maîtrise de la fatigue qu'il génère. « Entre le début des années 1870 et l'aube des années trente, la fatigue constitue un objet majeur de recherche, d'analyse et de débat. Considérée jusqu'alors comme un phénomène inéluctable, consécutif à tout travail, voire comme la sensation agréable de la réussite du labeur, elle en vient à être douloureusement perçue comme une diminution des capacités d'action, comme un signal d'alarme qui désigne les seuils du tolérable. Plus encore, la fatigue, à partir des années 1870, commence d'être considérée comme fondamentalement pathogène »⁴⁵. Les médecins véhiculent une morale bourgeoise, entretenant « une vision morale des dérèglements de la société et véhiculant une vision, à la fois inquiète et condescendante, d'un peuple mythique jugé immature »⁴⁶. Entre méritocratie et dégénérescence de la race, ce groupe poursuit l'idéal de « l'homme fort, utile et rentable ». C'est dans ce cadre que s'inscrivent les luttes qu'il engage contre l'alcoolisme des ouvriers, témoin selon eux de la faiblesse des classes populaires, mais également contre l'oisiveté des rentiers, signe cette fois de la mollesse atavique de certaines des fractions sociales les plus favorisées. « Le repos est nécessaire, après le travail, mais l'excès de repos, l'oisiveté, est incompatible avec le perfectionnement de nous-même »⁴⁷. Au-delà des pathologies dénoncées – tuberculose, alcoolisme, neurasthénie, etc. – cet engagement militant sous-tend de nouvelles possibilités de contrôle social. Afin de lutter contre la phtisie, les hygiénistes dont les médecins font figure de proue, entament une véritable transformation des quartiers populaires. Il s'agit là d'un exemple caractéristique du mécanisme par lequel les arguments sanitaires et moraux se mélangent de façon inextricable. « L'insistance sur le logement individualisé, l'espace "décent" réservé à chacun, est une entreprise d'ordre en cette fin de siècle ; une tentative de régler les mœurs ouvrières en intervenant sur les mélanges et les promiscuités. La tenue de l'habitat est projetée comme une pédagogie de comportement comme jamais elle ne l'avait été jusque là : "sans logement, il n'y a pas de famille ; sans famille, il n'y a pas de morale ; sans morale, il n'y a pas d'homme ; sans hommes, il n'y a pas de patrie".

doit normaliser la sexualité des enfants et des adolescents ». **FASSIN**, Didier. 1998. « Les politiques de la médicalisation », *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Anthropos, Paris, p. 8-9.

⁴⁵ **CORBIN**, Alain. 1995. « La fatigue, le repos et la conquête du temps », in *L'avènement des loisirs. 1850-1960*, Flammarion, Paris, p. 276.

⁴⁶ **FAURE**, Olivier. 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe Siècles)*, Anthropos-Economica, Paris, p. 210.

⁴⁷ **DEMENY**, Georges. 1911. *Les bases scientifiques de l'éducation physique*, Paris, Alcan.

Inévitable spirale de la pédagogie nationale »⁴⁸. Bref, le combat mené contre les tares et les maladies de la civilisation colore les interventions médicales du début du XX^e siècle et nous amène à repérer un mécanisme puissant de moralisation au service d'un ordre social désiré. Les médecines ayant trait aux exercices du corps s'inscrivent pleinement dans ce processus. C'est en ce sens que nous qualifions les médecins intéressés par les activités physiques de « prestigiateurs ». Par un tour de passe-passe témoignant d'un véritable « culot social », ils parviennent à transformer la thérapeutique et la prévention en un instrument de réécriture du monde à leur image. Sport et Travail apparaissent ainsi, au gré des transformations de l'espace social tout au long du XX^e siècle, comme de puissants instruments pédagogiques d'encadrement des masses et de normalisation.

S'il s'agira donc dans un premier temps de comprendre les divers moyens par lesquels certains médecins se sont emparés du sport et l'ont vêtu de leur morale, tout l'enjeu sera ensuite de montrer les effets de cet habillage sur la définition du sport moderne. Car si finalement on a tenté de faire jouer au sport une partition « civilisatrice », la question des effets de cet encodage sur les pratiques elles-mêmes se pose légitimement. Pour écrire le social, il a d'abord fallu écrire le sport... Ainsi peut-on apprendre en 1917 par le docteur Boigey que « le tennis mondain est un exercice inventé pour personnes ennemies de l'effort violent et efficace ; ce n'est pas un sport. Il plait surtout aux neurasthéniques, aux nerveux, aux débilites »⁴⁹. Ou en 1982, par le docteur Rossant-Lumbroso, que « le jogging, très en vogue actuellement, est un sport à part entière »⁵⁰. Nous gageons que le sport moderne paye un lourd tribut de sa rencontre avec certains de ses médecins civilisateurs. Il suffit d'évoquer l'entrave à la logique d'accumulation des performances et de conquête des records que peut représenter la lutte contre le dopage ou encore cet aveuglement social et politique qui fait du sport un vecteur naturel de santé, pour illustrer les difficultés d'une pratique sociale qui cherche à être à la hauteur de stéréotypes collectivement partagés. Ce sens commun, qui devient « bourreau du sport » dès lors que la pratique physique contrevient aux préjugés qu'il lui adresse, porte vraisemblablement la marque de la médicalisation des exercices corporels.

⁴⁸ **VIGARELLO**, Georges. 1999. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Paris, Editions du Seuil, p. 264.

⁴⁹ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *Op. Cit.*

⁵⁰ Dr. **ROSSANT-LUMBROSO**, Jacqueline. 1982. *Op. Cit.*, p. 103.

II. 1 Lorsque la morale s'invite dans la thérapeutique

« Le roi m'a envoyé dans la province pour la purger de tous les fainéants et gens de mauvaise vie, et au sentiment d'Hippocrate, ce qui forme les humeurs peccantes, est l'oisiveté ». N.J. Foucault, Mémoires, Paris, 1885, p. 25⁵¹.

La bataille de Sedan en 1870 est une déroute de l'armée française face à la Prusse. Mais la débâcle est d'autant plus amère qu'aux pertes militaires se rajoute une « défaite sanitaire ». Une épidémie de variole emporte un nombre très important de soldats français et ne fait à l'inverse que peu de victimes dans les rangs adverses. « La prise de conscience d'un "retard" français en matière d'hygiène [ayant] sans doute été préparée par le développement, à partir du milieu du XIX^e siècle, des statistiques comme mode d'appréhension de la réalité urbaine », la structuration d'un mouvement hygiéniste s'opère dans le dernier quart du siècle. « Si les conseils d'hygiène siégeant aux chefs-lieux d'arrondissements et de départements sont instaurés dès 1848, leur influence est très limitée : totalement dépendants des conseils généraux, ils sont en outre le plus souvent composés de médecins briguant avant tout des postes officiels et peu enclins à l'action. Il faut attendre les années 1870 pour que se mobilise "une petite phalange d'experts" désireux de faire prévaloir, sur le modèle des lois scolaires, une législation hygiéniste. Avec la création de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle en 1877, ces experts se dotent d'une instance de représentation »⁵². Il s'agit bien d'engager un travail de prévention des risques pour l'ensemble de la population, biens portants y compris. « Le travail de la prévision s'est accentué jusqu'à déterminer dans la santé elle-même les signes quasi-chiffrés d'une mauvaise santé à venir. [...]. L'action préventive sur les sujets "sains", [est] née d'un "nouveau contrat solidariste". [Elle] concrétise un changement de culture : le passage du thème encore émotionnel de "fraternité", sur lequel les révolutionnaires de 1848 disent "poser tous les devoirs", à un thème plus directement économique, sinon politique. Un projet idéalisé par les manuels scolaires du début du XX^e siècle : "Ainsi toutes les classes sociales sont solidaires, puisque le riche dans sa belle maison peut être atteint par la tuberculose qui se développe dans le taudis voisin". [...]. La

⁵¹ Cité dans VIGARELLO, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 119.

⁵² CHARVET, Marie. 2005. *Les fortifications de Paris : de l'hygiénisme à l'urbanisme, 1880-1919*, Presses Universitaires de Rennes, p. 57.

prévention “solidariste” montre combien grandit la nécessité de pénétrer les comportements privés dans l’intérêt de tous : “il ne faudrait plus cesser de suivre l’individu”. D’où l’ambiguïté de ces contrôles supervisant attitudes et comportements au nom d’une défense collective alors même que devient plus démocratique le projet politique »⁵³. Effectivement, par une vaste entreprise d’encadrement idéologique des masses, la troisième république parvient à stabiliser son régime et à faire fonctionner un suffrage universel alors complètement inédit. A ce titre, le courant hygiéniste consiste pour une bonne part en une tentative de domestication des « classes dangereuses »⁵⁴. « Le citoyen responsable, l’individu éclairé, l’acteur économique rationnel présupposaient un travail de “discipline”, qui avait pour objet l’intériorisation, par les individus eux-mêmes, des normes d’un comportement “rationnel” nécessaire au fonctionnement d’une société où le pouvoir se défaisait de sa “majesté” pour devenir moins “visible” »⁵⁵. Le discours hygiéniste s’inscrit dans une visée utopique, non point en ce qu’il n’est pas réalisable – il a connu des succès non négligeables – mais en ce qu’il participe d’une projection de plusieurs éléments idéologiques sur l’avenir de l’humanité et de la planète. « Ce qui est visé là est une sur-nature, plus naturelle que la nature »⁵⁶. Dans un contexte de socio-biologisation de la politique et de politisation de la biologie, les théories scientifiques alors en pleine effervescence telles que le darwinisme ou le pastorisme sont responsables de la diffusion et de la stabilisation d’une vision de la population française comme d’une race qui dégénère, ainsi que de l’idée de sa potentielle perfectibilité. « On comprend l’aspect “autoritaire” que prend aisément la politique “hygiéniste”, qui ne va pas sans une certaine obsession de la “dégénérescence”. [...]. La prise en compte des risques conduit à un contrôle assez étroit de pratiques qui, jusqu’alors, relevaient de la sphère privée »⁵⁷. La sexualité, le travail, les pratiques récréatives, autant de domaines qui sont désormais contrôlés, surveillés et sur lesquels les médecins posent leur dévolu. L’hygiène industrielle, dont l’enjeu est de prévenir les accidents, rejoint en ce sens la chirurgie sexuelle dont on pensait à la fin du XIX^e siècle que la clitoridectomie pouvait prévenir les désordres

⁵³ VIGARELLO, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 275-277.

⁵⁴ Comme l’ont montré L. Murard et P. Zylberman dans : MURARD, Lion & ZYLBERMAN, Patrick. 1996. *L’hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l’utopie contrariée. 1870-1918*, Editions Fayard, Paris, 805 pages.

⁵⁵ RAYNAUD, Philippe. 2001. « La santé est-elle un problème technique ? », in SFEZ, Lucien (Dir.), *L’utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris, p. 43.

⁵⁶ SFEZ, Lucien. 2001. « L’utopie de la santé parfaite », in SFEZ, Lucien (Dir.), *L’utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris, p. 14.

⁵⁷ RAYNAUD, Philippe. 2001. *Op. Cit.*, p. 47.

psychiques (« la masturbation étant suivie successivement d'hystérie, d'irritation de la colonne vertébrale, d'épilepsie hystérique, d'attaques cataleptiques, d'idiotie, de manie, et finalement de mort ») et que l'ovariotomie était susceptible de guérir la folie⁵⁸. Projet massif d'assainissement dont on sent qu'il s'adresse plutôt à la santé du corps social qu'à celle du corps humain. L'engagement des médecins dans la lutte contre le crime à partir des années 1870 en est d'ailleurs symptomatique. La traduction médicalisée de l'acte de tuer permettant là aussi d'envisager un double volet préventif et curatif. L'invention de la craniologie, discipline par laquelle l'expert tente de repérer dans les indices anatomiques que présente le crâne, les dispositions morales des individus, aura marqué les origines de l'anthropologie criminelle de la fin du XIX^e siècle. Certains médecins sont alors convaincus de la possibilité de découvrir les déterminants de la criminalité dans les détails physiques d'un individu (la mesure des périmètres crâniens des grands criminels fait alors l'objet d'une attention accrue). Pour les « incorrigibles » récidivistes, le traitement médical préconisé par nombre de médecins ne souffre d'aucune compassion. Le docteur Maurice de Fleury écrit ainsi à leur propos : « On les soigne, pourtant ; on les élève en cage, on les préserve de la mort. Pourquoi faire grand Dieu ! Est-il vraiment humain de laisser respirer ces monstres, ces êtres de ténèbres, ces larves de cauchemar ? Ne pensez-vous pas, au contraire, qu'il serait ici plus pieux de les tuer, d'anéantir cette laideur et cette inconscience, que la souffrance même n'ennoblit pas ? Pour tous ces incurables, j'entrevois la suppression légale, autorisée, la mort libératrice, sans aucune souffrance, presque consolatrice, une mort douce, à peine triste, anéantissant l'inutile laideur, rétrécissant l'insupportable champ de l'horreur vaine, du mal pour rien »⁵⁹. Dans une telle vague de moralisation hygiéniste, le début du XX^e siècle consacre les mesures anthropométriques. Taille, poids, périmètres thoraciques, envergures, compas..., les corps sont passés au crible de multiples paramètres et les malformations, déformations et autres anomalies sont

⁵⁸ « Si le remède était jugé suffisamment inoffensif pour être appliqué aux troubles physiques de femmes saines d'esprit, il ne pouvait évidemment pas y avoir d'objections pour qu'on l'emploie sur des "folles", porteuses d'un dérangement héréditaire sans remède. "Puisque, en premier lieu, une folle n'est pas plus un membre du corps politique qu'un criminel ; en second lieu, sa mort est toujours un soulagement pour ses amis les plus chers ; en troisième lieu, même dans le cas où elle se remettrait de sa maladie mentale, elle risque de transmettre la tare de la folie à ses enfants, et aux enfants de ses enfants durant plusieurs générations". Dans cette perspective, l'ovariotomie normale, par définition, ne pouvait être qu'un succès, que le résultat en soit la récupération des facultés mentales, la stérilisation, ou la mort ». SCULL, Andrew & FAVREAU, Diane. 1987. « Médecine de la folie ou folie de médecins. Controverse à propos de la chirurgie sexuelle au XIX^e siècle », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°68, p. 38.

⁵⁹ MUCCHIELLI, Laurent. 2000. « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles" », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2000/2, n°3, p. 65. Voir aussi : KALUSZYNSKI, Martine. 2002. *La République à l'épreuve du crime. La construction du crime comme objet politique. 1880-1920*, L. G. D. J., Collection Droit et Société, Paris.

traquées. Dans un monde où les médecins considèrent pour une large majorité que « la place de la femme est à la maison et non à l'usine », et que les tâches fondamentales auxquelles elle doit consacrer son énergie sont les travaux ménagers et la procréation, deux aspects sont particulièrement surveillés⁶⁰. La fragilité de la ceinture abdominale, partie du corps directement concernée par la maternité, et le risque du « malmenage ménager ». Le docteur Gommès propose des solutions pour remédier à ces maux. Il s'agit de tayloriser le travail domestique, autrement dit d'apprendre aux jeunes filles les lois de l'effort économique en leur faisant exécuter des exercices « dans des positions parfaitement définies et logiques physiologiquement, avec des ustensiles de ménage choisis suivant des indications hygiéniques »⁶¹. De la même façon, c'est une réflexion générale sur l'homme au travail qui s'engage en ce début de XX^e siècle. De l'école jusque dans les ateliers, les conditions de l'effort réalisé sont analysées par des médecins soucieux de lutter contre toute forme de surmenage, celui-là même qui épuise nerveusement et physiquement une race en déclin... « Il y a eu par exemple la conception de la table-banc idéale dont les critères sont définis par la commission pédagogique de la Société des médecins scolaires. Une table qui pour éviter les mauvaises attitudes et permettre une aération constante maximale, devait respecter les trois attitudes fondamentales de l'écolier : l'attitude au travail, la tête droite, les yeux éloignés de trente-trois centimètres du cahier, les avant-bras reposant sur la table ; l'attitude assise de repos où l'élève, bien appuyé sur un dossier remontant jusqu'aux omoplates, écoute la leçon du maître en reposant ses muscles fatigués par la position de travail ; l'attitude debout enfin qui permet à l'écolier interrogé de se tenir droit devant son pupitre, évitant toute position contraire aux lois de la physiologie. [...]. Au nom de l'hygiène et de l'aération, certaines punitions sont dénoncées pour le danger qu'elles présentent. [...]. En 1920, la Ligue d'hygiène scolaire demande qu'aucune punition contraire aux lois de la statique ne soit désormais infligée aux enfants »⁶². Dès 1877, Lagneau explique les nombreux cas de phtisies dans les départements industriels par les travaux sédentaires réclamés par les fabriques, tâches fixes dont les contraintes

⁶⁰ Dr. **DUFESTEL**, Louis. 1922. « L'éducation physique féminine », *La médecine scolaire*, n°11, p. 269. Voir aussi la récente thèse de **BOHUON**, Anaïs. 2008. *Entre santé et pathologie : discours médical et pratique physique et sportive féminine (1880-1922)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Paris XI, Novembre 2008.

⁶¹ Dr. **GOMMÈS**. « Physiologie du travail ménager et éducation physique », *La médecine scolaire*, n°7, p. 134. Cité dans **FAUCHE**, Serge. 1996. « Hygiène de l'enfance et éducation physique. Rôle de la médecine scolaire après la première guerre mondiale (1918-1924) », *STAPS*, n°40, p. 49.

⁶² Dr. **DUFESTEL**, Louis. 1922. « La table-banc de la commission médico-pédagogique », *La médecine scolaire*, n°2, p. 44. Cité dans **FAUCHE**, Serge. 1996. *Op. Cit.*, p. 49.

physiques limitent « le libre fonctionnement des organes respiratoires »⁶³. Ainsi, ces médecins de la prévention et de l'hygiène sont des médecins du beau et de l'utile. Être en bonne santé dans un tel maillage hygiéniste, c'est finalement disposer des capacités corporelles adaptées aux tâches qui nous incombent. *Être en santé, c'est être utile*. « L'ordre hygiénique est un retour à l'ordre du quotidien »⁶⁴. L'ordre hygiénique est l'imposition massive d'une morale bourgeoise soucieuse, dans un contexte marquée par la crainte de la dégénérescence, de réaliser sa vision du monde social.

L'école, l'usine et les sociétés sportives, parce qu'elles rassemblent chacune des fractions importantes de la population, sont des lieux privilégiés de diffusion de l'idéal hygiéniste. Les médecins vont investir ces lieux au même moment, en poursuivant des intérêts proches, si ce n'est communs. Médecine industrielle, médecine scolaire et enfin médecine de l'éducation physique et des sports sont donc trois branches contigües, toutes nées d'un unique mouvement de moralisation tourné vers l'hygiène. Elles se rejoignent par exemple dans la pratique du médecin scolaire lorsque celui-ci participe aux orientations professionnelles. Le 2 juin 1922, lors de la première réunion de la Sous Commission Médicale du Comité d'Education Physique du Ministère de l'Instruction Publique, « tous les membres présents sont convaincus de la nécessité d'une collaboration intime et prolongée du médecin et de l'éducateur, allant des jeux mêmes de l'école maternelle jusqu'aux possibilités sportives et à l'orientation professionnelle »⁶⁵. Ainsi, le praticien doit guider l'adolescent dans le choix de la profession qu'il souhaite embrasser. Ayant suivi les étapes de sa croissance depuis son entrée à l'école et ayant participé au contrôle de son éducation corporelle, il donne un avis scientifique sur les capacités physiques du futur travailleur, contribuant ainsi à l'intégrer au mieux à l'usine, au bureau, à l'atelier ou à la ferme. Les bancs scolaires, les chaînes de productions, les terrains en herbe... le contrôle médical s'effectue donc avant, pendant mais aussi après le travail⁶⁶. La tenaille idéologique des médecins hygiénistes enserme l'homme dans sa totalité. « En ce sens, on peut parler d'une dimension éthique de la médecine hippocratique : elle essaie de permettre à l'homme de retrouver sa place [jugée] naturelle dans le cours du monde, en ramenant en lui l'ordre

⁶³ LAGNEAU, G. 1875. « Des mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phtisie », cité dans FIGUIER, L. 1877. *L'année scientifique*, p. 334.

⁶⁴ FAUCHE, Serge. 1996. *Op. Cit.*, p. 51.

⁶⁵ Dr. MINELLE, Pierre. 1922. « Les actualités », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année.

⁶⁶ Pour un témoignage sur ce contrôle médical des ouvriers par un médecin d'usine, se référer à : SCHOSGER, Marcel. 1986. *Le docteur René Barthe (1893-1957), pionnier de la Médecine du travail en France. Biographie d'un humaniste*, Thèse de médecine, Université Louis-Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg, p. 15.

et l'harmonie »⁶⁷. Si ces trois branches médicales se mélangent, c'est parce qu'elles sont fondées sur un même principe hygiéniste, mais également parce que les domaines d'interventions qu'elles recouvrent respectivement ne bénéficient alors pas de l'autonomie dont ils jouissent actuellement. Education physique et sports sont des activités soumises à confusions. Même si les lois scolaires de la III^e République ont permis la généralisation de l'enseignement scolaire, école et travail restent deux espaces dont les contours sont parfois mal dessinés, et dont la séparation n'est évidemment pas aussi nette qu'elle peut l'être actuellement. Aussi, les pionniers de ces médecines sociales de contrôle et d'encadrement sont bien souvent les mêmes et partagent un idéal social identique (proche de l'idéal républicain) : celui de l'homme en mouvement, utile et rentable. Dans cette optique, « Il n'y a scientifiquement aucune différence entre le labeur professionnel que le besoin impose au paysan ou à l'ouvrier, et l'exercice plus ou moins élégant auquel s'adonne un sportman. Le manœuvre qui scie du bois, et le gentleman qui fait des armes produisent tous les deux du travail musculaire »⁶⁸. George Demeny, dans son travail chronophotographique sur le geste, avait déjà réalisé le rapprochement entre les athlètes et les travailleurs au sein de la Station physiologique du Parc des Princes. Dans son analyse mécanique du geste efficace, il y reçoit en effet des sujets d'élite ; ceux qui, par l'habitude professionnelle et / ou par l'entraînement intensif sont parvenus à l'excellence dans un domaine particulier de la motricité humaine⁶⁹. Mais Lagrange et Demeny ne sont pas les seules figures scientifiques de premier ordre à s'être intéressées aux médecines de l'exercice corporel et du travail dans la perspective d'une réflexion conjointe sur l'effort, la fatigue, la résistance... « Jules Amar, disciple d'Auguste Chauveau soutient sa thèse de doctorat ès sciences en 1909 précisément sur *le rendement de la machine humaine*. S'il est considéré comme l'un sinon le premier physiologiste moderne du travail, il s'intéresse en toute logique [...] à l'exercice physique »⁷⁰. Pour un travail normal n'exposant pas au surmenage, il établit ainsi que l'activité du cœur doit se situer entre 120 et 150 battements par minute. Voulant éviter les risques d'une tachycardie, « les exercices athlétiques, qui surmènent souvent le muscle cardiaque, rendent-ils son examen préalable absolument nécessaire. La force et le débit de

⁶⁷ MATTEI, Jean-François. 2001. « Platon et le modèle rationnel de la santé », in SFEZ, Lucien (Dir.), *L'utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris, p. 63.

⁶⁸ Dr. LAGRANGE, Fernand. 1888. *Physiologie des exercices du corps*, Paris, Alcan, p. 1.

⁶⁹ POCIELLO, Christian. 2004. « Du mécanisme à l'éducation des mouvements ou comment se forme une "discipline" scientifique et scolaire (1880-1920) », In POCIELLO, Christian (Dir.). *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés, p. 78.

⁷⁰ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 108.

l'ondée systolique, non moins que son renouvellement suffisant, sont indispensables à la vie intense des athlètes, comme dans tous les travaux pénibles des ouvriers »⁷¹. Poursuivant des trajectoires semblables, le professeur Langlois, qui a occupé un temps la chaire d'organisation du travail humain au Conservatoire National des Arts et Métiers et son disciple Paul Chailley-Bert, qui soutient sa thèse en 1920 dans laquelle il propose une *étude sur la physiologie de la marche* et qui occupera en 1952 la première chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports, vont tous deux s'intéresser à l'effort, qu'il soit récréatif ou laborieux. Ainsi, rapprocher scientifiquement et médicalement l'homme qui joue de celui qui travaille, dès lors qu'ils partagent mouvement et effort, ne semble pas purement anecdotique. Bien au contraire, des personnages parmi les plus illustres de la médecine de l'activité physique dans la première moitié du XX^e siècle ont poursuivi un même intérêt pour les médecines scolaire et industrielle. Entre surveillance, contrôle et expérimentation scientifique, leurs réflexions auront très largement contribué à faire des exercices du corps un procédé pédagogique puissant dans le cadre du redressement de la nation. Finalement, « avec l'éducation physique [et la pratique des sports], il s'agit d'une authentique gestion des futures populations laborieuses »⁷².

Entre prévention et cure, la conception hygiéniste des activités corporelles ne fait pas office d'exception et conserve une très large dimension morale⁷³. Comme le rappelle précisément cet aphorisme eugéniste du docteur Rochu-Méry, « le sport est un puissant modelleur de l'argile humaine »⁷⁴. Ainsi, si l'on prête à l'exercice des vertus sanitaires de rétablissement ou de protection des grandes fonctions organiques telles que la respiration ou la digestion, il est également prisé pour ses effets proprement idéologiques. Marqué par les théories thermodynamiques de la seconde moitié du XIX^e siècle, le souffle et le feu qu'il génère sont sources de bienfaits. Ils permettent en particulier de se prémunir des

⁷¹ **AMAR**, Jules. 1917. *Organisation physiologique du travail*, Paris, Dunot et Pinat Editeurs, p. 84.

⁷² **FAUCHE**, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. « Les médecins et les enjeux d'une éducation physique dans la France de l'après-guerre (1920-1930) », *Science et motricité*, n°11, p. 15.

⁷³ « En glissant d'une simple action thérapeutique à la maîtrise des préventions, la société médicale élargit son domaine d'intervention à tout ce qui touche au corporel. Dans son souci de ne pas négliger les divers usages du corps, elle en vient notamment à des prétentions normalisatrices : imposer des archétypes de pensée, de comportements et d'attitudes conformes aux standards qu'elle définit et dont elle règle les évolutions pour les individus ». **TERRET**, Thierry. 2000. « Les activités physiques et la santé : orientations des recherches en histoire », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris, p. 4.

⁷⁴ Dr. **ROCHU-MÉRY**. 1937. « Sport et eugénisme », *Exposition Internationale de Paris, Congrès International de Médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports*, p. 105.

effets néfastes d'un travail industriel trop statique. Mais cette « remise en ordre des corps » est assortie de cette double volonté de renforcer tout autant les citoyens que leur citoyenneté⁷⁵. Les témoignages médicaux ne manquent pas. Le docteur Rouhet, accompagné du culturiste Desbonnet, expliquent dans leur ouvrage au titre explicite : *L'art de créer le pur-sang humain*, que l'activité physique « permet de devenir beau et de jouir d'une excellente santé, de procréer de beaux enfants à qui on transmettra les qualités acquises par son propre travail »⁷⁶. Le docteur Boigey s'inscrit dans cette même lignée et déclare dans *L'élevage humain* que « le point auquel il faut parvenir est seulement d'élever la race dans une énergique éducation corporelle »⁷⁷. Deux années plus tard, il précise en effet que « fort heureusement, il n'y a pas que les tares physiques et morales qui soient transmissibles. Le courage, la délicatesse d'âme, la bonté, toutes les vertus le sont aussi »⁷⁸. C'est la raison pour laquelle, cette même année, lui aussi convaincu des vertus morales de l'éducation des corps, le docteur Tissie clame avec véhémence : « L'éducation physique [*sic*], branche la plus importante de l'hygiène, est avant tout un devoir à accomplir, et non un acte instinctif à commettre. En cela, l'éducation physique est une morale. Sans la discipline, l'éducation physique est sacrifiée ; avec la discipline, elle est sanctifiée. [...]. La discipline implique la confiance, la confiance n'est conquise que par la compétence. Notre démocratie a tout à gagner à être guidée par des compétences. Créer des compétences, c'est élever le niveau moral de la démocratie, c'est la rendre moins vaniteuse, moins envieuse, moins jalouse ; vanité, envie, jalousie sont les filles de l'incompétence »⁷⁹. Au-delà d'un plaidoyer en faveur de l'ingérence médicale en matière d'éducation corporelle, c'est une vision très claire des activités physiques qui en ressort. Il la résume d'ailleurs avec limpidité en 1924 lorsqu'il explique : « l'éducation physique est une science biologique. Son but est le développement psychosomatique rationnel du corps humain, en vue de son meilleur rendement économique, social et racial »⁸⁰. D'autres médecins ne limitent pas ce pouvoir de transformation des masses à la seule éducation

⁷⁵ Pour reprendre l'expression utilisée dans : **PONET**, Philippe. 2007. « Remettre les corps en ordre : entre savoirs et pouvoirs. La "professionnalisation" de l'évaluation médicale du dommage corporel », *Revue française de sociologie*, 48-3, p. 477-517. Son analyse objective un mécanisme proche de celui évoqué ici. Les médecins, par leurs évaluations du dommage corporel liés aux accidents automobiles, participent à une certaine forme de réécriture du monde social (ou ce que l'auteur appelle une remise en ordre du corps social).

⁷⁶ Dr. **ROUHET**, Georges & **DESBONNET**, Edmond. 1908. *L'art de créer le pur-sang humain*, Paris, Éditions Berger-Levrault, p. LXII.

⁷⁷ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot, p. 101.

⁷⁸ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1919. *Physiologie générale de l'éducation physique*, Paris, Payot, p. 253.

⁷⁹ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1919. *L'éducation physique et la race. Santé-Travail-Longévité*, Flammarion, Paris, p. 332.

⁸⁰ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1924. « L'éducation physique ; problème social à résoudre », *Paris Médical*, 3 août 1924, p. 104.

physique et habillent les activités sportives de facultés similaires. « L'homme ne doit pas développer ses muscles pour réaliser un canon anatomique plus ou moins conventionnel ; mais bien d'après son devenir social ; c'est-à-dire en se guidant sur les fonctions qu'il aura à remplir dans sa vie (fonctions prévues, professionnelles et de la vie courante, fonctions probables et mêmes imprévisibles) ; et nous devons calculer les éléments de notre développement physique d'une part, suivant le degré de probabilité de leur utilisation future, et, d'autre part, suivant la gravité des dangers même exceptionnels auxquels nous exposerait les lacunes de notre éducation. [...] L'activité sportive doit être sévèrement subordonnée à la discipline générale de la vie. Elle doit être choisie et graduée en vue de l'éducation, de la production, de la procréation. En un mot, elle doit s'inspirer du souci d'accroître l'aire de rendement de l'individu, seul critère de sa valeur sociale »⁸¹. Les autorités, proches du courant hygiéniste, ne s'y trompent pas. Si elles utilisent dès la fin du XIX^e siècle la gymnastique dans des perspectives de consolidation du sentiment national⁸², elles en feront de même avec les sports modernes dans l'entre-deux-guerres. Ainsi, par exemple, « en 1935, le ministère de la Santé lève l'interdiction pour les enfants de moins de seize ans de pratiquer la compétition et apporte son concours aux journées nationales d'athlétisme [...]. En retour, les sociétés sportives s'engagent à lutter contre les fléaux qui affectent les jeunes gens, à leur apprendre à être propres, à ne pas cracher par terre à cause de la tuberculose, à ne pas s'enivrer, à refuser les publications pornographiques [la Fédération Française d'Athlétisme participera à la campagne contre les maladies vénériennes de l'office national d'hygiène sociale] »⁸³. Entre morale et thérapeutique, hygiène du corps et ordre social, les activités physiques sont ainsi mobilisées pour combattre « les maladies dites de la civilisation » dans leurs dimensions tant sociales que sanitaires⁸⁴. La régénération de la race humaine par les activités corporelles devient une mission de service public et les agents qui s'en sentent investis ne manquent pas de s'en prévaloir. Bien qu'étant imprégnés de l'idéal scientifique particulièrement présent à l'époque, les médecins et physiologistes régénérateurs de la race humaine, dans cette mission de redressement de la nation, ont été tentés bien évidemment de la reconstruire à leur image. Autrement dit, ils ont souvent utilisé l'argumentaire scientifique (et plus particulièrement physiologique) pour tenter d'imposer un ordre social spécifique. « Sous le prétexte médical

⁸¹ Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1923. « La place de l'activité sportive aux diverses phases de la vie », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19, 25 septembre 1923.

⁸² **CHAMBAT**, Pierre.1987. « La gymnastique, sport de la République ? », *Esprit*, n°125, p. 25-26.

⁸³ **BRUANT**, Gérard. 2000. « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Op. Cit.*, p. 16.

⁸⁴ Dr. **ROSSANT-LUMBROSO**, Jacqueline. 1982. *Op. Cit.*, p. 3.

de [l'hygiénisme social], c'est l'institution d'un ordre social qui transparait ». « Dans tous les cas, la morale redescendait sur terre, se rapprochait des hommes et, en se naturalisant, se rendait susceptible de devenir "scientifique" [...] »⁸⁵. Effectivement, les discours, sous l'apparat d'une rhétorique « scientifiante », étaient-ils pétris profondément par des injonctions morales. Ces « romanciers anthropologues de la race humaine »⁸⁶, forts d'un certain « culot social », tentent en régénérant la race de réécrire ce que doivent être l'Homme et la Société. Ecrire le monde à son image est un privilège auquel peu d'élus peuvent prétendre. Cette audace ne peut être l'apanage que d'individus possédant un statut social extrêmement élevé. Everett Hugues parle de profession « haute » pour qualifier ces métiers bien établis qui bénéficient d'une crédibilité et d'une légitimité peu contestées, offrant aux professionnels concernés la prétention de « dire à la société ce qui est bon pour l'individu et pour la société dans son ensemble pour certains aspects de la vie. En fait, ils fixent les termes dans lesquels on peut penser à cet aspect de la vie »⁸⁷. Jacques Commaille repère à l'identique la façon dont « un groupe social s'autorise à partir de ses propres valeurs, auxquelles il confère le sceau de l'universalité, à "produire des représentations légitimes de l'ordre social" »⁸⁸. La médecine est le symbole même de la profession prestigieuse au XX^e siècle. Le statut très confortable qu'elle assure aux médecins explique d'ailleurs ce mécanisme historique récurrent par lequel ce groupe d'agents fait subir aux arguments scientifiques la loi de son ethos, au point parfois de ne plus trouver que de la morale là où certains en appellent à l'irréfutabilité d'un discours scientifiquement contrôlé. Que l'on songe un instant aux vastes enquêtes épidémiologiques accompagnant la croisade antituberculeuse de la fin du XIX^e siècle. Les médecins s'appuient sur les statistiques mais font parler les chiffres d'une façon plus qu'étonnante, au point qu'il est possible de se demander « si ce n'est pas l'hypothèse qui crée l'observation, plutôt que l'inverse ». Et « ces raisonnements presque universellement admis [...] relèvent plus des choix sociaux

⁸⁵ PICHOT, André. 2000. *La société pure. De Darwin à Hitler*, Champs Flammarion, Paris, p. 145.

⁸⁶ Nous construisons ce terme à partir des travaux d'André Pichot qui parle du « grand roman anthropologique de la dégénérescence-de-l'espèce-humaine-faute-de-sélection-naturelle ». PICHOT, André. 2000. *Op. Cit.* François Dagognet rappelle pour sa part qu'au XVII^e siècle, pour comprendre la fonction digestive, les physiologistes « se font des romans » à partir de la physiologie animale (ils évoquent par exemple l'idée d'une combustion par la chaleur). Ce processus d'invention romanesque dans des termes qui bénéficient de la légitimité scientifique nous semble particulièrement proche du traitement que certains médecins et physiologistes de la fin du XIX^e siècle réservent aux activités physiques et sportives. DAGOGNET, François. 1998. *Savoir et pouvoir en médecine*, Paris, Institut Synthélabo, Collection les empêcheurs de penser en rond, p. 38.

⁸⁷ Cité dans ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. 2004. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, p. 38.

⁸⁸ COMMAILLE, Jacques. 1994. *L'esprit sociologique des lois*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Droit, éthique, société, p. 72.

que des présupposés statistiques ». Finalement, « dans le perpétuel dialogue entre la médecine et la société “tout se passe comme si les médecins étaient amenés à traduire dans un langage scientifique les fantasmes qui hantent la société de leur temps ; mais ce faisant, ils apportent à ces fantasmes la caution scientifique qui permet à l’imagination de se muer en certitude scientifique” »⁸⁹. Les réflexions médicales sur l’éducation physique et les sports seront entièrement drapées de ces réflexes scientifiques qui trahissent l’intrusion d’une morale bourgeoise. « La seconde moitié du XIX^e siècle voit l’achèvement et le triomphe de la révolution industrielle. C’est le moment où [...] la bourgeoisie remplace complètement et définitivement l’aristocratie comme classe dominante »⁹⁰. Dans un système où prime la méritocratie, l’hygiénisme social offre aux nouvelles classes dirigeantes, dont les médecins sont proches, l’occasion de justifier leur autorité. L’hygiénisme social, en inventant l’idée d’un homme sain perfectible, d’une « sur-nature » humaine, ne fait guère que traduire en termes crus et directs cette opposition de la bourgeoisie à une aristocratie finissante par l’imposition du culte du plus méritant, voire du plus fort (face à l’ancien créationnisme qui fixait l’ordre des êtres, toujours au profit de l’aristocratie). Dans ce cadre, les médecins de l’éducation physique et des sports sont particulièrement actifs. L’activité corporelle est un instrument de transformation des corps qui illustre l’amélioration potentielle des caractéristiques physiques de l’homme en mouvement. Dès lors, dans cette perspective de justification d’un placement dominant, les médecins de l’exercice physique, sous une caution scientifique, dénoncent avec force « la vie molle du monde » de l’ancienne bourgeoisie des privilèges, celle dans laquelle « les hommes de loisir et bien nourris [...] s’engourdissent »⁹¹. Les théories sur l’hérédité alors en plein essor font peser le risque supplémentaire de transmission de cette « mollesse atavique » aux futures générations, incompatible avec le projet de relèvement de la population française. Les propos du docteur Fernand Lagrange, parmi les premiers médecins de l’éducation physique et des sports, résument par l’exemple cette condamnation morale adressée à un groupe sous le couvert de la science et au moyen de l’exercice corporel. Après avoir développé un argumentaire scientifiant sur les prétendus « effets physiques de la joie », où l’on apprend par exemple que « le plaisir est nécessaire à l’enfant au point de vue de la santé physique, parce que c’est un excitant de l’énergie vitale, capable de donner une activité plus grande à

⁸⁹ CORBIN, Alain. 1981. « L’hérédosyphilis ou l’impossible rédemption, contribution à l’histoire de l’hérédité morbide », *Romantisme*, n°31, p. 131-149. Cité dans FAURE, Olivier. 1994. *Op. Cit.*, p. 208-210.

⁹⁰ PICHOT, André. 2000. *Op. Cit.* p. 77-78.

⁹¹ Dr. DONNE. 1870. *L’hygiène des gens du monde*, Paris.

toutes les fonctions de la nutrition », le praticien s'engage dans une violente délation du mode de vie des fractions sociales les plus privilégiées.

Dr. Fernand Lagrange : « *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens* ».

« L'enfant, privé de toute joie offre à l'observateur le plus triste tableau. Son aspect rappelle si bien celui d'un malade, qu'on cherche presque toujours dans un état morbide l'explication des troubles fonctionnels qu'il présente, et qui ne sont autre chose que les symptômes physiques de l'ennui. Tel enfant qu'on bourre de fer et de quinquina, sous prétexte d'anémie, de faiblesse constitutionnelle, n'aurait besoin, pour reprendre tous les attributs de la santé, que d'une réaction morale capable de secouer la torpeur de centres nerveux. On va chercher dans les aliments et les toniques un surcroît d'énergie, quand l'enfant porte en lui-même une provision de force vitale plus que suffisante, qu'on y laisse dormir inoccupée. Et qu'a-t-il donc besoin d'ajouter à son régime alimentaire, cet enfant des riches assis chaque jour à une table si plantureuse qu'elle rendra le père obèse ou goutteux ! Laissez donc là vos "jus de viande" et vos "peptones" ; au lieu de chercher à l'extérieur des éléments de force, songez donc à secouer l'énergie qui dort dans la retraite la plus intime de l'organisme. Ce n'est pas le charbon qui fait défaut la machine ; mais il manque un souffle pour ranimer le foyer. Et ce souffle, c'est la joie.

L'enfant, à notre époque, est l'objet de la préoccupation de tous, et jamais, il faut bien le reconnaître, plus louable élan ne s'est manifesté vers tout ce qui touche à l'éducation de l'esprit et du corps. On veut que l'enfant travaille et apprenne, mais l'on entend satisfaire, avant tout, à tous ses besoins hygiéniques. Le mal, c'est qu'on ne connaît pas ses besoins. Une mère voit son jeune fils dépérir, sans cause apparente, et le médecin consulté ne constate aucune lésion d'organes, aucune maladie. Le régime tonique, appliqué comme toujours, ne réveille pas la torpeur des fonctions vitales. L'enfant demeure toujours languissant, affaissé, l'œil éteint. On songe alors qu'il lui faudrait de l'exercice, mais sous quelle forme ? Peu importe sans doute, pourvu que l'enfant agisse et que ses membres se fatiguent ! Et l'exercice choisi sera celui qui cadre le mieux avec les occupations scolaires, celui surtout qui permettra aux parents d'avoir l'œil sur lui, de peur d'accident. Ce sera la gymnastique de chambre avec ses courroies élastiques, ses haltères et ses contrepoids. Ou bien encore, on lui apprendra l'escrime, et le matin, au réveil, un maître d'armes viendra le faire travailler à la maison. D'autres choisiront la gymnastique, et, pour que l'enfant puisse en profiter mieux, le père - ces moyens le lui permettent ! - lui fera donner des leçons en particulier. Enfin, si l'exercice ne suffit pas, et s'il faut y ajouter le grand air, chaque jour, pendant une ou deux heures, la mère prendra par la main le cher petit être et le promènera hors de la ville. Mais, malgré tout, l'enfant ne reprend pas les apparences d'une santé robuste. Il n'a plus d'appétit, peut-être dort-il mieux, mais le teint reste pâle et l'œil terne ; en dépit de l'exercice et des promenades au grand air, il garde toujours son attitude affaissée, sa physionomie morne et souffreteuse.

Eh, ne le voyez-vous donc pas, votre enfant s'ennuie ! Et où trouverait-il, dans votre organisation que vous croyez si complète, une occasion de joie ? Est-ce avec un maître d'armes, qui lui tient l'esprit tendu sur ses "contres" et sur ses "feintes" ou bien avec le professeur de gymnastique dans le sérieux de cette leçon particulière où tous les mouvements doivent être corrects, tous les gestes soumis à une discipline rigoureuse ? Est-ce enfin dans la promenade avec sa mère, que pourra se produire cet épanouissement de tout l'organisme cette exubérance d'influx nerveux que donne le plaisir ? Non. La mère, malgré son bon vouloir, ne peut se plier aux instincts de l'enfant, ne peut courir et jouer sur la route ; elle ne peut pas redevenir enfant avec lui, et la promenade se fait avec toute la gravité que comporte l'application d'une prescription médicale. Au surplus, ce n'est pas pour son plaisir que l'enfant se promène, mais pour sa santé. Comme si l'un n'était pas inséparable de l'autre !

Votre enfant s'ennuie, vous dis-je, et c'est la tout son mal. Relâchez un peu cette sollicitude extrême, cette prudence exagérée qui vous font le garder constamment entre vous et ses maîtres. Permettez-lui de se risquer un peu avec les enfants qui jouent dans ce square, au besoin même avec les gamins qui se bousculent sur cette place. Laissez-le prendre goût à ces amusements moins corrects que les exercices de la salle d'armes et du gymnase, mais autrement récréatifs. Et vous verrez dans peu de temps une transformation complète. Vous avez donné à l'enfant des médicaments dont il n'avait que faire ; vous lui donnez de l'exercice, et c'est bien ; vous y ajoutez le grand air, c'est mieux encore, mais ce n'est pas tout ; il faut aussi du plaisir. Et, le plaisir qu'il lui faut, ce n'est pas cet amusement tranquille d'un livre d'images ou d'un beau jouet qu'on craint de casser. C'est cette joie un peu animale qui frappe rudement sur les centres nerveux, et en fait jaillir une profusion de fluides nerveux capables de déborder sur tous les organes et d'inonder tous les muscles. C'est cette joie qui rend les yeux brillants, le teint coloré, la respiration forte et les gestes violents. C'est la gaieté du corps »⁹².

La critique de la mollesse du « bien né », fondée sur des risques sanitaires supposés mais qui sous-tend la dénonciation d'un rapport au travail jugé inconvenant, rejoint la critique adressée à la sédentarité des classes laborieuses. L'oisiveté des gens du monde et la statique des travailleurs font l'objet d'une même cabale. « Un quart des décès parisiens peuvent être imputés aux maladies de cœur et des vaisseaux sanguins. L'angine de poitrine, l'urémie, l'hémorragie cérébrale, les varices, les phlébites sont partout. Pourquoi ? Parce que notre vie se passe dans l'immobilité, dans la position assise ou couchée, dans la sédentarité. Le luxe, le confort, tous les perfectionnements techniques tendent à la suppression de l'effort physique qui est cependant indispensable à la bonne santé. [...]. Le citadin est debout deux ou trois heures sur vingt-quatre. Le reste du temps, il est assis ou

⁹² Dr. LAGRANGE, Fernand. 1901. *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, Paris, Félix-Alcan.

couché. Cette existence le pousse fatalement à la tristesse et au pessimisme »⁹³. Les conditions de vie des travailleurs, en particulier dans les départements industriels, sont stigmatisées, non pour la rudesse des tâches ou le volume des heures effectuées, mais bien pour la sédentarité que ces nouvelles formes d'organisation du travail supposent. A l'inverse des métiers ruraux, les exigences industrielles sont synonymes de statique et d'ambiances confinées. « L'hygiène industrielle tend à diminuer les dangers inhérents à chaque métier, mais, malgré cela, l'industrie est toujours pour l'homme une cause de dégénérescence, exception faite des professions agricoles. [...]. Les temps modernes indifférents et sceptiques demandent à l'industrie un bien-être qui nous éloigne de plus en plus des conditions normales et naturelles ; l'activité cérébrale s'exagère aux dépens de l'activité musculaire et des maladies apparaissent, conséquence du surmenage nerveux et de la faiblesse de notre pouvoir réparateur »⁹⁴. Mais à nouveau, derrière cet habillage sanitaire, l'hygiénisme social s'engage dans une entreprise de moralisation de l'homme au labeur. Cette fois, il ne s'agit pas de condamner l'engourdissement des hommes trop nourris, mais bien de juguler la faiblesse quasi-génétique des classes populaires à l'égard des lieux de débauches. Cabarets, alcool, filles de joie sont autant d'habitudes jugées malsaines dont les médecins hygiénistes pensent pouvoir venir à bout. Ils se le représentent même comme un devoir au service de la nation⁹⁵. L'exercice physique est à nouveau convoqué pour ses effets bénéfiques. « L'homme qui aime l'exercice finit tôt ou tard par concevoir une horreur instinctive de la débauche dans laquelle il sent sombrer ses forces. Il lui préfère des habitudes viriles qui améliorent et assurent la santé ; ainsi il se moralise, il est disposé à rendre à la société une grande somme de services et à perpétuer ses qualités dans ses descendants ; il contribue par des moyens réellement efficaces et dans la mesure de ses forces au relèvement et à la grandeur de la patrie »⁹⁶. Un des chantres de l'antialcoolisme au début du XX^e siècle, le docteur Emile Galtier-Boissière, produit des

⁹³ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

⁹⁴ **DEMENY**, Georges. 1911. *Op. Cit.*, p. 9.

⁹⁵ « La révolution industrielle charrie tout un ensemble de maux qui contribuent à attiser les haines de classes et les fantasmes sociaux. Le déracinement résultant des migrations des campagnes vers les usines qui emploient un nombre croissant de travailleurs fait de l'ouvrier issu du monde paysan un étranger au sens fort. Le cabaret symbolise, pour les classes dominantes, le lieu de débauche des classes populaires. C'est là que se forme, selon les contemporains, à la fois la misère du foyer, avec la dépense de la "quinzaine" dans la boisson, mais aussi les réunions politiques d'où la révolte s'élève. Lieu emblématique, le cabaret est pour les classes dominantes un lieu où les prolétaires peuvent se soustraire à tout contrôle. [...]. Pourtant, l'alcoolisme n'est pas l'apanage des classes populaires. [...]. L' "alcoolisme mondain" existe, mais les discours stigmatisant l'ivrognerie et les effets de l'alcoolisme n'en parlent pas ». **DARGELOS**, Bertrand. 2005. « Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p. 55.

⁹⁶ **DEMENY**, Georges. 1911. *Op. Cit.* Paris, Alcan.

enseignements ainsi que des tableaux muraux destinés à blâmer l'ivrognerie. Toujours attribuée à la classe ouvrière, cette pratique est réprouvée par des gravures mettant en scène des travailleurs aux visages ravagés par les effets de l'alcool. Combattre ce vice, c'est remettre de l'ordre dans le social. Sous la forme de petites injonctions morales, encadrées dans l'un de ses ouvrages, il est ainsi possible d'apprendre par exemple que « l'alcool soutient l'homme comme la corde soutient le pendu » et que « les bons ouvriers, la journée faite, rentrent directement chez eux » (pour être persuasif, l'auteur rappelle que « dans nombre de régions l'ouvrier alcoolique laisse au cabaret la moitié de son salaire quotidien »)⁹⁷. Le traitement réservé à la tuberculose et à la syphilis sont identiques. Les classes sociales les moins favorisées semblent les plus touchées, et on se l'explique autant par les conditions de vie qu'impose le travail dans les fabriques que par les déterminants socio-biologiques d'un groupe que l'on imagine plus facilement enclin aux fautes hygiéniques. « Sur cette base, se développe une propagande effrayante à base d'affiches ou de cartes postales et l'énoncé de préceptes aussi moraux qu'hygiénistes qui ressemblent comme des frères à ceux qui sont dispensés pour lutter contre l'alcoolisme. [...] Tous associés et confondus, alcoolisme, tuberculose et syphilis reflètent les peurs et les refus face à une société soumise à des changements profonds dans ses comportements et ses structures »⁹⁸. Dans ce cadre, la mise en mouvement⁹⁸ des corps semble être la solution de bien des maux. Pour combattre l'alcoolisme, « le mieux est d'abord de s'affilier à une société de tempérance où l'on prend l'engagement de ne jamais boire d'eau-de-vie ou de liqueurs. [...] Les réunions doivent être familières, cordiales ; tout le monde doit s'y sentir chez soi et non en tutelle. Dès l'été venu, il conviendra d'organiser des concours de marche, de canotage, de bicyclette, de tir, qui démontreront la supériorité du tempérant sur le buveur au point de vue de l'adresse, de la résistance à la fatigue. Outre la distraction que procurent ces exercices, le public y verra la démonstration pratique de la supériorité de la tempérance »⁹⁹. De même, pour le docteur Philippe Tissié, « l'éducation physique respiratoire est un des meilleurs agents de lutte contre la tuberculose [...] par une ventilation plus large et plus profonde des deux taudis : l'habitation et le corps de l'homme

⁹⁷ Dr. **GALTIER-BOISSIERE**, Emile. Sans date. v. 1900. *L'anti-alcoolisme en histoires vraies*, Paris, Librairie Larousse, p. 30-33.

⁹⁸ **FAURE**, Olivier. 1994. *Op. Cit.*, p. 218-219.

⁹⁹ Dr. **GALTIER-BOISSIERE**, Emile. Sans date. v. 1900. *Op. Cit.*, p. 75-77. Cette vision doit être nuancée. A la même époque, le premier congrès national antialcoolique de Paris (1903) évoque les « punchs d'honneur » des réunions syndicales et sportives et dénonce ce vecteur privilégié d'« apprentissage officiel de l'alcoolisme ». **NOURRISSON**, Didier. 1990. *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Editions Albin Michel, p. 268.

mal aérés »¹⁰⁰. Ce principe sera réaffirmé en 1937 dans une version plus eugéniste du docteur Rochu-Méry, face à la diminution trop lente de la mortalité par tuberculose en France. « Lieu commun que de répéter qu'à la place d'asiles, sanatoriums, hôpitaux, si lourde charge à nos budgets, on ne saurait trop préconiser et surtout fournir à l'enfant, l'adolescent et même l'adulte, tous les moyens de connaître les bienfaits du mouvement, de l'air, du soleil »¹⁰¹. C'est par un mécanisme similaire que le sport est appelé au secours du « péril vénérien »¹⁰². Il est en effet préconisé contre les relations sexuelles précoces et donc comme un moyen de préserver les jeunes gens des maladies vénériennes. Cette action des activités physiques sur le tempérament sexuel va profondément marquer les réflexions médicales en matière d'éducation physique et de sports. Les constatations sanitaires relatives aux expériences scolaires de Vanves menées au début des années cinquante font par exemple état de « la stabilisation des instincts sexuels. Pour les enfants de 12 à 13 ans, c'est l'éveil de la puberté et sans doute l'âge optimum des habitudes d'onanisme. Malgré les cours d'éducation sexuelle et la plus délicate sollicitude des maîtres, trop souvent, en milieu scolaire, ces détestables habitudes font des ravages physiologiques et intellectuels, parfois véritablement épidémiques. De tout temps, la dérivation sportive des instincts sexuels est reconnue comme l'antidote de choix de ce dérèglement parfois pathologique chez les enfants. A ce point de vue, [cette] expérience est vraiment concluante : depuis que nos enfants sont devenus de petits sportifs, depuis que leur santé s'est épanouie, toute pratique d'onanisme a disparu de la classe. Cette stabilisation physiologique sexuelle est loin d'être une raison négligeable du meilleur rendement intellectuel »¹⁰³. Enfin, dans une fin de XIX^e siècle frappée d'une brusque majoration de l'apparence corporelle et de son entretien, le thème des anatomies individuelles, celui de la nudité ou de l'intimité des formes, devient un objet de vigilance plus construit, plus avoué¹⁰⁴. « La beauté même se mesure au moyen des proportions du corps »¹⁰⁵. Pas étonnant dès lors de constater la moralisation par l'exercice que des médecins vont mettre en place. La lutte contre le

¹⁰⁰ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1921. « Pour l'éducation physique de demain », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1, janvier 1921.

¹⁰¹ Dr. **ROCHU-MÉRY**. 1937. *Op. Cit.*, p. 105.

¹⁰² Voir sur ce point : **CORBIN**, Alain. 1977. « Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale », *Recherches*, n°29, p. 245-283. Ou plus récemment : **LE NAOUR**, Jean-Yves. 2002. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *Annales de démographies historiques*, n°1, p. 107-119.

¹⁰³ Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1957. *Influence des activités physiques et sportives sur le développement intellectuel et physique en milieu scolaire*, Paris, Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, Imprimerie Nationale, p. 23.

¹⁰⁴ **VIGARELLO**, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 268-270.

¹⁰⁵ **DEMÉNY**, Georges. 1911. *Op. Cit.* Paris, Alcan.

« surpoids » et les difformités peut s'engager. Là encore, les condamnations sont autant morales et esthétiques que réellement sanitaires. Pour le docteur Maurice Boigey, « à cause des idées reçues, nous ne nous apercevons plus qu'une personne dotée d'une saillie abdominale est aussi disgracieuse et difforme que celle qui est atteinte d'une gibbosité dorsale. Les femmes et les hommes civilisés ont perdu les signes caractéristiques des reliefs musculaires des membres »¹⁰⁶. Il cite les propos de son confrère, le docteur Francis Heckel, pour qui « les plus beaux bras et les plus belles épaules féminines, chez les citadines, ne sont que des sacs informes, fourrés de graisses autour des articulations, et dans lesquels il est impossible de retrouver les lignes primitives qui en feraient la beauté. Sur ce point, comme sur tant d'autres, le goût moyen est complètement altéré »¹⁰⁷. La voie est ouverte, et le docteur Boigey propose en 1922 un « traitement de l'obésité par l'exercice physique »¹⁰⁸, dont on sait aujourd'hui qu'il fera nombre d'émules. Force est d'ailleurs de constater la permanence historique de ces croisades médico-sociales fondées sur l'établissement d'un ordre rêvé. « Plus souvent fondé sur des hantises sociales et mentales que des constats épidémiologiques et des observations cliniques, le concept de fléau social fonde la mise en place de structures importantes et durables qui survivent aux fléaux qui les avaient fait naître. En cela, les terreurs du XIX^e siècle finissant auront marqué toute la médecine du XX^e siècle et leur empreinte se lit encore dans l'organisation de la médecine sociale contemporaine »¹⁰⁹. Ainsi, la médecine de l'éducation physique et des sports, devenue médecine du sport dans la seconde moitié du XX^e siècle, conserve de façon étonnante cette volonté de moralisation de la société par la lutte contre les affres de la vie moderne, par son combat contre « les maladies de la civilisation ».

Sport, Santé et Civilisation : la permanence historique des romances anthropologiques.

Dr. Fernand Lagrange. 1901 : *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens.*

« Notre préoccupation constante, d'un bout à l'autre de ce travail, a été de montrer le rôle prépondérant de l'hygiène comme guide et contrôle de

¹⁰⁶ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

¹⁰⁷ Dr. **HECKEL**, Francis. 1913. *Culture physique et cures d'exercices*, Paris, Masson et Cie, 623 pages.

¹⁰⁸ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « Traitement de l'obésité par l'exercice physique », *La Vie Médicale*, n°9, 3 mars 1922, p. 295-299.

¹⁰⁹ **FAURE**, Olivier. 1994. *Op. Cit.*, p. 210.

l'éducation physique. Mais nous avons pris le mot "d'hygiène" dans son acception la plus large, en la considérant comme l'art d'assurer l'équilibre de la santé morale aussi bien que de la santé physique. Selon nous, une méthode hygiénique est incomplète si elle ne fait que développer les poumons et donner de la vigueur aux muscles. Et ces résultats seraient tout particulièrement insuffisants, dans notre siècle de "névrosés", où l'impressionnabilité nerveuse est si exagérée, la volonté si faible, l'imagination si exaltée »¹¹⁰.

Georges Demeny. 1911 : *Les bases scientifiques de l'éducation physique.*

« L'individu est en lutte perpétuelle avec les influences malsaines du milieu. [...] Notre état actuel dépend avant tout de l'héritage légué par nos ancêtres. [...] On naît avec des tares héréditaires, tuberculose, scrofule, rhumatisme, syphilis, maladies des oreilles, des yeux, de la peau, etc. ; on est prédisposé à l'obésité et à bien d'autres affections des appareils digestifs, circulatoire et respiratoire. Les maladies du système nerveux sont particulièrement transmissibles. Les ravages produits par l'alcool se manifestent souvent chez les enfants d'alcooliques sous la forme d'épilepsie et de folie. La prédisposition nerveuse, la surexcitabilité, la neurasthénie et toutes les névroses se retrouvent à un degré plus ou moins intense chez les descendants. Le médecin doit avertir l'éducateur [physique] des prédispositions de son élève et lui indiquer les dangers qui le menacent »¹¹¹.

Dr. Philippe Tissie. 1921 : *Pour l'éducation physique de demain.*

« Plus que tout autre peuple, nous devons [...] demander à une bonne éducation physique la force nécessaire à notre relèvement économique. Le capital santé est la première des forces pour le rendement énergétique de l'homme, de la nation, de la race ; la vie est soumise à des lois biologiques qu'on ne peut impunément transgresser [...]. L'éducation physique est un des meilleurs agents de lutte contre [les] maladies de civilisation »¹¹².

Dr. Jacqueline Rossant-Lumbroso. 1982 : *La médecine du sport.*

« Touchant toutes les couches de la population et tous les âges, [le sport] répond au désir d'évasion et de connaissance plus approfondie de leur corps de nos contemporains. Il doit s'inscrire dans un mode de vie plus sain, qui supprimerait le tabac, éviterait les excès alimentaires et permettrait la pratique régulière d'un exercice physique d'intensité suffisante. Il semble avoir un rôle préventif vis-à-vis du vieillissement, en particulier cardio-vasculaire, musculaire, respiratoire, et vis-à-vis de l'athérosclérose ; son impact psychologique est bénéfique. Ses effets curatifs, sous contrôle médical, sont prouvés dans l'infarctus du myocarde après quelques semaines, dans l'obésité et le diabète, dans l'amélioration de l'asthme, parfois même dans les affections psychiatriques.

¹¹⁰ Dr. LAGRANGE, Fernand. 1901. *Op. Cit.*, Paris, Félix-Alcan.

¹¹¹ DEMENY, Georges. 1911. *Op. Cit.* Paris, Alcan, p. 32.

¹¹² Dr. TISSIE, Philippe. 1921. *Op. Cit.*

Ainsi, le sport serait un bon moyen de lutter contre les maladies dites “de la civilisation” et de favoriser leur guérison »¹¹³.

Dr. Henri Périé. 2007 : *Pour l'éducation physique de demain.*

« Depuis longtemps, le flux montant de la société de consommation, exclusivement limité aux seuls domaines de la production et de la vente, n'incitait guère à comprendre la vie dans sa cohérence globale et tendait à négliger nombre de valeurs et nécessités existentielles dont le manque se révélait dangereusement préjudiciable au vivant. Brutalement, sous les coups de mutations scientifiques et économiques, les doctrines et usages d'un productivisme rénové se révélèrent dominants... [...]. Il en résulte que des populations entières, et notamment certains sous-ensembles, sont progressivement fragilisés et de plus en plus handicapés. [...].

Le sport [peut être considéré] comme antidote aux conditions nocives du travail et des modes de vie dans une configuration moderne de plus en plus menaçante. Son bon usage devait contribuer à la sauvegarde de l'équilibre physique et psychique du citoyen contemporain. [...].

Actuellement, l'effort d'information diététique diffuse, petit à petit, dans l'entourage et permet d'entrevoir, dans un avenir encore imprécis, la suppression des mauvaises habitudes alimentaires de la plupart des Français. Il est à peine besoin de rappeler l'importance du loisir sportif, qui concerne autant l'hygiène mentale que l'hygiène physique. Valoriser le corps ne peut se faire sans discipline, sans respect de soi-même et d'autrui, ce qui représente, toute proportion gardée, un des meilleurs garants contre la diffusion de l'alcoolisme, de la drogue et contre toutes les tentations offertes par l'attrait des nouveaux modes de consommation »¹¹⁴.

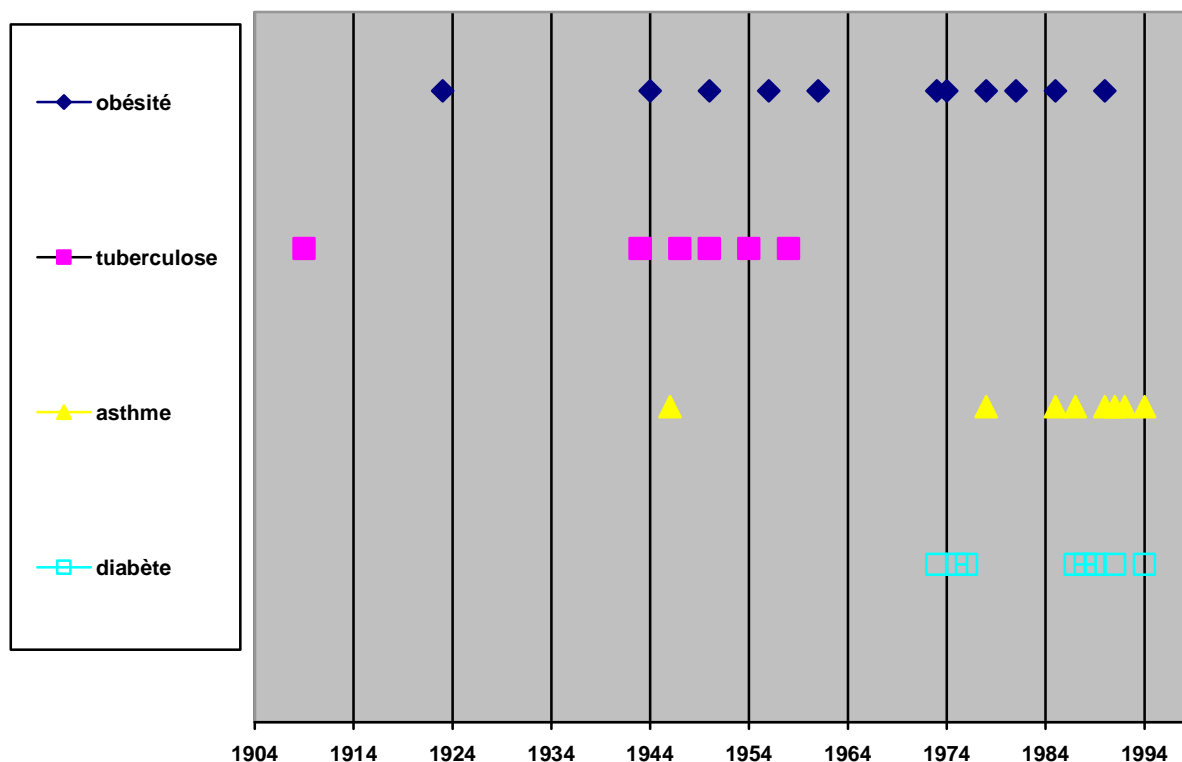
Soigner son époque et en profiter pour réécrire le monde, voilà donc un des éléments structurants du versant social de la médecine des exercices corporels. De la volonté des hygiénistes du début du siècle de justifier leur autorité sociale en dénonçant l'engourdissement de la vie mondaine ou la débauche des classes laborieuses, à celle des médecins du sport actuels qui consiste à faire la preuve de son utilité pour s'affirmer dans la logique du placement propre au champ médical, les maladies survivent, évoluent ou apparaissent, mais les principes sont finalement les mêmes. Il s'agit bien d'ériger les activités physiques en obstacle aux désordres perçus. Le gros, l'alcoolique, le faible et le volage sont autant d'individus pervertis par la société et dont les tares sont corrigibles. Le catalogue des thèses de médecine dont l'énoncé se rapporte aux exercices corporels (**[voir encadré méthodologique n°1](#), p. 148**) permet de mesurer très précisément cette permanence historique. Près d'un siècle sépare par exemple deux thèses de médecine soutenues à Lyon, dont le sujet se rapporte de manière identique (bien que les

¹¹³ Dr. **ROSSANT-LUMBROSO**, Jacqueline. 1982. *Op. Cit.*, p. 3.

¹¹⁴ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 113 ; 121 ; 129.

terminologies aient évolué) au traitement de troubles nerveux par l'exercice physique. Si le docteur Fache se propose en 1896 de discuter « de la neurasthénie et de son traitement par les activités physiques », le docteur Baudy évoque pour sa part en 1981 l'« Intérêt d'un réentraînement aérobie chez les sujets neurodystoniques »¹¹⁵. Plus généralement, à la lecture des titres de ces travaux, il apparaît que les luttes contre l'obésité et l'alcoolisme ont traversé le siècle, là où la tuberculose a laissé progressivement la place au cours des années cinquante aux maladies asthmatiques, et où de nouvelles affections sont apparues, à l'exemple du diabète à partir des années 1970. Toutes peuvent être liées à des causalités extérieures à l'individu et identifiées comme des défauts d'hygiène (pollution, alimentation, etc.). Toutes, dans le lien que les médecins établissent aux activités physiques, sont des supports privilégiés à la romance anthropologique.

Activités physiques et « maladies de la Civilisation » dans l'énoncé des Thèses de Médecine.



Ce graphique a été réalisé à partir du Catalogue des thèses de médecine dont

¹¹⁵ Dr. **FACHE**, O. 1896. *De la neurasthénie et de son traitement par les activités physiques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon. Dr. **BAUDY**, François. 1981. *Intérêt d'un réentraînement aérobie chez les sujets neurodystoniques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon. Cités dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Catalogue des thèses de médecine soutenues devant les Universités françaises dont le sujet se rapporte aux activités physiques et sportives (1741 – 1994)*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>, publié le 02 juin 2009 sur le site de la Société Française de Médecine du Sport.

l'énoncé indique une préoccupation liée aux APS. Malgré son caractère nécessairement incomplet (Encadré méthodologique n°1, p. 148), ce diagramme témoigne de la volonté intarissable de panser un monde jugé malsain. La branche sociale de la médecine des APS s'appuie ainsi sur des supports variés. Selon l'histoire propre à chaque affection, des maladies traversent le siècle, d'autres disparaissent et sont « remplacées », certaines enfin sont « inventées »¹¹⁶.

II. 2 La raquette à l'épreuve de la plume. Quand le sport moderne s'écrit de la main des médecins

« Alors qu'on améliore avec des soins infinis la race chevaline, que la perfection des espèces animales est poursuivie avec sollicitude, on se désintéresse de l'homme : des foules se réunissent pour voir courir des jockeys hideux sur des chevaux superbes ».

Manuel d'hygiène athlétique. 1895. Commission d'hygiène de l'USFSA.¹¹⁷

S'il s'agissait donc de comprendre dans un premier temps les divers moyens par lesquels certains médecins se sont emparés du sport et l'ont vêtu de leur morale, tout l'enjeu sera ensuite de montrer les effets de cet habillage sur la définition du sport moderne. Car si finalement on a tenté de faire jouer au Sport une partition « civilisatrice », la question des effets de cet encodage sur les pratiques elles-mêmes se pose légitimement. Pour écrire le social, il a d'abord fallu écrire le sport...

La médecine industrielle, en poursuivant une même volonté normalisatrice, a très largement participé (et participe encore) aux définitions du travail et du travailleur. Que l'on songe aux prises de position radicales de certains médecins suite à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail survenus par le fait ou à l'occasion du travail des ouvriers et employés occupés dans le bâtiment, les corps manufacturés, mines, carrières (...) et qui donne droit à une indemnité à la charge de l'entreprise. La morale bourgeoise, tournée vers

¹¹⁶ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

¹¹⁷ Anonyme. 1895. *Manuel d'hygiène athlétique à l'usage des lycéens et des jeunes gens des associations athlétiques*, Commission d'Hygiène de l'USFSA, Félix Alcan Editeur, Paris.

le redressement d'une nation qui achève sa révolution industrielle, ne peut être que sévère à l'égard de la « fainéantise » des classes laborieuses. « Ils sont [alors] nombreux à ne voir dans les blessés que des simulateurs. L'un d'eux, le Dr. Petitjean, qui est également sénateur de la Nièvre, le dit clairement : “Voici les lésions inventées, écrit-il dans *Le Journal* du 21 mai 1909, les douleurs incontrôlables, les lumbagos étrangement persistants ; il est si facile d'enlever un pansement, d'introduire dans la plaie un bout de bois ou une arrête de poisson [...]. Enfin, quand bien même la lésion a existé, qu'elle a pris un caractère permanent, cela veut-il dire toujours que celui qui en est atteint a subi un réel dommage ? Ce manœuvre a perdu un bout de doigt, cet ajusteur a un pied un peu raide ; très probablement, leur capacité de travail n'en est pas modifiée, leur salaire reste le même. Ils feront pourtant la course à la rente...”. Une véritable campagne se déclenche. Autorités médicales, juridiques, “grande presse” s'en prennent à cette nouvelle maladie de l'ouvrier : la “sinistrose” ; l'ouvrier ne cherche qu'à gagner de l'argent en se reposant »¹¹⁸. Cette vision, qu'il aurait été nécessaire de nuancer afin d'éviter de survaloriser une représentation aux dépens de ses concurrentes, est ici invoquée dans le seul but d'éclairer un phénomène circulaire commun aux médecines sociales déjà évoquées. Des agents utilisent une pratique comme vecteur de moralisation (travail, sport), et finalement contribuent à transformer cette pratique par la pesanteur des normes idéologiques dont ils l'affublent. Ainsi, de la même façon que le médecin du travail modifie, par sa présence, la définition de l'activité laborieuse, le médecin de l'éducation physique et des sports participe à l'écriture du sport moderne. De l'avis du docteur Henri Diffre, « pour en faire un outil de bonheur, de force et de travail, il faut le discipliner »¹¹⁹. Dans cette logique, les médecins, selon leurs visions du monde respectives, vont chacun chercher à clarifier le terme de *sport* et son contenu, distribuant ensuite avec parcimonie le titre sportif aux activités qu'ils jugent dignes de le porter, selon des critères peu contrôlés scientifiquement. Ce jugement sentencieux n'appartient qu'à ses juges dont il ne faudrait pas surestimer la portée. S'il s'agira de montrer à quel point l'histoire et l'organisation du mouvement sportif sont profondément marquées par la médicalisation, il n'en reste pas moins qu'elles ne peuvent se résumer à cette unique influence. Pour autant, l'empreinte médicale dans la construction du sport moderne mérite d'être exhumée afin d'en analyser quelques uns des rouages, toujours en marche à l'heure actuelle.

¹¹⁸ TARGOWLA, Olivier. 1976. *Les médecins aux mains sales. La médecine du travail*, Paris, Editions Belfond, Collection L'échappée, p. 100.

¹¹⁹ Dr. DIFFRE, Henri. 1923. *Contrôle du sport et de l'éducation physique*, Paris, Masson, p. X.

Il y a autant de définitions du sport moderne qu'il y a de médecins qui s'y intéressent. Il serait donc vain de prétendre pouvoir dégager *la* vision médicale en matière d'activités physiques. D'autant que, comme évoqué précédemment, les praticiens n'entretiennent pas la même sensibilité à l'égard des finalités sportives ; certains éprouvant de la répulsion à l'idée de poursuivre l'exploit là où d'autres y voient l'essence même de l'activité. Depuis plus d'un siècle désormais, les Hommes de l'Art, avec leurs dispositions propres, *s'engagent* véritablement dans une perspective de clarification des « choses du sport ». Autrement dit, ils n'inventent pas uniquement le lien entre le sport et la médecine, facteur de santé et d'hygiène, ils construisent également le sport lui-même. A nouveau, ils font preuve d'un certain culot social en participant très activement à la caractérisation d'une pratique sociale qui était relativement étrangère dans son essence à toutes perspectives hippocratiques. Les propos que le docteur L. Pierre-Nadal tient à ce sujet en 1923 ont à ce titre une résonance toute particulière.

Dr. L. Pierre-Nadal. 1923 : *La place de l'activité sportive aux diverses phases de la vie.*

« Il est assez difficile de définir la gymnastique sportive. On ne peut donner au mot sport un sens rigoureusement conforme à l'étymologie, car les mots vivent et évoluent. L'idée qu'ils expriment varie peu à peu au cours des âges, et la conception actuelle du mot « sport » est assurément plus étroite et plus précise que celle de son ancêtre le vieux mot « desport ». L'usage courant serait le guide par excellence, malheureusement la signification du mot sport ne paraît pas être absolument fixée, même dans les milieux compétents. Mais l'utilité d'une définition consiste avant tout à assigner au mot un sens clair et précis, qui en consolide la valeur comme pivot d'étude et de discussion, et qui bannisse toute équivoque. C'est ainsi que, sans prétendre imposer une loi, je vais essayer, après tant d'autres, de définir ce qu'on peut entendre par le terme sport. Trois éléments à mon sens caractérisent le sport : 1° L'exercice portant sur des schémas d'activité parfaitement bien définis, naturels (natation, course), ou codifiés (football). 2° La possibilité de mesure et de comparaison fondée sur des points de repère précis, et ayant pour sanction un classement. 3° Le souci du toujours mieux poussé au maximum, qu'on envisage une réalisation immédiate (performance), ou à terme (préparation méthodique en vue d'un championnat).

Le courir est un acte usuel pouvant rendre les services les plus variés : courir pour prendre un train, pour échapper à un péril, pour arriver à temps au bureau ou à l'usine, pour appréhender un malfaiteur, autant d'actes utilitaires appartenant à la vie réelle. [...]. Mais la course devient un sport lorsqu'on la schématise en lui assignant un trajet bien défini, un instant de départ conventionnel, la recherche d'une vitesse maximum, et qu'on lui donne comme

objet la comparaison entre un certain nombre de participants et leur classement »¹²⁰.

La très grande justesse de cette définition ne mérite pas l'accueil désabusé d'un lecteur aujourd'hui totalement familier de ces pratiques sociales. Les années vingt en France marquent seulement le début de la « modernité sportive », et le nombre de pratiquant reste limité¹²¹. De telles précisions, qui n'ont absolument aucun lien avec des questions de santé bien qu'elles émanent d'un médecin, participent à l'évidence au processus de sportivisation. Afin d'éclairer le rôle précis des médecins dans un tel mouvement, l'analyse de l'intervention médicale en matière d'habillements sportifs paraît la bienvenue. Ce point mériterait à lui seul une analyse très détaillée. Nous ne pourrions jeter ici que les bases d'un questionnement à valeur heuristique. Si nous retenons en effet avec Olivier Hoibian l'idée que la manière de se vêtir constitue un indicateur d'autonomisation sportive, alors le rôle des médecins prend une dimension tout à fait remarquable¹²². Lorsqu'ils s'opposent par exemple à la fin du XIX^e siècle à la ceinture de gymnastique en soulignant, par la contrainte anatomique dont ils l'accablent, les aberrations et manquements aux règles les plus élémentaires de l'hygiène, ils participent à une « éducation sportive qui est encore à faire ». S'agissant « du vêtement », la commission médicale de l'USFSA, dans son manuel d'hygiène athlétique paru en 1895, invite les jeunes gens « à imiter les anglais » et ainsi adopter des tenues spécifiques¹²³. C'est dans ce cadre que le docteur Charles Hervoche évoque, suite à un article du *Daily Mail* daté du 11 janvier 1911 rapportant le cas d'un joueur anglais décédé des suites d'un empoisonnement du sang lié à une plaie infectée par ses chaussettes de laine neuves, la nécessité de prendre soin de ses habits sportifs. A la manière d'un commandement, il explique : « Foot-balleurs, lavez vos bas de couleur à l'eau bouillante avant de les mettre pour la première fois »¹²⁴. Cette attention, au-delà de son aspect débonnaire, témoigne de la sensibilité médicale à l'égard d'une spécialisation du costume sportif dès le début du XX^e siècle. Or selon un principe énoncé par Olivier Hoibian en ce qui concerne l'alpinisme mais qui peut être généralisé à de nombreuses autres pratiques sportives, « jusqu'aux

¹²⁰ Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1923. *Op. Cit.*

¹²¹ **LAURANS**, Guy. 1990. « Qu'est-ce qu'un champion ? La compétition sportive en Languedoc au début du siècle », *Annales ESC*, n°5, p. 1060.

¹²² **HOIBIAN**, Olivier. 1999. « Le costume des alpinistes. La manière de se vêtir comme indicateur d'autonomisation », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *Op. Cit.*, p. 11-18.

¹²³ **Anonyme**. 1895. *Manuel d'hygiène athlétique à l'usage des lycéens et des jeunes gens des associations athlétiques*, Commission d'Hygiène de l'USFSA, Félix Alcan Editeur, Paris.

¹²⁴ Dr. **HERVOCHE**, Charles. 1911. *Contribution à l'étude physiologique de quelques sports nouveaux. Nécessité de la surveillance par le médecin*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux, p. 84.

années 1910, les [sportifs] hommes ou femmes, privilégient avant tout dans leurs habitudes vestimentaires les préoccupations bourgeoises d'honorabilité et de respect des convenances »¹²⁵. La conformité aux usages mondains est un frein à la spécialisation vestimentaire, et donc nécessairement à l'autonomisation sportive. Pourtant les médecins s'emploient à faire évoluer ces pratiques. Certains vont même, dès la fin du XIX^e siècle, œuvrer en faveur d'un habit plus adapté à la pratique du vélo pour les femmes. Petite révolution dans une discipline encore investie majoritairement par les fractions les plus favorisées de la société française. « Unanimes, [leurs] recommandations vont vers le port d'une culotte très large et confortable, la femme étant malgré tout invitée à se munir d'une robe ou d'une jupe qu'elle doit enfiler dès la fin de la course »¹²⁶. La distinction opérée ici entre le costume mondain et le vêtement sportif est un gage indéniable de participation à la sportivisation de certaines activités corporelles.

Mais la définition du sport ne peut faire l'économie d'une classification des différentes disciplines les unes par rapport aux autres. « Chacun doit faire du sport, mais ne peut ni ne doit pratiquer n'importe lequel, chaque sport réclamant des aptitudes spéciales. [...]. Nul mieux que le médecin n'est capable de juger à bon escient s'il faut permettre, recommander ou défendre tel ou tel sport »¹²⁷. Le professionnel de santé, par son expertise scientifique, accorde aux principes de division du monde social qu'il invoque la qualité de vérité indiscutable. Pourtant, comme dans n'importe quelle activité de classement, des schèmes classificatoires « primitifs », utilisés de façon non consciente, traversent la « pensée savante » et organisent le jugement. Les points de vue se réduisent alors souvent à des adjectifs, inscrits dans un pensée binaire qui prend la forme de couples d'oppositions tels que bon / mauvais, sain / malsain, sérieux / oisif, véritable / incorrect, etc.¹²⁸ Ainsi par exemple, dans l'une des premières thèses de médecine soutenues à propos du foot-ball-rugby, le docteur Jean Rachou n'hésite pas à « conclure, sans crainte d'être contredit, que le football français est un *véritable sport*, un sport violent c'est certain, mais nullement

¹²⁵ HOIBIAN, Olivier. 1999. *Op. Cit.*, p. 15.

¹²⁶ FAUCHE, Serge. 2001. « La médecine et la bicyclette. Le sport vélocipédique entre sciences et idéologies à la fin du 19^{ème} siècle », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p205-206.

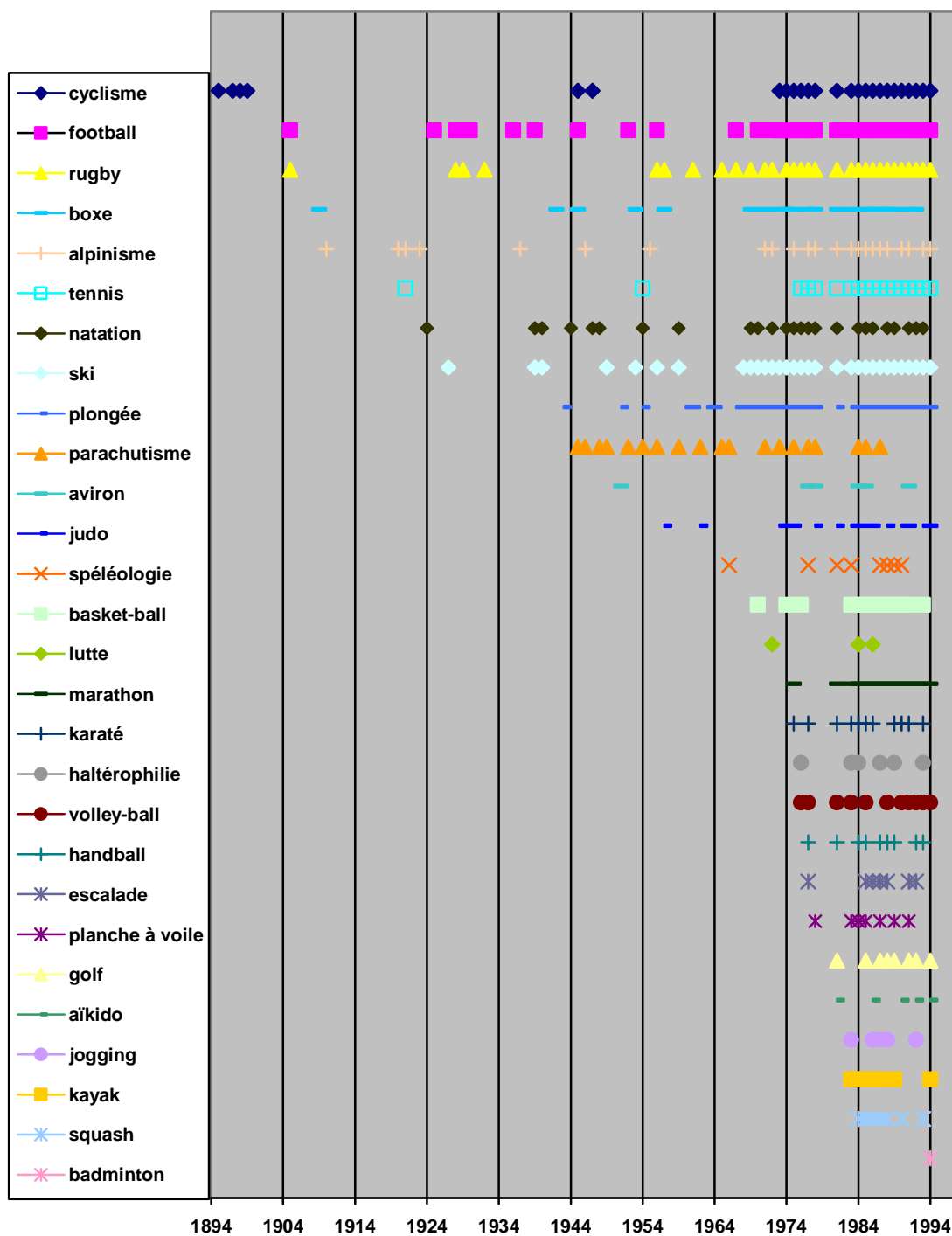
¹²⁷ Dr. ROCHU-MERY. 1913. « Le médecin de sport – Sport et contrôle médical », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris, p. 475.

¹²⁸ Par une analyse sémiologique des appréciations et des notes décernées aux élèves d'un lycée par un professeur de français, Pierre Bourdieu montre ainsi la façon dont la pensée « primitive » organise les « catégories de l'entendement professoral ». BOURDIEU, Pierre. 2003. « L'objectivation participante », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°150, p. 48.

brutal »¹²⁹. Là encore, dans la mesure où ces tentatives de classification sont en fait très « personnelles », il serait vain de tenter de toutes les évoquer tant elles sont nombreuses. Difficile également d'évaluer avec précision leur influence véritable sur l'espace des sports. Les indications des médecins, selon les préceptes de l'évangile hygiéniste, ont-elles eu un impact réel sur les orientations sportives des pratiquants ? Compte tenu d'une autorité peu contestée et de la détention de positions élevées au sein des associations sportives en particulier dans la première moitié du XX^e siècle, nous serions tenté d'y répondre par l'affirmative. Sans avoir la possibilité d'étayer ce propos dans les faits, il ne s'agit là que d'une hypothèse. Mais il ne semble pas inutile de mesurer l'intérêt porté aux diverses disciplines sportives dans les thèses médicales puis de présenter ensuite succinctement diverses tentatives de classifications, preuve de la permanence dans le champ du savoir d'une très forte volonté médicale de s'imposer sur le marché concurrentiel des définitions sportives.

¹²⁹ Dr. **RACHOU**, Jean. 1905. *Le foot-ball-rugby et ses accidents*, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Bordeaux, p. 21.

Les disciplines sportives dans l'énoncé des Thèses de Médecine.



Ce graphique a été réalisé à partir du Catalogue des thèses de médecine dont l'énoncé indique une préoccupation liée aux activités physiques et sportives. Toutes les activités sportives ne sont pas ici représentées. La pelote, le Base-ball ou le patinage à roulettes ne représentent par exemple qu'un nombre très limité de travaux et ne semblent pas apporter un éclairage supplémentaire.

Nombre total de thèses soutenues selon la discipline sportive							
Cyclisme	66		Aviron	8		Escalade	10
Football	102		Judo	23		Planche à voile	14
Rugby	52		Spéléologie	11		Golf	12
Boxe	26		Basket-ball	21		Aïkido	6
Alpinisme	28		Lutte	4		Jogging	5
Tennis	54		Marathon	32		Kayak	9
Natation	63		Karaté	16		Squash	14
Ski	83		Haltérophilie	6		Badminton	1
Plongée	143		Volley-ball	14			
Parachutisme	28		Handball	16			

Ce tableau a été réalisé à partir du Catalogue des thèses de médecine dont l'énoncé indique une préoccupation liée aux activités physiques et sportives. Malgré son caractère nécessairement incomplet (Encadré méthodologique n°1, p. 148), ces données permettent de mesurer l'intérêt médical de façon spécifique à chaque discipline sportive (de 1894 à 1994)¹³⁰. L'ordre de présentation des disciplines sportives respecte l'ordre historique de leur apparition au sein des thèses.

La distribution historique des thèses soutenues pour chaque discipline sportive ainsi que leur volume global apportent un certain nombre de précisions sur l'activité d'écriture des médecins en matière d'exercices corporels. Même s'il ne s'agit là que d'une petite part des écrits médicaux, la compilation de ces travaux de recherche offre un panorama original et met en lumière quelques uns des rouages qui organisent le mouvement des idées. Les thèses de médecine soutenues avant la seconde guerre mondiale ne sont que faiblement spécialisées. Aux études sur des disciplines sportives données, elles préfèrent mener des réflexions plus générales sur les sports, les gymnastiques ou certaines pathologies. Seules les activités les plus pratiquées telles que la vélocipédie, le foot-ball association, la boxe ou l'alpinisme font l'objet d'études particulières dès le début du XX^e siècle. Le tennis, la natation et le ski font leur apparition dans les thèses de médecine durant l'entre-deux-guerres. La plongée et le parachutisme sont discutés à partir des années quarante mais dans

¹³⁰ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

une logique d'abord militaire¹³¹. La dimension sportive de ces activités ne sera étudiée ensuite que progressivement. La véritable diversification des sujets de thèse liés à des disciplines sportives spécifiques a lieu dans les années 1970 et correspond aux évolutions des champs médical et sportif. Elévation très nette du nombre de médecins qui pousse à l'innovation dans le « choix » des sujets de thèse (de 14 thèses de médecine liées aux exercices corporels soutenues pour l'année 1967 à 115 en 1977). Structuration de l'espace du sport de haut niveau par la mise en place de sections réservées aux jeunes élites qui multiplient les lieux et les occasions d'expérimentations (trois sujets de thèses sur 47 soutenues évoquent en 1973 une étude consacrée au sport d'élite pour 17 thèses sur 101 en 1983. Deux disciplines seulement sont concernées en 1973, la préparation olympique du 100 mètres haies, et le football professionnel. En 1983, Judo, Canoë-kayak, danse, ski, natation, cyclisme, etc. sont analysés dans leurs spécificités à un haut niveau de performance). Cette diversification des activités sportives étudiées, et l'augmentation du nombre total de thèses soutenues expliquent les transformations successives des répertoires officiels des thèses de médecine, avec l'apparition en 1975 d'une catégorie « diététique sportive », puis en 1983 du thème plus général du « sport ». Mais cette diversification et spécialisation des sujets de thèses dans les années 1970 ne doit pas masquer les préférences des médecins à l'égard de pratiques qui ne remportent pas un succès homogène. Il est clair que les pistes d'interrogations privilégiées par les thésards suivent leurs orientations biographiques individuelles¹³². Avant d'être analysé, le sport « choisi » est donc bien souvent déjà pratiqué. Les choix réalisés sont logiquement empreints des dispositions culturelles d'un groupe dont les membres sont majoritairement issus de classes sociales favorisées. « Ce qui signifie que [ces] choix, en apparence les plus personnels, les plus intimes, et, par là, les plus chers, celui [d'une] discipline, [de] sujets de prédilections, [d']orientations théoriques et méthodologiques, trouvent leur principe dans des dispositions socialement constituées où s'expriment encore, sous une forme plus ou moins transfigurée,

¹³¹ « Pendant la période 149-1965, le saut militaire est jusque dans la rigueur des préparatifs le seul référent pour l'entraînement, et les conditions sont remplies pour que les valeurs fortes et stables de l'aristocratie militaire, telles que le sens de l'honneur, la chrétienté, la virilité, la dureté et la pureté d'âme, s'incarnent dans la pratique civile du parachutisme. [...]. Cette éthique parachutiste se retrouve formulée dans un grand nombre d'écrits ». Les nombreuses thèses médicales soutenues sur cette période répondent explicitement à ce principe. **LOIRAND**, Gildas. 1989. « De la chute au vol. Genèse et transformation du parachutisme sportif », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°79, p. 37-49.

¹³² Ce mécanisme de pollution biographique des objets de thèses a été mis en lumière par Charles Soulié dans les domaines de la philosophie et de la sociologie où il a démontré que les sujets de recherche étaient statistiquement liés à l'origine, à la trajectoire sociale, au genre et surtout à la trajectoire scolaire. **SOULIE**, Charles. 1995. « L'anatomie du goût philosophique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°105, p. 3-21.

des propriétés banalement sociales, tristement impersonnelles »¹³³. Ainsi peut-on relever l'insolente et écrasante prégnance des recherches récentes menées sur le squash, le golf, le marathon ou encore la planche à voile comparativement à celles entreprises dans des domaines tels que la lutte et l'haltérophilie. Pour 14 thèses réalisées sur la planche à voile entre 1978 et 1994, seule trois thèses ont été menées sur la lutte depuis les travaux pionniers du docteur Corne en 1972. C'est dire que les disciplines sportives *a priori* plus propices aux traumatismes et pathologies diverses ne font pas nécessairement l'objet d'un investissement médical plus important, bien au contraire. Si la boxe est inscrite dans un sujet de thèse dès 1909, elle ne fera ensuite l'objet jusqu'en 1994 que de 25 analyses. Le marathon, d'abord investi majoritairement par les classes populaires, va s'ouvrir dans les années soixante-dix à la pratique des groupes sociaux aisés¹³⁴. En à peine 20 ans, de 1975 à 1994, 32 thèses de médecine porteront spécifiquement sur cette discipline athlétique... De la même façon, le squash, véritablement développé en France au début des années 1980, est directement adopté par une jeunesse extrêmement favorisée¹³⁵. En 10 ans cette fois, de 1984 à 1994, 14 doctorats traitent spécifiquement de cette activité (soit le même nombre de thèses que pour le volley-ball, activité pourtant beaucoup plus « ancienne » dans l'histoire du système des sports français)... Ainsi, de ces sensibilités variables envers les activités sportives dans le cadre des réflexions médicales exigées en fin de cursus universitaire, il devient clair que les principes de vision et de division de l'espace des sports, au début comme à la fin du XX^e siècle, sont toujours extrêmement discutables sitôt le statut et l'hyper légitimité de leurs auteurs mis à distance. Loin du fantasme de la neutralité scientifique, les tentatives de définition et de classification des activités sportives par les médecins sont colorées de part en part des caractéristiques sociales des groupes auxquels ils appartiennent. La caution physiologique est aujourd'hui devenue insuffisante pour voiler la nature empirique de bon nombre de propositions. Le tableau présenté ci-après en est un exemple idéal-typique.

¹³³ BOURDIEU, Pierre. *Op. Cit.*, p. 46.

¹³⁴ FAURE, Jean-Michel. 1987. « L'éthique puritaine du marathonien », *Esprit*, Numéro spécial, *Le Nouvel âge du sport*, p. 36-41.

¹³⁵ SUAUD, Charles. 1989. « Espace des sports, espace social et effets d'âge. La diffusion du tennis, du squash et du golf dans l'agglomération nantaise », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°79, p. 2-20.

*Tableau de classification des principaux Sports,
d'après les aptitudes physiologiques et les qualités morphologiques
des sujets.*

SPORTS	Qualité nerveuse	Qualité respirat ^{re}	Qualité cardiaque	Poids	Taille	Compas	Enverg ^{re}
Vitesse pure ..	bonne	bonne	bonne	»	»	grand	»
Demi-fond	»	excellente	bonne	»	moyen ^e	grand	»
Fond	»	excellente	excellente	léger	moyen ^e	grand	»
Grand fond. ..	»	excellente	excellente	léger	moyen ^e	grand	»
Haies.....	bonne	excellente	excellente	»	grande	grand	»
Cross-country .	»	excellente	excellente	léger	grande	grand	»
Saut en longueur..	bonne	»	»	léger	grande	grand	»
Saut en hauteur	bonne	»	»	léger	grande	grand	»
Perche	bonne	»	»	léger	grande	grand	»
Lancers	»	»	»	lourd	grande	»	grande
Boxe	excellente	excellente	excellente	»	»	»	grande
Aviron	»	excellente	bonne	»	»	»	»
Natation	»	excellente	bonne	»	»	»	»
Water-polo ..	bonne	excellente	bonne	»	grande	grand	grande
Football	bonne	bonne	bonne	»	»	»	»
Rugby.....	bonne	bonne	bonne	lourd	grande	»	»
Hockey.....	bonne	bonne	bonne	»	»	»	»
Tennis	bonne	bonne	bonne	»	»	»	»
Escrime.....	excellente	»	»	»	grande	grand	grande

Partout où nous avons marqué le signe », c'est pour indiquer que cette qualité particulière est indifférente. Les qualités théoriquement indispensables sont indiquées en caractères gras, celles simplement utiles en caractères ordinaires.

¹³⁶ Dr. DIFFRE, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 158.

Il s'agit là d'un tableau type de classification des sports. Le choix des activités sportives « analysées » n'est jamais clairement explicité (« nous ne citons *évidemment* ici que les *principaux* sports »), pas plus d'ailleurs que ne sont justifiés les critères d'analyse et les conclusions qui en découlent. Par une opération quasi-magique, il nous faut nous résoudre à considérer avec le médecin spécialiste que le « poids » est « une qualité particulière indifférente » (théoriquement non indispensable) pour le sportif s'essayant à la « vitesse pure ». De la même manière, la science nous éclaire sur la « qualité respiratoire » que nécessite la pratique du football et du rugby. Si ces deux activités requièrent une « bonne » ventilation, elle est qualifiée d'« utile » pour la pratique du ballon ovale là où elle devient « indispensable » pour les footballeurs... Cette propension au classement traverse le siècle, et bien que les connaissances médicales bénéficient des progrès scientifiques, les critères de jugement des différentes activités sportives semblent toujours aussi approximatifs, issus du savoir indigène plutôt que de la pensée savante.

Sport, Médecine et « classements profanes » au XX^e siècle.

Dr. Maurice Boigey. 1917 : *L'élevage Humain. Chapitre VII. Education sportive.*

« L'équitation de promenade, l'escrime d'amateur, la chasse bi ou tri-hebdomadaire ne sont pas des sports. Ces pratiques laissent à l'obèse sa tare, au névropathe sa maladie, à l'arthritique sa diathèse. Par contre, la course à pied, l'escrime, la boxe de combat et la lutte méritent le nom de sports, car elles mènent, peu à peu, ceux qui les pratiquent à une bonne condition organique.

Le tennis est un sport savant. Il nécessite des joueurs beaucoup de temps pour arriver à l'habileté compatible avec les déplacements essoufflant, successifs et rapides, qui seuls produisent les effets physiologiques utiles. Après une heure de jeu, on n'observe pas toujours chez les joueurs ordinaires la sudation, l'accélération du rythme cardiaque, ni l'essoufflement. C'est beaucoup de temps dépensé pour un maigre résultat. Le tennis mondain est un exercice inventé pour personnes ennemies de l'effort violent et efficace ; ce n'est pas un sport. Il plaît surtout aux neurasthéniques, aux nerveux, aux débilisés. [...].

Le football réunit les avantages de la course et de la lutte. Il rend ceux qui le pratiquent régulièrement vites, adroits et forts. Mais l'entraînement au football réclame une surveillance étroite, car il nécessite des joueurs la possession de moyens physiques de premier ordre. Beaucoup de jeunes gens sont forcés d'abandonner ce jeu trop violent pour leur faible résistance. [...].

La natation que nous ignorons, que presque personne ne pratique systématiquement en France, est le premier de tous les exercices au point de vue éducatif, athlétique et utilitaire. Elle agit doublement par l'action tonique générale de l'eau froide et par l'action sportive. Quel que soit le mode de natation adopté, tous les muscles des membres, du tronc et de l'abdomen se contractent pour stabiliser et faire progresser le corps dans l'eau. Cet exercice qui met en action l'ensemble de la musculature est celui qui libère dans un temps donné la plus grande quantité d'acide carbonique et produit, par la suite, le plus d'essoufflement. [...].

L'automobile excite l'appétit quand on en fait modérément, mais conduit les « rois du volant » à l'épuisement nerveux, à la dyspepsie, à la dépression générale. Ce mode de locomotion a contribué à supprimer la marche dans la bourgeoisie et dans l'aristocratie. Bientôt, nos membres inférieurs ne supporteront plus que des corps surchargés de graisse, déformés par le rhumatisme et infiltrés d'acide urique. [...].

Le golf qui oblige quelque fois à parcourir un nombre respectable de kilomètres est un exercice inférieur à la marche sportivement réglée. Crosser proprement une balle demande de la force et de l'adresse, mais au total, la dépense d'énergie est trop faible pour qu'on retire de ces manœuvres un véritable bénéfice. Ce geste est secondaire. Ce qu'il faut surtout louer dans le golf, c'est le moyen détourné de faire franchir des distances importantes à des personnes qui ne quitteraient pas leur chaise si elles n'avaient l'attrait du jeu.

L'équitation de promenade est un sport excellent pour la monture. L'équitation de chasse, de dressage et d'entraînement est au contraire utile au cavalier qui doit faire preuve d'endurance, de courage, de souffle et se soumettre même à un régime approprié.

La chasse est un bon sport à condition d'être quotidienne et non suivie de gros repas.

Dans l'état d'organisation où ils sont arrivés aujourd'hui, les sports d'hiver représentent une série d'exercices de plein air fort recommandables. Ils sont surtout avantageux pour les médecins, les avocats, les étudiants, les employés et, en général, pour tous ceux qui sont plus ou moins condamnés à une vie sédentaire et confinée. Mais il faut se garder qu'ils soient prétexte à surmenage digestif »¹³⁷.

Dr. Jacqueline Rossant-Lumbroso. 1982 : *La médecine du sport Chapitre VI. Les principaux sports.*

« Nous allons envisager les principaux sports par ordre alphabétique, et tenter de dégager les aspects particuliers de chacun ; il est bien certain que la part réservée à chaque sport va dépendre d'un choix assez arbitraire, fonction de son intérêt ou de sa mode actuels, de l'importance de sa pathologie [...].

¹³⁷ Dr. **BOIGÉY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

Le handball est un sport collectif complet qui nécessite rapidité, détente, endurance ; de caractère éducatif et divertissant, il est à la portée de tous. [...].

Le jogging, très en vogue actuellement, est un sport à part entière. [...].

Le judo, sport de combat, attire un grand nombre de jeunes [...]. Sur le plan physiologique, le judo développe des qualités physiques (souplesse, résistance, rapidité), et morales (maîtrise de soi, persévérance, courage). [...]. Il permet, par les qualités qu'il suppose, d'épanouir les enfants timides et, au contraire, de canaliser l'agressivité des autres... [...].

La marche est un sport à part entière, plus dur et plus éprouvant que de nombreux autres, dont elle n'a pas l'aspect spectaculaire et gratifiant ; le marcheur est le plus souvent seul et possède de grandes qualités de courage et d'endurance. [...].

Le rugby est un sport collectif dur et violent [...].

Le tennis est le sport psychologique par excellence [...]. »¹³⁸.

Il ne s'agit là que d'extraits dont la longueur a été volontairement conservée afin d'illustrer au mieux le soin et la précision avec lesquels des médecins se sont engagés dans des entreprises de définition des activités sportives. La pertinence d'une telle démonstration est double. Elle participe dans un premier temps de la compréhension de certaines des transformations de l'espace des sports qui sont le résultat direct de l'action de médecins détenant des positions de pouvoir. La représentation éminemment bourgeoise du sport moderne partagée par une très large fraction des médecins de l'éducation physique et des sports enclin à attribuer aux exercices du corps des valeurs universelles d'éducation, de pureté et de santé, est en effet à l'origine de multiples bouleversements de l'ordre sportif. La défense acharnée de l'amateurisme face à un professionnalisme perverti par l'argent et le spectacle est une croisade menée par bon nombre de médecins dès le début du XX^e siècle. Le docteur Gabillon se fait l'écho d'une telle vision moraliste et explique à propos de l'amateurisme marron : « Le but n'est plus l'éducation physique de tout un peuple, c'est l'exploitation commerciale du goût du public pour un exercice donné. Cette besogne néfaste est accomplie par des histrions du sport et par leurs impresarios, et n'a pas plus de valeur hygiénique qu'une course de taureaux »¹³⁹. La présence de nombreux médecins

¹³⁸ Dr. ROSSANT-LUMBROSO, Jacqueline. 1982. *Op. Cit.*, p. 90-125.

¹³⁹ Dr. GABILLON, A. 1920. *De l'éducation physique : valeur hygiénique, tendances et réalisations actuelles*, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Lyon, p. 32.

dans les sphères dirigeantes du mouvement sportif explique en partie les résistances manifestées par certaines fédérations à l'encontre du professionnalisme.

L'ingérence médicale au sein de la puissante fédération de rugby témoigne de cet interventionnisme. Le contexte favorable de la seconde guerre mondiale permet au docteur Albert Ginesty, à la tête de la fédération jusqu'en 1942 et ancien président du Stade Toulousain, puis au docteur Paul Voivenel, « chantre du rugby méridional au service de la révolution nationale » présent « dans les hautes sphères du rugby français », de se faire les « architectes idéologiques de la suppression du rugby à XIII »¹⁴⁰. Selon le Maréchal, dans un discours tenu le 15 août 1940, « Il y avait à la base [du] système éducatif une illusion profonde : c'était de croire qu'il suffit d'instruire les esprits pour former les cœurs et tremper les caractères. [...]. La formation d'une jeunesse sportive répond à une partie de ce problème. Les projets actuels du Ministère de la Jeunesse visent à rendre à la race française santé, courage, discipline. Mais le sport pratiqué exclusivement ou avec excès pourrait conduire à un certain appauvrissement humain »¹⁴¹. Le docteur Voivenel, président d'honneur de la fédération, pétainiste convaincu et proche de Jean Borotra puis du colonel Pascot, remet aux autorités un rapport sur le rugby en 1940 et publie un ouvrage en 1942, *Mon beau rugby*, dans lesquels il fustige les pratiques des « professionnels treizistes ». Selon lui, la solution est aussi simple que radicale : « Les éliminer. Ils ont crié sur les toits qu'ils avaient un métier. S'il existe un athlète exceptionnel, il pourra passer par l'École des moniteurs où on fera son éducation morale et technique et où on lui apprendra à enseigner ». Avec un sens aigu de ce qu'il considère comme *la* morale sportive, il ajoute : « C'est le rugby à XV qui a défriché, semé, cultivé, et s'il n'a pas su essarter et déroquer quand il le fallait, il conserve le bénéfice impératif de la pureté absolue de ses origines, opposées à la pollution de la dissidence. Il a créé. Il a maintenu. Il a péché, mais il est digne de miséricorde. Il doit recréer. Il recréera »¹⁴². Le 22 août 1940, Jean Ybarnegaray, secrétaire d'Etat à la Jeunesse et à la Famille, déclare : « Le sort du rugby à XIII est clair, il a vécu [et doit être] rayé purement et simplement du sport français ». Le décret de décembre 1941 lui donne le coup de grâce. Les effets de cette interdiction sont immédiats.

¹⁴⁰ DINE, Philip. 2002. « Le docteur Paul Voivenel : un chantre du rugby méridional au service de la révolution nationale », in ARNAUD, Pierre & TERRET, Thierry. *Le sport et les français sous l'occupation. 1940-1944*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, vol. 2, p. 85-94.

¹⁴¹ Cité dans GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 23.

¹⁴² Dr. VOIVENEL, Paul. 2007 [1942]. *Mon beau rugby*, Paris, La Table Ronde, Collection Les Classiques du Rugby.

Dissolution et perte d'avoirs pour les 13 clubs « professionnels » et les 146 clubs amateurs, puis saisie des biens immobiliers ou mobiliers de la Ligue Française de Rugby à XIII¹⁴³.

Cette vision d'un sport pur et noble, érigée en éthique, dépasse très largement le caractère anecdotique d'un évènement qui se « limite » à une discipline sportive spécifique et surtout qui s'inscrit dans le contexte très particulier de la seconde guerre mondiale. En effet, cette morale, qui n'est pas diffusée par les seuls médecins mais qui prend dans leurs bouches un écho puissant du fait de leur statut social élevé, va marquer durablement les esprits. Même si cette vision n'est pas partagée par l'ensemble de la population et rencontre des visions concurrentes y compris chez les médecins eux-mêmes (tout particulièrement chez certains médecins sensibles à l'exploit sportif et adeptes du dépassement de soi), elle fait désormais « partie du paysage ». C'est là la deuxième raison pour laquelle il est utile de discuter brièvement de la prétention avec laquelle certains médecins entendent définir le sport moderne. Nombre de leurs préceptes, qu'il s'agisse du sport dans son acception générale ou de la valeur de chacune des activités, figurent aujourd'hui parmi les catégories de pensées usuellement invoquées pour penser les « choses sportives ». *La natation est le sport le plus complet, le football est un sport violent, l'équitation de promenade n'est pas un sport*, etc., sont des formules qui peuvent être sujettes à discussions, à désaccords, mais quelle que soit la nature du débat, il n'en reste pas moins qu'elles composent avec d'autres le panel des énoncés discursifs propres à notre sens commun. De manière plus évidente encore, *le sport c'est la santé* et *le dopage est une perversion à l'éthique sportive* sont autant de principes qui ont aujourd'hui valeur d'axiomes et qui, pourtant, sont principalement issus d'un processus socio-historique de médicalisation des activités physiques. Par leur présence continue dans l'univers sportif, parfois sur des positions dominantes, et leur très forte production littéraire, les médecins du *sport noble, pur et éducatif* ont donc contribué à transformer la vision propre à un groupe en un impensé culturel largement partagé sur un espace national¹⁴⁴. Autrement dit, par leurs romances anthropologiques, ils ont clairement orienté le chapitre du sens commun qui traite des activités sportives. « Le sens commun est un fonds d'évidences partagées par

¹⁴³ LUNEAU, Aurélie. 2003. « “A bas le XIII, vive le XV” ! La guerre des rugby sous Vichy », France Culture, *La Fabrique de l'Histoire*, réalisé par LAMENDOUR, Véronik, diffusé le 3 Novembre 2003.

¹⁴⁴ Dans l'espace spécifique du football français, ce « sens commun national » est responsable d'une sorte de « mythologie politique incorporée » à laquelle les individus adhèrent sur le mode de la *fides implicita*. Lorsqu'ils pensent « football », les supporters, mais également n'importe quel individu, croient à plus de choses qu'ils ne l'imaginent. FAURE, Jean-Michel & SUAUD, Charles. 1999. *Le football professionnel à la française*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui, p. 15.

tous, qui assure, dans les limites d'un univers social, un consensus primordial sur le sens du monde, un ensemble de lieux communs (au sens large), tacitement acceptés, qui rendent possibles la confrontation, le dialogue, la concurrence, voire le conflit, et parmi lesquels il faut faire une place à part aux principes de classement, tels que les grandes oppositions structurant la perception du monde... »¹⁴⁵. La proximité médicale aux activités corporelles, variable au cours du temps mais toujours effective depuis plus d'un siècle, a pesé de façon non négligeable sur les définitions et les représentations d'un sport moderne aujourd'hui rattaché à un idéal de santé et de pureté. Jacques Defrance repère d'ailleurs avec justesse qu'en matière d'EPS, dont les médecins ont longtemps convoité la direction, « la médicalisation sera plus durable que l'enjeu formé par les positions professionnelles »¹⁴⁶. Les représentations sociales, issues du travail humain et donc pas nécessairement fidèles à la réalité désignée, prennent ici la valeur de normes et s'imposent au réel. Une pratique sociale peut ainsi être la victime du décalage parfois immense entre ce qu'elle est et ce que certains groupes imaginent ou voudraient qu'elle soit. Par une distorsion souvent non consciente de la réalité, les individus fabriquent les indices qui accréditent leur « thèse » et renforcent ainsi leurs représentations. Dans la perspective de rénovation des jeux olympiques, de nombreux auteurs ont étudié les lectures abusives de l'histoire par lesquelles des fractions sociales ont tenté de donner aux sports modernes des valeurs et vertus identiques à celles des jeux antiques. En établissant une filiation génétique entre ces jeux traditionnels et des formes inédites de confrontation, il s'agissait bien d'intervenir dans la définition même de cette pratique sociale originale. Plutôt que de s'interdire toute tentative de comparaison généalogique, le poids de leurs très faibles similitudes n'étant que relatif face à celui de leurs différences fondamentales, le sens commun s'en fait le relais au point de plus parvenir à penser autrement l'histoire des activités sportives¹⁴⁷. Inscrire les activités physiques et sportives dans une « utopie de la santé parfaite » participe d'une même illusion. Habiller le sport de vertus sanitaires, c'est lui imposer une représentation normée qui est en parfaite contradiction avec son essence même. Inspirée du modèle britannique de la compétition, le sport est une confrontation mesurée et réglementée, non astreinte à la modération. Les confusions du début du siècle entre les diverses cultures corporelles présentes en même temps sur le territoire national, puis l'ingérence

¹⁴⁵ BOURDIEU, Pierre. 2003. *Méditations pascaliennes*. Paris, Editions du Seuil, p. 141.

¹⁴⁶ DEFRANCE, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 463.

¹⁴⁷ Voir par exemple : ELIAS, Norbert. 1976. Sport et violence, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°6, p. 2-21 ; CAILLAT, Michel & BROHM, Jean-Marie. 1984. *Les dessous de l'olympisme*, La Découverte, Collection Cahiers Libres, 163 pages.

typiquement française de l'Etat dans les affaires sportives (sur lesquelles nous reviendrons en détail), ont favorisé la diffusion de cette représentation médicalisée des activités sportives. L'activité compétitive et spécialisée, corollaire de l'éducation physique scolaire et du « sport loisir », ne pouvait être que la version améliorée des deux précédentes. Certes, le champion est un modèle sportif mais il est également un modèle de santé¹⁴⁸. C'est la vision que partage un praticien hospitalier œuvrant dans un service de médecine du sport : « Le sportif de haut niveau se doit d'être un exemple pour les jeunes ! Ni fumer, ni boire, ni rien... Ou alors, il ne faut pas qu'il ait de l'argent par l'Etat. Ça fait partie de son métier d'être intègre et en santé ! »¹⁴⁹.

Cette logique, conséquence directe de la médicalisation des activités physiques, se fait bourreau du sport car elle produit des attentes irréalisables. L'essence même de l'activité est incompatible avec cette exigence de santé. Les conditions de vie des sportifs spécialisés sont objectivement pathogènes par le volume et l'intensité des efforts fournis. Cet écart inévitable est responsable des sempiternels discours de dénonciation d'un sport que l'on s'imagine « dévoyé ». Face à la multiplication des accidents sportifs dans les années 1980 due à l'augmentation des volumes d'entraînement, le docteur Simeray estimait alors « inadmissible » d'encourager des jeunes gens dans la voie de la spécialisation. « Ces manquements aux règles de l'éthique sportive constituent une perversion des principes du sport, détourné alors de sa fonction primordiale : l'épanouissement corporel et moral d'un jeune être physique. Il ne faut absolument pas que l'entraînement devienne un moyen de production de champions à tout prix. La prévention de ces accidents est donc d'abord d'ordre moral »¹⁵⁰. Dans son article aux allures de bilan, le docteur Périé, ancien Chef des Services Médicaux au Ministère de la Jeunesse et des sports, écrit avec fatalité en 2007 : « Ainsi s'écrit l'histoire... Il n'y a ni à polémiquer, ni à discuter. [...]. Le sport fut une belle idée, mais parasitée. On est bien obligé d'en convenir. Par étapes successives, excès et déviances en ont fait, au plus haut niveau, l'anti-thèse de ses valeurs initiales »¹⁵¹. L'ombre du dopage plane et représente le point d'orgue sur lequel viennent se briser les représentations d'un sport noble. Là encore, par une distorsion du

¹⁴⁸ C'est d'ailleurs sur ce registre que bon nombre de vendeurs d'effort ont bâti leurs empires. Décathlon avec son célèbre slogan : « Le sport, à fond la forme », où encore Asics dont le nom est l'acronyme de « Anima Sana In Corpore Sano ».

¹⁴⁹ Dr. **QUIRION**. Entretien réalisé le Jeudi 7 février 2008.

¹⁵⁰ Dr. **SIMERAY**, J. 1986. « Pathologie traumatique sur dystrophies de croissance du membre inférieur chez le jeune sportif », *L'enfant, l'adolescent et le sport*, Editions Masson, p. 159.

¹⁵¹ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 138.

réel issue de la médicalisation des activités physiques, des pratiques « invisibles » pendant un demi-siècle sont devenues a-normales à partir des années cinquante, au point de constituer aujourd'hui une évidence de sens commun. La prise de produits susceptibles d'améliorer la performance n'est jamais considérée comme un moyen efficace de répondre aux exigences de la pratique, mais toujours comme un délit, un manquement à une éthique fantasmée. Le dopage est une tricherie et un non-sens sanitaire. Ce jugement à charge, largement partagé, étonne d'autant plus par sa radicalité que les preuves d'une telle culpabilité sont minces. Il n'existe pas d'enquêtes épidémiologiques de grande envergure capable de démontrer scientifiquement la nocivité du dopage sportif. Le docteur Serge Simon, ancien athlète de haut niveau ayant eu recours ponctuellement à des produits dopants le rappelle vigoureusement. « Quand j'entends dire : le dopage c'est un problème de santé publique, ça me donne envie de hurler ! C'est un discours politique à la con. C'est quoi, un problème de santé publique ? Combien de morts du dopage par an ? On me dit aussi : "Le dopage, c'est un fléau !", mais un fléau, c'est les sauterelles, c'est pas le dopage. Il n'y a pas une étude qui montre l'étendue du phénomène. Sur les 280 cas positifs français en 2002, combien il y a de malades ? Zéro ! Alors ce n'est pas un problème de santé publique »¹⁵². Mais les « affaires » qui secouent régulièrement l'univers sportif suffisent à réactiver en permanence l'idée que le dopage constitue un risque sanitaire élevé. Chaque maladie contractée par un athlète de haut niveau, chaque décès ayant lieu sur le terrain sportif sont prétextes à la suspicion. Le récent témoignage de Laurent Fignon, atteint d'un cancer des voies digestives n'y a pas échappé et il lui a fallu s'escrimer dans de nombreuses interviews pour se défendre du lien établi mécaniquement avec sa pratique du cyclisme à son plus haut niveau et la prise de produits dopants. Il ne s'agit là que du dernier exemple d'une liste extrêmement longue qui éclaire la très forte pression que le sens commun applique à l'univers sportif.

Mais le sport de haut niveau n'est pas le seul à souffrir du poids de la médicalisation. Car cet impensé culturel qui fait de la pratique sportive encadrée un vecteur naturel de santé qu'il est nécessaire de protéger des agressions pensées extérieures telles que le dopage ou le surentraînement, est responsable d'un aveuglement politique à l'égard de l'exercice physique en général. Malgré les enquêtes récentes qui démontrent le caractère pathologique de la pratique sportive encadrée, les autorités persistent dans cette volonté de

¹⁵² MAITROT, Eric. 2003. *Op. Cit.*, p. 74-82.

développer la santé par le sport et cultivent les paradoxes. Le « bulletin épidémiologique hebdomadaire » du 2 septembre 2008, diffusé et produit par l'Institut de Veille Sanitaire (institut public dont les missions consistent en la surveillance, la vigilance et l'alerte dans tous les domaines de la santé publique à l'échelle nationale) revient sur une enquête menée en 2004 et 2005 en France, qui traite de la part des accidents de sport parmi les accidents de la vie courante avec recours aux urgences. Quelques uns des résultats méritent d'être relevés. Les accidents de sport représentent 20 % de la totalité des accidents de la vie courante avec recours aux urgences, soit environ 910 000 accidents de sport chaque année en France. Les deux tiers de ces accidents ont lieu sur des pratiques sportives organisées, et concernent majoritairement les 10-14 ans. Les auteurs de l'enquête, dépassés par des résultats qu'ils imaginaient moindres, tirent la conclusion inquiète que « les bienfaits de ces pratiques doivent être mis en balance avec le risque de survenue d'accidents et, dans ce contexte, des travaux épidémiologiques et des programmes de prévention sont à favoriser ». Ils accompagnent d'ailleurs ce bilan d'une démarche prospective éloquente : « le chiffrage du nombre de décès et de porteurs de séquelles graves lié à la pratique de sports reste à faire »¹⁵³. Le très récent *Ministère de la Santé et des Sports*, dont la création elle-même témoigne d'un lien désormais mécanique, ne semble pourtant pas prendre la mesure d'un tel phénomène et entretient au contraire le fantasme d'une activité par essence bénéfique sur les plans moral et sanitaire. Bernard Laporte, alors secrétaire d'Etat chargé des sports, s'est rendu, le 22 mai 2009, dans l'Allier avec Brice Hortefeux, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, afin d'annoncer la pérennisation du CREPS de Vichy et la création, sur le site du CREPS, d'un nouveau Pôle Ressources National « Sport-Santé ». Autrement dit, au moment même où les CREPS ont vocation à devenir des « Campus territoriaux de l'excellence sportive », peu compatibles avec la recherche de la « bonne santé », le gouvernement décide la création d'une structure « qui aura un rôle déterminant à jouer dans le domaine des bienfaits de l'activité physique sur la santé en général »¹⁵⁴... La contradiction entre une réalité et sa traduction imagée

¹⁵³ RICARD, Cécile ; RIGOU, Annabel & THELOT, Bertrand. 2008. « Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, 2004-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Institut National de Veille Sanitaire, n°33, 2 septembre 2008, p. 295.

¹⁵⁴ Information publiée sur le site du Ministère de la Santé et des Sports le 22 mai 2009. http://www.sports.gouv.fr/accueil_5/actualites_200/bref_208/bernard-laporte-annonce-perennisation-du-creps-vichy-creation-du-pole-ressources-national-sport-sante_2564.html

prend ici sa dimension la plus burlesque et témoigne des effets puissants et permanents de la médicalisation d'une pratique sociale¹⁵⁵.

III. Conclusion sommaire

L'enjeu de cette première approche était de mettre en lumière deux grands processus qui traversent le siècle et marquent en profondeur les rapports que la médecine entretient avec les activités corporelles. Il s'agit là d'une véritable toile de fond. Il y a de la morale dans le médical ; Il y a du médical dans les représentations communément partagées sur les pratiques physiques ; Le sens commun en matière de mise en mouvement des corps peut alors être pétri de morale médicale. Il est indispensable selon nous de saisir ce mécanisme afin de le contrôler au mieux. Le danger est grand de réaliser une histoire « à charge » si l'on se laisse impressionner par ces épouvantails que sont le « sport-santé » et le « sport-loisir ». Ces représentations sont des constructions sociales et doivent être étudiées en tant que telles, au risque sinon de tordre les faits et de modifier le cours de l'histoire. Dans cette longue entreprise morale d'écriture des activités physiques et en particulier du sport moderne, dont on a vu que les effets étaient durables, il est clair que les médecins n'ont pas tous participé dans des proportions et des directions identiques. La dimension morale des interventions laisse s'exprimer très largement les dispositions des médecins. Or selon leurs biographies personnelles, la friction entre deux espaces aux normes parfois contradictoires a pu prendre de multiples formes. Si le lien entre exercices corporels et médecine s'est vite imposé, l'accord des hommes de l'Art sur le jeu à jouer s'est révélé difficile et le débat entre les médecins du sport et les médecins sportifs semble éternel.

¹⁵⁵ Ce fonds d'évidences partagé selon lequel *le sport* est synonyme de santé est régulièrement alimenté par des prises de position médicale qui abondent en ce sens et participent aux contradictions politiques soulevées. Le récent rapport de l'INSERM, commandé par le ministère en 2007 et traitant de « l'activité physique : contextes et effets sur la santé », est un modèle du genre. Sur les 19 experts sollicités, 13 sont médecins ou chercheurs dans des structures hospitalières de médecine du sport. Difficile d'imaginer ces professionnels réfutés le lien entre activités physiques et santé, et ainsi scier la branche sur laquelle ils ont assis leur légitimité et leur expertise. Pour Ivan Illich, « les professionnels, en tant que fonctionnaires d'un appareil symbolique, célèbrent en commun le même rituel et servent les mêmes fonctions magiques. De la même façon que tous les travailleurs contribuent à la croissance du PNB, tous les spécialistes engendrent et soutiennent l'illusion du progrès ». **ILLICH**, Ivan. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Editions du Seuil, Paris, p. 75.

CHAPITRE 2

L'INVENTION DE LA MEDECINE DE L'EXERCICE CORPOREL SOUS LA III^E REPUBLIQUE (1880-1920). ENTRE GYMNASTIQUES ET SPORTS MODERNES

« La Société de Médecine de l'Education Physique et Sportive a donné le 8 Juin [1922], son premier "championnat" qui sera désormais annuel. Ce premier essai fut un véritable succès, et sous le gai soleil qui voulut bien se mettre de la partie, nos confrères purent s'ébattre ou assister aux ébats des confrères participant aux épreuves dans le cadre magnifique du Stade Français. [...] Les épreuves, choisies parmi les plus classiques, furent amicalement, mais brillamment disputées, et les résultats [...] montrent que les médecins sportifs sont à leur aise sur le vert gazon aussi bien qu'autour du tapis vert où ils discutaient la veille des problèmes purement scientifiques. Et, c'est là une constatation très réconfortante, car il est évident qu'on ne saurait se rendre mieux apte à apprécier un effort qu'en le produisant soi-même. En médecine sportive, comme en médecine tout court, le laboratoire est nécessaire, mais insuffisant, et le "sens clinique", c'est-à-dire pour ce qui nous concerne la juste appréciation du style, de la forme, etc., qui sont "l'état général" de l'athlète, ne peut s'acquérir que par une longue fréquentation du stade et mieux encore par la pratique personnelle du sport. Or les performances accomplies par les membres de la SMEPS sont forts honorables. On retrouve, il est vrai, parmi leurs auteurs des noms bien connus dans notre petit monde sportif. »

Bulletin de la SMEPS, 1^{ère} année, n°2, juin 1922.

Il n'est pas question de retracer précisément l'histoire de la médecine de l'exercice corporel depuis les années 1880, mais bien d'identifier, dans cette trame, les éléments témoignant des frictions entre deux univers aux normes différentes voire opposées, qui s'expriment de façon incorporée au sein même des trajectoires individuelles. Une telle médecine naît du croisement entre deux processus qui marquent la fin du XIX^e siècle en France. La sportivisation d'une part, qui autorise l'invention ou la transformation d'une mise en mouvement réglée et mesurée des corps, et la médicalisation de la vie sociale d'autre part, qui assure aux médecins une légitimité incontestée en matière de santé. Leur analyse respective est un préalable dans l'objectif de comprendre ensuite les conditions et les effets de leur combinaison qui s'actualise dans la médicalisation des activités physiques et sportives.

I. Sportivisation et scolarisation des activités physiques à la fin du XIX^e siècle

I. 1. Des pratiques nouvelles et distinctives

Le sport moderne, dans la perspective Eliasienne du processus de sportivisation, est un phénomène social construit, historiquement daté et situé¹⁵⁶. Inspiré du modèle britannique développé initialement dans les *High School*, les premières associations

¹⁵⁶ ELIAS, Norbert. 1976. « Sport et violence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°6, p. 2-21 ; ELIAS, Norbert & DUNNING, Eric. 1994. *Sport et civilisation. La violence maîtrisée*, Paris, Fayard.

sportives voient le jour en France à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle¹⁵⁷. La création du premier club de football au Havre en 1872 (le *Havre Athletic Club*) par des anciens élèves d'Oxford et de Cambridge, témoigne d'une implantation géographique spécifique des activités sportives, dont l'expansion se limite d'abord aux ports de commerces et aux grandes villes industrielles. Le premier club de coureurs à pieds est créé en 1875 à Paris. En 1880, des étudiants du Lycée Condorcet, rejoints ensuite par ceux de l'école Monge, organisent des courses dans le hall de la gare Saint-Lazare. Ils créeront en 1882 le « Racing Club » qui devient trois ans plus tard le « Racing Club de France » (RCF). Le « Stade Français » est créé pour sa part en 1883. Assez logiquement, Jean Durry situe donc l'apparition du sport en France à la fin du XIX^e siècle, dans les années 1880¹⁵⁸. A cette époque, les sports anglais, importés par de riches commerçants et nécessitant de pouvoir disposer de son temps, attirent les couches sociales les plus élevées, celles qui puisent dans la pratique des sports toute la charge distinctive qu'on lui attribue alors. « Dans les années 1880, alors que se consolide la III^e République, les activités sportives, en pleine effervescence, attirent la haute société parisienne, et tout particulièrement les nobles... »¹⁵⁹. A l'origine, le sport est donc une activité de « gentlemen », qui autorise par les rencontres mondaines que sa pratique et son spectacle supposent, l'entretien du capital social et symbolique de milieux favorisés. L'histoire primitive de la vélocipédie est à ce titre particulièrement explicite. Dans un contexte où le prix d'une bicyclette représentait environ trois mois de salaire pour un instituteur, et où la pratique du « cheval mécanique » était dominée par la morale chevaleresque, la sélection sociale était rude. Pas étonnant alors de constater l'utilisation volontairement ostentatoire du vélocipède comme objet de démonstration de sa propre condition aux yeux du monde. Comme en témoigne l'importante iconographie de l'époque, il est de bon ton, lorsque l'on fait partie de l'avant-garde intellectuelle, artistique ou scientifique, de s'afficher aux côtés de sa bicyclette¹⁶⁰.

¹⁵⁷ « Bien qu'elle touchât une clientèle plus restreinte, la grande révolution sportive des années 80 et 90 concerna moins le cyclisme et les sports traditionnels que les sports organisés de plein air, c'est à dire ceux qui faisaient partie de l'éducation donnée dans les public schools anglaises, particulièrement la course à pied et les jeux de ballon. Une fois encore, l'influence anglaise est manifeste dès l'origine ». WEBER, Eugen. 1980. « Gymnastique et sport en France à la fin du XIX^e siècle : Opium des classes ? », in Ehrenberg, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43, p. 201.

¹⁵⁸ DURRY, Jean. 1981. « Les origines du sport en France », in DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.), *Sports et société. Approche socioculturelle des pratiques*, Paris, Vigot. « On s'accorde à considérer que les sports modernes se sont implantés sérieusement de ce côté-ci de la Manche il y a un siècle », p. 86.

¹⁵⁹ SAINT MARTIN, Monique (de). 1989. « La noblesse et les sports nobles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°80, p. 22.

¹⁶⁰ MOURET, Jean-Noël. 2005. *Il y a un siècle... le vélo*, Editions Ouest-France, Rennes, p. 20-21. On peut y voir par exemple des photographies du couple Pierre et Marie Curie, ainsi que d'Edmond Rostand, debout à côté du bicycle, et dont la tenue incarne, selon l'auteur, « le look british du cyclisme mondain ».

C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'il faut entendre la volonté au sein même de certaines sociétés sportives, d'interdire la pratique de tout individu socialement indésirable. « Le Racing n'accueillait que des amateurs, au sens défini en 1886 par l'English Amateur Athletic Club dans une formule qui bannissait le professionnalisme et toute possibilité de gain. Elle insistait sur le fait qu'un amateur est un "gentleman", ce qui excluait "les mécaniciens, les ouvriers et les artisans" »¹⁶¹. Le sport moderne était donc initialement une activité confidentielle et distinctive, réservée à une minorité de pratiquants. Dès lors qu'une activité perdait un peu de sa superbe, par l'engagement de fractions sociales moins privilégiées, les élites partaient à la conquête de nouveaux sports. C'est le cas de la vélocipédie qui, très rapidement, s'ouvre assez largement à la petite et moyenne bourgeoisie dont l'investissement dans la pratique diffère ostensiblement de celle de l'intelligentsia de ces débuts. De l'apparat chevaleresque des rencontres mondaines, la bicyclette devient vite un instrument *utile*, dans les déplacements quotidiens mais également dans une visée de compétition sportive. Les couches supérieures ont très vite abandonné le vélo, lui préférant l'automobile pour l'accès réservé que le coût de la pratique assurait. « Ce n'est pas par hasard si le premier Automobile Club de Bordeaux apparut en 1897, année même où des hommes comme Baudry de Saunier, qui avaient fait la notoriété du cyclisme, abandonnèrent le vélocipède pour l'automobile. Ceux qui pouvaient se le permettre se tournaient vers des activités plus distinguées. Alors qu'en 1891, le premier quotidien sportif s'intitulait simplement *Le Vélo*, son concurrent, dix ans plus tard, choisit de se présenter sous le titre *Auto-Vélo* [...]. La bicyclette n'était plus à l'avant-garde du progrès »¹⁶². Il est à ce titre particulièrement intéressant de constater, dans les thèses de médecine dont le sujet se rapporte aux activités physiques et sportives, la fréquence élevée des recherches menées sur la vélocipédie lorsque la pratique restait distinctive, et l'absence de telles thématiques dès lors que de nouvelles fractions sociales s'en emparent¹⁶³. Ainsi, de 1895 à 1899, sur les quatorze thèses de médecine ayant trait aux exercices corporels, sept d'entre elles s'intéressent spécifiquement à la *vélocipédie*¹⁶⁴. Ensuite, alors que le nombre de recherches menées chaque année augmente

¹⁶¹ WEBER, Eugen. *Op. cit.* p. 205.

¹⁶² WEBER, Eugen. *Op. cit.* p. 200.

¹⁶³ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Cit.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

¹⁶⁴ Respectivement : ALDHUY. 1895. *Le périnée et la bicyclette*, Lyon ; GUILLEMET. 1897. *Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette*, Bordeaux ; MARTIN. 1897. *La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical*, Bordeaux ; WALTER. 1898. *Des ruptures de l'urètre chez l'homme par la bicyclette*, Paris ; PEZE. 1899. *De l'exercice vélocipédique : ses effets physiologiques, ses indications et ses contre-indications*, Lyon ; BONNY. 1899. *De la physiologie du membre inférieur dans la locomotion à bicyclette*, Paris ; MIGNON. 1899. *La bicyclette chez les hernieux*, Paris.

considérablement, il faut attendre 1945 pour qu'apparaisse de nouveau clairement dans l'énoncé d'une thèse médicale un intérêt spécifique porté envers le *cyclisme*¹⁶⁵.

I. 2. Confusions et propagandes

Les origines du sport moderne en France, dont il est désormais clair qu'elles ont été marquées par une appropriation initiale des élites sociales, se caractérisent également par la grande confusion qui régnait à l'époque dans la désignation et la représentation de la pratique sportive. Le terme lui-même était équivoque et a souffert quelque temps de son assimilation au *Turf*¹⁶⁶. Les premières courses pédestres ont ainsi fait les frais de cet amalgame entre sport et hippisme. « Le Racing, première association sportive française [...] n'avait pas usurpé son nom. Son style et sa terminologie étaient empruntés au turf. Les coureurs étaient répartis en écuries, ils portaient des costumes de jockey avec casaques et casquettes de couleur, parfois une cravache pour parachever la ressemblance. Ils flânaient au "pesage", portaient des noms rappelant des noms de chevaux, et disputaient des courses dont les titres étaient empruntés à Longchamp et à Auteuil, tandis qu'une assemblée de "sportifs", accompagnés de leurs amis mondains engageaient des paris »¹⁶⁷. Là aussi, l'iconographie de l'époque vient confirmer de telles pratiques, et le dessin de M. Reichan en page de garde du « Monde Illustré » du 9 Juillet 1887 est à ce titre exemplaire. Il y esquisse une course du Racing-Club, au Bois de Boulogne. « Robe des élégantes et chapeaux haut de forme en témoignent, nous sommes dans la haute société, dans un monde aristocratique et fermé. Les tenues de jockey ne sont pas encore abandonnées... les coureurs semblent même tenir les guides d'un cheval imaginaire »¹⁶⁸. Pourtant, dès le tournant du siècle, les définitions des pratiques sportives gagneront en clarté, se distinguant désormais nettement des courses équestres. En témoigne cette assiette humoristique des années 1900,

¹⁶⁵ **LE BRIGAND** Jean. 1945. *Les paralysies cubitales des cyclistes. Considération sur les complications nerveuses des affections du poignet*, Paris.

De l'étude de la *vélocipédie* à celle du *cyclisme*, le changement de terminologie indique des transformations importantes de la pratique, qui renvoient plus généralement à l'autonomisation progressive du champ sportif dans la première moitié du vingtième siècle.

¹⁶⁶ **WEBER**, Eugen. *Op. Cit.* p. 195.

¹⁶⁷ **WEBER**, Eugen. *Op. Cit.* p. 202.

¹⁶⁸ **DANTEC**, Ronan. 2003. *Il y a un siècle... Le sport*, Rennes, Editions Ouest-France, p. 42.

sur laquelle on distingue un enfant face à un coureur habillé en jockey, qui lui demande où peut bien se trouver son cheval, se grattant la tête d'un air perplexe¹⁶⁹...

Plusieurs éléments en cette fin de XIX^e siècle vont en effet contribuer à clarifier et stabiliser la pratique des sports anglais. La propagande sportive s'organise et se renforce par le zèle de quelques notables convaincus de l'intérêt de ces nouvelles activités, par la constitution d'une puissante association de défense des sports athlétiques, responsable entre autres de l'organisation des premières grandes compétitions nationales et internationales, et enfin par le développement sans précédent d'une presse spécialisée. « Des aristocrates libéraux, tel le jeune noble libéral Pierre de Coubertin, ou des anglophiles appartenant aux couches supérieures de la bourgeoisie, tel l'ancien consul français à Edimbourg, Georges de Saint-Clair, regardaient du côté des sports anglais »¹⁷⁰. Regard d'autant plus soutenu que le contexte politique de la III^e République naissante ne leur était pas favorable. Dans ces années de redistribution des positions de pouvoir, les anciennes classes dirigeantes, celles des privilèges, perçoivent la nécessité de trouver de nouvelles formes de démonstration du charisme de leurs groupes¹⁷¹. En plus d'être distinctifs, les sports sont un moyen précieux d'accumulation et de renforcement d'un capital social, un outil indispensable de transmission des valeurs proprement aristocratiques vers la jeunesse, mais également une opportunité de conversion d'un capital social et symbolique en capital culturel et politique, susceptible de donner accès à des placements sociaux influents¹⁷². Pierre de Frédy, baron de Coubertin, laissera son nom sur plus de 60 000 pages, ainsi que sur bon nombres de conférences, comités de soutien et autres comités d'organisation de compétitions sportives¹⁷³. Dans sa campagne de promotion des sports athlétiques, il entreprend, comme chacun sait, la création d'une compétition internationale permettant le rassemblement et l'affrontement des meilleurs

¹⁶⁹ DANTEC, Ronan. *Ibid.* p. 39.

¹⁷⁰ HOLT, Richard. 1980. « L'introduction des sports anglais et la disparition du gentleman athlete », in Ehrenberg, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43, p. 254.

¹⁷¹ « La prétention charismatique du groupe ne réalise sa fonction de liaison, sa fonction de maintien du groupe, qu'en élevant une barrière abrupte contre d'autres groupes dont les membres sont exclus une fois pour toutes de la participation à la grâce et aux vertus attribuées à ses membres légitimes. En élevant ainsi les propres membres du groupe, le charisme de groupe conduit à reléguer automatiquement les membres des autres groupes interdépendants à une place inférieure. Il ne permet pas simplement de délimiter les frontières entre ceux qui y appartiennent et ceux qui n'y appartiennent pas. Il agit aussi comme une arme qui tient les intrus en échec, contribuant ainsi à préserver la pureté et l'intégrité du groupe ». ELIAS, Norbert. 1985. Remarques sur le commérage, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°60, p. 28.

¹⁷² SAINT MARTIN, Monique (de). *Op. Cit.* p.22.

¹⁷³ CHARPENTIER, Henri & BOISSONNADE, Euloge. 1996. *100 ans de jeux olympiques*, Paris, Editions France-Empire, p. 31.

athlètes des nations participantes, et projette dès 1892 la rénovation des Jeux Olympiques. « La conférence de la Sorbonne du 25 novembre 1892 marquait le point culminant d'un festival des sports qui avait duré une semaine et qui avait été organisé dans le cadre des célébrations du cinquième anniversaire de [...] l'Union des Sociétés Françaises des Sports Athlétiques » (USFSA)¹⁷⁴. Cette dernière, fondée par George de Saint-Clair, alors secrétaire général du Racing Club de France, œuvrait effectivement depuis 1887 au développement des activités sportives (sous la première appellation d'Union des sociétés françaises de course à pied). Ses objectifs sont clairement annoncés. Il s'agit de faciliter les rencontres internationales qui commencent à se répandre à la fin des années 1880, d'organiser les compétitions nationales, de maintenir un contact entre les sportifs, et enfin de se lancer dans une véritable propagande sportive, avec la création en particulier d'un organe de presse, le bulletin hebdomadaire *Les Sports Athlétiques*¹⁷⁵. Ce dernier n'est d'ailleurs pas le seul journal qui traite spécifiquement des événements sportifs en cette fin de siècle. Des journalistes s'emparent en effet de la vélocipédie et inventent littéralement la « presse sportive »¹⁷⁶. On assiste à l'ouverture d'un nouveau marché dans lequel le résultat sportif fait vendre des tirages. Le quotidien *Vélo*, fondé en 1891, vendait 80 000 exemplaires en 1894. Avoir les honneurs de la presse, c'est s'assurer d'une plus grande lisibilité, qui s'accompagne nécessairement du besoin d'une plus grande clarté. Les règlements se sont affinés, les confusions se sont amoindries. La concurrence médiatique, et le désir de se développer ont été responsables de la participation des périodiques dans la création et l'organisation de grandes manifestations sportives qui, là aussi, ont contribué au développement des pratiques. « Il devint vite apparent que de telles manifestations, si elles étaient convenablement organisées, pourraient contribuer à faire vendre des journaux et des cycles. C'est *Le Petit Journal* qui organisa la grande course Paris-Brest de 1891 et le deuxième grand quotidien sportif, *l'Auto*, qui lança le Tour de France en 1903 pour promouvoir ses ventes »¹⁷⁷.

¹⁷⁴ LUCAS, John. 1974. « Genèse Olympique : les conférences de la Sorbonne de 1892 et de 1894 », *Revue Olympique*, n°85-86, p. 607-610.

¹⁷⁵ WEBER, Eugen. *Op. Cit.* p. 202.

¹⁷⁶ DAUNCEY, Hugh. 2007. « Entre Presse et spectacle sportif, l'itinéraire pionnier de Pierre Giffard (1853-1922) », *Le Temps des Médias*, 2007-2, n°9, p. 35-46.

¹⁷⁷ WEBER, Eugen. *Op. Cit.* p. 198.

I. 3. Des cultures corporelles concurrentes

Mais si, à défaut d'être accessibles, les pratiques sportives d'influence britannique sont devenues compréhensibles et reconnaissables par la majorité de la population au tournant du siècle, il n'en demeure pas moins que leur développement se heurte violemment aux cultures corporelles déjà présentes sur le territoire national. La concurrence entre les différentes configurations d'exercices corporels disponibles à cette époque fait rage. Si l'opposition entre les gymnastiques et les sports a été très largement étudiée, la rencontre des sports avec les jeux traditionnels localement implantés n'a pas suscité le même engouement. Pourtant, par un phénomène d'acculturation réciproque, « la structure de compétition à base de défis a limité la possibilité de fixer l'attention sur un classement ordinal, objectif et incontestable », caractéristique de la figure du champion importée du modèle britannique. Ainsi, comme nous le rappelle Guy Laurans, au début du siècle en Languedoc, la majorité des nombreux clubs de quartier ou de village ont négligé de s'affilier à l'USFSA, et le « football, cyclisme, course à pieds d'un côté, joutes nautiques, tambourin, ou boules de l'autre, se fondent dans une structure compétitive commune centrée sur le défi », qui « apparaît comme le mode "naturel" de compétition non organisée, en ce qu'il oppose deux adversaires qui se sont choisis »¹⁷⁸. Ainsi, alors que les activités sportives se sont affranchies des confusions qui les liaient aux activités équestres, il est intéressant de constater ce phénomène de réinterprétation localisée de l'activité par un détournement de sa fonction. Loin des exigences rationnelles d'un calendrier sportif envisagé sur le long terme, la compétition sportive est ici un moyen nouveau au service d'une structure sociale conflictuelle ancienne, basée sur les valeurs traditionnelles de l'honneur et du défi ponctuel. « Autrement dit, la structuration sportive reproduit des lignes de clivage social et, parallèlement, elle entretient et souligne des liens sociaux de nature non sportive »¹⁷⁹.

En ce qui concerne les gymnastiques, on considère communément que les premières formes de cette mise en mouvement des corps sont apparues en France dès le XVIII^e siècle. Il s'agissait alors d'une pratique individualisée, réservée à une élite, et dont

¹⁷⁸ LAURANS, Guy. 1990. *Op. Cit.*, p. 1051.

¹⁷⁹ DEFRANCE, Jacques. 1995. « L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970 », *Sociologie et Société*, vol. 27, n°1, p. 18-19.

la fonction principale recherchée était la déstabilisation de la noblesse de cour, par l'affront et le scandale que suscitait une pratique physique trop proche dans les représentations classiques de l'activité laborieuse. Rapidement, les bouleversements politiques induits par la Révolution française sont ensuite responsables de l'invention d'une nouvelle manière d'exercer les corps. « Ce type de conception que la fraction "réformatrice" de la classe dominante avait mise en pratique pour elle-même avant 1789 fait place à une gymnastique fort différente que les nouvelles fractions au pouvoir mettent en œuvre dans leurs rapports avec les classes dominées. L'exercice n'est plus dosé à la convenance de chacun : on voit apparaître des "enseignements" dans lesquels de nombreux pratiquants font ensemble les mêmes exercices physiques ». Apparenté à l'exercice militaire qui s'exécute en grand nombre et à l'unisson, cet exercice gymnastique met en avant une nouvelle manière de faire avec son corps : la reproduction fidèle d'un modèle proposé par les « manuels ». C'est l'action d'un groupe de gymnastes recrutés parmi les militaires démobilisés qui fera de ce rapport spécifique à l'exercice corporel la forme dominante de la gymnastique à partir des années 1820. Ils contribuent à imposer une pratique durablement marquée par la discipline de type militaire¹⁸⁰. C'est précisément en opposition à cette culture corporelle que les partisans des sports modernes chercheront leur place dans la France de la III^e République. Les activités physiques (gymnastiques et sports confondus), dans le contexte historique de « l'après 1870 » – marqué par une défaite militaire cinglante lors de la bataille de Sedan face à la Prusse, et par les balbutiements d'un régime démocratique qui cherche à se stabiliser – sont enserrées dans une multitude d'enjeux complexes et variés, portés par des groupes d'individus aux intérêts divergents. D'un point de vue strictement politique, elles peuvent servir de support à l'éducation civique et militaire de la population française. « Le peuple y apparaît non comme une donnée, mais comme un projet »¹⁸¹. Dans une ambiance revancharde consécutive à l'impensable défaite des armées napoléoniennes, la santé du cœur de la jeune nation passe par le renforcement des corps de ses citoyens. Le sentiment national lui-même reste à construire, et le souvenir récent de l'insurrection de la Commune incline vers une plus grande surveillance des initiatives privées. Les particularismes régionaux dominant encore la géographie du territoire, et les dirigeants républicains craignent les effets délétères d'un suffrage universel auquel le peuple français n'est pas rompu. Dans ce double enjeu de contrôle et d'éducation des masses, l'Etat

¹⁸⁰ **DEFRANCE**, Jacques. 1976. « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12, p. 22-38.

¹⁸¹ **CHAMBAT**, Pierre. 1980. « Les muscles de Marianne », in Ehrenberg, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43, p. 157.

républicain se saisit logiquement du modèle de gymnastique militaire diffusé et développé en France depuis les années 1820 par le colonel Amoros¹⁸². « L'institutionnalisation de la gymnastique [...] se présente clairement comme une stratégie de pénétration et de transformation des masses. [...] La gymnastique, c'est la république en actes »¹⁸³. « Articulant les symboles patriotiques et républicains sur des techniques du corps, elle enracine la politique dans l'ordinaire de la vie »¹⁸⁴. Ainsi, gymnastiques et sports modernes peuvent servir des intérêts identiques, mais reçoivent des traitements différenciés. Les premières bénéficient des initiatives publiques d'un régime démocratique qui y perçoit les conditions favorables de sa reproduction, là où les secondes ne se développent initialement qu'à partir des appropriations privées de groupes sociaux en quête de distinction¹⁸⁵.

I. 4. Débats scolaires et encadrements idéologiques

Ce traitement inégal des cultures corporelles présentes en France à la fin du XIX^e siècle sera d'autant plus rude pour les partisans des sports modernes, que cette concurrence va se régler à distance des sociétés et unions sportives : sur le terrain scolaire. Car « les champions de la renaissance nationale ont réalisé que la campagne pour le développement physique devait commencer dans les écoles, où la gymnastique [et les sports] pourraient être enseignés à une large fraction de la jeunesse (...) »¹⁸⁶. C'est bien sur le registre de l'éducation physique de la jeunesse et donc nécessairement, à terme, de la nation toute entière, que se sont déroulés les rapports de force des agents ayant pris place dans cet espace en construction ; l'espace de l'encadrement des activités physiques. Chaque agent ayant sa définition de la bonne pratique, et de son utilité. Il est utile ici de rappeler que c'est en « voyant l'inutilité de ses efforts pour que dans les écoles de France l'éducation physique [sportive] obtienne une place égale à celle de l'enseignement intellectuel, [que] l'idée vint [à Pierre de Coubertin] de faire renaître les Jeux Olympiques sous forme de

¹⁸² DEFRANCE, Jacques. *Op. Cit.* p. 31.

¹⁸³ CHAMBAT, Pierre. *Op. Cit.* p. 170.

¹⁸⁴ CHAMBAT, Pierre. 1987. « La gymnastique, sport de la République ? », *Esprit*, n°125, p. 25-26.

¹⁸⁵ Les activités sportives préparent l'homme à être « l'homme convenable et satisfait dans la place qui lui convient ». « C'est dans les clubs de sport, déclarait George de Saint-Clair, que seront entraînés les hommes d'action "qui savent vouloir, oser, prendre des risques, organiser, gouverner et être gouvernés" ». Cités dans WEBER, Eugen. *Op. Cit.* p. 211 et 219.

¹⁸⁶ WEBER, Eugen. *Op. Cit.* p. 190.

compétition internationale, afin que tous les quatre ans sa patrie se vît dans l'inéluctable obligation de montrer ce dont était capable sa jeunesse »¹⁸⁷. En effet, face aux arguments de pédagogues séduits par les sports britanniques, qui évoquent la capacité de canalisation et de régulation de la violence sauvage de l'adolescence par la distraction saine et ludique¹⁸⁸, les dirigeants politiques leur préférèrent les grands mouvements d'ensemble prescrits dans les manuels de gymnastique militaire. Si la question de l'enseignement de la gymnastique à l'école avait été posée dès 1793, les seules initiatives officielles qui seront suivies d'effets favorables à son développement dans l'institution scolaire consistent en la promulgation de la loi George en 1880, qui rend la gymnastique obligatoire dans les collèges et les lycées, et en la création des bataillons scolaires le 6 juillet 1882¹⁸⁹. Parades militaires et exercices gymniques à l'unisson, c'est la nation en armes qui défile le dimanche matin dans les rues des villes et des villages. Bien qu'ayant connu un succès relatif (l'expérience ne durera pas plus de dix ans et sera diversement reçue selon les localités), cette entreprise d'encadrement de soldats en herbe par les hussards noirs de la République, le jour du seigneur et dans un contexte de grande tension entre les instances religieuses et politiques, a suffi à engager les cultures corporelles sur un nouveau front, sous le feu croisé de combattants toujours plus nombreux. L'Église, en perte de vitesse et d'influence, perçoit bien évidemment tout l'intérêt qu'elle peut retirer en s'inscrivant dans ce jeu de séduction idéologique de la jeunesse française par les activités corporelles. Elle « réagit en déclenchant une véritable guerre à l'école publique. Elle augmenta d'une façon considérable le nombre de ses écoles. Des prêtres reprirent l'idée d'une œuvre déjà ancienne qu'ils avaient méprisées et rejetées jusque là, le patronage. Ils en firent une "œuvre de pénétration", c'est-à-dire un moyen de conquête religieuse destiné plus spécifiquement à la jeunesse ouvrière, où les leçons de catéchisme allaient de pair avec la correction de la morale et de l'histoire enseignées à l'école ». [...]. « La gymnastique et les sports, en fournissant le moyen d'exprimer leur besoin intense de mouvement, de rendre possible et évident un progrès, de solliciter l'émulation entre partenaires et équipes rivales, renouvelaient ou maintenaient l'attrait du patronage tout en donnant le moyen d'occuper beaucoup d'enfants avec peu de surveillance. [...] Dans le contexte de concurrence avec les organisations laïques et d'engouement pour ces activités nouvelles, les pragmatiques se

¹⁸⁷ Cité dans **BROHM**, Jean-Marie. 1987. « Pierre de Coubertin et l'avènement du sport bourgeois », in **ARNAUD**, Pierre (Dir.), *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat, p. 285.

¹⁸⁸ **SCHANTZ**, Otto. 1999. « L'œuvre pédagogique de Pierre de Coubertin », in **GLEYSE**, Jacques (Dir.), *L'éducation physique au XXe siècle. Approches historique et culturelle*, Paris, Vigot, p. 144.

¹⁸⁹ **ANDRIEU**, Gilbert. 1998. « La loi du 27 janvier 1880 », *Spirales*, n°13-14, p. 105-110.

rendirent compte qu'ils ne pouvaient se priver de ce moyen de choix pour attirer et retenir les jeunes dans les patronages »¹⁹⁰. Dans cette parfaite pagaille politique, militaire, et confessionnelle dont la trame se joue sur la scène scolaire (bataillons, exercices gymniques), mais également dans ses coulisses (patronages), la concurrence entre les diverses cultures corporelles prend finalement la forme d'un débat sur la « bonne » éducation physique de la jeunesse. Dans la volonté d'éclaircissement terminologique qui guide ce détour historique, il est extrêmement important de noter qu'au début du XX^e siècle, selon les orientations de chacun, les partisans des gymnastiques et des sports modernes parlaient indifféremment d'éducation physique. Ce terme générique renferme donc une variabilité extrême de pratiques et de représentations. Dans un cas, les exercices gymniques sont essentiellement collectifs : « les courses à pied se font en peloton ; la partie essentielle est constituée par les mouvements d'ensemble obligatoires. [...]. La notion de record est inconnue »¹⁹¹. Dans l'autre, les épreuves sportives sont réglées et mesurées, et s'achèvent automatiquement par la désignation d'un vainqueur. Cette précision permet « d'éviter de tomber dans le piège de langage qui consiste à nous faire croire que ce que nous nommons pareillement [...] serait nécessairement proche dans la réalité »¹⁹². Dans une perspective de défense et de promotion d'une culture corporelle pensée légitime, l'entrée par l'éducation physique est un passage obligé. La sportivisation progressive du début du siècle est alors indissociable des débats qui se déroulent dans l'institution scolaire, et l'autonomie du « champ sportif » n'en est que plus relative¹⁹³.

Ainsi, les agents qui entendent s'inscrire dans un objectif de promotion des activités corporelles, quels que soient leurs intérêts spécifiques, subissent très largement les effets de ces multiples concurrences et confusions. Contre une vision trop superficielle de la modernité sportive, Bruno Papin, dans son étude sur l'institutionnalisation de la

¹⁹⁰ **DUBREUIL**, Bernard. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in **ARNAUD**, Pierre (Dir.), *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat, p. 209. Voir aussi **TRANVOUEZ**, Yvon. 2006. « Le sport catholique en France », *Vingtième siècle*, 2006/4, n°92, p. 171-180.

¹⁹¹ **CHAMBAT**, Pierre. 1980. « Les muscles de Marianne », in **Ehrenberg**, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43, p. 165.

¹⁹² **LAHIRE**, Bernard. 2004. « Sociologie dispositionnaliste et sport. Généralistes et spécialistes », *Dispositions et pratiques sportives. Débats actuels en sociologie du sport*, Paris, L'Harmattan, p. 29.

¹⁹³ **DEFRANCE**, Jacques. 1995. « L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970 », *Sociologie et Société*, vol. 27, n°1, p. 15-31.

gymnastique sportive, montre à quel point cet enchevêtrement original de pratiques et de représentations est responsable ensuite de nombreuses résistances¹⁹⁴.

Pour comprendre et décrire la participation de certains médecins dans les débats sur l'éducation physique de la jeunesse française dans cette fin de XIX^e siècle, encore faut-il là aussi préciser l'état du champ médical et le poids des différents agents selon la position qu'ils y occupent.

II. La médicalisation de la vie sociale à la fin du XIX^e siècle, entre hygiénisme et régénération. L'entrée des médecins dans l'institution scolaire.

II. 1. La loi de 1892, l'obtention d'un monopole...

La loi du 10 mars 1892 (19 ventôse an XI) organise l'exercice médical et réserve l'art de guérir aux *docteurs en médecine et en chirurgie*, diplômés d'une Ecole nationale, ayant satisfait à des examens prescrits et soutenu une thèse, ainsi qu'aux officiers de santé formés « sur le tas », par six années passées au contact d'un médecin praticien ou cinq années dans les hôpitaux civils ou militaires et reconnus aptes par un jury départemental¹⁹⁵. Cette organisation partagée des questions de santé par la mise en place de l'officiât, répond clairement à une volonté politique d'expansion de la médecine en dehors des villes, dans les nombreux espaces géographiques français qui restent inconnus des médecins et des chirurgiens. Selon le sens commun, largement admis, « les gens du peuple menant une vie

¹⁹⁴ La gymnastique, profondément marquée par les modèles hérités de cette fin de XIX^e siècle peine très clairement à se sportiviser, et résiste au modèle britannique de désignation du champion. Il faudra ainsi attendre 1949 pour que cette pratique se dote de son tout premier « code de pointage », outil d'évaluation objectif permettant de sacrer le meilleur athlète de la discipline, et de construire une hiérarchie explicite indiscutable. **PAPIN**, Bruno. 2007. *Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive*, Paris, L'Harmattan.

¹⁹⁵ **MONET**, Jacques. 2003. *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, Thèse pour le doctorat en Sociologie, Paris I – Panthéon-Sorbonne, Juin, p. 95.

simple souffrent de maladies moins complexes que leurs concitoyens des villes et des élites »¹⁹⁶. Ce « second ordre de médecins », destiné à traiter les maladies légères, est ainsi une « médecine de second ordre » mise à la disposition des gens du peuple pour mieux soigner l'ensemble de la population¹⁹⁷. Malgré les nombreux avantages que conservent jalousement les docteurs en médecine et en chirurgie, libres de s'installer sur l'ensemble du territoire national et bénéficiant de l'exclusivité des opérations « majeures », l'existence des officiers de santé est mal tolérée, et soulève très rapidement le mécontentement des représentants du corps médical. En « 1811, le baron Dupuytren, célèbre chirurgien, demande une modification de la loi et en particulier, la suppression de l'officiât »¹⁹⁸. « Dès le début du XIX^e siècle, de vives critiques convergent sur les officiers de santé, pauvres et crottés, incompétents et encombrants. La loi de ventôse, qui s'explique par les circonstances de l'époque révolutionnaire, est grosse de conséquences imprévues »¹⁹⁹. Mais sa remise en cause, plusieurs fois annoncée, n'est jamais officialisée. Ainsi, un projet de suppression de l'officiât est voté en 1845, mais ne peut voir le jour, emporté par le tumulte de la Révolution de 1848²⁰⁰. « Les inconvénients de la loi de ventôse suscitent pendant tout le XIX^e siècle d'innombrables projets, privés ou officiels, qui prétendent amender la médicalisation des Français, non sans alimenter des controverses permanentes. L'effervescence revendicative des médecins, aiguillonnée par le contexte politique de la III^e République et portée par les succès bien orchestrés de la science expérimentale et bactériologique, finit par accoucher de la loi du 30 Novembre 1892 [...]. Cette loi apporte plusieurs grandes satisfactions au corps médical agrippé à son monopole ; à commencer par son unification juridique : le grade de docteur en chirurgie est aboli, et le recrutement des officiers de santé va s'éteindre [...] »²⁰¹. « Ce n'est donc qu'à la fin du siècle [...] que les médecins obtiendront une loi qui les satisfasse. Elle supprime les officiers de santé, punit sévèrement l'exercice illégal et reconnaît aux médecins le monopole des soins

¹⁹⁶ **FAURE**, Olivier. 1994. « Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », *Pour l'Histoire de la Médecine autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Presses Universitaires de Rennes, p. 72-73. Voir aussi dans **LEONARD**, Jacques. 1978. *La France médicale au XIX^e siècle*, Editions Gallimard – Julliard, Collection Archives, p. 83 : « Les maladies des paysans sont, en général, simples comme leur genre de vie ; elles se rapportent à un petit nombre de causes qu'on peut expliquer sans peine. [...] Les médicaments chers et précieux n'ont point cours dans les villages ».

¹⁹⁷ Cité dans **MONET**, Jacques. *Op. Cit.* p. 95.

¹⁹⁸ Cité dans **MONET**, Jacques. *Op. Cit.* p. 96.

¹⁹⁹ **LEONARD**, Jacques. 1978. *Op. Cit.* p. 77.

²⁰⁰ « La révolution de février 1848 empêcha la Chambre des députés d'adopter le texte voté par la Chambre des Pairs ». **THOMAS**, Gaston. 1893. *La Médecine devant la Loi*, Editions Defresne, Paris, p. 16

²⁰¹ **LEONARD**, Jacques. *Op. Cit.* p. 75-76.

médicaux. Elle leur donne aussi le droit de s'assembler en syndicats professionnels »²⁰². Même si la création antérieure d'une « Union Générale des Syndicats Médicaux de France » en 1884²⁰³ semble indiquer le renforcement du champ médical dès les années 1880, les auteurs s'accordent ici autour de l'idée qu'avec cette loi, « le statut de profession leur est acquis »²⁰⁴. Ce statut s'accompagne d'une reconnaissance toujours plus forte « du médecin » dans les pratiques discursives courantes. Sans tomber dans une vision romantique d'un médecin du début du siècle qui avait encore beaucoup de difficultés pour atteindre les couches populaires françaises, force est d'avouer que dans bien des milieux, « il était auréolé non seulement de par la philanthropie qui s'associe à sa vocation mais encore par la foi dans le progrès de la science et de l'humanité dont il figurait le représentant le plus familier en même temps que le plus éminent. Le climat d'euphorie progressiste, en effet, toucha [un large] public. Le monde et les arts rendaient hommage aux médecins. Pour les plus grands écrivains, la médecine était une source d'inspiration, le médecin de campagne comme le prince de la science étaient des figures littéraires éprouvées. [...] “Pour le seul mois de mai 1903, on recense huit pièces en rapport avec l'univers médical” montées à Paris. Certains médecins hospitaliers parisiens avaient accédé au rang de célébrités internationales », bien au-delà de la stricte intimité médicale pour certains, à l'image des leçons de Charcot ou de Dieulafoy. Léon Daudet écrivait en 1931 : « On se représente difficilement aujourd'hui le prestige dont jouissait la médecine et les médecins dans la société matérialiste d'il y a trente ans. Le “bon docteur” remplaçait le prêtre, disait-on [...]. Il semblait entendu que les savants étaient des hommes à part, échappant aux passions et aux tares habituelles, toujours désintéressés, souvent héroïques, quelquefois sublimes. Piliers de la République, bénéficiant de toutes les décorations et hautes faveurs du régime »²⁰⁵. Eliot Freidson éclaire la façon dont « la médecine devient une vraie profession consultante à la fin du XIX^e siècle » en répondant à toutes les exigences d'une telle prétention. Les médecins ont acquis « la compétence exclusive pour déterminer dans une tâche à effectuer ce qu'elle signifie exactement et comment l'accomplir efficacement », ils restent maîtres « des critères qui habilent quelqu'un à accomplir le travail d'une manière acceptable », et bénéficient de la croyance inébranlable de « l'opinion publique » en leurs « compétences » et en la « valeur des connaissances et

²⁰² ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. 2004. *Op. Cit.*, p. 33.

²⁰³ LEONARD, Jacques. *Op. Cit.* p. 267.

²⁰⁴ ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. *Ibid.* p. 29.

²⁰⁵ VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Editions Complexe, Bruxelles, p. 13.

des habiletés déclarées par ce métier »²⁰⁶. Everett Huges parlait déjà de « profession haute » pour qualifier cet immense pouvoir dont dispose la médecine, qui consiste en l'obtention du contrôle des instruments de sa propre reproduction. « Les professions hautes sont constituées de métiers bien établis, à fort statut, particulièrement respectés. Elles détiennent de ce fait un ensemble de privilèges et de droits à des positions et à des biens. Elles bénéficient, dans la hiérarchie des activités, d'une crédibilité et d'une légitimité peu contestées. La médecine a été considérée au XX^e siècle comme le symbole de la profession prestigieuse »²⁰⁷.

II. 2. Progrès scientifiques et orientations sociales

Ce renforcement de la position des médecins à la fin du XIX^e siècle en France ne peut se comprendre en dehors du contexte socio-historique dans lequel il s'inscrit, et « l'histoire des sciences ne doit jamais être séparée de l'histoire des mentalités »²⁰⁸. « La seconde moitié du XIX^e siècle fut un âge d'or pour la biologie »²⁰⁹. Le cas de Claude Bernard semble particulièrement significatif d'une France marquée nettement par la physiologie moderne et son application à la médecine expérimentale, dans la mesure où sa physiologie mettait définitivement la vie sous le règne des sciences physico-chimiques. La vie se naturalisait, tout recours à une force vitale disparaissait. La vieille définition de la vie comme persévérance de l'être dans son être échappait à tout surnaturel et se réduisait à l'homéostasie, c'est-à-dire au maintien de la composition du milieu intérieur grâce à des régulations. Soit une inclination vers une conception matérialiste de la vie. C'est donc dans le contexte culturel et social contemporain aux découvertes de Claude Bernard que la physiologie est passée progressivement du statut de positivité à celui de science²¹⁰. De nombreuses recherches en physiologie contribueront ainsi à renforcer le statut de la physiologie dans le paysage scientifique. Les travaux des physiologistes Paul Bert et

²⁰⁶ **FREIDSON**, Eliot. 1984. *La profession médicale*, Payot, Paris, p. 20-21.

²⁰⁷ Cité dans **PENEFF**, Jean. 2005. *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil.

²⁰⁸ **LEONARD**, Jacques. *Op. Cit.* p. 30.

²⁰⁹ **PICHOT**, André. 2000. *Op. Cit.*, p. 31.

²¹⁰ « Une positivité apparaît lorsqu'un ensemble de discours, de prises de position, de concepts voit le jour. C'est un ensemble de choses, de nouvelles qui viennent ensemble, cet ensemble possède une certaine cohérence qui ira vers la science ou la non-science... mais c'est un savoir, c'est-à-dire un ensemble de préoccupations à peu près circonscrit ». **FOUCAULT**, Michel. 1966. *Les mots et les choses*.

Auguste Chauveau, respectivement sur la respiration et la pression barométrique, et sur les variations chimiques du sang lors de la contraction musculaire, s'inscrivent entièrement dans ce processus. A la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, la physiologie sera devenue une science de référence, dont l'audience dépasse le cadre strict des sphères médicales éclairées. Elle n'est pourtant pas la seule à rencontrer un tel succès. « En montrant l'universalité de la vie microbienne, Louis Pasteur avait ouvert la voie, dans les vingt-cinq dernières années du XIX^e siècle, à des avancées scientifiques qui bouleversaient la médecine et la chirurgie [...]. La bactériologie triomphait. L'identification de nombreux germes permit de commencer à combattre efficacement des infections, des maladies contagieuses, voire de les prévenir par les vaccins et la sérothérapie : rage, typhoïde, peste, tétanos, diphtérie furent tour à tour combattus avec succès »²¹¹. Les historiens de la médecine parlent sans hésitations de la « Belle Epoque Médicale » pour évoquer le faste des succès scientifiques. « Il y a loin de l'officier de santé rescapé des guerres de la Révolution au jeune docteur formé par les disciples de Claude Bernard et de Louis Pasteur. A partir des années 1870, s'accélère une phase de progrès scientifiques qui confèrent brusquement à la nouvelle médecine une autorité accrue »²¹². D'après A. Pichot, les législations hygiénistes pastoriennes se sont nécessairement traduites par une certaine « biologisation » de la politique²¹³. « D'une part, elles mettaient en lumière la dimension biologique de la société. D'autre part, elles donnaient à cette dimension une importance particulière dans la mesure où elle était bien plus facilement et efficacement contrôlable que la plupart des autres dimensions sociales (politique, droit, économie, etc.). Le pastorisme n'était pas seulement une technique bio-médicale, c'était aussi une technique « sociale ». Il ouvrait la possibilité d'agir sur la société autrement que par la politique, le droit et l'économie *stricto sensu*. Et cela passait par la « biologisation » de cette société. Soit une « naturalisation » des processus sociaux qui ouvrait la possibilité d'une « scientification » de la politique. Une sorte d'idéal dans une époque scientiste. [...]. La naturalisation de la société rapprochait la politique de la technique biologique »²¹⁴. « Plus particulièrement, la microbiologie développée par les pastoriens va justifier et amplifier le mouvement hygiéniste », en « [donnant] une justification scientifique à certaines des pratiques prônées depuis des décennies mais qui n'avaient qu'un fondement

²¹¹ VERGEZ, Bénédicte. *Op. Cit.* p. 12.

²¹² LEONARD, Jacques. *Op. Cit.* p. 119.

²¹³ Ce que confirme Jacques Léonard ; « Avec la bactériologie, l'hygiène s'est hissée au pouvoir ». LEONARD, Jacques. *Op. Cit.* p 162.

²¹⁴ PICHOT, André. 2000. *Op. Cit.* p. 33.

empirique »²¹⁵. Que l'on pense par exemple au traitement du choléra, la maladie la plus meurtrière en Europe au XIX^e siècle. L'isolation de l'agent microbien par la découverte de Robert Koch en 1883, se posera en justification a posteriori du bien fondé des solutions collectives préalablement envisagées, au premier titre desquelles figure la généralisation de l'assainissement des rues par le développement des égouts²¹⁶. « De nouvelles perspectives se dégageaient assurément. Très lentement commençait à se substituer à l'art de soigner chaque malade individuellement une science qui tendait aussi à préserver et même améliorer le bien-être physique et moral de la collectivité. Dans la société industrielle qui émergeait en France, la médecine prenait une orientation sociale »²¹⁷. Cette dimension originale va transparaître très clairement dans l'esprit de la loi de 1892. « Parmi les devoirs qu'implique le monopole légal, figure l'obligation de contribuer à l'hygiène publique et à l'épidémiologie. [...]. La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges mêmes de la profession médicale, et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des malades et de la société tout entière que de l'inscrire [...] dans la loi sur l'exercice de la médecine. "C'est là en quelque sorte, disait le rapporteur de la loi à la Chambre des députés, le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat". Et le rapporteur de la loi au Sénat exprimait la même opinion : "il est juste que l'administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges" »²¹⁸. Ainsi est-il possible de lire dans l'article 15 de la loi de 1892 : « Tout docteur [...] *est tenu de faire à l'autorité publique*, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation [...]. La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera adressée *par arrêté du Ministre de l'Intérieur*, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations desdites maladies »²¹⁹.

²¹⁵ MONET, Jacques. *Op. Cit.* p. 106.

²¹⁶ GOUDSBLOM, Johan. 1987. « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°68, p. 10-11.

²¹⁷ VERGEZ, Bénédicte. *Op. Cit.* p. 12.

²¹⁸ LEONARD, Jacques. *Op. Cit.* p. 76-77.

²¹⁹ THOMAS, Gaston. *Op. Cit.* p. 25. Souligné par nos soins. Dans son analyse de la loi à l'attention des médecins eux-mêmes, Gaston Thomas, avocat à la Cour d'Appel de Paris, précise que cet article 15 « consacre une des innovations les plus importantes de la loi de 1892 ». p. 122.

II. 3. La République face à la dégénérescence de la race

Le lien entre la Médecine et la République est ainsi extrêmement fort à la fin du siècle. Les relations entre ces deux sphères s'actualisent dans un double mouvement de *biologisation de la politique* (par les applications techniques que les découvertes médicales permettent désormais d'envisager), et de *politisation de la biologie* (par la mission de service public que l'on assigne désormais aux médecins dans le cadre d'une gestion plus « collective » de la santé). « La nouvelle loi “confère aux médecins seuls le droit d'exercer une profession dont la santé des citoyens et l'hygiène publique ont tout à attendre ou tout à craindre suivant qu'elle est aux mains de personnes munies ou dépourvues d'une instruction étendue” »²²⁰. « Jamais le service de la science [...] n'avait aussi nettement revêtu le caractère d'une “obligation morale liée à la nature d'un régime politique précis” »²²¹. Ce caractère impérieux, bien loin de rencontrer l'opposition de médecins heureux de bénéficier enfin du monopole de leur exercice, est au contraire largement facilité par les sensibilités politiques d'un groupe massivement acquis à la cause de la République. Notabilité locale, dans les bourgs de province, ou élection à la députation, l'art de guérir se conjugue bien souvent avec des activités politiques, et témoigne de connivences idéologiques²²². Les médecins, dont le charisme social se renforce, se situent donc sur des positionnements qui supposent leur adhésion à bon nombre des enjeux politiques, sociaux et économiques débattus alors. Ils partagent des préoccupations communes, et s'inquiètent avec d'autres de ce qu'ils se représentent comme étant une dégradation de l'état moral et psychique de la population française. Marqués par la défaite cuisante des armées napoléoniennes face à la Prusse lors de la très célèbre bataille de Sedan en 1870, les dirigeants français s'engagent dans un projet de rénovation physique et psychique des citoyens. Nous l'avons évoqué précédemment avec l'exemple de la gymnastique militaire, dont la politisation répondait clairement au désir d'éveiller au plus

²²⁰ MONET, Jacques. *Op. Cit.* p. 99.

²²¹ MURARD, Lion & ZYLBERMAN, Patrick. 1996. *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Editions Fayard, Paris, p. 232-233.

²²² « Le nombre des médecins élus à la députation de 1876 à 1914 dépasse les 11 % en moyenne des élus, ils sont “massivement républicains” ». MONET, Jacques. *Op. Cit.* p. 93. « Présent et politiquement actif sur la scène nationale, l'homme de l'Art l'est aussi en régions. Il s'implique localement au sein des conseils municipaux et dirige même de grandes et très grandes villes de province [...]. Et la profession constitue entre 12 et 14 % des membres des conseils généraux départementaux. Bien que ces pourcentages absolus restent modestes, leur confrontation à ceux des autres métiers met en évidence que la médecine constitue souvent la seconde profession libérale représentée politiquement, derrière les hommes de lois, notamment par les avocats ». CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 69-70.

vite la conscience du « citoyen-soldat »²²³. Mais cette « dégénérescence de la race française », pour reprendre les termes de l'époque, ne peut s'entendre que du strict point de vue nationaliste et militariste²²⁴. L'urbanisation et l'industrialisation croissantes de la fin du siècle sont également tenues pour responsables de multiples vices et fléaux qui déstabilisent les autorités en place. La République a besoin d'hommes forts et utiles, pour garnir les ateliers et les régiments²²⁵. L'air putride des quartiers insalubres, ajouté aux mœurs dépravées d'une vie de débauche, constituent, selon les tenants de l'hygiène, les principaux maux dont souffre la France. Les grandes affections de l'époque y sont directement associées : alcoolisme, tuberculose, ou encore syphilis²²⁶. Le mouvement hygiéniste, au service de la régénération de la race française, va prendre la forme d'une lutte contre l'ensemble des mœurs jugées avilissantes, et témoigne d'un nouveau rapport aux classes populaires, dans lequel les masses deviennent une entité malléable, sur lesquelles il est possible d'imprimer des actions²²⁷. En effet, l'influence pastorienne, bien que très forte, n'est pas la seule influence « sociobiologisante » qu'ait connue la France à cette époque. Bien au contraire, le pastorisme, par son prestige, a ouvert la voie à l'évolutionnisme²²⁸ et à la génétique, disciplines alors balbutiantes, qui avaient elles aussi, une vision quelque peu « bétaillère » de la société, mais qui ne pouvaient se targuer de réussites techniques comparables à celles du pastorisme et qui donc, sans l'exemple de

²²³ **CHAMBAT**, Pierre. *Op. Cit.*, p. 139-184.

²²⁴ On doit le concept de dégénérescence à l'aliéniste **Bénédict August Morel**, qui écrit en 1857 le « Traité des dégénérescences ». « La dégénérescence exprime une dégradation de l'espèce humaine, héréditaire mais qui n'est pas originaire ». « Mais Morel n'est pas un pessimiste et considère qu'une régénération est possible [...]. Donc, au départ, la théorie de la dégénérescence n'est pas seulement une théorie de désespoir, mais la base nécessaire d'un programme de santé publique ». **BACHELARD-JOBARD**, Catherine. 2001. *L'eugénisme, la science et le droit*, Presses Universitaires de France, p. 34. & **CASTEL**, Robert. 1995. *Les Métamorphoses de la question sociale*, Fayard, p. 355.

²²⁵ « Les médecins ont d'autant plus de chances d'être entendus qu'on attend d'eux une réponse à deux questions passées dans le dernier tiers du XIXe siècle au rang de problème de société : celle de la dégénérescence de la race et celle de l'hygiène. Si le couple dégénérescence-décadence est une vieille lune des moralistes et s'inspire d'une longue tradition littéraire, il préoccupe les autorités et les notables à l'âge des statistiques ». **HUBSCHER**, Ronald. 1992. « Luttés et disputes gymnastiques », *L'histoire en mouvement. Le sport dans la société française (XIXème-XXème siècle)*, Editions Armand Colin, p. 31.

²²⁶ En 1909, on estime par exemple que la tuberculose « enlève annuellement 100 000 existences ». Dr. **TISSIE**, Philippe. 1909. « Pour la France ! Pour la race. "L'œuvre de Joinville" », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°7, Juillet 1909.

²²⁷ « Le débat sur les habitations ouvrières autour de 1890 est [...] traversé par le thème solidariste : "les classes aisées tout comme les classes pauvres ont intérêt à faire disparaître les habitations insalubres, et il serait sage et prévoyant de la part du riche de s'imposer les sacrifices nécessaires pour atteindre le but". L'Etat [...] est pour la première fois le garant de ces investissements. La politique du logement social, autour de 1890, concrétise la nouvelle exigence : l'entretien de soi ne saurait se penser sans l'entretien de tous ». [...] « L'itinéraire du microbe a recomposé les solidarités ». [...] « L'assurance maladie, celle que la loi du 29 juin 1894 rend d'abord obligatoire en France pour les seuls mineurs [...] en est l'exemple ultime ». **VIGARELLO**, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 276-278.

²²⁸ L'évolutionnisme est également appelé Darwinisme, du nom de son promoteur. « L'origine des espèces », **DARWIN**, 1859.

celui-ci, n'auraient sans doute pas pu développer leurs prétentions « sociobiologisantes »²²⁹. « C'est pourtant de l'évolutionnisme et de la génétique que sortiront les conceptions biologiques de la société les plus affirmées. Et cela, paradoxalement, en raison même de leur manque de réussites techniques propres. [...]. Autrement dit, l'hygiénisme, en tant qu'application de la microbiologie pastoriennne, sera essentiellement technique, et se voudra tel. Sa composante politique sera seconde. Au contraire, les applications des théories génético-darwinistes seront essentiellement politiques, même lorsqu'elles prétendront se référer à la science et à la technique. L'eugénisme et le racisme [...] en sont des exemples »²³⁰. En France, bien qu'il ait existé un courant eugéniste relativement faible (comparativement à la force qu'il a pris dans les pays germaniques), il a cédé la place à une forme un peu plus atténuée ; l'hygiénisme social. Il s'agit d'une combinaison entre le pastorisme, les théories génético-darwinistes, et une vision « lamarckienne » de l'hérédité. Ce canevas idéologique, largement écouté et diffusé dans les hautes sphères politiques est bien évidemment alimenté majoritairement par les médecins et physiologistes de l'époque.

II. 4. Une offre médicale élargie

Le renforcement du statut des médecins à la fin du siècle, concomitant à la réception enthousiaste de leurs idées par des instances dirigeantes qui voient dans ces « experts » les garants d'un certain ordre social, est à la base d'une transformation radicale et en profondeur de la structure même de l'espace médical français. « L'évolution des connaissances scientifiques et la médicalisation de la population engagent des médecins dans la voie des spécialités. [...] L'établissement d'une typologie des maladies va générer des divisions, des segmentations matérialisées par la création de nouvelles spécialités médicales ; on assiste alors à un accroissement progressif du nombre de chaires de cliniques »²³¹. Et cette accentuation de la tendance à la spécialisation s'opère dans un

²²⁹ Le pastorisme et le darwinisme sont exactement contemporains, mais, tandis que le second restait purement spéculatif, le premier s'est, dès le début, accompagné d'applications pratiques dont l'importance et le prestige ont crû au fur et à mesure de son développement.

²³⁰ PICHOT, André. 2000. *Op. Cit.*, p. 34-35.

²³¹ Clinique des maladies mentales (1877), des maladies des enfants (1878), ophtalmologique (1888), des maladies syphilitiques et cutanées (1879), des maladies du système nerveux (1882), obstétricale (1889), des

contexte de croissance démographique de la profession, qui contribue à entretenir cette peur corporatiste constante dans l'histoire de la médecine ; celle de l'encombrement. En 1879, il était possible de lire dans le *Concours médical* : « Près de 18 000 médecins : ce nombre est évidemment bien au-dessus de tous les besoins. De là encombrement dans la profession et situation pénible pour la plupart d'entre nous »²³². De fait, l'augmentation du nombre des médecins, et en particulier l'explosion démographique des spécialistes, comparativement à la croissance beaucoup plus faible de la population du pays « ne peut qu'accentuer la pression concurrentielle sur le marché de la "clientèle payante". [...] L'augmentation du nombre des médecins reste bien plus forte que celle de la clientèle. Tout se passe comme si cette pression favorisait une recomposition de l'offre médicale »²³³. Cette diversification des compétences médicales s'explique en partie par l'uniformisation apportée par la loi de 1892. En effet, « depuis la suppression de l'officiât, le caractère unique et national du diplôme de médecin a fortement contribué à une homogénéisation de ses détenteurs, d'où l'inclination d'une partie de la profession médicale à faire preuve de qualités "extra-ordinaires" »²³⁴. L'inscription sociale des médecins dans le « jeu républicain », doublée de l'expansion démographique du nombre de praticiens, est ainsi à l'origine d'un élargissement très net de l'offre médicale. De nouvelles médications sont découvertes, ou redécouvertes. Les massages, l'hydrothérapie, l'aérophothérapie, la mécano-thérapie ou encore la climatothérapie par exemple, sont autant de thérapeutiques discutées alors dans les cercles scientifiques²³⁵. « L'idée que la médecine a un rôle social à jouer n'était pas étrangère à l'Ancien Régime, les médecins de la Société royale de médecine n'avaient pas manqué d'attirer l'attention sur les conditions de vie misérables dans les campagnes, mais avec la République, cette idée intègre à part entière les principes du gouvernement de la Nation »²³⁶. En devenant sociale, la médecine voit sa

voies urinaires (1890), thérapeutique (1896), clinique gynécologique (1901). **MONET**, Jacques. *Op. Cit.* p. 110.

²³² **VERGEZ**, Bénédicte. *Op. Cit.* p. 158.

²³³ **PINELL**, Patrice. 2005. « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p. 35.

²³⁴ **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **MIERZEJEWSKI**, Stéphan. 2007. « Le recrutement socio-professionnel du personnel enseignant des Instituts Régionaux d'Education Physique (1927-1939) », *Staps* 2007/1, n°75, p. 19.

²³⁵ Dr **DUJARDIN-BEAUMETZ**. 1888. L'Hygiène Thérapeutique. Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérophothérapie, climatothérapie, *Conférences de thérapeutique de l'Hôpital Cochin*, Paris. « Ce qui m'encourage et m'enhardit à publier ces leçons, c'est l'empressement avec lequel le public médical a accueilli mes premières conférences ».

²³⁶ La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique est à ce titre exemplaire. Les maires et les préfets se voient attribuer de nouvelles fonctions de prévention des maladies transmissibles, de salubrité des voies et des bâtiments, etc. Pour une retranscription de la loi, voir **FAURE**, Olivier. 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe Siècles)*, Anthropos-Economica, Paris, p. 251-255.

vocation s'étendre bien au-delà d'un "art de guérir". Elle doit contribuer à l'instauration d'un nouvel ordre fondé sur la raison et s'ajuster à ses exigences. Il lui est demandé d'apporter des réponses chaque fois que des problèmes nécessitant son intervention sont identifiés. La gamme en est très large, qui va de la prophylaxie des "maladies collectives" aux diverses questions que le droit est amené à lui poser, en passant par le recensement des données relatives à l'état de santé des populations. D'où la floraison de structures institutionnelles adaptées aux "traitements" des différentes "demandes sociales" »²³⁷. Les mesures anthropométriques réalisées par des médecins sont à ce titre exemplaires, elles servent par une méthode similaire aussi bien la lutte contre le crime que le dépistage des tuberculeux²³⁸...

L'expansion de l'offre médicale, en lien avec une demande politique forte, marque une avancée sans précédent du processus de *médicalisation de la vie sociale*²³⁹. « La médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical. [La pratique de la circoncision fait ici figure d'exemple]. Elle est le passage en quelques décennies, à la fin du siècle dernier, d'une pratique rituelle d'origine religieuse à une pratique prophylactique à justification médicale. C'est au nom de ses effets thérapeutiques d'abord, de son intérêt préventif ensuite, que la circoncision [...] se généralise. Si l'histoire du chirurgien qui va devenir le zélateur inconditionnel peut sembler anecdotique et circonstancielle, le succès qu'il remporte n'est possible que parce que, d'une part, l'enfance fait l'objet d'une attention croissante de la part des médecins, et que, d'autre part, la répression en matière de sexualité crée un climat favorable à l'imagination médicale. La circoncision trouve à ce moment les conditions sociologiques

²³⁷ PINELL, Patrice. 1992. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Editions Métailié, Paris, p. 31.

²³⁸ Que l'on songe par exemple à la craniologie, discipline par laquelle l'expert tente de repérer dans les indices anatomiques que présente le crâne, les dispositions morales des individus. Cette méthode aura marqué les origines de l'anthropologie criminelle de la fin du 19^{ème} siècle, certains médecins étant alors convaincus de la possibilité de découvrir les déterminants de la criminalité dans les détails physiques d'un individu (la mesure des périmètres crâniens des grands criminels fait alors l'objet d'une attention accrue). KALUSZYNSKI, Martine. 2002. *Op. Cit.*, p. 66-67.

²³⁹ « Désormais, toute déviance est une dégénérescence ; la médecine prend sur ses épaules le lourd fardeau de tous les maux du siècle finissant. A charge pour elle, après avoir posé son diagnostic, de trouver les causes du mal pour pouvoir ensuite indiquer les remèdes ». CAROL, Anne. 1995. *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation (XIXe-XXe siècle)*, Editions du Seuil, Paris, p. 97.

de son développement »²⁴⁰. L'expansion des domaines dans lesquels les médecins parviennent à faire valoir leur expertise et ainsi imposer la légitimité de leur présence dans des espaces qui leur étaient étrangers est alors exponentielle. Ils s'emparent de la définition de pratiques jusqu'alors vierges de toutes préoccupations médicales et y appliquent le joug hippocratique. Toujours dans une optique générale de stabilisation de la République, les médecins doivent lutter contre des fléaux qui touchent bien souvent autant à la morale qu'à la santé, mais qui leur ouvrent la voie d'un pouvoir sans cesse renforcé²⁴¹. La lutte contre la syphilis fait de la sexualité une pratique sociale qui tombe sous l'autorité de leur compétence. La lutte contre le crime, l'alcoolisme, l'hystérie, etc., sont autant de possibilités originales pour les médecins qui, par ces compétences nouvelles, bénéficient de l'élargissement de leur champ d'intervention et de leur audience publique²⁴². Car la médicalisation « est une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle »²⁴³. En effet, « pour que la médicalisation s'accomplisse jusqu'à son terme, il faut [passer] du statut de pratique thérapeutique au statut de norme sociale »²⁴⁴. Pour reprendre un schème Eliasien, il s'agit bien du passage progressif de la contrainte sociale à une forme incorporée d'autodiscipline, par laquelle la santé, enjeu politique de premier ordre, colore également l'ordinaire des conduites individuelles quotidiennes. C'est sans doute là la forme la plus évidente de violence symbolique, que la dépossession totale et décomplexée de la gestion de la santé des individus au profit de la compétence déifiée de l'expert médical²⁴⁵. L'exigence de bonne santé et le devoir de se soigner dans le cas contraire font désormais partie du paysage social, et sont vécues de façon spécifiées dans

²⁴⁰ FASSIN, Didier. 1998. *Op. Cit.*, p. 5.

²⁴¹ « Les dernières années du XIXe siècle constituent [...] un grand tournant. [...] L'accélération des découvertes, encensées par les élites et saluées par les masses, change la nature même du pouvoir médical. [...] La Troisième République, heureuse de célébrer un culte qui ne soit pas une religion, institue des chaires, construit des laboratoires, aménage des salles d'opérations, ouvre des services hospitaliers. Elle reconnaît et consulte les instances que les médecins se donnent. Elle leur emprunte des hygiénistes et des experts pour protéger les mères et les enfants, pour juguler les désordres de la raison et les caprices de la nature, pour détruire des taudis et dépister des tuberculoses ». LEONARD, Jacques. *Op. Cit.* p. 260-261.

²⁴² « En étudiant divers cas de déviance – l'alcoolisme, l'homosexualité, la maladie mentale, les abus à l'encontre des enfants, l'usage de la drogue – Peter Conrad et Joseph W. Schneider montrent comment la désignation de ces pratiques est passée, sur la longue durée, de la condamnation religieuse ou criminelle au registre médical ». ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. *Op. Cit.* p. 37.

²⁴³ Le corps médical n'a pas une puissance propre d'annexion. L'acte d'appropriation n'est possible que lorsque se forme un ensemble de relations sociales inédit. DEFRANCE, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 450.

²⁴⁴ FASSIN, Didier. *Op. Cit.* p. 7.

²⁴⁵ « La médicalisation [...] entraîne le patient potentiel à se comporter en permanence comme un objet dont le médecin a la charge. Il apprend à s'en remettre à son médecin dans la bonne comme dans la mauvaise santé. Il se transforme en patient à vie ». ILLICH, Ivan. 1975. *Op. Cit.*, p. 71.

les expériences individuelles²⁴⁶. Dans cette volonté de contrôle social, elles représentent d'ailleurs un enjeu éducatif prégnant. « La médicalisation de la société a été intimement liée au développement des lois sur la protection sociale ; la “politique à l’égard de la petite enfance”, sous la III^e République, en est un exemple »²⁴⁷. Dans un contexte d'invention et de reconnaissance d'une nouvelle catégorie sociale qu'est l'enfance, et à l'adresse de laquelle la méritocratie de la bourgeoisie dirigeante instaure la généralisation de l'enseignement primaire, l'école apparaît rapidement comme un levier privilégié d'éducation à la santé.

II. 5. Les médecins face au surmenage scolaire

A partir de la fin des années 1880, les médecins font leur entrée dans l'institution scolaire, et cherchent à « intervenir comme éducateurs dans l'école »²⁴⁸. Car, « après les lois scolaires du début de la décennie concernant le primaire et parallèlement aux agitations politiques et aux transformations des mentalités en cours, les débats portant sur les méfaits du système éducatif entrepris au cours des décennies précédentes [...] reprennent avec une grande intensité »²⁴⁹. Et en particulier, la question du surmenage est au cœur des discussions sur l'école. Comme l'explique Alain Corbin, « entre 1870 et 1914, le sujet est à l'ordre du jour ; entre 1880 et la fin du siècle on peut dire qu'il obsède »²⁵⁰. Ainsi, « dès les années 1870, la fatigue constitue un objet majeur de recherche, d'analyse et de débat. Analyser la fatigue en vue de prévenir, c'est, pense-t-on, contribuer à la santé du corps social tout entier. Les débats sur le surmenage entrent dans cette logique »²⁵¹. Ils

²⁴⁶ « Le thème dégénératif scellé sur [la] perspective héréditaire accompagne la mutation de l'hygiène publique du second XIX^e siècle, le tout façonné par un désir affirmé d'encadrement social. Si le travail sur l'Un est censé garantir la sauvegarde de Tous, il ne peut devenir réellement efficace qu'une fois intériorisé. La contrainte doit donc passer les limites de l'intime ». **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 17.

²⁴⁷ **ADAM**, Philippe & **HERZLICH**, Claudine. *Op. Cit.* p. 37.

²⁴⁸ **KALUSZYNSKI**, Martine. 1994. « Identités professionnelles, identités politiques : médecins et juristes face au crime au tournant du XIX^e et du XX^e siècle », *Histoire de la criminologie française*, L'Harmattan, Collection Histoire des sciences humaines, Paris, p. 225.

²⁴⁹ **TRAVAILLOT**, Yves & **TABORY**, Marc. 2002. *Histoire de l'Education Physique, genèse d'une discipline scolaire*, myt², septembre 2002, p. 60.

²⁵⁰ **CORBIN**, Alain. 1995. « La fatigue, le repos et la conquête du temps », *L'avènement des loisirs 1850-1960*, Aubier, p. 284.

²⁵¹ **TRAVAILLOT**, Yves & **TABORY**, Marc. 2002. *Op. Cit.*, p. 61.

constitueront en outre la porte d'entrée à partir de laquelle les médecins feront valoir leur expertise et la légitimité de leur intervention dans le cadre scolaire.

L'entrée des médecins dans l'institution scolaire, morceaux choisis :

« Le 8 mars 1887 sont mis à l'ordre du jour de l'Académie de Médecine les imperfections du système éducatif français et plus particulièrement les méfaits du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les établissements scolaires²⁵².

Voulant alerter l'opinion publique, les médecins souhaitent mener une campagne contre les pédagogues et contre les programmes d'instruction en démontrant la lourdeur des programmes scolaires et des horaires, les difficultés croissantes des examens et concours, et la sédentarité liée aux heures d'étude prolongées. Reprenant les arguments déjà développés au cours de la décennie précédente par un certain nombre d'auteurs, ils signent à partir de cette date de nombreux articles dans la presse nationale et médicale, et adoptent un ton alarmiste. Entre le mois de mai et le mois d'août, une série de séances de l'Académie est consacrée à ce thème. Des enquêtes et des descriptions [...] sont entreprises sur la journée du collégien et sur les effets à long terme du surmenage.

Est ensuite développé un tableau effrayant de l'état sanitaire des écoliers à partir de l'étude de toutes les maladies qu'ils encourent. Le Dr Brouardel constate des retards dans le développement moteur et intellectuel des jeunes subissant la vie austère et refermée des internats. Le Dr Lagneau conclut que l'école prédispose à la myopie, aux déformations vertébrales, aux troubles digestifs, aux lésions dentaires à cause de la position courbée imposée par les heures d'études, de l'insuffisance de lumière ou encore de l'intensité des effets exigés, et va jusqu'à brandir le spectre de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. C'est finalement l'organisation de l'école et le mode de vie qu'elle implique qui sont accusés de nuire à la santé des élèves, ce qui soulève des débats houleux à l'Académie de Médecine et au sein du monde politique.

Il apparaît dès lors urgent, explique le Dr Brouardel, « d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement ». Après plusieurs mois de discussions, le 9 août 1887, l'Académie de Médecine adresse finalement au Ministère de l'Instruction Publique un « rapport révolutionnaire...dont l'importance est primordiale pour toute compréhension de l'histoire du système scolaire français »²⁵³. Trois thèses y sont développées ; [dont celle qui nous intéresse ici, à savoir :] la réduction et la simplification des programmes afin de lutter contre l'encyclopédisme et l'augmentation du temps consacré aux récréations et exercices physiques. [...] Finalement, l'argumentation conclut sur la « nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices

²⁵² Ce mouvement est inauguré par un mémoire et une communication à l'Académie de médecine du Dr **Lagneau** au printemps 1886, intitulée : « Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles ».

²⁵³ Cité dans **ARNAUD**, Pierre. 1998. « Quand les réformes étaient dans l'air...jeux, sports, éducation physique et naissance de l'éclectisme en 1891 », *Spirales*, n°13-14.

quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge »²⁵⁴. Il y a « utilité à faire aux exercices du corps une large part, presque égale au temps d'étude ». [...] « L'extension progressive de la culture intellectuelle a amené, comme contrepartie naturelle, une négligence non moins progressive de la culture physique, et plus on a fatigué les esprits, plus on a laissé s'affaiblir le corps », reprend le Dr Blatin devant la Chambre des députés en 1888. La volonté est de limiter le nombre d'heures de travail intellectuel et d'augmenter le nombre et la durée des exercices physiques.

Ce message fort, énoncé par un corps médical très puissant, incite les pouvoirs publics à trouver des solutions nouvelles. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la mise en place de la commission de réforme de l'enseignement de la gymnastique en 1887 et le choix de son président qui est un scientifique reconnu, le professeur Marey. La voie est ouverte pour une longue période pendant laquelle les médecins prennent une place prédominante dans le champ de l'éducation physique »²⁵⁵.

Ces extraits replacent fort bien le contexte social de l'époque, et nous donnent quelques éléments de compréhension du mode d'accès des médecins sur l'espace scolaire. Positionnement qui prend tout son sens par rapport à l'objet qui nous occupe ici, car les médecins désormais présents dans l'espace scolaire français, forts d'une autorité non démentie directement issue d'un statut social sans cesse renforcé dans les structures sociales occidentales, vont s'inscrire dans des luttes qui dépassent la simple question du surmenage. C'est le cas des divers agents qui nous intéressent, qui ont bénéficié de cette « infiltration médicale » dans l'espace scolaire, pour déplacer, faisant preuve d'un certain *culot social*, la question de la nécessité d'une activité physique pour la santé des enfants et donc à long terme de la nation, à la question de la « meilleure » éducation physique à enseigner²⁵⁶. Autrement dit, cette occupation de l'espace scolaire par le discours sanitaire, a permis à certains médecins d'opérer un glissement des préoccupations liées uniquement à la santé, vers des préoccupations plus pédagogiques. Ainsi, Fernand Lagrange, en 1901, écrit-il : « La conclusion légitime de notre travail, celle à laquelle nous aboutissons, pour ainsi dire, sans la chercher, c'est la nécessité d'une réforme radicale dans nos programmes d'éducation physique. Il ne suffirait pas, ainsi qu'on le croit trop généralement, d'augmenter la durée des exercices : il faudrait en changer la forme et le mode

²⁵⁴ Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 9 août 1887.

²⁵⁵ TRAVAILLOT, Yves & TABORY, Marc. 2002. *Op. Cit.*, p. 61-63.

²⁵⁶ Nous parlons de « culot social » dans la mesure où les médecins concernés ont utilisé l'autorité issue de leur statut social pour s'imposer dans la définition d'un contenu scolaire d'enseignement : l'éducation physique. VIAUD, Baptiste. 2009. « Les "Romanciers anthropologues de la race humaine" : l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la IIIe République », in GUIBERT, Christophe ; LOIRAND, Gildas & SLIMANI, Hassen, *Le sport entre public et privé : frontières et porosités*, L'Harmattan, Collection Sports en Société, p. 23-35.

d'application »²⁵⁷. C'est dans ces conditions que s'est constitué progressivement à partir des années 1890 un espace, présent principalement sur le terrain scolaire, qui regroupe l'ensemble des acteurs en lutte pour l'imposition d'une définition de la « bonne » activité physique.

²⁵⁷ Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1901. *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, Paris, Félix-Alcan.

Encadré Méthodologique n° 1

Socio-histoire d'une compétence médicale

Les travaux utiles

Le domaine des activités physiques et sportives porte historiquement les marques d'un objet déprécié. De nombreux auteurs soulignent, non sans amertume pour certains, cette domination de l'objet sportif dans le champ de la recherche en sciences humaines et sociales. Pour Eugen Weber, « l'étrange suspicion, voire l'antipathie, que les hommes de lettres et de sciences témoignent encore pour la recherche sur les activités physiques, considérées comme des manifestations vulgaires, mériterait une étude en soi »²⁵⁸. Tout se passe en effet comme si engager une réflexion ayant pour objet un phénomène relatif au sport était par essence un projet dévalorisant pour le chercheur, rejoignant par là même cette prénotion largement répandue que corps et esprit ne font pas bon ménage. A l'inverse, s'inscrivant historiquement dans le développement de la sociologie des professions, la médecine aura alimenté de nombreuses discussions pour finalement s'intégrer dans l'illustre thèse proposée par E. Freidson en 1984 et intitulée « La profession médicale »²⁵⁹. Objet « noble », travailler sur la médecine est devenu un projet valorisé et valorisant dans le domaine des sciences sociales. Tout se passe en effet comme si la légitimité acquise et construite historiquement par le corps médical pour les professionnels (reconnus) de la santé, était contagieuse et se transmettait au sociologue qui pénétrait ce milieu. Ces prénotions contrastées qui opposent la « pureté médicale » à la « futilité sportive » permettent au chercheur en sciences sociales qui entend mener des travaux sur les exercices du corps par la focale médicale, d'accroître sa légitimité et de renforcer son audience.

Ainsi est-il sans doute possible d'expliquer l'éclosion récente d'un certain nombre de travaux intéressants le lien entre les activités physiques et la médecine. Nous ne

²⁵⁸ WEBER, Eugen. 1980. *Op. Cit.*, p. 185.

²⁵⁹ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, Payot, Paris.

pouvons faire l'économie d'une brève revue de littérature dans la mesure où les travaux cités ont alimenté la réflexion qui nous anime. De façon simplifiée et caricaturale, il est possible de repérer trois types d'analyses.

1 / Une recherche centrée sur l'EP. La part la plus importante des travaux réalisés dans ce cadre s'attache à comprendre, analyser et décrire une discipline scolaire – l'éducation physique et sportive – qui a été profondément marquée par la « tutelle médicale »²⁶⁰. Interroger les conditions socio-historiques de production d'une médecine de l'activité corporelle permet en effet d'éclairer certaines zones d'ombre dans l'histoire de l'éducation physique. Bien que de nombreuses études aient été menées à ce sujet, force est d'avouer la complexité et les manquements dans les connaissances qui caractérisent la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle. Quel a été le rôle exact des médecins hygiénistes de la fin du XIX^e siècle dans la définition de la bonne activité physique pour la régénérescence de la race française ? Quelle place la Société de Médecine de l'Education Physique et du Sport (SMEPS) a-t-elle tenue dans le développement de l'éducation physique pendant l'entre-deux-guerres ? Quels ont été les effets réels de la médicalisation de l'éducation physique par le contrôle des Instituts Régionaux d'Education Physique (IREP) dans les années 1930 ? Autant de questions que nous pourrions aisément démultiplier, et qui pointent de façon précise divers modes d'entrée dans la « boîte noire » de l'histoire de l'éducation physique. C'est à ce genre de problématiques que répondent actuellement les thèses et travaux publiés sur la médecine de l'activité corporelle. Ainsi, les analyses entreprises par *Serge Fauché*, *Jacques Defrance*, *Jean Saint-Martin* ou encore *Taïeb El Boujjoufi* figurent parmi les contributions incontournables²⁶¹. Toutes centrées sur la première moitié du XX^e siècle, elles portent sur les modalités d'accès de médecins aux profils sociaux spécifiques dans le jeu de l'éducation physique scolaire. Dans ce cadre, la création des IREP à partir de 1927 sous la direction des Facultés de médecine bénéficie d'une attention soutenue. Elle représente le moment historique où la conjonction entre un contenu d'enseignement lié aux activités corporelles et la profession médicale était la plus forte.

²⁶⁰ HUBSCHER, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 30.

²⁶¹ Nous faisons ici l'économie des références, trop nombreuses pour être énumérées dans une note de bas de page. Les travaux évoqués figurent tous dans la partie bibliographique de ce document, sans pour autant qu'ils aient valeur d'exhaustivité.

2 / Une recherche centrée sur le Sport. Des travaux, moins nombreux, interrogent cette fois la médecine de l'exercice corporel dans une perspective de compréhension et d'analyse du sport moderne. En effet, là aussi, les médecins interviennent dans les « affaires » proprement sportives en participant aux luttes pour la définition légitime de la « bonne pratique », et ce à de multiples reprises tout au long du 20^{ème} siècle. La thèse **d'Anne Roger** entreprend ainsi de démêler les influences médicales dans le processus de rationalisation athlétique, et témoigne de leur participation très forte dans la construction d'une hygiène sportive avant la seconde guerre mondiale. De même, les thèses respectives de **Christophe Brissonneau** et de **Loïc Sallé** questionnent la médecine du sport afin d'explorer la réalité socio-historique du « dopage » sportif, prenant acte de l'omniprésence médicale dans ce domaine. Cette fois, il s'agit donc bien de questionner la médecine pour analyser des phénomènes proprement sportifs.

Ces deux volets de recherches, qui s'emparent de l'analyse socio-historique des influences médicales pour comprendre respectivement l'éducation physique scolaire ou le sport moderne, sont développés très majoritairement (et logiquement) par des chercheurs en sciences sociales appartenant au champ des STAPS. Pourtant, il existe un dernier type d'écrits qui compose le paysage de la recherche prenant pour objet la médecine des activités corporelles. Il s'agit de recherches menées par des médecins qui, forts d'une longue pratique et investis d'une volonté de clarification historique ou juridique, prennent la plume et font le récit d'une occupation devenue préoccupation.

3 / Une recherche centrée sur la médecine. Loin des énoncés ubuesques qui font de Rabelais le précurseur des classes sport-études²⁶², ces documents abordent avec le recul et la maîtrise qu'une analyse critique nécessite, l'histoire et l'organisation de cet exercice médical spécifique. Le versant juridique de cette compétence médicale est ainsi largement détaillé dans le travail mené par le **Dr. Harichaux**, alors que les réflexions engagées par le **Dr. Périé** et le **Dr. Berteau** portent respectivement sur l'histoire de la médecine du sport et de la cardiologie du sport. Il s'agit alors de questionnements circonscrits à la sphère médicale, qui entendent informer ou aider les professionnels de santé dans leurs pratiques.

²⁶² COMMANDRE, F. & FORNARIS E. 1997. *Op. Cit.*, p. 256.

Enfin, une recherche semble répondre de façon transverse à chacun des axes développés supra. Il s'agit de l'analyse très complète réalisée par *Francis Charpier* dans son travail de thèse. Ne privilégiant pas un axe particulier, sa démonstration épouse toutes ces problématiques dans leur diversité, et propose une vue globale de la médecine des exercices corporels.

Les archives

La recherche de documents historiques a été guidée par la double occurrence « sport » et « médecine », ainsi que toutes les déclinaisons qu'elle suppose (activités physiques, éducation physique, culture physique, santé, bien-être, etc.). Il est difficile d'évaluer le caractère satisfaisant du nombre d'œuvres retrouvées et utilisées. Mais la question ne se pose pas ainsi. « Concernant un évènement, une situation, une institution, une population, etc., les archives ne sont jamais exhaustives : tout n'a pas été consigné, des documents ont, à coup sûr, été perdus. Ceux que l'on trouve, ou retrouve, ont un statut de *survivants* »²⁶³. Prenant acte de cette difficulté, il faut néanmoins rappeler que la recherche des publications historiques a été largement orientée par les bibliographies propres aux travaux précités, qui, chacun en son temps avait entrepris de compléter et de renouveler le répertoire d'archives antérieurement constitué. Ne dérogeant pas à la règle, l'analyse des archives s'est déroulée selon trois modalités.

Dans un premier temps, nous avons procédé à la lecture méthodique des écrits de neuf médecins et physiologistes ayant pris place dans l'espace de la médecine des activités physiques au cours de la première moitié du XX^e siècle²⁶⁴. Il est évident que ces agents, dont les positions sont différenciées, ne sont pas les seules « places occupées » géographiquement. Pour autant, ces lectures sont un bon analyseur de la structuration spatiale de l'époque dans la mesure où chacun des auteurs prend position en se situant par rapport à d'autres qu'ils citent. Ainsi, à terme, il est possible de reconstruire, sur la base de ces neuf individus, l'ensemble d'un réseau d'inter relations, véritable carte typographique d'un espace en construction, avec son lot de luttes et de rapports de force. Pour mener à bien cette entreprise de compréhension des pratiques discursives constitutives des

²⁶³ **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *50 ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, INSERM, Paris, p. 8.

²⁶⁴ Il s'agit de Fernand Lagrange, George Demeny, Philippe Tissié, Maurice Boigey, Marc Bellin du Coteau, René Loubatié, L. Pierre-Nadal, René Ledent, Louis Dufestel. Les références propres aux auteurs figurent dans la partie bibliographique de ce document.

médecines de l'exercice corporel au début du siècle, les documents mis à disposition dans le Cédérom d'accompagnement de l'ouvrage *d'Yves Travaillot* et de *Marc Tabor* nous ont été d'une grande utilité²⁶⁵. Un tel travail, qui suppose une somme de lecture non négligeable, doit pour ne pas s'enliser se munir d'un cadre méthodologique pertinent. Ainsi, nous avons procédé à la lecture « exploratoire » de quelques uns des écrits disponibles pour nous en imprégner, et en sortir une grille méthodique de lecture. Cette grille était constituée d'un certain nombre de critères, chacun associé à une couleur spécifique, nous permettant d'effectuer des repérages thématiques dans les publications²⁶⁶.

Puis, dans une perspective de (re)lecture et d'analyse des références utilisées dans les travaux déjà effectués, mais également dans une volonté d'exploration de documents oubliés ou délaissés, le besoin d'étendre les recherches s'est vite imposé. Thèses de médecine, revues, actes de congrès et ouvrages intéressants notre objet ont ainsi été consultés parmi les documents regroupés et protégés au sein de la Bibliothèque Nationale de France (BNF). Le patrimoine documentaire exploité s'étend des années 1890 aux années 2000. Là encore, l'enjeu étant d'accéder à une vision *globale* des réalités socio-historiques susceptibles d'expliquer la situation de cet exercice hic et nunc, ce recueil n'a pas la prétention de l'exhaustivité.

Enfin, dans une logique plus intime qui tient au plaisir de posséder le « bel objet », nous nous sommes constitués depuis plusieurs années une petite collection d'archives personnelles. Au-delà de son caractère anecdotique, ce fond restreint construit selon le principe du « hasard de la trouvaille » aura permis de dépoussiérer quelques ouvrages sur lesquels trop peu d'analyses se sont arrêtées. Nous signalerons d'un astérisque ces documents dans la partie bibliographique.

Le catalogue des thèses de médecine dont l'énoncé se rapporte aux activités physiques et sportives

²⁶⁵ TRAVAILLOT, Yves & TABORY, Marc. 2002. *Histoire de l'éducation physique. Genèse d'une discipline scolaire*, myt², 337 pages accompagnées d'un Cédérom.

²⁶⁶ La grille de lecture « discursive » figure dans les annexes méthodologiques de ce document, p. 630.

Nous avons réalisé un lourd travail de centralisation des thèses de médecine dont le titre indique une préoccupation liée aux exercices corporels en France, de 1741, date de la publication historique du travail mené par le docteur Andry de Boisregard sur l'orthopédie, jusqu'à 1994, date à partir de laquelle la consultation des thèses est facilitée par la numérisation. L'enjeu qui a présidé à l'élaboration d'un tel recueil de données consistait en la mise au jour des évolutions de thématiques dans le « monde » de la recherche médicale appliquée à l'éducation physique et aux sports. Très vite, nous nous sommes engagés dans une réflexion méthodologique portant sur la valeur réelle de ces documents. « La thèse : un exemple de recherche ou un exercice conformiste ? [...] Comment faut-il interpréter le bilan des études que représente la thèse : est-ce un réel travail de chercheur ou seulement un rite d'entrée dans la profession ? ». Pour Jean Peneff, l'auteur de ces questionnements, la conclusion est sans appel. « Son contenu scientifique est très variable selon les universités. [...]. Il est admis que ce rite ne juge pas la fin d'études, et encore moins les compétences de chercheur, mais que de telles cérémonies vides font le lien entre la vocation et les engagements déontologiques qu'elles ritualisent [...]. La thèse est-elle donc un simulacre ? Une simple attestation ? Un rite de passage ? Une forme d'apprentissage à la docilité envers la hiérarchie (particulièrement dans les pages de remerciements) ? Prenons un cas moyen. Les vingt premières pages sont consacrées aux remerciements respectueux et à des dédicaces variées, ainsi qu'à la liste des professeurs (actifs et honoraires) de l'université du lieu, avec des formules de déférence qui apparaissent d'un autre âge »²⁶⁷. Si Jean-Louis Gay-Lescot reconnaît également dans son travail sur les thèses de médecine l'écrasante majorité de ces artefacts de recherche, « passage obligé », il évoque malgré tout l'existence, certes restreinte, de thèses qui s'inscrivent dans « des perspectives ou ambitions professionnelles » et de celles qui « entendent marquer leur temps » ouvrant ainsi à leurs auteurs une carrière scientifique dans un domaine médical très précis. Mais finalement, quelle que soit la teneur de l'analyse soutenue, selon qu'elle renvoie par exemple aux « idées personnelles de l'étudiant [ou aux choix] de son "patron" », « les thèses présentent cet avantage d'être en résonance avec leur temps et, par conséquent, de rendre compte, année après année, du mouvement des idées »²⁶⁸. Cela rejoint les conclusions d'un travail mené sur la recherche en médecine générale, qui montre

²⁶⁷ PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 275.

²⁶⁸ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1998. « Education physique, sports et médecine. Les thèses de médecine soutenues en France entre 1893 et 1945 à propos des activités physiques », *Spirales*, n°13-14, p. 214.

que « les thèses dépendent du contexte de formation et [que] les travaux réalisés en sont le produit »²⁶⁹.

Pourtant, « vouloir recenser les thèses de médecine consacrées en France à l'éducation physique et aux sports est une entreprise plus délicate qu'il n'y paraît ». Un véritable travail d'archives, alimenté par la multiplication des sources utilisées, a été nécessaire pour constituer ce répertoire. En effet, la lecture des quelques essais de classement déjà existants, ainsi que des divers articles et ouvrages scientifiques s'intéressant à la médecine et utilisant en bibliographie des thèses soutenues en France, a rapidement éclairé le caractère incomplet et parfois contradictoire de certaines des informations relevées au sein des répertoires de thèses officiels publiés pour la quasi-totalité des années universitaires (confusion dans les dates, titre d'une thèse légèrement différent d'un document à un autre, différences orthographiques dans le nom des auteurs, etc.)²⁷⁰. De plus, à ces approximations s'est rajouté une « difficulté majeure, à savoir le tri des thèses entre elles à la seule lecture, le plus souvent, de leur titre ». Les travaux portant spécifiquement sur les activités physiques et sportives étant mélangées à la totalité des thèses de médecine soutenues chaque année, il nous a été nécessaire de rechercher méticuleusement chacune d'entre elle. Ce qui suppose un travail nécessairement subjectif de sélection, avec les risques élevés que cela comporte. A n'en pas douter, dans ce « choix » des sujets qui « se rapportent aux activités physiques et sportives », d'autres auteurs auraient établi un registre quelque peu différent. Doit-on par exemple considérer que la thèse de M. Barberin, soutenue en 1966, et intitulée : « L'épreuve d'effort chez les angineux, étude électrocardiographique et balistocardiographique », a sa place dans ce registre ? S'il y a bien « activité physique » dans la notion d'épreuve d'effort, le rapprochement avec une médecine des activités physiques et sportives semble ici exagéré tant l'enjeu de cette recherche en est éloigné. De même, la thèse de M. Turban, soutenue en 1979, et intitulée : « Bilan des entorses graves récentes du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne après traitements orthopédique et chirurgical : à propos de 33 cas », n'y a pas été consignée. Son titre n'indique aucun rapport direct avec les activités physiques et sportives, même s'il est évident que ce type de travail est connexe aux

²⁶⁹ LEVASSEUR, Gwénola & SCHWEYER, François-Xavier. 2003. « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, 2003/2, n°15, p. 203.

²⁷⁰ Après des recherches effectuées sur les répertoires de thèses de médecine dans les bibliothèques universitaires des villes de Nantes, Angers et Rennes, nous avons eu confirmation auprès de la direction de la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine de Paris (BIUM) de l'absence de documents officiels pour les années 1979, 1980 et 1982 (pour une raison inconnue).

préoccupations de la traumatologie sportive. Ce travail de réflexion a ainsi été mené pour chacune des thèses de médecine soutenue en France depuis la fin du XIX^e siècle, afin de ne sélectionner que celles dont les préoccupations sont clairement orientées vers une médecine de l'exercice corporel. « Il est [donc] fort probable qu'un petit nombre de thèses n'ont pas été retenues alors qu'elles l'auraient mérité », et inversement que la pertinence de certaines autres a été surestimé. Le nombre de thèses retenu est « cependant suffisamment important pour que, du fait de [la] globalité, [la marge d'erreur soit minime bien que réelle], et ne nuise pas à la conclusion »²⁷¹.

Convaincu de l'avantage que présente un tel recueil dans l'évaluation des intérêts médicaux diversement investis dans l'univers des activités physiques selon les individus et les époques, nous n'avons pas souhaité autonomiser son analyse. Nous convoquerons donc les résultats de son traitement de façon distillée dans le corps de ce travail, au gré des points abordés. Ce répertoire des thèses de médecine liées aux activités physiques a en outre reçu un accueil très favorable parmi les médecins du sport eux-mêmes. Les deux plus importantes sociétés savantes dans ce domaine ont accepté la publication de notre travail et hébergent ce document sur leurs sites internet respectifs. Nous remercions ici leurs présidents, le docteur Pierre Rochcongar pour la Société Française de Médecine du Sport (SFMS) ainsi que le docteur Marc Rozenblat pour la Société Française de Traumatologie du Sport (SFTS). Compte tenu de la taille importante de ce document, et de sa publication sur le net, nous avons fait le choix de ne pas le faire figurer en annexe. Lorsque nous l'utiliserons, nous nous contenterons de citer les adresses url sur lesquelles il est librement téléchargeable.

<http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

<http://www.s-f-t-s.org/les-news/98-theses-de-medecine-et-traumatologie-du-sport-1741-1994.html>

²⁷¹ **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1999. « L'éducation physique, les sports et la médecine. Les thèses de médecine soutenues à Bordeaux entre 1893 et 1945 », in **FAUCHE**, Serge, **CALLEDE**, Jean-Paul, **GAY-LESCOT**, Jean-Louis & **LAPLAGNE**, Jean-Paul, *Sports et identités*, L'Harmattan, Paris, p. 375.

III. Médicalisation des activités physiques. Préparer des « biens portants »

*Le Mouvement est un aliment, il peut se transformer en poison, mais devenir un remède sous la direction du médecin compétent.*²⁷²

*Tout praticien peut, doit se préoccuper d'éducation physique [...] Il est utile, il est même indispensable, que certains s'y spécialisent.*²⁷³

Ainsi « placés » dans un espace social original, divers agents, qu'ils soient médecins ou professeurs en physiologie, ont pris parti dans cette lutte pour la définition de l'éducation physique légitime de la jeunesse. Et, de ce fait, glissant des perspectives sanitaires liées au surmenage des enfants à l'école, ils ont peu à peu imposé la présence du discours médical en tant « qu'autorité de droit » dans l'espace de l'encadrement des activités physiques²⁷⁴. La « magie collective » par laquelle des médecins et des physiologistes ont réussi à s'imposer et s'autoproclamer « experts » d'un domaine qui leur était jusque là étranger – la définition et la direction de l'exercice corporel – tient précisément aux arguments qu'ils convoquent dans ce contexte de *biologisation de la politique* et de *politisation de la biologie*, et qui de fait les placent dans une position dominante dans le débat public qui les oppose à des éducateurs physiques ne bénéficiant alors que d'un statut social très faible et peu visible²⁷⁵. Les leviers de la légitimité de leur placement dans un espace en construction, dans lequel les médecins « voient l'ouverture

²⁷² Dr. **TISSIE**, Philippe. 1919. *L'éducation physique et la race. Santé-Travail-Longévité*, Flammarion, Paris, p. 92.

²⁷³ Dr. **ROCHU-MERY**. 1913. « L'éducation physique et le praticien (Du rôle du Physiothérapeute en éducation physique) », *Congrès International de l'Éducation Physique. Paris, 17-20 mars 1913. Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris, p. 262.

²⁷⁴ Même s'il est entendu que certains médecins se préoccupaient déjà du « bon » exercice corporel à la fin du XVIII^e siècle, ce sont bien les transformations de l'espace des activités physiques et de la médecine opérées à la fin du XIX^e siècle qui donnent toute sa force à cette « pénétration » médicale inédite. **DEFRANCE**, Jacques. 1998. *L'excellence corporelle, la formation des activités physiques et sportives modernes, 1770-1914*, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Cultures Corporelles.

²⁷⁵ « En France, les professeurs de l'enseignement secondaire et les autorités scolaires n'ont pas fermement adhéré au projet d'intégrer l'éducation physique dans l'éducation scolaire [...]. Se détournant de la question, ils laissent les éducateurs physiques végéter dans un statut médiocre, spécialement entre 1870 et 1920. Dans l'éventualité où ces spécialistes de l'exercice corporel seraient formés selon des critères adoptés dans les autres matières, ils viendraient former une catégorie supplémentaire d'enseignants revendiquant une place dans les horaires scolaires, déjà surchargés, et un poids dans les coefficients d'examens, déjà contestés ». **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 458-459.

d'un nouveau secteur d'intervention et une chance de contrôler un groupe en voie de formation »²⁷⁶, sont inscrits dans le contexte social d'une République inquiète qui fonde son optimisme dans les progrès de la science, et renvoient directement aux mécanismes qui viennent d'assurer au corps médical sa toute puissance. Le recours à la physiologie, particulièrement en vogue, dans le cadre d'un redressement de la nation est un projet prioritaire. L'instrumentalisation de l'éducation physique dans cette perspective hygiéniste de régénération de la race est dès lors la bienvenue²⁷⁷.

III. 1. L'éducation physique est affaire de physiologie

L'entrée par la science, et plus particulièrement par la physiologie fut donc la première justification de la nécessité de leur « place » dans le domaine de l'exercice corporel. Tous plus ou moins positivistes, les médecins et à fortiori les physiologistes se réclament de leurs compétences en physiologie de l'homme pour asseoir leurs discours et imposer, par l'autorité d'une science « qui ne se discute pas », le placement désormais conçu comme « naturel » des médecins dans un espace en cours de structuration. Ainsi peut-on constater dans les écrits des agents concernés le recours constant à la physiologie, utilisée d'ailleurs souvent en guise d'introduction pour rappeler et ainsi imposer l'autorité du discours qui suit.

G. Démeny (physiologiste) : Dans l'introduction de son article « De la précision des méthodes d'éducation physique » publié en 1890 dans la *Revue scientifique* n°12²⁷⁸.

« Le but élevé de la science doit être, en définitive, le perfectionnement physique et moral de l'homme. [...] Nous allons d'abord essayer de montrer qu'il est possible de se faire une conception scientifique de

²⁷⁶ DEFRANCE, Jacques. 1998. *Op. Cit.*, p. 459.

²⁷⁷ Là encore, la thérapeutique par le mouvement n'est pas « née » sous la troisième République. Jacques Monet nous rappelle par exemple dans son travail sur la kinésithérapie que la gymnastique était déjà utilisée dans certains hôpitaux au milieu du XIXe siècle pour traiter des déviations vertébrales et autres difformités, ou des maladies telles que la chorée, l'épilepsie et l'hystérie. Mais l'engagement médical dans la gestion et la définition de l'exercice corporel prendra une véritable dimension collective à la fin du siècle, et en particulier cette petite révolution que constitue désormais *la prévention* par les activités physiques. MONET, Jacques. *Op. Cit.* p. 139.

²⁷⁸ G. Démeny réaffirmera le contenu de cet article en 1905, dans une autre publication. DEMENY George. 1905. « Education physique : sur l'évolution de l'éducation physique en France », *revue scientifique*, n°13.

l'éducation physique à l'époque actuelle, nous verrons ensuite que les procédés nouveaux de la physiologie permettent déjà un contrôle très satisfaisant de ses résultats ».

F. Lagrange (physiologiste) : Dans l'introduction de son ouvrage *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens* publié en 1901.

« L'ouvrage que nous présentons aujourd'hui au public, aussi bien que celui qui l'a précédé (« Physiologie des exercices du corps ») et que celui qui le suivra, est conçu dans un esprit critique. [...] L'exercice doit être soumis, dans son application, à des règles rationnelles, à un contrôle scientifique. Et le contrôle de la science ne donne pas toujours raison aux préceptes empiriques qui ont, jusqu'à nos jours, servi de base à l'éducation physique des enfants. Nos conclusions sont déduites tantôt de travaux physiologiques récents, tantôt de documents empruntés aux coutumes des peuples voisins [...] ».

Ph. Tissié (médecin) : Dans son article « Déclaration de principe : l'union par la science » publié en 1910 dans la revue qu'il a lui-même fondée ; la revue *des jeux scolaires et d'hygiène sociale*.

« Vœu : « Dans la pratique des exercices corporels, on recherchera de préférence les moyens dont la valeur [...] aura subi le contrôle expérimental uni à l'analyse scientifique. On s'inspirera d'une méthode fondée sur la connaissance physiologique du corps humain [...] ». Ce vœu doit être accepté de tous. [...] Nous l'avons fait nôtre ».

Mais cette pression sociale, qui vise à faire des médecins et physiologistes des experts de l'éducation physique par la voie de la physiologie, ne jouera pas que sur ce seul argumentaire. Dans le canevas idéologique qui caractérise l'hygiénisme social à la française, l'éducation corporelle se prête parfaitement à la combinaison complexe entre le pastorisme, les théories génético-darwinistes, et une vision « lamarckienne » de l'hérédité. Les médecins présents sur le terrain des activités physiques ont très clairement incorporé ces divers courants qui ont la faveur des instances politiques, et participent à les diffuser par leurs pratiques discursives. S'y mêlent la transmission des caractères acquis, la sélection naturelle ou encore la naturalisation de la société.

La notion d'hérédité, de transmission des caractères acquis :

« L'exercice est avant tout une chose utile. Les services qu'il rend ne s'arrêtent pas à l'individu : ils s'étendent à toute la nation, puisque chaque citoyen est appelé à utiliser ses forces à la défense du pays ; ils ont une portée plus grande encore, puisque le relèvement physique de la

génération actuelle aura pour effet de préparer des générations plus fortes. » (Dr F. Lagrange. 1901)²⁷⁹.

« L'effet bienfaisant de l'éducation ne cesse pas avec nous ; nos descendants héritent de nos qualités physiques ; il faut avoir souci du patrimoine que nous leur laissons ; l'Etat doit pour ces raisons s'occuper de l'éducation de la jeunesse. » (Pr G. Démeny. 1911)²⁸⁰.

« Le devoir de tout homme est d'être un bon producteur, un bon défenseur des siens, un bon procréateur pour ne pas compromettre d'avance le bonheur de ses descendants. » (Dr P. Nadal. 1923)²⁸¹.

La notion de lutte, concurrence, sélection :

« La sélection et le perfectionnement des sujets sains sont à l'ordre du jour. » (Dr M. Boigey. 1917)²⁸².

« La Grande Guerre nous a ouvert de grands horizons, elle nous a fait découvrir un monde nouveau ; seules les races et les nations qui auront la force nécessaire d'y vivre, y vivront, les autres mourront. [...] L'éducation physique rationnelle y aidera puissamment. » (Dr Ph. Tissie. 1922)²⁸³.

« L'individu est en lutte perpétuelle avec les influences malsaines du milieu ; suivant les armes qu'il aura pour les combattre, il sera victorieux, en bonne santé, ou bien vaincu ou malade. » (Pr G. Démeny)²⁸⁴.

La naturalisation de la société, l'homme est un animal²⁸⁵ :

« Nous sommes encore loin de penser à appliquer à nous-mêmes ce puissant agent de perfectionnement que nous imposons à nos animaux domestiques ; nos unions ne sont pas souvent faites en prévision de l'héritage de vigueur et de santé que nous laisserons à nos descendants. La sélection mise de côté, c'est donc à l'exercice et au régime seuls que nous devons avoir recours. » (Pr G. Démeny)²⁸⁶.

« Nous nous sommes occupés curieusement de rendre meilleures les races des animaux ou des plantes ; nous avons cent fois remanié celles des chevaux et des chiens ; nous avons greffé, transplanté, travaillé de mille manières les arbres de nos vergers et les fleurs de nos jardins, mais nous avons totalement négligé la race de l'homme. Ne nous touche-t-elle pas de

²⁷⁹ Dr. LAGRANGE, Fernand. 1901. *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, Paris, Félix-Alcan.

²⁸⁰ DEMENY, Georges. 1911. *Les bases scientifiques de l'éducation physique*, Paris, Alcan.

²⁸¹ Dr. PIERRE-NADAL, L. 1923. « La place de l'activité sportive aux diverses phases de la vie », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19, 25 septembre 1923.

²⁸² Dr. BOIGEY, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

²⁸³ Dr. TISSIE, Philippe. 1922. *L'éducation physique rationnelle*, Paris, Alcan.

²⁸⁴ DEMENY, Georges. 1910. *Education physique des adolescents. Préparation sportive par la méthode synthétique avec l'Art de travailler*, Paris, Alcan.

²⁸⁵ « Bien évidemment, la théologie du XIX^{ème} siècle restait réticente devant la réduction de l'homme à un animal (cette réticence datait du milieu du XVIII^{ème} siècle, lorsque Linné avait intégré l'homme dans sa classification des animaux), et elle préférerait en général s'en tenir à un fixisme créationniste, n'admettant une perfectibilité que pour l'homme, et seulement dans le domaine de l'esprit, pas dans celui du corps. Mais, cela ne concernait qu'elle, la théologie, pas la biologie qui, au XIX^{ème} siècle, ne dépendait plus des dogmes religieux ». PICHOT, André. 2000. *Op. Cit.* p. 138. A l'inverse, les scientifiques sont alors particulièrement attentifs aux recherches britanniques d'orientation eugéniste sur la zootechnie, l'amélioration des espèces par l'entraînement et leur possible application à l'homme ». HUBSCHER, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 31.

²⁸⁶ DEMENY, Georges. 1890. « De la précision des méthodes d'éducation physique », *Revue scientifique*, n°12, 20 septembre 1890.

près ? Est-il moins essentiel d'avoir de beaux chevaux que des hommes vigoureux, des pêches parfumées, ou des chrysanthèmes monstrueux que des citoyens sages et bons ? [...]. Osons, enfin, faire sur nous-mêmes ce que nous avons fait heureusement sur les races d'animaux domestiques ; osons revoir et corriger l'œuvre de la nature. L'entreprise est hardie. Elle mérite tous nos soins. La nature elle-même semble nous l'avoir recommandée. » (Dr.M. Boigey)²⁸⁷.

III. 2. Une éducation physique au service de la race...

Cette vision « scientifiée » de l'ordre social traverse la totalité des discours de ce groupe d'agents, et a pour mot d'ordre le relèvement de la nation, considérée alors comme victime d'une déchéance aussi bien sur le plan militaire que sur le plan sanitaire. Cette véritable « mission de service public » que s'imposent certains médecins et physiologistes passant nécessairement par l'encadrement des activités physiques, en tant que « puissant modificateur hygiénique »²⁸⁸, finit d'asseoir leur légitimité dans l'espace de l'éducation physique. Ces agents s'autoproclament missionnaires d'une quête sanitaire et sociale : « la régénérescence de la race humaine ». Il est d'ailleurs possible de retrouver cette préoccupation de façon constante dans leurs discours, de manière toujours couplée, bien entendu, au moyen par lequel ils entendent mener à bien cette entreprise, l'éducation physique de la jeunesse (et donc à terme de la nation)²⁸⁹. Ce recours à l'hygiène de la nation leur permet, en outre, de se distinguer, par leurs compétences proprement médicales et scientifiques (désormais connues et reconnues dans le domaine de la physiologie humaine), des autres agents présents dans l'espace de l'encadrement de l'exercice corporel. « Concernant ses origines, la médecine de l'éducation physique et du sport se fonde à la fois en rupture avec les exercices physiques médicaux issus de l'antiquité, et sur l'élaboration, pendant le XIX^e siècle, d'une conviction considérant l'éducation physique comme une cause nationale que le médecin a pour devoir de prendre en charge »²⁹⁰. A

²⁸⁷ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

²⁸⁸ Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1901. *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, Paris, Félix-Alcan.

²⁸⁹ Le docteur **PIERRE-NADAL**, qui sera très actif dans le développement et l'organisation d'une médecine de l'éducation physique dans la première moitié du XX^e siècle construit littéralement son intérêt pour l'activité physique à partir de cette préoccupation de la dégénérescence. Sa thèse, soutenue à Bordeaux en 1905, s'intitule « Autour de la dépopulation ». **CHARPIER**, Francis, *Op. Cit.*, p. 124.

²⁹⁰ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 20.

l'exemple du docteur Tissié qui s'évertue depuis la fin du XIX^e siècle à « mettre un terme à la “dégénérescence” de la jeunesse », et « réaliser ainsi une “œuvre d'art et de science en même temps qu'une œuvre pratique et nationale” »²⁹¹.

Dr Ph. Tissié :

« L'éducation physique est une des branches les plus importantes de l'hygiène sociale. [...]. Un homme et un peuple ne valent que par la méthode de production qu'ils s'appliquent. Au point de vue économique, une bonne hygiène sociale doit former des corps solides, souples et sains, par une éducation physique rationnelle, basée sur une méthode sûre d'entraînement. Cette vérité est si évidente que tous les peuples qui veulent vivre et bien vivre en toute force productrice, défensive et offensive, non pas tant dans les choses de la guerre armée que dans les choses de la vie quotidienne, avec les compétitions économiques et la défense contre les agents pathogènes extérieurs, s'adressent aujourd'hui à une méthode d'éducation physique qui développe le corps et forme la volonté. [...]. La race a tout à y gagner. [...]. »

« Le jour où la mère constatera que, grâce à la méthode, son enfant se développe, se fortifie, et devient plus beau, elle aura foi en cette méthode, elle l'appliquera au foyer ; les pédagogues constatant le même fait, l'appliqueront à l'école. C'est ce qui se passe en Suède, où la méthode a donné de tels résultats que, par elle, une race a été régénérée. »

« D'autres pays ont vu, par la Méthode et par les Maîtres instruits, la race, la santé publique et le pouvoir d'expansion économique se développer considérablement. Pourquoi ne pas en faire de même puisque notre race dégénère ? [...] La tuberculose nous enlève annuellement 100 000 existences ; quant à l'alcoolisme, il fait le lit de la tuberculose, et il est le grand pourvoyeur des asiles d'aliénés dont la population augmente de jour en jour. »

Cette volonté affirmée de régénérescence de la race humaine, principe déterminant dans le positionnement des médecins et physiologistes dans l'espace de l'éducation physique, a permis véritablement une main mise du discours médical sur l'exercice corporel²⁹². Ainsi, c'est bien dans cette logique scientifique de régénération qu'il faut comprendre que certains médecins, peu nombreux, se soient imposés dans le domaine de la mise en mouvement des corps, domaine qui était alors étranger aux préoccupations

²⁹¹ SAINT-MARTIN, Jean. 2006. « Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1935) », *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, n°8, <http://rhei.revues.org/document374.html>, p. 10.

²⁹² C'est, par exemple, ce que Ronald Hubscher appelle la « tutelle médicale ». HUBSCHER, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 30.

médicales²⁹³. Les médecins avaient depuis longtemps posé leur regard sur le corps et son fonctionnement et ce en particulier par les progrès de l'anatomie²⁹⁴, mais force est de reconnaître qu'ils étaient absolument étrangers à cette volonté d'éducation des corps par l'éducation physique. Les agents qui se sont sentis investis de cette mission, ont été les instigateurs d'une véritable « invention sociale ». En effet, la régénérescence de la race porte en elle les origines d'une configuration originale, que l'on retrouve d'ailleurs aujourd'hui dans la médecine du sport moderne, à savoir la prise en charge par les médecins *d'individus potentiellement malades*. Cela marque le début d'une préoccupation et d'une prise en charge médicale des *biens portants*²⁹⁵. Et cela ne va pas de soi, loin de là. On assiste à un véritable coup de force de la part d'agents qui vont, par la force tranquille d'un hygiénisme social affirmé, faire glisser les préoccupations médicales « traditionnelles » vers des préoccupations originales dans l'espace médical de l'époque ; il ne s'agit plus seulement de préserver la santé, en *guérissant* des individus malades, mais bien de préserver la santé en *préparant* les individus biens portants. Ces individus étant, dans une société qui dégénère, tous potentiellement malades, névrosés, « déformés »... « On peut donc noter que la santé et ses critères se sont déplacés. La préoccupation ne retient plus seulement le malade : tout un chacun est concerné. Le gymnaste, le sportif, le bien-portant n'en sont pas exempts. Une réelle transformation s'est opérée qui permet à la santé de dépasser ses conceptions antérieures. Elle ne peut plus être considérée comme un état figé à protéger et auquel il faudrait revenir. [L'activité physique] l'inscrit dans une perspective évolutive que repère [Georges] Vigarello pour qui, “jamais la normalité sanitaire n'avait à ce point semblé modulable, perfectible, tendue vers le futur et le progrès”²⁹⁶ »²⁹⁷.

Dr F. Lagrange :

« [...] *Tel est l'effet salutaire de la joie [dans l'activité physique] sur l'homme épuisé ou malade. Voyons à présent son utilité hygiénique chez l'homme en santé.* »²⁹⁸

²⁹³ En effet, ce groupe a exercé une forte pression sociale, non pas par la force du nombre, mais plutôt par celle du statut social élevé dont bénéficiaient ces « hommes de science » à l'époque.

²⁹⁴ Sur cette question, voir par exemple l'ouvrage de **MANDRESSI**, Rafael. 2003. *Le regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident*, Editions du Seuil, Collection L'Univers Historique, Paris.

²⁹⁵ Toute proportion gardée bien évidemment compte tenu du nombre d'individus encore limité qui pouvait avoir recours de façon régulière à la médecine.

²⁹⁶ **VIGARELLO**, Georges. 1999. *Op. Cit.* p. 272.

²⁹⁷ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 57-58.

²⁹⁸ Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1901. *Op. Cit.*

Dr. Rochu-Méry :

« [...] D'où la nécessité du "médecin de sport" qui, outre le contrôle des exercices et de leurs effets, doit avoir pour rôle de soumettre à un examen régulier et méthodique l'individu sain ou considéré comme tel. »²⁹⁹

Dr M. Boigey :

« La sélection et le perfectionnement des sujets sains sont à l'ordre du jour. Nous voulons redevenir une race d'élite au physique autant qu'au moral. »³⁰⁰

III. 3. Un espace occupé

Parfaire et perfectionner l'homme sain, redresser la nation par l'éducation des corps et des consciences, tel est le projet hygiéniste entendu par l'Etat. Là aussi, les partisans d'une régénérescence de la race ont compris que cette « mission de service public » aurait un impact important dès lors qu'elle s'effectuerait sur le terrain scolaire. L'encadrement de l'éducation physique scolaire est donc très vite apparu comme la condition même de leur légitimité dans le domaine de l'exercice corporel. Finalement, l'éducation physique constitue à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle le mode d'entrée dominant pour les agents sociaux engagés dans le processus de médicalisation des activités physiques³⁰¹. La percée des médecins hygiénistes « en éducation physique et en sport avant 1925 est un indice de la faible autonomisation du champ des activités physiques et des sports »³⁰². La visibilité de leur présence dans cet espace s'accroît à mesure qu'augmentent leurs

²⁹⁹ Dr. **ROCHU-MÉRY**. 1913. « Le médecin de sport – Sport et contrôle médical », *Congrès international de l'Éducation Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris, p. 475.

³⁰⁰ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

³⁰¹ C'est bien parce que l'éducation physique est perçue nouvellement comme un puissant instrument au service de l'hygiène que cet espace devient *intéressant* pour des médecins, qui vont alors tenter de prendre le contrôle de ce qui leur apparaît comme un *enjeu* (étant entendu qu'ils ont eux-mêmes contribué à construire cet intérêt). On perçoit ici toute la pertinence de l'avertissement lancé par Jacques Defrance lorsqu'il nuance le concept de médicalisation : « A chaque fois qu'on invoque ce processus et qu'un objet social est médicalisé, ne faudrait-il pas se poser la question : sommes-nous face à un objet qui vaut la peine, du point de vue des médecins, d'être investi ? Y-a-t-il un véritable enjeu pour ce groupe, à ce moment-là ? ». **DEFRANCE**, Jacques. 1998. *Op. Cit.*, p. 449.

³⁰² **DEFRANCE**, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 160.

engagements institutionnels (participation et animation de Congrès, création et direction de Ligues ou de Commissions, production et délivrance d'Enseignements...), et que s'intensifie la production littéraire sur le sujet (Thèses, Manuels, Traités...). « Ils se signalent par une intense activité réflexive sur la question des exercices corporels. Sans compter la publication de livres, du travail éditorial et de l'organisation de nombreuses manifestations auxquels ils se consacrent, pour la plupart. Certains d'entre eux ont, par exemple, opté pour un sujet de thèse relatif à ce domaine. Ils furent, de la même manière, souvent proches des instances de pilotage du sport fédéral, ou présidents de clubs, etc., ou enfin investis dans les institutions chargées de la formation des éducateurs physiques. »³⁰³. « Ils publient de nombreux traités et manuels. Sachant parfaitement jouer du capital symbolique attaché aux capacités, ils s'imposent dans le secteur concurrentiel de la littérature spécialisée comme ils le font dans le domaine institutionnel »³⁰⁴.

Congrès et conférences

« Depuis quelques années, on se préoccupe avec juste raison de l'éducation physique de la jeunesse ; les publications spéciales, les Congrès ont étudié la question sous toutes ses faces »³⁰⁵. Georges Démeny peut effectivement tirer un tel constat en 1920, aux vues de la pugnacité avec laquelle divers agents se sont engagés dans une lutte pour la définition de l'éducation physique, et donc nécessairement de la « bonne » activité corporelle, dès la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e. Les médecins ne sont pas en reste, loin de là, dans ce nouvel espace de discussions et d'inventions. Les *Congrès et Conférences* révèlent l'intérêt que suscite l'éducation physique de la jeunesse, et confirment dans le même temps la position renforcée des médecins dans les débats. Dès 1884, à l'hôpital Cochin, « le docteur Dujardin-Beaumetz [...], hygiéniste chef de file du renouveau de la thérapeutique, médecin des hôpitaux, réactive et renouvelle l'intérêt pour la gymnastique médicale dénommée kinésithérapie »³⁰⁶. Loin de ne s'intéresser à l'activité physique que d'un point de vue curatif, ce médecin disserte également sur « les préceptes de l'entraînement », et expose « les règles de l'entraînement pour les divers exercices du

³⁰³ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 172.

³⁰⁴ **HUBSCHER**, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 32.

³⁰⁵ **DEMENY**, Georges & **SANDOZ**, A. 1920. *Danses Gymnastiques*, Librairie Vuibert, Paris, p. 5.

³⁰⁶ **Dr. DUJARDIN-BEAUMETZ**, G. 1885. *Leçons de clinique thérapeutique*, Octave Doin, Tome 1. Cité dans **MONET**, Jacques. *Op. Cit.* p. 145.

sport, courses à pied et à cheval, steeple-chase, courses à la rame, etc. ». Ces leçons seront publiées suite à « l'empressement avec lequel le public médical a accueilli [ces] conférences »³⁰⁷. L'année 1894 est marquée par la tenue du Congrès national d'éducation physique à Bordeaux, dans lequel le docteur Philippe Tissié s'illustre par ses nombreuses prises de parole. Lui « qui a déjà connu [une] fin de non recevoir en 1893 lorsqu'il réclamait la création d'un cours libre et public d'éducation physique malgré l'avis favorable du doyen de la faculté de médecine de Bordeaux »³⁰⁸, fait ici figure de personnage central et « se joint aux vœux du Congrès [...], qui demande des professeurs de gymnastique sélectionnés parmi les instituteurs, et formés sous la direction d'une école supérieure d'éducation physique »³⁰⁹. C'est également en 1894 que se tient le Congrès de *l'Association Française pour l'Avancement des Sciences* [AFAS]. Plusieurs médecins viennent y exposer leurs conceptions en matière d'exercices physiques, à l'image des docteurs Petit, Tissié et Legendre, qui soulignent leurs dangers potentiels sur la santé et valorisent ainsi la nécessité d'une présence et d'un contrôle médical³¹⁰. Tissié constate alors que « c'est au moment où la fatigue nerveuse est décuplée qu'on cherche un remède dans les exercices du corps. Le remède est excellent ; mais comme tout remède, il peut rapidement devenir poison. Sa posologie reste à faire »³¹¹. Ces communications sont visiblement entendues lors de cette manifestation, dans la mesure où « l'AFAS protesta contre l'abus des entraînements intensifs et émit le vœu que chaque enfant devait bénéficier d'un examen médical pré-sportif »³¹². La tonalité ne sera guère différente une année plus tard, lorsque Gustave Voulquin, à l'occasion du Congrès de l'AFAS de Bordeaux, discute « des dangers que présentent au point de vue physique, moral, patriotique les nouveaux exercices de sport », estimant que « le médecin doit seul juger des

³⁰⁷ Dr. **DUJARDIN-BEAUMETZ**, G. 1888. « L'hygiène thérapeutique. Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie », *Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin (1888-1887)*, Paris.

³⁰⁸ **Anonyme**. 1894. Ligue Girondine d'éducation physique, 2^e Congrès National de l'éducation physique, compte rendu, Imprimerie Gounouilhou, Bordeaux. Cité dans **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste », *Staps* 2006/1, n°71, p. 11.

³⁰⁹ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 457.

³¹⁰ Dr. **PETIT** L-P. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants, et leur cœur en particulier, les exercices de sport dans la convalescence des maladies infectieuses » ; Dr. **TISSIE**, Philippe. 1894. « La psychologie des exercices physiques et leur application au vélocipède » [titre incertain] ; Dr. **LE GENDRE**, Paul. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants les exercices de sport », in *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 118-120.

³¹¹ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1894. « La psychologie des exercices physiques et leur application au vélocipède » [titre incertain], in *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen, p. 235.

³¹² Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 108.

aptitudes de chacun de ces jeunes gens, selon le tempérament, s'il peut autoriser sans danger, au moment critique de la croissance, des exercices toujours plus ou moins violents »³¹³. En juillet 1897, le docteur Philippe Tissié, en sa qualité de Délégué officiel du Ministre de l'Instruction Publique participera au deuxième Congrès olympique présidé par Pierre de Coubertin. Il allait être un des personnages essentiels de ce Congrès du Havre. Ainsi, dès la séance d'ouverture de la manifestation, « Tissié loin de s'en tenir aux "quelques mots" souhaités par Coubertin prononce un long discours » dans lequel il redéfinit le « rôle du Congrès », rappelle l'intérêt d'une éducation physique physiologique en milieu scolaire, et s'enorgueillit du travail qu'il a réalisé dans ce sens à Bordeaux. « Autrement dit, le docteur Tissié allait [...] prendre au Congrès une part extrêmement active [...]. Il participera aux discussions [...]. Il prendra souvent la parole, intervenant lors des débats comme après diverses conférences [...]. Enfin, à l'occasion du banquet de clôture [...], lors des innombrables toasts qu'il était de bon ton de porter, c'est Tissié qui se lèvera pour célébrer la Ville du Havre »³¹⁴. Pour clore un tour d'horizon qui n'a aucune prétention d'exhaustivité, peut-on également évoquer la présence massive de médecins lors du très important Congrès International d'éducation physique de Paris en 1913. « Le Professeur Gilbert, de l'Académie Nationale de Médecine, dirige les débats de la médecine du sport française avec les docteurs Bellin du Coteau, Bergeron, Dufestel, Jeudon, Rosenthal, Tissié, Thooris. Le Professeur Fabre représentait la faculté de médecine de Bordeaux »³¹⁵, bien que « le Professeur Sigalas et Tissié [soient également] présents »³¹⁶. Cette réunion scientifique est l'occasion pour plusieurs médecins et chercheurs d'affirmer leurs conceptions en la matière. Là encore, comme aux Congrès de l'AFAS en 1894 et 1895, l'enjeu sous-jacent pour chacun des intervenants consiste à faire la preuve de la nécessité impérieuse de son rôle dans l'éducation physique. Le docteur Pachon, Professeur de physiologie à Bordeaux, estime que « s'il est quelqu'un qui ait le droit, et peut-être plus encore le devoir, de s'intéresser particulièrement à l'éducation physique, c'est bien le physiologiste »³¹⁷. Les docteurs en médecine Rochu-Méry, Rosenthal et Chauvois

³¹³ **VOULQUIN**, Gustave. 1895. « Des dangers que présentent au point de vue physique, moral, patriotique les nouveaux exercices de sport », in *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Bordeaux, p. 1009.

³¹⁴ **DURRY**, Jean. 1997. « Tissié et Coubertin », in *Coubertin et l'Olympisme : Questions d'avenir. Actes du Congrès du Havre*, 17-20 Septembre 1997, Université du Havre, p. 75-86.

³¹⁵ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.* p. 108.

³¹⁶ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. *Op. Cit.* p. 452.

³¹⁷ Dr. **PACHON**, Victor. 1913. « Education physique et critères dynamiques fonctionnels », in *Congrès International d'Education Physique*. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, CRIS, Lyon, p. 225.

dissenteront à leur tour du rôle du médecin dans l'encadrement de l'exercice corporel, dont la présence raisonnée pourra seule assurer une pratique physique curative et / ou bienfaitrice. Cette volonté *de se faire sa place* explique en grande partie la prégnance dans les discours des thématiques du contrôle et de la surveillance³¹⁸.

Production littéraire

Outre les diverses publications qui feront suite aux nombreux congrès ayant trait à l'éducation physique et aux sports (ouvrages, actes), certains médecins et physiologistes engagés dans cet espace s'inscrivent dans une importante production littéraire. Si des auteurs tels que Philippe Tissier et Georges Démeny font preuve d'une infatigable force d'écriture³¹⁹, de nombreux autres acteurs vont participer à l'imposition d'un regard médicalisé dans ce secteur concurrentiel de la littérature spécialisée. Par le biais d'articles ou d'ouvrages généraux, ils contribuent en effet à la diffusion de la légitimité médicale dans la sphère de l'exercice corporel. Il ne s'agit pas ici d'établir une revue de littérature précise, mais simplement d'éclairer l'augmentation significative d'écrits dans lesquels la médecine s'empare de l'activité physique. Il n'est sans doute pas neutre de constater qu'un médecin, le docteur Laurent, puisse publier en 1906 un « Précis d'éducation physique moderne »³²⁰. Ou que le docteur Barret soit en mesure de proposer, en 1913, les « Conseils du docteur sportif »³²¹. Pour autant, en ce début de XX^e siècle, il ne faut pas surévaluer l'impact réel de ces manuscrits. S'ils attestent d'une prise de position originale, ils ne donnent que peu d'indications sur les modalités de réception de ce placement médical singulier. La faiblesse de parution d'articles médicaux en lien avec la pratique physique dans des revues de médecine connues et reconnues semble par exemple indiquer au contraire un probable désintérêt du corps médical face à cette invention. Quelques articles paraissent dans des bulletins tels que le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, ou dans des revues telles que *Paris médical*, la *Presse médicale*, mais sans réel caractère

³¹⁸ Les titres des communications de ces médecins sont particulièrement évocateurs. Dr. **ROCHU-MERY**. 1913. « Le médecin de sport – Sport et contrôle médical » ; Dr. **ROSENTHAL**, Georges. 1913. « Sélection médicale avant le sport, surveillance médicale pendant le sport, contrôle médical après le sport, formule de l'accord nécessaire des médecins et des hommes de sport » ; Dr. **CHAUVOIS**. 1913. « Du rôle du médecin de l'éducation physique de l'enfant et comment l'y préparer », in *Congrès international de l'Éducation Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris.

³¹⁹ Pour un aperçu de leurs œuvres majeures dans ce domaine, voir par exemple : **SENNERS**, Patrick. 1999. *L'EPS : son histoire, sa genèse*, Edition Vigot, Paris, p. 16-21.

³²⁰ Dr. **LAURENT**, Emile. 1906. *Précis d'éducation physique moderne*, Vigot frères éditeurs, Paris.

³²¹ Dr. **BARRET**. Sans date (vers 1913). *Conseils du docteur sportif*, Editions Nilsson, Paris.

d'automaticité. La presse sportive ne sera d'ailleurs guère plus accueillante. Philippe Tissié, « devenu médecin officiel du Véloce-Club Bordelais, [...] va donner à compter de juillet 1887 dans le “*Véloce-Sport*” organe de presse dirigé par Maurice Lanneluc-Sanson, une série de chroniques qui, regroupées, formeront la matière d'un volume ; “l'hygiène du vélocipédiste” publié au seuil de l'été 1888 »³²². Mais encore une fois, cette initiative fait figure d'exception. C'est sans doute une des raisons pour laquelle ce même docteur Tissié prend l'initiative en 1890 de lancer sa propre *Revue des jeux scolaires* (qui deviendra par la suite *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*), dont il sera le rédacteur presque exclusif jusqu'à son décès à Pau le 29 mai 1935. Il n'aura alors cessé d'utiliser cet organe de presse comme un véritable instrument de propagande œuvrant pour une éducation physique scolaire placée sous le contrôle des médecins. S'il est donc nécessaire de nuancer très largement l'écho effectif que cette intense activité réflexive autour de l'exercice corporel peut avoir dans l'espace social français de l'époque, et a fortiori dans le champ médical, force est de constater l'augmentation significative du nombre de thèses de médecine soutenues devant les Universités françaises dont l'énoncé témoigne d'une préoccupation liée aux activités physiques et sportives. Une fois dépassé le questionnement méthodologique de la valeur qu'il convient d'attribuer à ces travaux spécifiques (**Voir encadré méthodologique n°1, p. 148**), reste le constat d'une croissance exponentielle du nombre de futurs médecins qui traitent des activités physiques et sportives dans ce travail hautement symbolique qui clôt des études longues et coûteuses. Du début du XIX^e siècle jusqu'à la fin du Second Empire (1870), il est possible de dénombrer 14 thèses médicales en lien avec l'exercice corporel. A partir de la Troisième République, et plus spécifiquement dans les années 1890, plusieurs thèses de ce type peuvent être soutenues chaque année. Ainsi, ce seront respectivement 17 thèses puis 42 qui seront défendues, des années 1870 à 1900 puis de 1901 à 1914 (soit le dépôt de 59 thèses sur la période étudiée)³²³.

Enseignements et manuels scolaires

S'investir dans la formation des éducateurs physiques représente un enjeu d'une importance capitale pour ceux qui ambitionnent de s'imposer dans le domaine de l'activité physique et ainsi de diffuser ses vues en la matière. Là encore, certains médecins et

³²² DURRY, Jean. 1997. *Op. Cit.*, p. 76.

³²³ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

physiologistes font office de précurseurs. Georges Démeny fonde ainsi en 1880 avec Emile Corra le Cercle de Gymnastique Rationnelle qui publiera un bulletin d'éducation physique destiné à rendre compte des avancées scientifiques dans le domaine. « [Il] crée cette institution avec l'appui de Marcel de Heredia, conseiller de Paris. Il s'intéresse à l'anatomie mécanique des mouvements du corps humain et à la façon dont on peut améliorer ce dernier par la gymnastique ou l'éducation physique »³²⁴. Ses liens avec la sphère politique représentent d'incalculables soutiens, et lui confèrent une autorité qui ne cesse de se renforcer à la fin du XIX^e siècle. Ainsi, en 1888, il « est nommé rapporteur de la Commission de réforme de la gymnastique, présidée par [Etienne-Jules] Marey et dépendante du Ministère de l'Instruction Publique »³²⁵. Sa place dans les débats sur l'éducation physique scolaire est désormais acquise, et légitime une mission en Suède dès 1890 pour observer le système éducatif dont on parle alors beaucoup³²⁶. Un an à peine après son retour, il participe activement à la rédaction du *Manuel de gymnastique et jeux scolaires*. En 1900, il est nommé secrétaire général de la Commission internationale de l'éducation physique. « Il établit le principe de la fiche physiologique et de l'examen périodique en vue du sport »³²⁷. Poursuivant son action en faveur des exercices du corps, il « va œuvrer pour créer [en 1903] le “Cours Supérieur de l'Université”, préparant des instituteurs et institutrices au “certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique”. Il réalise ainsi l'un de ses rêves, depuis longtemps échafaudé, permettant de mettre en pratique son “Plan d'un enseignement supérieur d'éducation physique” ; rapport qu'il avait rédigé, dès 1899, à l'adresse de l'Instruction Publique »³²⁸. « A l'exception de Georges Démeny, son fondateur, tous les directeurs successifs du Cours Supérieur de l'Université sont des médecins (Jean Philippe, Jean-Paul Langlois, André Latarjet) »³²⁹. En 1904, preuve en actes de son ascension dans les cercles de l'Instruction Publique, « il est nommé, au titre de ce même Ministère, membre de la “Commission interministérielle” chargée de l'unification des méthodes de gymnastique à l'école, à l'armée et dans les Sociétés de

³²⁴ MONET, Jacques. *Op. Cit.* p. 149.

³²⁵ SENERS, Patrick. 1999. *Op. Cit.*, p. 21.

³²⁶ La *gymnastique suédoise* de Ling est tenue pour responsable de la « bonne santé » de la race nordique, et commence à partir des années 1880 à faire parler d'elle en France. Certains y voient la remplaçante toute désignée d'une *gymnastique amorosienne* à laquelle on reproche de n'avoir pas su endiguer la défaite française face à la Prusse, et d'être incapable de participer au redressement de la nation française.

³²⁷ Dr. PERIE, Henri. 2007. *Op. Cit.* p. 108.

³²⁸ POCIELLO, Christian. 2004. « Du mécanisme à l'éducation des mouvements, ou comment se forme une discipline scientifique et scolaire (1880-1920) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 83.

³²⁹ EL BOUJOUFI, Taïeb. 2004. *Op. Cit.* p. 172.

gymnastique. Le capitaine Converset, nommé secrétaire-rapporteur de la Commission ne peut pas ne pas s'inspirer de ses remarques dans le *Manuel d'exercices physiques et de jeux scolaire* qui sera publié par la suite. Enfin, [...] en 1909, Ferdinand Buisson l'appellera pour définir ce qu'est la "gymnastique", comme discipline scolaire, dans la deuxième édition du Dictionnaire pédagogique et d'instruction, qui sera publié en 1911 »³³⁰. Son influence est donc notoire dans le champ de l'éducation physique scolaire. Il y apposera sa marque grâce au crédit que lui accordent son statut d'homme de sciences et sa consécration ministérielle. Pour Christian Pociello, son action en ce domaine fut telle que « le corps des enseignants d'éducation physique lui doit en grande partie d'exister »³³¹.

Mais cette activité de développement et d'organisation d'une éducation physique scolaire scientifique et médicale, ne doit pas être attribuée à la seule détermination du physiologiste du Parc des princes. Le docteur Tissié, décidément omniprésent dans les questions qui intéressent l'exercice corporel, va lui aussi s'engager dans un projet d'encadrement scolaire de la jeunesse par le travail gymnique. « Il a [très vite] été attentif à la reconstruction d'une jeunesse saine et vigoureuse. Fidèle aux idéaux républicains, il n'envisage pas de reconstruction nationale sans un enseignement obligatoire de l'éducation physique à l'école »³³². Il s'emploie ainsi dès 1890 à organiser et développer les lendits dans le Sud-Ouest de la France. Grandes manifestations qui regroupent plusieurs établissements scolaires, le premier lendit officiel de Bordeaux a lieu les 11 et 12 mai 1890 avec l'appui substantiel du Recteur d'académie, Monsieur Ouvré. Le docteur Tissié devient rapidement incontournable dans le paysage de la Gironde, « et assume avec conviction à partir de 1891 la mission d'inspecteur permanent de la gymnastique dans les établissements de l'Académie que lui confie le Recteur Couat successeur d'Ouvré »³³³. En 1896, il devient inspecteur des exercices physiques dans les lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux. Puis, en 1898, son intense activité bordelaise est consacrée à l'échelle nationale, puisqu'il se voit chargé (lui aussi) par le ministère de l'Instruction Publique d'une mission en Suède. Il développera une admiration sans failles pour la méthode de gymnastique qui y a cours, et se fera le défenseur inconditionnel des préceptes

³³⁰ **POCIELLO**, Christian. 2004. *Op. Cit.* p. 83.

³³¹ **POCIELLO**, Christian. 1981. « Georges Demenÿ », in **ARNAUD**, Pierre, *Le corps en mouvement*, Privat, Toulouse.

³³² **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. « Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1935) », *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, n°8, <http://rhei.revues.org/document374.html>, p. 2.

³³³ **DURRY**, Jean. 1997. *Op. Cit.*, p. 78.

de Ling. Il aura l'occasion de diffuser sa pensée dans la pratique, lors des nombreux « enseignements d'éducation physique qu'il dispense à l'école normale d'institutrices de Pau entre 1903 et 1913 »³³⁴.

« *Gouvernance athlétique* »

Mais l'occupation médicale de l'espace des activités physiques et sportives dévoile sa véritable nature dans la participation significative de médecins dans la création et le développement des grandes organisations de masse qui gouvernent les cultures corporelles au plan de la nation. 1888 est à ce titre une année particulièrement féconde. Paschal Grousset crée le 14 octobre la Ligue Nationale de l'Éducation Physique (LNEP), dont il devient le secrétaire général, et organise à Paris le premier Lendit en mai 1889. Dans une optique de « Renaissance physique » de la jeunesse française (du titre de l'un de ses ouvrages publié en 1888), « l'urgence et l'importance assignées à cette tâche par ceux qui faisaient l'opinion et étaient à la tête des affaires françaises peut se mesurer à la longue liste des notabilités qui adhèrent à la Ligue »³³⁵. « Sur fond de crise boulangiste, [Paschal Grousset] loue la valeur des anciens jeux français pour contrarier l'expansionnisme des Anglais qui s'étend, par les sports, jusqu'en France »³³⁶. Certains médecins y figurent, et sont des membres influents de l'organisation. « Marcellin Berthelot, membre de l'Académie de médecine, ancien ministre de l'Instruction Publique [une des gloires de la République], veille aux destinées de la Ligue nationale d'éducation physique, secondé par le médecin Georges Clémenceau »³³⁷. Cette même année, également en octobre, Philippe Tissié crée la Ligue Girondine d'éducation physique (LGEP). Proche du modèle de la LNEP, le charismatique médecin bordelais entend conserver les rênes de son organisation et œuvre pour donner à ses actions un large écho³³⁸. « Définitivement instituée le 19 décembre 1888, le positionnement que lui impose Tissié la rend tout aussi anglophobe mais moins politique et plus médicale. Ses préoccupations fondamentales, qu'il traduit en termes de finalités pour l'éducation physique, sont triples : développer la santé, améliorer

³³⁴ SAINT-MARTIN, Jean. 2006. *Op. Cit.* p. 2.

³³⁵ HOLT, Richard. 1980. *Op. Cit.*, p. 257.

³³⁶ CHARPIER, Francis. 2004. *Aux origines de la médecine du sport*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Lyon 1, p. 41.

³³⁷ HUBSCHER, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 32.

³³⁸ « La [LGEP] qui a voulu conserver son entière autonomie puise à toutes les sources afin d'atteindre rapidement le but qu'elle s'est proposé ». DURRY, Jean. 1997. *Op. Cit.*, p. 76.

la race et servir la patrie »³³⁹. Mais au-delà des organismes qui cherchent à favoriser la diffusion des activités physiques dans le domaine scolaire, dans un contexte de concurrence entre les gymnastiques et les sports anglais, englué dans des idéologies diverses (politiques, confessionnelles...), la bataille pour l'encadrement physique de la jeunesse fait également rage dans la société civile. Il est possible de trouver des médecins dans chaque « camp », militant chacun pour la mise en mouvement des corps qu'il juge légitime, ce qui témoigne de la nullité d'une position médicale unifiée en matière d'éducation corporelle. Fondée le 28 septembre 1873 par Eugène Paz, l'Union des Sociétés de Gymnastique de France (USGF) connaît rapidement un franc succès³⁴⁰. Elle compte 250 clubs affiliés dès 1875, pour 1100 en 1914. Le 12 avril 1903, sous la présidence de Charles Cazalet [président de l'Union de 1896 à 1931], l'USGF est reconnue d'utilité publique³⁴¹. C'est d'ailleurs cette même année que l'organisation gymnique apporte un soutien considérable dans la création du Cours Supérieur de l'Université, confié dans un premier temps à Georges Demeny, puis à plusieurs médecins³⁴². En outre, le docteur Lachaud est un membre actif de l'Union et se fait le défenseur convaincu de cette gymnastique spécifique. Face à cette réussite populaire³⁴³, les partisans des sports athlétiques d'inspiration britannique ne se font guère attendre pour trouver des moyens de valoriser les pratiques qui possèdent, selon eux bien sûr, une valeur éducative supérieure à toutes les autres formes d'activités, au premier rang desquelles les gymnastiques. Le Comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation, dont l'un des objectifs est de développer les sports athlétiques, est fondé en 1888 par Jules Simon et Pierre de Coubertin. Dès cette première année de fonctionnement, 7 médecins siègent dans le Comité³⁴⁴. En 1889, l'Union des Sociétés Françaises de Course s'ouvre à de nouveaux sports et devient l'Union des Sociétés Françaises de Sports Athlétiques (USFSA). 7 clubs affiliés en 1890, leur nombre passera à 350 en 1903, pour atteindre 1700 en 1913. A l'heure où l'activité

³³⁹ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 41.

³⁴⁰ **PAPIN**, Bruno. 2000. *Sociologie d'une vocation sportive. Conversion et reconversion des gymnastes de haut niveau*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, p. 21.

³⁴¹ Pour une biographie très complète de ce notable, voir : **CALLEDE**, Jean-Paul. 1999. « Une "figure bordelaise" : Charles Cazalet (1858-1933). Eléments pour une biographie », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, p. 84.

³⁴² **SIMONET**, Pierre. 1998. *L'INSEP, de la gymnastique joinvillaise aux sports contemporains*, Gérard Klopp, Nancy, p. 204.

³⁴³ Ce n'est pas tant le nombre encore limité de gymnastes qui explique sa diffusion rapide dans le paysage social, que la façon dont elle s'est donnée à voir dans la rue par le biais de ces grandes manifestations publiques que représentaient les fêtes gymniques. **CHAMBAT**, Pierre. 1987. « La gymnastique, sport de la République ? », *Esprit*, n° 125, p. 22-35.

³⁴⁴ **HUBSCHER**, Ronald. 1992. *Op. Cit.*, p. 32.

physique ne peut se penser que dans une perspective de redressement de la nation par une éducation corporelle qui sera morale autant que politique, l'USFSA se dote logiquement d'une Commission d'Hygiène. 8 médecins la composent selon la formule suivante : « Président : Mr. le Professeur Brouardel, doyen de la faculté de médecine, membre de l'institut. Secrétaire : M. le Dr Henry Fresson. Membres : MM. le Dr R. Blache ; le Dr Javal, de l'Académie de Médecine ; le Dr Lagneau, de l'Académie de Médecine ; le Dr Fernand Lagrange, lauréat de l'institut ; le Dr Thorel ; le Dr de Pezzer ». Cette réunion d'hommes de science aura pour mission l'écriture d'un *Manuel d'hygiène athlétique à l'usage des lycéens et des jeunes gens des associations athlétiques*, qui sera publié en 1895. L'avant-propos de cet ouvrage nous éclaire sur les conditions de sa production. « Sur la demande de M. le directeur de l'enseignement secondaire, la commission d'hygiène a, en premier lieu, rédigé ce Manuel dont le besoin se faisait de plus en plus sentir en présence du mouvement irrésistible qui emporte la jeunesse française vers les sports et les exercices de plein air ». Plus loin, Pierre de Coubertin, alors Secrétaire Général de l'Union, nous apprend : « C'est un manuel pour les forts, les vigoureux. On a cherché à faire œuvre masculine et non pas à amollir »³⁴⁵. Il ne faut pas sous-estimer la « pénétration » médicale dans le domaine des sports anglais, comme si leurs actions et leurs influences se limitaient aux portes de l'école. Dans une visée de « conversion sportive des jeunes gens », le Manuel de sport intitulé *Sports Athlétiques* et paru en 1905 témoigne très largement de la force du discours médical. L'auteur, rédacteur au journal *l'Auto*, bien que n'étant pas médecin relaie la nécessité de la présence médicale auprès des « sportifs ». Ainsi, dès les premiers paragraphes de l'introduction, il explique : « Le corps humain n'est-il pas la plus merveilleuse machine et comme toute machine ne s'use-t-il pas moins rapidement par le travail que dans l'inaction ? mais comment le faire travailler, quels efforts lui demander, quels soins d'entretien lui donner ? Un médecin seul pourra après un sérieux examen donner une indication salubre, aussi la direction des exercices physiques devrait être exercée non par des littérateurs, des négociants, des rentiers, mais exclusivement par des médecins aptes à étudier les modifications nécessaires à leur application physiologique, psychologique et pédagogique »³⁴⁶. Weber n'hésitera pas à citer dans son ouvrage les travaux des docteurs Tissier et Lagrange. D'autres indices de la percée médicale dans le

³⁴⁵ **Anonyme**. 1895. *Manuel d'hygiène athlétique à l'usage des lycéens et des jeunes gens des associations athlétiques*, Commission d'Hygiène de l'USFSA, Félix Alcan Editeur, Paris.

³⁴⁶ Le redressement de la nation par l'activité physique, ici entendu par les sports anglais, est un argument de nouveau avancé et fait office de *discours obligé*. « C'est un devoir social que de perfectionner le corps humain, de réparer le travail destructif des fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, alcoolisme ». **WEBER**, E. 1905. *Sports Athlétiques*, Garnier Frères, Libraires-Editeurs, Paris, p. 1-3.

domaine des sports modernes sont mobilisables. Leroy, en 1913, évoque par exemple « la crainte des représentants des sociétés sportives devant “l’ingérence du monde médical” »³⁴⁷. Effectivement, il semble que des médecins aient réussi à investir les terrains sportifs, dans les mots comme dans les actes. « A l’aube de la première Guerre Mondiale, la prise en compte de la performance [sportive] implique un changement des critères d’appréciation du geste. On estime qu’un coureur qui cherche trop à paraître est porté à prendre des attitudes artificielles et inefficaces. [...]. Au contraire, son geste doit être à la fois puissant et économique. Dans ce but, on s’efforce de le rendre plus ample et plus souple. Pour avoir le pas le plus long et le plus facile, [le Dr.] Thooris conseille de ne pas plier le genou avant que le pied ne touche terre »³⁴⁸. Le docteur Hervoche émet pour sa part le souhait de « voir se généraliser sur les terrains d’entraînement cette coutume d’examiner le cœur des jeunes athlètes après une course ou une épreuve athlétique quelconque comme [il l’a] vu faire aux docteurs Lassalle et Aumont sur le terrain du Bordeaux-Etudiants-Club ». Constat immédiatement nuancé par ce même auteur qui regrette que « dans la pratique, cette surveillance médicale ne puisse être ni très rigoureuse ni très complète [...] » et qui imagine par sa fréquentation régulière de clubs une solution pour y remédier. Il sait qu’il « existe parmi les membres honoraires ou actifs de la plupart de nos groupes sportifs français des docteurs en médecine qui se feront une distraction et un devoir de surveiller les exercices physiques de leurs jeunes camarades »³⁴⁹.

Face à cette double menace laïque que constituent l’USGF et l’USFSA, qui cristallise les craintes d’une Eglise soucieuse de voir sa jeunesse rejoindre les rangs d’organisations idéologiques encouragées par le pouvoir politique anticlérical, certains catholiques auront l’idée d’utiliser au sein de leurs patronages les fameuses activités sportives qui pratiquées ailleurs n’auraient pas manqué de crever leurs effectifs. Très vite, les activités se diversifient. « A la gymnastique, privilégiée au départ, s’ajoutent les sports, et en particulier le football, dont la revue *Le Patronage* publie en 1896 les règles du jeu »³⁵⁰. La nécessité de rivaliser dans le domaine sportif, de façon à exciter l’émulation

³⁴⁷ LEROY, G. 1913. *Education physique et gymnastique*, Lafitte et Cie, Paris. Cité dans FAUCHE, Serge & ORTHOUS, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 18.

³⁴⁸ Dr. THOORIS. 1913. *La vie au grand air*. Cité dans BRUANT, Gérard. 1992. *Anthropologie du geste sportif. La construction sociale de la course à pied*, Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d’aujourd’hui, Paris, p. 192-193.

³⁴⁹ Dr. HERVOCHE, Charles. 1911. *Contribution à l’étude physiologique de quelques sports nouveaux. Nécessité de la surveillance par le médecin*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux, p. 82-85. Cité dans CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.* p. 144 ; 151.

³⁵⁰ TRANVOUEZ, Yvon. 2006. *Op. Cit.*, p. 172.

dans les patronages et élever la qualité des performances, conduit à la volonté d'organiser des concours qui dameront le pion à ceux de l'USGF et de l'USFSA. C'est un chirurgien, le docteur Paul Michaux, « chaud partisan de l'hygiénisme et des corps redressés », qui va s'imposer de manière charismatique de ce point de vue. Le succès des patronages catholiques tient en grande partie « à l'habileté clairvoyante du Dr. Michaux et de ses émules qui, très rapidement, pour maintenir un recrutement ouvert, envisagent de ne pas marginaliser l'activité sportive par rapport à la gymnastique »³⁵¹. Le sport anglais acquiert sa légitimité en répondant de nouveau à la préoccupation générale de la dégénérescence de la race ; le directeur du patronage rouennais des Philippins rappelle ainsi que le Christ « n'a jamais demandé à ses disciples d'être des rabougrés ou des rachitiques ». Ainsi, « à la suite du discours-doctrine prononcé par le docteur Michaux lors de la seconde Journée des patronages en 1897, est décidée la création d'une commission d'organisation de concours interpatronages. Animée par le Dr. Michaux, elle doit organiser le premier concours de gymnastique des patronages qui se déroule dans la banlieue parisienne en juillet 1898 [...]. Les sports, football association en tête, prennent le relais : des rencontres sont organisées en 1901. [...]. Le Dr. Michaux, l'un des plus chauds partisans d'une Union nationale, parvient avec l'aide de directeurs de patronages de province à triompher des tendances individualistes, régionalistes [...]. En 1903, il peut officiellement annoncer la création de la Fédération gymnastique et sportive des patronages de France [FGSPF, dont il assume la présidence]. Son attraction est très forte, et en quelques années les effectifs se multiplient : quelque 200 sociétés et 10 000 adhérents en 1903 [...] ; 1505 en 1913 groupant 150 000 jeunes affiliés à 42 Unions régionales »³⁵².

Enfin, pour clore cette description simplifiée du maillage médical de l'espace des activités physiques et sportives, il semble difficile de ne pas s'arrêter quelques instants sur ce qui devait être la première institution française réservée à l'élite des sports athlétiques :

³⁵¹ « Faire de la gymnastique, de la boxe, de la canne, des exercices militaires n'est pas mauvais ; ce qui est mauvais, c'est de faire ces exercices le dimanche à l'heure des offices, de détourner ainsi de la messe et de l'église les membres de ces sociétés [...] ». Dr. **MICHAUX**, Paul. 1891. « Gymnastique et exercices militaires », Bulletin de la Commission des Patronages, 1(1891)3, p. 22. Cité dans **MUNOZ**, Laurence. 2001. « Le sport catholique en France au début du 20^{ème} siècle », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p. 65.

³⁵² **HUBSCHER**, Ronald. 1992. « Le sport dans le filet des idéologies », in Ronald **Hubscher** (dir.), *L'Histoire en mouvements. Le sport dans la société française (XIXe – XXe siècle)*, Armand Colin, Paris, p. 115-118.

Pour une description plus précise des tensions entre l'Eglise et l'Etat en matière d'éducation physique, voir également : **ARNAUD**, Pierre. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in Pierre **Arnaud** (dir.), *Les athlètes de la République. Sport et idéologie républicaine (1870-1914)*, Privat, Paris, p. 205-221.

le Collège d'athlètes de Reims. « Les Jeux Olympique de Stockholm en 1912 révélèrent à la France et aux français que désormais chaque grande nation devait avoir des sportifs de haut niveau et que ceux-ci étaient tenus de briller dans les rencontres internationales. Ils s'en aperçurent brutalement car les résultats de la 5^{ème} Olympiade ne classaient la France qu'au 6^{ème} rang et que, même la star nationale de l'athlétisme, Jean Bouin, avait été battue. [...]. Le bilan était facilement dressé : sans argent, sans structure donc sans élite, la France essuyait un échec »³⁵³. Le journaliste Georges Rozet, accompagné de plusieurs autres, redoute l'incapacité des champions français à relever le défi des Jeux de Berlin en 1916. Dans les colonnes du journal *L'Opinion*, il pose le problème en ces termes : « considérant que désormais la valeur sportive d'une nation s'ajoutera, d'une façon qui n'est point négligeable, à ses prestiges, à sa valeur sociale proprement dite, doit-on désirer la création, en France, d'une véritable élite du muscle dans une sorte de collège d'athlétisme ? »³⁵⁴. Henri Desgrange, directeur du journal *L'Auto*, est formel à ce sujet. Il déclare ainsi : « Créons des spécialistes et ne craignons pas qu'on nous reproche jamais sérieusement de faire de la spécialisation ». Cette question de la formation des champions divise très largement le corps médical engagé dans les discussions sur les activités physiques et sportives. Si certains s'y opposent farouchement, tel que le docteur Philippe Tissié, le « Ling français » acquis à la cause d'une gymnastique modérée, d'autres s'y engagent pleinement. Le journal *L'Opinion* accueille ainsi des commentaires de médecins dont les positions pro-sportives sont très clairement exposées. Le Dr. C. Colbert, membre actif du Bordeaux-Etudiants-Club, avoue sa timidité à l'égard d'une spécialisation sportive mais se résout à la création d'une institution pour former une élite, bien que cela pose la question des moyens financiers. « Cette idée de phénomène me répugne. Et cependant, je sens qu'elle est nécessaire et qu'elle doit être examinée. Il faut, en effet, de ces êtres qui par leurs exploits retentissants frappent la masse, sèment la graine de l'ambition dans le cœur des jeunes gens. Faudra-t-il réunir ces athlètes en un collège d'athlétisme, sous les ordres d'un entraîneur, sous le contrôle de médecins ? C'est la seule solution si nous voulons paraître aux prochains Jeux Olympiques. Le jour où nous pourrons, comme les Américains, dépenser 700 000 francs pour les Jeux Olympiques, le drapeau tricolore flottera un peu plus souvent sur le Stadium ». L'argumentation est différente mais la conviction est identique pour le Dr. Boucard, directeur de la *Renaissance Physique*. Il

³⁵³ **LEBECQ**, Pierre. 1989. « Le collège d'athlètes de Reims », in G. **Andrieu** (dir.), *L'éducation physique et le sport en France de 1913 à 1936 et les influences étrangères*, Centre de recherche en STAPS, Nanterre, p.6.

³⁵⁴ « L'avenir de l'athlétisme en France », *L'Opinion*, 10 août 1912, p. 161-162. Cité dans **LEBECQ**, Pierre. 1989. *Op. Cit.*, p. 6.

explique très simplement : « De même que nous envoyons aux expositions, des modèles admirablement finis et travaillés, de même devons-nous envoyer aux Jeux Olympiques des athlètes exceptionnels, des modèles musculaires. [...]. Le recordman est un homme qui dépasse la juste mesure. Et il faut, pour que tout le monde se convertisse au sport, qu'il y ait de tels ascètes ». Enfin, le Dr. Olivier, alors membre de l'équipe de France d'escrime et médaillé d'or aux Jeux de Londres en 1908, ne prend pas la peine de discuter de la sélection d'une élite tant elle lui semble naturelle, et en appelle directement à la responsabilité des instances dirigeantes. « Certainement, nous pouvons rivaliser avec les athlètes des autres nations mais qui veut la fin, veut les moyens : si les Pouvoirs Publics ne veulent pas comprendre leur devoir, nous aurons à Berlin les mêmes résultats qu'à Stockholm »³⁵⁵.

Pourtant, malgré l'engouement que ces engagements traduisent en faveur de la fabrication raisonnée de champions, l'institut qui se profile à mesure que le temps s'écoule diffère assez nettement des idéaux sportifs des premières heures. Dans un contexte général où les activités physiques sont désormais marquées du sceau de l'hygiénisme et du redressement de la race, la figure montante est un homme déjà bien connu dans le milieu de la mise en mouvement des corps : Georges Hébert. De façon spectaculaire, sa réputation ne cesse de se renforcer, et sa participation particulièrement remarquée au Congrès International d'EP à Paris en 1913 le révélera définitivement au grand public. Il est très vite pressenti comme directeur pour le futur collège³⁵⁶. En lieu et place des docteurs sportifs, ce sont alors des médecins acquis à la cause de l'Hébertisme et de sa méthode naturelle qui soutiennent le projet tel qu'il se définit nouvellement. Le Dr. G. Weiss, professeur à la faculté de médecine et membre du comité chargé de l'exécution du projet, rejoint les convictions du Lieutenant de Vaisseau, et s'oppose à l'idée de former des spécialistes de concours. La méthode naturelle vise le développement complet de l'athlète, selon la définition qu'en donne un autre émule, le Dr. Francis Heckel, pour qui « l'athlète, c'est l'homme normal ». Le collège ouvre le 12 avril 1913, sous une pluie d'éloges. Hébert, nommé directeur et responsable de l'enseignement, a su s'entourer de plusieurs médecins pour encadrer les pensionnaires rémois. Les Dr. Didier et Heckel s'essaient à la

³⁵⁵ « Préparons la revanche de Stockholm – Il faut créer un collège d'athlètes », *L'Opinion*, 17 août 1912, p. 194-197. « Enquêtes et voyages – Préparons la revanche de Stockholm », *L'Opinion*, 24 août 1912, p. 241. Cité dans **LEBECQ**, Pierre. 1989. *Op. Cit.*, p. 7.

³⁵⁶ Ce phagocytage de la formation d'une élite sportive par la méthode naturelle qui vise un développement complet est un témoin supplémentaire de la très faible autonomie dont dispose à l'époque le champ sportif.

formation de l'homme complet selon la méthode naturelle³⁵⁷. « Le souci des fondateurs du Collège d'Athlètes a toujours été d'avoir avec eux la science médicale et les médecins. Ils ont compris que le médecin étant appelé à donner son avis aux familles et aux dirigeants pédagogues, militaires, etc., cet avis avait un grand poids, voilà pourquoi les "Naturistes" ont pénétré si fortement un coin qui s'enfonçait toujours davantage sous les coups répétés et assourdissants d'une réclame outrancière et encombrante, dans le Congrès de l'Education physique tenu à la Faculté de Médecine de Paris et organisé par des médecins »³⁵⁸. Effectivement, cette critique acérée du Dr. Philippe Tissie à l'égard d'une éducation physique qui concurrence sa gymnastique suédoise, renvoie à une réalité visible. Hébert s'attire ainsi la sympathie de nombreux médecins par son génie de la démonstration. Il valorise en effet avec brio son œuvre par la mise en scène de son éducation physique lors de manifestations diverses. Ses leçons d'éducation physique au Congrès de Paris en 1913 vont persuader un certain nombre de médecins de la qualité de cette méthode naturelle. Le très célèbre chirurgien français, Just Lucas-Championnière, amateur de bicyclette convaincu de la valeur de la vélocipédie sur le plan thérapeutique, est ainsi séduit par cette méthode qui, « à la différence des méthodes modernes de gymnastique ou de culture physique, participe des qualités des sports. La lutte est son élément fondamental, lutte contre la montre, lutte contre le voisin, lutte pour obtenir le pointage »³⁵⁹. De même, véritable opération de séduction, Hébert va convier un groupe de 250 médecins à venir visiter le Collège de Reims le 19 octobre 1913. Si certains resteront méfiants à l'égard de ce qu'ils perçoivent comme une théâtralisation de bienfaits évoqués et montrés mais jamais démontrés, à l'image du Dr. Mesnard, d'autres au contraire en sortiront convaincus³⁶⁰. Les docteurs Glénard, Henrot et Colaneri, lors de publications ou de communications, saluent ainsi cette initiative « si bien adaptée au génie de notre race, si

³⁵⁷ Non sans mal selon le Docteur Wauquier, cité par Philippe Tissie. « Le docteur Heckel, médecin du Collège d'Athlètes, ne se met jamais nu quoi qu'il soit très partisan du bain d'air... pour les autres. [...] Il fait diminuer l'intensité de la leçon en voyant le degré de surentraînement des moniteurs à qui il fait donner du repos. [...] Le docteur Didier autorise des moniteurs qui toussaient beaucoup, éprouvés par le froid, à donner la leçon revêtus d'un chandail ou d'un peignoir ». Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. « L'homme nu. La Méthode Naturelle et le Collège d'Athlètes de Reims. Critique physiologique, pédagogique et médicale », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1 – 2 – 3, mars 1914.

³⁵⁸ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. *Op. Cit.*

³⁵⁹ Dr. **LUCAS-CHAMPIONNIERE**, Just. 1913. « Les Méthodes de Gymnastique. A propos du récent Congrès d'Education physique », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 25 octobre 1913. Cité dans Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. *Op. Cit.*

³⁶⁰ Le docteur **Mesnard** explique ainsi : « On nous fit admirer en particulier un jeune rachitique... en nous assurant qu'il s'était déjà beaucoup redressé... Le fait n'a rien qui puisse étonner car on voit de ces redressements se produire chez les enfants qui ne suivent aucune méthode gymnastique et qu'on place tout simplement dans de bonnes conditions hygiéniques ». Cité dans Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. *Op. Cit.*

nationale en un mot »³⁶¹. De plus, par affinités idéologiques, Georges Hébert entretient des relations privilégiées avec des médecins qui bénéficient d'une large reconnaissance à l'époque. « Le docteur Paul Carton, prophète de la médecine naturopathe, est un allié bien connu de l'éducateur physique »³⁶². « Hébert est proche de Carton parce que ce dernier juge très tôt que la méthode Naturelle est la meilleure, l'adopte, et lui fait une réelle propagande. Le rapprochement des deux hommes est net en 1917, lorsque Carton publie *La Cure de soleil et d'exercice* : il parle de "refaire une race saine et forte", et combine ses propositions avec celles d'Hébert »³⁶³. Finalement, pour clore sur ce chapitre rémois de l'histoire des activités physiques en France, force est de constater que l'écho dont bénéficie Hébert auprès de la population mène le Collège à l'échec et sa propre personne au succès. « Le Collège, peu fréquenté, incapable de former un seul athlète spécialiste et violemment critiqué par le milieu sportif et [par certains médecins], après un an à peine de fonctionnement, ne semble pas suivre la trajectoire de son directeur »³⁶⁴.

III. 4. Des médecins engagés dans de violents rapports de force

La reconstitution nécessairement approximative de l'espace des placements médicaux en matière d'éducation physique et de sport à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle éclaire la multiplicité des points de vue à partir desquels s'organisent les principes de vision et de division du monde social. Tous rompus aux choses de l'hygiène et à la nécessité d'un redressement de la race et de la nation sous le contrôle de la physiologie, les appartenances idéologiques des médecins, auxquelles sont associés le choix et la défense d'exercices corporels spécifiques, révèlent de profondes incompatibilités de positions. « Les techniques d'exercice corporel ne sont en effet pas seulement "un objet de savoir" désintéressé. Elles sont un lieu de ressources pouvant participer au façonnage "d'identités

³⁶¹ Dr. GLENARD, Roger. « Le Collège d'Athlètes de Reims », *Paris Médical*, 1^{er} Novembre 1913. Cité dans Dr. TISSIE, Philippe. 1914. *Op. Cit.*

³⁶² EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 120.

³⁶³ DEFANCE, Jacques. 1993. « La signification culturelle de l'hébertisme. Etude de sociologie de la culture des années 20 et 30 », *STAPS*, n°31, p. 53.

³⁶⁴ LEBECQ, Pierre. 1989. *Op. Cit.*, p. 12.

professionnelles” concurrentes »³⁶⁵. La constitution d’un « groupement médico-sportif » unifié est alors impossible. Perméables aux jeux et enjeux des espaces sociaux dans lesquels ils s’expriment (médical, sportif, scolaire...), les médecins épousent et renforcent les luttes et les confusions qui y ont cours. « Les premiers groupements en faveur d’une diffusion des exercices corporels, créés à la fin du XIX^e siècle dans la mouvance hygiéniste, sont encore *indifférenciés*, mêlant médecins, pédagogues, et politiques »³⁶⁶. Malgré un projet commun qui reste en toile de fond des interventions des médecins – apporter la preuve de la nécessité de l’homme de l’Art dans tout ce qui touche aux activités corporelles – il n’y a donc pas d’homogénéité sur « le jeu à jouer » pour servir l’intérêt collectif d’un groupe, sans rogner sur les divergences individuelles de chacun. Pris dans les filets de champs sociaux en pleine mutation, les médecins des activités physiques se rallient aux guerres de clochers auxquelles leurs dispositions les rendent sensibles. Quel qu’il soit, un champ reste « un microcosme social, partiellement autonome par rapport aux nécessités du macrocosme dans lequel il est englobé. C’est, en un sens, un monde social comme les autres, [...] il connaît des rapports de force et des luttes d’intérêt, des coalitions et des monopoles, et même des impérialismes et des nationalismes »³⁶⁷. Dans un contexte de séparation de l’Eglise et de l’Etat, de massification de l’enseignement scolaire, de concurrences entre diverses cultures corporelles et d’élargissement de l’offre médicale, les lignes de tension sont nombreuses. La variété des appartenances institutionnelles rend impossible l’émergence d’un front corporatiste partagé, et oppose, dans des perspectives de distinction et de démonstration de soi, le « médecin gymnaste » au « médecin sportif », mais également les « médecins gymnastes » entre eux, selon que leurs orientations sont « suédoises », « françaises », ou « naturelles ». A une époque où la définition de la « bonne » éducation physique reste à construire³⁶⁸, et où le champ des activités sportives n’a qu’une autonomie relative face aux problématiques scolaires, les partisans des cultures corporelles présentes sur le territoire national vont se livrer une concurrence farouche. Les médecins et les physiologistes, pris au jeu, ne manqueront pas de s’engager dans de violents rapports de force.

³⁶⁵ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 22.

³⁶⁶ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 107.

³⁶⁷ **BOURDIEU**, Pierre. 1995. « La cause de la science », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°106-107, p. 3.

³⁶⁸ En 1914, le docteur Henri Aimé déclare que l’éducation physique se compose de la *gymnastique*, des *sports* et même des *travaux manuels*. Dr. **AIME**, Henri. 1914. « Ce qui différencie l’éducation physique des adolescents et l’éducation physique des adolescentes », *Paris Médical*, n°28, 13 Juin 1914. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 103.

Le Ling Bordelais face à l'éclectique de Joinville

Personnages charismatiques, très engagés dans la volonté d'encadrer et de développer l'exercice physique à l'adresse de la population française, Georges Demenÿ et Philippe Tissié, un temps en accord sur les bienfaits de la méthode d'éducation physique appliquée en Suède, vont rapidement s'opposer publiquement. Le divorce a été consommé dès lors que Demenÿ s'est engagé dans la voie de l'éclectisme. Considérant la gymnastique de Ling trop statique, il développe une gymnastique du mouvement basée sur la réalisation d'un geste *complet, continu et arrondi*. « La violente controverse qui va opposer Tissié à Demenÿ à propos de la gymnastique suédoise sera à l'origine de cette période de l'histoire connue sous le nom de “Guerre des Méthodes” »³⁶⁹. Cette question de la « bonne » méthode devient obsession et noircit très largement les publications de l'époque³⁷⁰. Le docteur Fernand Lagrange explique ainsi dès 1901 : « Nous ne croyons pas que toutes les méthodes de gymnastique soient bonnes, et qu'il suffise, pour faire une œuvre utile, de recommander sur tous les tons ce puissant modificateur hygiénique qui s'appelle l'exercice du corps »³⁷¹. Tissié et Demenÿ seront d'accord sur ce point. « On ignore trop en France la lutte vive engagée autour de la question de *méthode* en éducation physique. Cette question est vitale pour notre race, car seule la méthode peut mettre de l'ordre où, depuis un siècle, il n'y a que désordre »³⁷². « Les écoles et les systèmes se disputent la direction de l'éducation physique et font valoir leur supériorité en dissimulant tout naturellement leurs imperfections. Cette lutte s'aigrit et dégénère parfois en discussions personnelles où l'intérêt a plus de part que le désir d'être utile à la jeunesse »³⁷³. Les extraits suivants sont à ce titre exemplaires...

³⁶⁹ **LECOQC**, Gilles & **POCIELLO**, Christian. 2004. « Maladies de la volonté... et “voyageurs infatigables”... Ou comment Philippe Tissié s'intéresse à l'articulation du “psychologique” et du “physique” (1885-1887) », In **POCIELLO**, Christian (Dir.). *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés, p. 120.

³⁷⁰ L'énoncé de la thèse soutenue en 1911 par le docteur Duval à *Bordeaux* est particulièrement révélateur de cette opposition. Dr. **DUVAL**, A. 1911. *Méthodes de culture physique. Principes suédois et critique systématique de l'École française avec étude sur les agrès*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

³⁷¹ Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1901. *Op. Cit.*

³⁷² Dr. **TISSIE**, Philippe. 1909. « Pour la France ! Pour la race. L'œuvre de Joinville », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°7-8-9.

³⁷³ **DEMENÿ**, Georges & **SANDOZ**, A. 1920. *Op. Cit.*, p. 5.

Pr. G. Démeny (1905) :

« Il a paru dans cette revue [in la Revue scientifique] depuis quelques années de nombreux articles sur l'évolution de l'éducation physique qui tendent à démontrer, par de longues considérations et des critiques plus ou moins fondées, que cette évolution doit finalement aboutir à l'acceptation d'un système tout fait venant de la Suède. M. le Dr Tissié auteur de ces articles, part d'un principe absolu : il détient seul la vérité avec les Suédois, et tout ce qui ne sera pas puisé à leur source doit être rejeté. Ainsi posée la question apparaît immédiatement comme un sophisme de belle venue ; elle a cependant le mérite d'être carrée, la réponse sera ainsi plus simple et plus facile à faire. J'ai toujours évité les disputes d'écoles, elles sont stériles et pleines d'animosité, divisent les travailleurs et aigrissent les esprits, mais cependant on ne peut laisser passer, sans les examiner, les arguments tendancieux qu'on nous oppose et pouvant se résumer, si l'on en dégage les appréciations de sentiment qu'elles renferment en ces quelques mots : "Ce que nous faisons est bon parce que c'est bon ou parce que c'est nous qui le faisons". On nous permettra de rappeler que 20 ans avant M. Tissié, nous avons combattu l'empirisme et cherché à introduire la méthode expérimentale dans l'éducation. [...]. « "Sacrifier à l'éclectisme [Méthode d'éducation physique développée par G. Démeny], dit M. Tissié, serait commettre une trahison envers la patrie". Voilà de bien gros mots. Mais passons, on nous saura gré de ne pas imposer à nos enfants un système d'éducation incomplet, mal approprié à leur caractère et qui, s'il était adopté, à la lettre et exclusivement, ruinerait l'éducation physique en France. La solution du problème n'est pas dans toutes ces exagérations, nous sommes sur un terrain d'entente, l'éclectisme, qui donne satisfaction à nos besoins et laisse toujours la porte ouverte au progrès, unissons nos efforts ; assez de discussions, il faut agir ». Etc.³⁷⁴

Dr. Ph. Tissié (1907) :

« Il y a donc quelque chose à faire en France en éducation physique. Les dirigeants actuels de la gymnastique l'avaient compris, au Congrès international de l'Éducation physique, tenu à Paris en 1900, à l'occasion de l'exposition universelle. Mais au lieu d'accepter sincèrement et loyalement la méthode de gymnastique suédoise de Ling, reconnue la plus rationnelle et la meilleure par ce Congrès, ils ont manœuvré de façon à faire dévier la question et à donner une entorse à la vérité suédoise en faveur de l'erreur de la gymnastique allemande d'Amoros. Depuis 1900, nous n'avons cessé de protester au nom de la santé publique, nous n'avons pas été écouté. On nous a tour à tour combattu ou isolé. Nous gênions trop par notre indépendance scientifique même. L'erreur a donné le jour à la méthode "éclectique" [développée par G. Démeny] à laquelle nous devons le Règlement militaire sur l'Instruction de la gymnastique du 22 Octobre 1902. En 1900, tout était à faire, depuis 1902 tout est à refaire. Nous avons ainsi gaspillé beaucoup de temps et d'argent. La seule fête fédérale de Bordeaux, en 1905, a coûté 80000 fr. ! et le Cours supérieur d'éducation

³⁷⁴ DEMENY, Georges. 1905. « Education physique. Sur l'évolution de l'éducation physique en France », *Revue scientifique*, n° 13-14, 23 et 30 septembre 1905.

physique [dirigé par G. Démeny] dont j'ai dit également les erreurs nous aura coûté 50000 fr. en Août prochain pour des résultats insignifiants ». Etc.³⁷⁵

L'USGF, qui reçoit la caution médicale du Docteur Lachaud, ne manque pas de subir les foudres du Ling français ulcéré par la méthode gymnique professée, ainsi que par le soutien que l'Union apporte à Georges Demeny lors de la création du Cours Supérieur d'éducation physique. Philippe Tissie reproche ouvertement au docteur Lachaud de vouloir éclipser la méthode suédoise, et d'y substituer ce qu'il considère de façon péjorative comme de dangereuses *acrobaties*³⁷⁶. « L'école empirique, ou "réactionnaire" : celle de la gymnastique aux agrès ; ce n'est pas de la gymnastique, c'est du *sport aérien à poids lourd* ; cette école où l'acrobatie domine est défendue par M. le Dr. Lachaud et par M. Cazalet, président de l'Union des Sociétés de gymnastique de France ». « M. le Dr. Lachaud [a été nommé] rapporteur de *l'Education physique* devant la Commission parlementaire. A première vue, le projet de M. Lachaud diffère très peu du projet du gouvernement, mais en y regardant de plus près, on constate que la création des cinq écoles régionales et surtout celle de l'Institut civil n'a d'autre but que de faire échec à l'enseignement rationnel donné à l'Ecole de Joinville, c'est-à-dire à la méthode de gymnastique suédoise appliquée à cette école depuis que M. Coste en prit le commandement de 1905 à 1907. C'est un mouvement tournant de l'Union des Sociétés de gymnastique de France contre l'Ecole de Joinville, c'est-à-dire contre la méthode de gymnastique suédoise [...] »³⁷⁷.

Le Bordelais habillé face aux Rémois dévêtus

« Lors de la campagne menée par *L'Opinion* [en faveur de la création du Collège d'Athlètes de Reims] et au-delà de celle-ci, les défenseurs de la naturelle n'avaient pas oublié, ni épargné les méthodes qui faisaient loi auparavant et notamment la Suédoise pratiquée à cette époque à Joinville. Face au succès personnel d'Hébert, à l'enthousiasme populaire pour sa méthode et à la consécration de celle-ci au Congrès de Paris, il ne fallait

³⁷⁵ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1907. « Coups de ciseaux », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°3, Mars 1907.

³⁷⁶ Dans le paysage des activités corporelles à la fin du XVIII^e et au cours du XIX^e siècle, l'acrobatie, entreprise éminemment populaire, était constitutive d'un usage pensé illégitime du corps. A l'image du funambulisme, la notion d'acrobatie était donc empreinte de représentations négatives. **DEFRANCE**, Jacques. 1976. « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12.

³⁷⁷ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1909. *Op. Cit.*

pas s'attendre à ce que le Dr. Tissié se tut. Il orchestra une réaction habile et s'appliqua à démonter la méthode naturelle tout autant que la réalité de la vie au collège »³⁷⁸. Arguant du fait que « l'athlète complet ne peut à lui seul régénérer la race »³⁷⁹, il s'évertue là encore à apporter la preuve de sa seule clairvoyance en matière d'éducation physique. Les traces écrites de ces conflits de vues adoucissent à peine la violence des tensions proprement médicales. A coup d'arguments dont la scientificité n'est pas toujours assurée, les attaques sont d'autant plus rudes qu'elles sont nominales. Tissié n'épargne aucun des médecins qui participent ou simplement saluent la méthode naturelle et l'œuvre du collège d'athlètes. Les pratiques des docteurs Heckel et Didier sont décriées, voire parfois ridiculisées, les propos des docteurs Lucas-Championnière, Glénard, Henrot, ou Colaneri, qui tous ont relayé dans diverses publications leur sympathie pour l'œuvre d'Hébert, sont montés au pilori.

Dr. P. Tissié (1914) :

« Tout est nuance dans la direction du Moteur humain ; ceux-là seuls qui ignorent, le violentent, le brutalisent et le détraquent en lui imposant dogmatiquement un travail trop intense par des procédés empiriques, tels les entraîneurs, athlètes, docteurs en médecine ou autres pour lesquels la question physique se résume dans la recherche de la Santé par la Force, alors que ceux qui savent vraiment, recherchent la Force par la Santé. La première formule impose la brutalité dans les moyens ; c'est le Voe Victis ! La deuxième impose la mesure. Elle aborde la question par le commencement alors que la première l'aborde par la fin. Aucune comparaison ne peut donc exister entre la "Méthode naturelle" qui applique la première formule et la "Méthode Suédoise" qui applique la deuxième. »

« Aucune comparaison ne peut donc être établie entre la méthode de Ling ni aucune des méthodes actuelles en éducation physique : acrobatie, athlétique, naturelle, éclectique, etc. Les sauvages ignorent cette différence, d'où leur "méthode naturelle", mais nous sommes en France, en pays civilisé, nous demandons à nos confrères de juger la question physique en docteurs en médecine et non en marabouts. »³⁸⁰

« M. le Dr Henrot et M. Hébert se prévalent de la santé qui se manifeste chez les enfants de la Charité, dans leurs joues rendues plus roses par les exercices de plein air. Les jardiniers qui délient leurs salades, aux feuilles intérieures blanchies à dessein par le manque d'air pour les rendre plus tendres, agissent de même. La chlorophylle verdit les feuilles aérées ; le sang des enfants de la Charité a été rougi par l'hémoglobine mieux

³⁷⁸ LEBECQ, Pierre. 1989. *Op. Cit.*, p. 10.

³⁷⁹ Dr. TISSIE, Philippe. 1914. « L'homme nu. La Méthode Naturelle et le Collège d'Athlètes de Reims. Critique physiologique, pédagogique et médicale », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1 – 2 – 3, mars 1914.

³⁸⁰ Dr. TISSIE, Philippe. 1914. *Op. Cit.*

oxygénée au grand air. En culture physique, nous avons de mauvais jardiniers. Ceux que nous possédons, à l'heure actuelle, ont besoin de passer par une bonne Ferme-Ecole. »³⁸¹

Médecin Gymnaste, Médecin Sportif

Dès la fin du XIX^e siècle en France, les sports athlétiques sont auscultés, autopsiés, par des médecins soucieux d'en saisir les bienfaits ou au contraire les dangers, et de dégager dans les deux cas l'intérêt qu'ils peuvent avoir pour la race et pour eux-mêmes. Les ambivalences, les contradictions, les oppositions vont très vite colorer les positions médicales en la matière. Le développement sans précédent de la vélocipédie à partir des années 1890, marquée par sa médiatisation croissante et les premières grandes compétitions³⁸², explique sans doute l'insistance avec laquelle le regard médical se penche alors sur la bicyclette. « Or, quel visage le cycliste offre-t-il à l'observateur au terme de grandes courses ou de records vélocipédiques ? Celui d'un homme perclus de fatigue, les traits tirés, la face cyanosée, bref le masque de la "fièvre du surmenage", pour reprendre l'expression du docteur Galtier-Boissière : des signes "qui simulent ceux de la fièvre typhoïde et présentent l'issue la plus grave". P. Tissie, très sensible aux problèmes psychologiques liés à l'exercice physique, démontre alors expérimentalement, chez les athlètes conduits aux dernières limites de la fatigue, l'apparition de troubles psychiques qu'on retrouve à l'état pathologique dans la folie, l'hystérie, la neurasthénie, la dégénérescence, l'instabilité mentale. [...]. Ces observations permettent-elles de conclure qu'à la différence d'autres pratiques corporelles, la bicyclette ait été alors exclue des thérapies de l'esprit ? Non, car [certains] médecins la recommandent par exemple aux neurasthéniques dont le cerveau est "déprimé" : par l'activation fonctionnelle qu'il génère, le pédalage augmente les apports nutritifs et donc l'énergie des cellules cérébrales. En outre, par l'effort demandé, il développe la volonté dont le neurasthénique est privé »³⁸³. Si les médecins dénoncent collectivement les excès d'une pratique poussée à l'extrême, le dosage de l'effort et les bénéfices qui y sont associés restent du domaine de l'appréciation individuelle. La laxité des définitions autorise finalement des positionnements variés.

³⁸¹ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. « L'homme nu. (Suite) », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°4 – 5 – 6, juin 1914.

³⁸² Le quotidien Vélo, fondé en 1891, vendait 80 000 exemplaires en 1894. C'est le *Petit-Journal* qui organisa la grande course Paris-Brest de 1891. Cité dans **WEBER**, Eugen. 1980. *Op. Cit.*, p. 197-198.

³⁸³ **FAUCHE**, Serge. 2001. « La médecine et la bicyclette. Le sport vélocipédique entre sciences et idéologies à la fin du 19^{ème} siècle », *Stadion, XXVII, Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p205-206.

Toujours sous le couvert d'un discours hygiéniste empreint d'utilité nationale, langage obligé pour tout médecin qui souhaite se faire entendre, les arguments médicaux peuvent différer très largement. Certains vont s'engager explicitement dans une véritable fronde antisportive. Le titre de la communication du Dr. Le Gendre au Congrès de l'AFAS de 1894 – « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants les exercices de sport » – est évocateur d'une position tranchée, qui consiste « à encourager l'exercice, mais faire la guerre au sport, dans les établissements scolaires »³⁸⁴. Philippe Tissié, ennemi des « acrobates » de la gymnastique d'Amoros, le sera tout autant des « athlètes phénomènes » du sport moderne. « L'excès de pratique sportive ou *ludomanie*, conduit à un état proche de la folie expérimentale »³⁸⁵. A l'inverse, les docteurs Monguilan et Hervoche, se positionnent clairement en faveur d'une pratique sportive à condition qu'elle ne soit ni prématurée, ni réalisée sans la méthode et le discernement d'individus qualifiés³⁸⁶. Le premier concède malgré tout que « la spécialisation, au moins pour quelques uns est inévitable ; elle est d'ailleurs *nécessaire et intéressante pour le médecin et le physiologiste*. C'est par elle que l'on arrive à connaître le maximum de rendement d'un sujet. C'est par elle que l'on frappe les masses, que l'on amène aux jeux de plein air, et que l'on fait des athlètes capables de lutter dans les concours entre nations »³⁸⁷. Ce type de considérations est également présent dans le discours de certains médecins pro-sportifs, mais dans des dimensions cette fois moins nuancées. Les mauvais résultats des sportifs français engagés aux Jeux de Stockholm en 1912 ont logiquement favorisé l'émergence de discours plus radicaux en faveur de la spécialisation athlétique. Le docteur Boucard pense qu'il est nécessaire « d'envoyer aux jeux Olympiques des athlètes exceptionnels, des modèles musculaires. [...]. Le recordman est un homme qui dépasse la juste mesure. Et il faut, pour que tout le monde se convertisse au sport, qu'il y ait de tels ascètes ». Immédiatement rejoint par le docteur Olivier qui décrit le manque de moyens engagés par les Pouvoirs

³⁸⁴ Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 124.

³⁸⁵ « Le *ludomane* est ce personnage conçu par P. Tissié dont la passion exclusive pour le jeu sportif conduit à l'état le plus extrême de fatigue physique et nerveuse. Ce type de « monomanie », pour reprendre les termes utilisés alors par les aliénistes, est caractérisé par des troubles psychologiques et nerveux qui soustraient le sujet à toute forme de vie sociale. » Dr. **TISSIE**, Philippe. 1896. « Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. Pathologie de l'entraînement », *Journal de Médecine de Bordeaux*. Cité dans **FAUCHE**, Serge. 2001. *Op. Cit.*, p. 211.

³⁸⁶ Dr. **MONGUILAN**, Georges. 1912. *Esquisse du rôle du médecin dans la vie sportive*, Thèse de médecine, Université de Paris. Dr. **HERVOCHE**, Charles. 1911. *Contribution à l'étude physiologique de quelques sports nouveaux. Nécessité de la surveillance par le médecin*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

³⁸⁷ Dr. **MONGUILAN**, Georges. 1912. *Op. Cit.*, p. 44. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 196.

Publics pour y accéder, et ainsi offrir aux sportsmen français la possibilité de « rivaliser avec les athlètes des autres nations »³⁸⁸.

III. 5. Hétérogénéité originelle. Conflits de dispositions

« A l'image de la bicyclette, une diversité d'activités physiques est [donc] utilisée par les médecins pour défendre leur point de vue. Chacun en fonction de ses centres d'intérêt, chacun en fonction de son expérience professionnelle et surtout de sa pratique personnelle met l'accent sur le potentiel bénéfique de tel ou tel exercice »³⁸⁹. Effectivement, constat doit être fait d'une complète hétérogénéité de traitement de l'activité physique dès les origines de la médecine de l'éducation physique et des sports. L'invention de cet exercice médical singulier se réalise donc dans une cacophonie de choix, de définitions, et de placements. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Taïeb El Boujjoufi évoque pour caractériser la période qui s'étend des années 1880 au premier conflit mondial, la présence « d'un intérêt médical encore diffus »³⁹⁰. La multiplication et la profusion de discours médicaux sur l'exercice corporel illustre dans une apparente contradiction le début d'une médicalisation des activités physiques associé à l'indifférence relative du corps médical global à son encontre. Autrement dit, ce moment de l'histoire sonne le commencement de l'expansionnisme médical à l'égard de la mise en mouvement des corps, dans un contexte de désintérêt global de la médecine sur le sujet. Loin d'une emprise collective immédiate et puissante, l'extension de l'empreinte médicale est d'abord individuelle et intime. Elle s'inscrit de façon évidente dans les dispositions singulières des médecins les plus revendicatifs. Les énoncés des 59 thèses de médecine en lien avec l'exercice corporel soutenues sur la période semblent dans une large mesure le confirmer. Si l'on considère avec certains auteurs que bon nombre de thèses de médecine renvoient à un exercice universitaire formel, simulacre de recherche, il n'en demeure pas moins que ces travaux engagent l'agent historique qui les produit. Ces thèses condensent donc les

³⁸⁸ LEBECQ, Pierre. 1989. *Op. Cit.*, p. 7.

³⁸⁹ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 120.

³⁹⁰ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 163.

préoccupations spécifiques d'un individu inscrit dans le mouvement général des idées (**Voir encadré méthodologique n°1 p. 148**). Ainsi, dans un contexte global de réflexions et de confusions autour de la définition de l'éducation physique et des sports, il n'est pas étonnant de constater la prégnance de travaux généralistes sur le sujet. Pour la même année 1905, parmi les thèses soutenues, Vuillermet discute de « l'éducation physique en France et à l'étranger », Bocquillon traite de son « Etude expérimentale et composée de l'action des différentes méthodes d'éducation physique sur le développement corporel et le développement musculaire », et Jaureguiber propose un certain nombre de « Considérations sur la valeur hygiénique comparée des sports »³⁹¹. Mais si ces réflexions générales dominent le paysage des thèses médicales, certains médecins s'engagent dans des récits plus spécifiques et singuliers. Evoquer *les* méthodes d'éducation physique, *les* activités physiques, ou au contraire ne s'attacher à l'analyse que de l'une d'entre elles, n'engage pas les mêmes principes³⁹². Le Dr. Tacke témoigne ainsi dès 1895 du « Traitement des maladies du cœur par la *gymnastique suédoise* », le Dr. Guillemet débat en 1897 « Des effets psycho-physiologiques de la *bicyclette* », ou le Dr. Moussy qui examine en 1905 « Le *foot-ball-rugby* au point de vue médical et hygiénique ». L'hypothèse d'un lien affectif entre l'auteur et l'objet du récit, bien que spéculative en l'état, ne semble pas ici exagérée. En 1901, les « Quelques remarques sur le joueur de *pelote* » ont la saveur de l'improbable dans des écrits orientés majoritairement vers les gymnastiques ou la vélocipédie. A l'énoncé du nom de son auteur, le Dr. Jean Etcheparre, il devient clair que cet exercice littéraire est très largement teinté du choix individuel d'un médecin investi dans la pratique qu'il décrit. Il est à ce titre significatif de constater dans ce travail l'effort qui est fourni dans le sens d'une présentation détaillée du jeu lui-même, avant d'en aborder les éléments pathologiques et de traduire dans une logique médicale les effets constatés empiriquement sur les mains de joueurs assidus³⁹³. Si nous manquons d'éléments pour établir précisément le rapport biographique que chaque médecin entretient avec l'activité physique analysée, défendue ou rejetée, il n'en demeure pas moins que le traitement différencié des exercices corporels renvoie à des pratiques vécues

³⁹¹ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

³⁹² Le nombre réduit de thèses portant sur une activité sportive spécifique, au profit de considérations générales poursuivant un enjeu de clarification, témoigne de la nouveauté de cet objet dans le champ médical. Sur les 58 thèses soutenues entre les années 1880 et la première Guerre Mondiale, 7 portent sur la vélocipédie, 2 sur le « foot-ball-rugby », puis respectivement 7 sur l'escrime, la pelote, l'équitation, l'automobile, l'alpinisme, la natation et la boxe. VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

³⁹³ Dr. **ETCHEPARRE**, Jean. 1901. *Quelques remarques sur le joueur de pelote*, Thèse de médecine présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1901, Université de Bordeaux.

singulièrement, distantes de perspectives médicales collectivement partagées. En cela, nous complétons la réponse à la question formulée par Serge Fauché : « pourquoi et comment les discours médicaux ont-ils établi des liens d'évidence et instauré des rapports d'immédiateté entre un sport naissant et des idéaux de l'homme et de la société ? ». Au-delà de « la santé physique, morale et [de] l'hygiène sociale des populations »³⁹⁴, dont nous avons longuement discuté et qui s'inscrivent dans un mouvement général des idées, il s'agit également pour les médecins de valoriser des expériences corporelles vécues (se mettre en accord avec ce qui compose notre monde).

Pour illustrer l'influence des dispositions héritées de pratiques physiques antérieures ou actuelles, finalement responsable des fortes tensions qui lézardent le socle des relations entretenues entre confrères, la comparaison d'éléments biographiques caractéristiques de profils médicaux différenciés est la bienvenue. Georges Demeny adhère dans un premier temps à la méthode suédoise de gymnastique, à la suite de l'une de ses premières rencontres avec l'éducation physique qui a eu lieu précisément en Suède, lors de la mission effectuée au service de l'Etat en 1890³⁹⁵. Ce voyage donne suite à la publication d'un ouvrage ; *L'éducation physique en Suède*, qui paraît en 1892. Le physiologiste y fait alors l'apologie de la méthode suédoise. L'ayant appliqué sur lui-même, il constate en effet que l'on peut agir sur le corps par le biais d'une éducation physique rationnelle. Il explique ainsi ; « Je suis parti de la pratique et m'étant complètement transformé par l'exercice, j'ai analysé sur moi-même et sur les autres les effets salutaires dont j'ai bénéficié »³⁹⁶. Il semblerait que cette gymnastique analytique « douce » lui convienne parfaitement dans la mesure où il présentait « une inaptitude certaine aux exercices physiques ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il s'oppose si fortement aux sports anglais jugés violents et dégradants. Cependant, sa conviction très forte dans les bienfaits de la méthode suédoise ne tarde pas à s'effriter, puisqu'à partir de la fin des années 1890, il commence à développer sa propre méthode « éclectique », ou « méthode française », faite de divers emprunts dans des gymnastiques aussi diverses que celles de Jahn, Amoros, ou Ling. Ce changement d'orientation, véritable retournement dans la définition de la « bonne méthode » pour Georges Demeny, a été semble-t-il initié par l'avancée de ses recherches

³⁹⁴ FAUCHE, Serge. 2001. *Op. Cit.*, p. 203.

³⁹⁵ « A la suite d'une mission en Suède où je fus envoyé par l'Etat avec le Dr Lagrange en janvier 1890... ». Pr. DEMENY, Georges. 1905. « Education physique : sur l'évolution de l'éducation physique en France » *revue scientifique* n°13.

³⁹⁶ *Ibid.*

en physiologie, responsable de la mise à distance d'une gymnastique jugée trop « statique », trop « anatomique ». Il est également probable que ce revirement de position se soit effectuée dans un souci de distinction face à celui qui s'impose alors comme « l'ardent promoteur de la méthode suédoise », le docteur Philippe Tissié³⁹⁷. Il est d'ailleurs possible d'évoquer quelques unes des socialisations par lesquelles ce dernier en est venu à faire sienne la définition de l'éducation physique telle qu'elle pouvait être partagée à cette époque en Suède. Tout comme Georges Demenÿ, il sera chargé par le ministère de l'Instruction publique d'une mission en Suède en 1898. Mais on apprend également, et cela explique certainement les certitudes que Philippe Tissié adresse sans jamais faillir à l'égard de la puissance hygiénique et thérapeutique de la gymnastique suédoise, qu'ayant été blessé, il fut lui-même soigné par un masseur suédois. Véritablement conquis par ce pays, il y effectue plusieurs voyages, et se lie personnellement avec le Roi de Suède³⁹⁸.

Eloignés des « médecins gymnastes », certains agents sont profondément acquis à la cause des sports athlétiques et bénéficient d'une pratique compétitive personnelle antérieure à leur formation médicale. Le docteur Olivier, « médecin sportif » choqué par la fronde populaire qui s'organise au lendemain des Jeux de Stockholm contre les athlètes français défaits, et qui énonce à haute voix le manque d'investissement et la responsabilité des Pouvoirs Publics dans cette débâcle sportive, est par exemple lui-même un sportsman renommé. Membre de l'équipe française d'escrime de 1905 à 1914, il a remporté une médaille d'or aux Jeux Olympiques de Londres en 1908. Preuve de son implication, il participe à la création du Paris Université Club en 1905 (PUC) et en est le tout premier

³⁹⁷ Les propos tenus par Tissié à l'égard du changement d'orientation de Demenÿ sont éloquentes... « Ayant opté [au] début en faveur de la Méthode éducative suédoise de Ling, [il] l'a tout a coup abandonnée et attaquée afin de créer [...] une "Méthode nationale" "vraiment française" ! [Unit] tout d'abord sur Ling dans un ouvrage conçu d'après ses principes, [puis] glissant automatiquement sur la pente où sa nature le pousse [...], déliquescent et efféminé parce que l'auteur est cérébral et pas du tout athlète [...]. C'est pourquoi nous voyons M. Demenÿ dans son premier livre *l'Education physique en Suède*, se montrer fervent disciple de Ling et conclure plus tard dans son dernier ouvrage par sa gymnastique glénoïdienne, à trajectoires, à mouvements cónico-arrondis, à attitudes et à poses plastiques pour théâtrales. [...] Pourquoi cette volte-face ? [...] C'est [qu'il a voulu] devenir chef d'école et imposer [sa] personnalité soutenue en cela par de grandes associations gymnastiques [...], politiques et dirigeantes, ayant leurs grandes et leurs petites entrées dans tous les Ministères et les ayant eues mêmes, pendant longtemps l'Elysée ! ». Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. « L'homme nu. La Méthode Naturelle et le Collège d'Athlètes de Reims. Critique physiologique, pédagogique et médicale », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1 – 2 – 3, mars 1914.

³⁹⁸ **SENNERS**, Patrick. 1999. *Op. Cit.*, p. 16.

président³⁹⁹. De même, le docteur Marc Bellin du Coteau qui intervient dès le Congrès de Paris sur des questions médicales liées aux activités physiques, est une figure incontournable du milieu sportif. « Ancien athlète de haut niveau, membre de l'équipe de France, spécialiste du 400 mètres. Champion de France sur la distance en 1903 et 1904 [...], il établit lors de son deuxième titre, un record de France en 50 secondes qui perturbe les données médicales de l'époque. Il obtient ensuite une sélection en équipe de France pour les Jeux hors série de 1906 à Athènes »⁴⁰⁰. « Chargé de la “préparation olympique” des athlètes en vue des Jeux olympiques de 1920, il donne des cours de formation de moniteurs d'éducation physique au PUC et à la Fédération d'Athlétisme »⁴⁰¹. Il nous livre d'ailleurs lui-même quelques éléments significatifs de sa biographie sportive dans un ouvrage paru en 1930, véritable plaidoyer en faveur de la compétition réglée. Ses faits d'arme ne se limitent pas à l'athlétisme.

Dr. M. Bellin du Coteau (1930) : « *Le personnage que nous sommes. L'envol vers le sport.* »

« A quinze ans [1898], nous disputons notre premier match international et à peu près à la même époque, nous faisons partie de l'équipe de France de Hockey, laquelle allait représenter notre pays en Belgique dans un tournoi sportif. [...]. Bien que le sport n'eut point encore acquis droit de citer, bien que la législation sportive fut inexistante, les écoliers évoluaient, abandonnaient peu à peu les jeux périmés pour faire un retour vers l'athlétisme cher aux anciens Grecs, et les sports d'équipe réimportés d'Angleterre. Déjà la balle au pied se posait en diminutif du football auquel elle empruntait beaucoup de ses qualités, déjà des équipes se constituaient et les lycées se rencontraient en des épreuves amicales. [...]. Les novateurs appartenaient, il va de soi, à une élite physique. Les petits personnages que nous étions et qui avaient su prêcher d'exemple et s'imposer par leur allant, s'étaient trouvés promus dirigeants en même temps qu'ils étaient désignés comme « capitaines ». [...]. De ces balbutiements naquirent des compétitions scolaires, nationales puis internationales. Dans ces premiers contacts avec la « grande vie » physique, notre infantilisme courait évidemment ses risques. Entre autres celui de quitter le milieu d'habitude et d'être transplanté dans une collectivité adulte. Ces objections nous ont été faites en maintes circonstances. En particulier, lors d'une conférence prononcée à l'intention des Directeurs de Patronages de la région parisienne. [...]. L'argumentation que nous opposons à ces théories reposait, là encore, sur notre exemple. Au cours des randonnées que, bien

³⁹⁹ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 165.

⁴⁰⁰ **ROGER**, Anne. 2003. *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon 1, p. 124.

⁴⁰¹ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. *Op. Cit.* p. 165.

jeune cependant, nous exécutions en pays étranger, loin de tout foyer, avec de jeunes hommes, nous n'avons jamais subi aucun heurt moral, quel qu'il fut. [...]. Maintenant, sans nous attarder davantage, nous allons pouvoir envisager sous quelle forme la vie physique peut retentir sur la production de l'adolescent à un moment où il commence à s'affirmer. Pour nous, cette phase de transition correspond au moment où nous faisons des études supérieures. Or, nous estimons que l'entraînement auquel nous nous soumettions n'eut aucune influence fâcheuse, tout au contraire, sur la marche de nos études. Pourtant, insistons encore, nous avons pratiqué le sport avec une intensité que nous n'exigeons pas de tous les adolescents »⁴⁰².

Au regard des diverses socialisations sportives ou gymniques des uns et des autres, les choix idéologiques et la vigueur des militantismes s'éclaircissent. Bien au-delà d'un modèle, d'une méthode, etc., ce que les agents défendent, c'est précisément ce qu'ils sont. Il n'est pas étonnant de constater alors que les « médecins gymnastes » bannissent les sports de toute éducation physique scolaire, là où les « médecins sportifs » les pensent à l'inverse comme l'aboutissement logique d'une éducation physique bien menée. Placer les sports athlétiques au sommet de la hiérarchie des activités physiques, réservés aux forts et aux vigoureux, revient pour un ancien sportsman à se célébrer lui-même. On perçoit également la nécessité d'un tel discours pour s'assurer de la permanence de son engagement associatif. A l'image des docteurs Olivier et Bellin du Coteau, des « médecins sportifs » sont en effet présents et actifs dans les sociétés sportives de l'époque.

IV. Conclusion sommaire

Cette longue digression concernant l'invention de la médecine de l'exercice corporel au cours de la période qui s'étend des années 1880 au premier conflit mondial, témoigne parfaitement des tensions primitives qui composent le paysage « médico-sportif ». La question – quelle activité physique pour quelle médecine ? – se pose déjà et cristallise des oppositions très fortes, que nous pourrions même qualifier de viscérales si nous étions convaincus qu'il s'agit là du siège anatomique des dispositions individuelles.

⁴⁰² Dr. BELLIN DU COTEAU, Marc. 1930. *Le sport au secours de la santé. Réglage du moteur humain*, Dangles.

Ces luttes multiples tirent directement leur complexité du double processus qui les soutient. La diversité des idéologies corporelles s'inscrit dans un mouvement global de sportivisation. Espace confus où la mise en mouvement des corps côtoie la politique et la morale, le « choix » d'une culture corporelle ou d'une méthode d'éducation physique dépasse la simple option thérapeutique ou hygiénique. Mais la construction de cet exercice médical singulier, dont les fondations souffrent de mille fissures, ne peut s'expliquer par la seule reproduction des rapports de force qui se jouent dans l'espace des activités physiques. Les médecins, qu'ils soient gymnastes ou sportifs, n'ont eu accès à ce domaine de discussions et d'interventions qu'à la suite d'un vaste processus de médicalisation de la vie sociale. Les problématiques qui émergent alors dans le champ médical sont également responsables des fractures et des tensions qui définissent la médecine de l'éducation physique et des sports. L'élargissement de l'offre médicale, associé à l'augmentation fantasmée ou réelle de la concurrence entre confrères, a nécessairement renforcé les efforts de distinction propres à chacun⁴⁰³. La relative indifférence avec laquelle le champ médical global accueille le traitement hippocratique de l'exercice physique rend difficile la constitution d'une position collective, et renforce au contraire l'éclatement des discours. L'absence de définition et de contrôle « corporatiste » autorise paradoxalement une prise de parole individuelle plus forte et un militantisme radicalisé. Là où une intervention collective pouvait apparaître nécessaire dans l'émergence de préoccupations médicales inédites, c'est finalement l'indifférence du groupe qui offre à certains la possibilité d'une ouverture vers de nouvelles positions. Ces placements singuliers et confidentiels s'assurent de leur légitimité par les relais politiques dont ils ont par ailleurs su s'entourer. « L'hygiène "sociale" qui sert partiellement leur avancement professionnel en agitant le spectre de la dégénérescence de la race, la peur de la maladie, est, sur le plan symbolique, "un secteur de rattrapage sinon de réenchantement social où peuvent avoir cours un capital culturel et des

⁴⁰³ Le portrait que nous tire E. Rist sur les physiologistes au début du siècle est à ce titre exemplaire d'une réalité économique qu'il ne faut pas perdre de vue tant elle peut expliquer l'orientation de certains vers des pratiques médicales nouvelles, originales. Ainsi, dans la biographie qu'il réalise de Jean Camus (1872-1924), il précise : « Il fallait vivre, et faire vivre les siens. Il y a des pays où un jeune physiologiste, accueilli dès le début de ses études dans un laboratoire officiel, signalé à l'attention par ses travaux pleins de promesses, rompu aux techniques de son métier et habitué à les enseigner, n'aurait point à se préoccuper avec angoisse de la vie matérielle. Des autorités bienveillantes, responsables du choix des élites, lui fraieraient le chemin vers une carrière purement scientifique, vouée à la recherche désintéressée, dans la dignité et l'indépendance. En France, vous le savez, il n'en est point ainsi. Dans le pays de C. Bernard, de Marey, de Chauveau, la physiologie ne nourrit point son homme. Ou, du moins, il est sans exemple qu'un physiologiste français ait pu élever une famille sans partager son temps entre la physiologie et la pratique médicale, partage inégal où, presque toujours, il y a deux perdants et pas un seul gagnant ». **RIST**, Edouard. 1955. *25 portraits de médecins français, 1900 – 1950*, Masson, Paris, p. 33.

dispositions qui n'ont pas pu s'employer" dans les régions dominantes du champ médical »⁴⁰⁴.

Entre engagements « sportifs » et intérêts médicaux, le traitement différencié des activités physiques permet l'élaboration de médecines diverses, chacune prenant la teinte du mélange singulier et complexe des dispositions individuelles. D'une médecine orientée vers la rééducation, qui se réclame de la gymnastique suédoise, à une médecine de surveillance en milieu scolaire ou au sein des sociétés sportives, en passant par une médecine dite « naturelle », de mise en forme du corps selon des préceptes proches de l'hébertisme, les écarts sont immenses. Les positions médicales en éducation physique renvoient donc à plusieurs conceptions de l'exercice de la profession médicale. Pour autant, malgré cette évidente diversité des investissements médicaux dans le domaine des pratiques corporelles, l'entre deux-guerres va être le théâtre d'un positionnement collectif inédit, officialisé en 1921 lors de la création de la Société de Médecine de l'Education Physique et du Sport (SMEPS). Cette apparente contradiction nécessite la poursuite de l'effort socio-historique ici esquissé.

⁴⁰⁴ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. *Op. Cit.* p. 89.

CHAPITRE 3

EDUCATION PHYSIQUE, SPORT ET MEDECINE DANS L'ENTRE-DEUX-
GUERRES, VERS UN ECLECTISME INSTITUE

*« L'éducation physique en général, et celle de la jeunesse
en particulier, appartient au corps médical »⁴⁰⁵.*

Cette injonction ferme et absolue atteste de l'émergence d'une volonté *collective* d'encadrement médical des activités physiques dans l'immédiat Après-guerre. Si l'éducation physique appartient au *Corps médical*, comme l'envisage le médecin sportif Marc Bellin du Coteau, alors faut-il préciser que le principal intéressé ne le sait pas encore. En effet, bien que l'intérêt médical pour les activités corporelles ne cesse de se diffuser et de s'élargir à de nouvelles franges de praticiens, il reste à l'époque encore très confidentiel et ne concerne qu'un nombre limité d'individus. Malgré l'ouverture à quelques jeunes docteurs, les médecins gymnastes, sportifs, naturistes..., partisans et parfois chefs de file de Méthodes et d'Ecoles variées œuvrant pour la mise en mouvements des corps, sont en effet toujours présents dans l'espace médico-sportif. Le premier conflit mondial n'a finalement que très peu renouvelé les figures charismatiques des années 1910, laissant intactes les profondes oppositions dans lesquelles elles se sont mutuellement construites. Pourtant, un ensemble de conditions socio-historiques originales, issues de la combinaison complexe des transformations des champs sportif, médicaux, scolaire et politique, va permettre l'élaboration d'un positionnement collectif. La création de la SMEPS en 1921 témoigne de la nécessité pour les médecins de l'éducation physique et des sports de se grouper et de faire valoir leur unité, seul gage de leur pérennité. Ils s'accordent dans ce cadre à dépasser leurs intérêts particuliers, et se réunissent derrière l'étendard d'un intérêt général, la régénération de la race, qui trouve un deuxième souffle dans la France exsangue des années 1920. L'union par la race, l'union pour la force. En effet, il est clair que ce groupement médical inédit qui se réclame d'une mission suprême de redressement de l'ordre national, sert également les ambitions privées des médecins qu'il héberge. Ces derniers, ayant au préalable fait l'expérience de la désunion, ont perçu l'impériosité de ne pas se laisser à nouveau étouffer par un éternel débat sur les méthodes. Ne reniant à aucun

⁴⁰⁵ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Le Rôle du Médecin dans l'Education Physique à l'Ecole », *Revue Médicale de l'Education Physique et des Sports (R.M.E.P.S.)*, n°7, juillet 1923.

moment leurs certitudes personnelles, l'alliance de tous s'est posée comme le principe inéluctable de la survie et du développement des activités propres à chacun. Face à l'indifférence, ou parfois même la méfiance des milieux sportif politique et médical, les tentatives de diffusion de leurs idées et la recherche de soutiens à leurs projets ne pouvaient s'imaginer en dehors de revendications portées par un collectif. En jouant sur les ressources et les surfaces sociales spécifiques de chacun des membres de la SMEPS, il s'agissait bien « d'assurer la propagande »⁴⁰⁶. Les bonnes relations entretenues avec la sphère politique seront alors d'une importance capitale pour la reconnaissance institutionnelle de la médecine de l'éducation physique et des sports. Face au silence profond et répété du corps médical et à la timidité des milieux athlétiques qui craignent parfois le risque d'une ingérence médicale trop forte dans leurs sociétés, le soutien politique aura été déterminant dans son institutionnalisation progressive. La création des Instituts Régionaux d'Education Physique à partir de 1927, rattachés aux facultés de médecine, est le témoin d'une confiance politique forte à l'égard du groupe médico-sportif. Pour Taïeb El Boujjoufi, ces transformations marquent « le passage d'un intérêt médical encore diffus (1880-1914 : les « signalements provisoires ») à un intérêt collectif (1914-1936 : phase d'institutionnalisation) »⁴⁰⁷. Si cette poussée conséquente de médicalisation semble appartenir à la catégorie des « coups d'Etat spécifiques que sont toutes les tentatives pour imposer des principes de hiérarchisation externes en usant des pouvoirs du politique..., de l'économie..., de la presse »⁴⁰⁸, renforçant de fait une légitimité collective, elle ne parvient pour autant pas à homogénéiser et à stabiliser l'exercice de cette médecine. Autrement dit, les médecins de l'éducation physique et des sports ont obtenu la reconnaissance d'instances externes et ont su s'imposer dans la formation des éducateurs physiques, là où en interne, aucune définition stabilisée de leur activité n'a été trouvée. L'exercice corporel est un facteur déterminant pour la race et doit être logiquement dirigée par l'expert en matière d'hygiène, mais les moyens d'y parvenir restent éminemment disparates. Si pour les uns, se rendre sur le stade et prendre part à la préparation d'un athlète de bon niveau en vue d'une performance, c'est faire œuvre nationale, pour d'autres l'éducation physique en tant que thérapeutique puissante à l'égard des difformités et autres

⁴⁰⁶ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴⁰⁷ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 163.

⁴⁰⁸ **BOURDIEU**, Pierre. 1992. *Les Règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil.

anomalies, ne peut se réaliser que dans l'intimité des cabinets ou le calme des dispensaires. Ainsi, malgré une phase très nette d'unification et d'institutionnalisation de la médecine de l'éducation physique et des sports dans l'entre-deux-guerres, les oppositions de dispositions restent extrêmement fortes, et sont à l'origine de l'émergence d'exercices médicaux différenciés. Médecine de contrôle, médecine préventive, médecine clinique, médecine expérimentale, dans les cabinets, les laboratoires, les dispensaires, ou enfin les sociétés sportives, les combinaisons sont multiples et autorisent des pratiques médicales variées.

I. « Tout cela est bien, mais il faudrait nous grouper ! »⁴⁰⁹

Dès l'issue du premier conflit mondial, des tentatives d'unification des médecins de l'exercice corporel émergent de façon plus ou moins abouties, avec le souci toujours réaffirmé de s'extraire de la Guerre des Méthodes, condition passée de leur légitimité devenue aujourd'hui un lourd fardeau dans le combat pour leur reconnaissance. Ainsi, dès 1920, le Professeur Jean-Paul Langlois se voit confier la direction d'un « Cours de physiologie appliquée à l'éducation physique », institué à Paris sous l'impulsion des ministères de la Guerre, de l'Instruction Publique et des Beaux Arts. Accompagné du docteur Chailley-Bert, il y organise entre autres un « centre d'unification des méthodes et techniques utilisées en éducation physique »⁴¹⁰. Cette volonté affichée colore les écrits majeurs de l'époque. Ainsi, les ultimes conclusions de l'ouvrage du Dr. Henri Diffre sur le « Contrôle du sport et de l'éducation physique » paru en 1923, sont un appel explicite au rassemblement. « Le plus utile est de conduire l'éducation physique dans un sens nettement physiologique et de maintenir le sport dans des règles strictes et sévères, afin que ces deux moyens de régénération de la race soient en même temps un facteur de moralité publique et un élément de paix sociale. Tous nous en bénéficierons. L'heure est plus que jamais propice au développement de l'idée sportive. Allons-y hardiment ! Qu'elle

⁴⁰⁹ Dr. RICHARD, George-André. 1922. *Op. Cit.*

⁴¹⁰ EL BOUJJOUI, Taïeb & DEFRANCE, Jacques. 2005. « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science & Motricité*, n°54, 2005/1, p. 99.

soit un élément de *concorde* et *d'union* dont notre beau pays sera le premier à profiter »⁴¹¹. De même, « le Dr. Boigey est très clair sur ce point dès la préface de la première édition de son célèbre *Manuel scientifique d'éducation physique*, rédigée en mars 1922. Il met en garde le lecteur contre ces querelles d'Ecoles, qui sont excessives puisqu'au bout du compte les mouvements possibles par l'homme sont réduits au nombre de six : flexion, extension, adduction, abduction, rotation et circumduction. Ils sont donc présents partout, au-delà des divergences affichées, *toutes les méthodes sont composées d'une série de mouvements qu'on retrouve, d'ailleurs, dans celles qui paraissent le plus s'opposer* »⁴¹². C'est ce même Maurice Boigey qui est, selon le récit qu'en donne son confrère le docteur George-André Richard, à l'origine du rassemblement des médecins de l'éducation physique et des sports. Ainsi, lors de la première assemblée annuelle de la SMEPS qui se tient le 18 janvier 1922, le Secrétaire de la société s'arrête un instant sur ses débuts⁴¹³. Il explique : « Certes, nos idées ont progressé depuis le jour où sortant de l'Ecole de Joinville avec M. le médecin-major Boigey qui nous avait fait le meilleur accueil, nous l'entendions conclure à notre entretien en disant : tout cela est bien, mais il faudrait nous grouper ! »⁴¹⁴. Une première réunion organisée en décembre 1920 regroupe 17 médecins, et autant de bonnes volontés. Un an plus tard, ils seront 74 à écouter le discours du docteur Richard. La petite société savante se dote rapidement d'un *Bulletin*, dont le premier numéro est diffusé dès le premier trimestre de l'année 1922. Un article non signé, mais dont on peut supposer qu'il a été réalisé sous la plume du Dr. Richard, véritable cheville ouvrière de ce groupement, expose dès les premières pages le « Programme » d'une telle association. Là encore, la nécessité de rupture avec les carcans dogmatiques du passé est brandie comme la condition sine qua non du développement et du renforcement d'un très jeune espace médical lié aux activités corporelles.

Non Signé (1922) : « Notre Programme. »

« [...]. Notre but est précis. Nous voulons d'abord étudier du point de vue scientifique les problèmes que pose l'éducation physique, pour obtenir de

⁴¹¹ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 186-187.

⁴¹² **CHARPIER**, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, CRIS, Lyon, p. 225.

⁴¹³ « La demande d'enregistrement de l'association à la Préfecture de Police de Paris est datée du 10 février 1921 et signée du Dr. Richard ». **CHARPIER**, Francis. 2004. *Aux origines de la médecine du sport*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Lyon 1.

⁴¹⁴ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. *Op. Cit.*

celle-ci le rendement maximal en développement harmonieux et par-dessus tout en santé. Ensuite nous voulons créer dans le corps médical le mouvement d'opinion qui nous donnera demain, en nombre suffisant, les médecins habitués à juger l'enfant et l'adolescent au point de vue de sa valeur fonctionnelle et à prescrire ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas faire pour lui assurer pratiquement ce meilleur développement et cette meilleure santé.

Mais, peut-on dire, bien des méthodes existent déjà qui prétendent atteindre ce but et qu'allez-vous faire vis-à-vis de ces doctrines aussi différentes que nombreuses ? A cette question nous devons répondre nettement : nous pensons que c'est diminuer l'éducation physique que vouloir la limiter aux dimensions d'un nom propre si grand soit-il, et commettre une faute que se priver des bénéfices de telle ou telle forme du mouvement pour se limiter à telle ou telle autre.

Quant au sport, que très intentionnellement nous avons cité dans notre titre, nous croyons qu'il fait partie prenante de l'éducation physique, et doit en constituer le sommet, comme un couronnement et une récompense, accessible seulement à ceux qui auront obtenu des résultats suffisants dans les classes inférieures.

La méthode en éducation physique nous semble donc devoir être éclectique – et laquelle ne l'est pas parmi celles qu'on propose ? – mais d'un éclectisme intelligent et non jaloux, pourrait-on dire, prenant là et là ce qui est salutaire et faisant exécuter chaque forme du geste suivant la technique qui lui est propre »⁴¹⁵.

Le docteur Richard n'aura alors de cesse de rappeler ce principe dans les articles qu'il signera au sein du *Bulletin* de la SMEPS, devenu *Revue* à tirage mensuel à partir de 1923. Revenant sur « l'ère des méthodes précises », il constate avec regret que des « divergences persistent encore aujourd'hui ». « Malgré les additions et les perfectionnements apportés à la mise en pratique des méthodes, malgré l'œuvre si importante de Demenÿ et d'Hébert, malgré le développement intense de l'éducation sportive, il n'existe pas encore, à l'heure actuelle, une unité de doctrine sachant réunir ce qui a été fait de définitif par chacun des auteurs et réalisant la synthèse générale de tout ce qui appartient simplement à la vérité scientifique »⁴¹⁶. Il en appelle donc logiquement à un effort de « synthèse », qu'il avait déjà formulé explicitement quelques mois auparavant.

Dr. G-A. Richard (1922) : « Education physique... et sport »

« [...] A l'heure actuelle, il nous semble indispensable d'envisager la méthode sous son sens le plus large, chaque auteur a fait œuvre utile en

⁴¹⁵ **Anonyme**. 1922. « Notre Programme », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴¹⁶ Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « L'évolution des Méthodes en éducation physique », *L'éducation physique en Belgique, Revue Médicale d'Education Physique et de Sport (RMEPS)*, n°3, 1^{ère} année, Mars 1923.

montrant l'intérêt d'une forme particulière du mouvement, mais il ne faut à aucun prix, parce que l'on a fait quelque chose de bien, délaissier ce que d'autres avaient fait de bien avant lui.

[...] Nous croyons fermement que le sujet qui veut prétendre à une bonne éducation physique doit avoir parcouru les différents stades dont nous avons parlé [mouvements simples, mouvements synthétiques, mouvements d'application, exercices sportifs], y compris celui où l'on fait du sport, et qu'en fin de compte le temps doit être passé des conceptions étroites où pour des raisons qui ne sont peut-être pas toujours scientifiques, on se limite à l'étude d'un seul chapitre quand toute l'œuvre est si attrayante et si productive d'heureux résultats »⁴¹⁷.

Ce mot d'ordre fédérateur, rengaine du très actif secrétaire de la première société médico-sportive et repris en chœur par quelques uns de ses plus illustres représentants dans leurs ouvrages sur le sujet, ne se limite pas au verbe. Des réalisations très concrètes vont venir témoigner de l'effort réel réalisé par certains pour fédérer le collectif des médecins intéressés par les pratiques physiques. La simple collaboration dans un même groupe de travail de praticiens aux visions différentes, voire opposées, prouve que les discours trouvent un écho dans les actes (même s'il est parfois jugé insuffisant). La composition du premier Conseil d'Administration de la SMEPS surprend ainsi par sa grande hétérogénéité. La vice-présidence est assurée par le docteur Francis Heckel, l'ancien médecin chef du Collège d'Athlètes de Reims, naturiste convaincu, alors que l'on compte parmi les membres du bureau des médecins sportifs acquis à la cause du sport de compétition, comme par exemple les docteurs Marc Bellin du Coteau et Jacques Dedet, tous deux anciens internationaux⁴¹⁸. Leur association dans un tel organe de discussion et de décision a de quoi étonner au regard des conflits passés qui opposaient de façon quasi-systématique les tenants de leurs positions respectives. Cette originalité est d'ailleurs immédiatement relevée par le célèbre journal sportif, *L'Auto*, présent lors de la « première réunion sportive annuelle de la SMEPS » et qui s'émeut dans ces termes : « Charmante réunion sportive hier au Stade Français. *On a enfin vu des médecins prêcher d'ensemble*, s'aligner dans le 60 mètres, sauter, lancer le disque, le poids, etc. C'est parfait, et nous devons des compliments mérités à la SMEPS qui donnait ainsi, avec le seul concours de ses

⁴¹⁷ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Education physique... et sport », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

⁴¹⁸ Le docteur Francis Heckel partage dans un premier temps la vice-présidence avec le docteur Maurice Boigey, puis succède au Professeur Langlois suite à son décès et devient président de la SMEPS. « Le conseil d'administration se réunit le 12 janvier 1924 pour élire son président. M. le Dr. Francis Heckel, vice-président en exercice, a été élu président de la Société à l'unanimité ». **Anonyme**. 1924. « L'assemblée générale de 1923 et les premières réunions de 1924 », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

sociétaires, cette manifestation sportive »⁴¹⁹. Le 8 Juin 1922, des médecins se sont en effet donné rendez-vous pour disputer des épreuves sportives, « choisies parmi les plus classiques », sur « le vert gazon » du Club présidé par M. le Marquis de Polignac. Au-delà des très bonnes performances réalisées par les docteurs Duvignau, Diffre, Jeudon, Bellin du Coteau, Dedet, etc., il s'agit là de la toute première manifestation publique où la société de médecine des activités physiques se donne à voir. En exposant ses travaux et ses membres, elle s'expose aux yeux du monde et construit sa légitimité. Pas étonnant dès lors de constater la tenue d'un déjeuner cérémonieux, dont les discours en fin de repas des Professeurs Langlois, alors président de la SMEPS, et de son secrétaire, le docteur Richard, se sont attachés, devant un auditoire qui se voulait ouvert à des non-médecins, « à dégager le sens de cette réunion où la Société fêtait à la fois son centième membre, sa première réunion sportive, et le premier numéro de son Journal »⁴²⁰. Aussi, lorsque le docteur Boigey évoquait de façon programmatique dès 1920 la nécessité d'un rassemblement, son interlocuteur, le docteur Richard, réagissait de la sorte : « Grouper des médecins, et des médecins sportifs, quel travail !, pensions-nous au retour ! »⁴²¹. Deux années plus tard, le besogneux secrétaire de l'association semble avoir mené cette entreprise à bien et résume parfaitement la petite révolution que représente l'élaboration d'une identité collective lors de l'assemblée de la SMEPS du 18 janvier 1922 : « Nous existons et c'est déjà quelque chose »⁴²².

Cette modeste société médicale, qui est restée confidentielle malgré son développement rapide⁴²³, n'aura pas une fonction purement symbolique de caution scientifique pour les membres qu'elle héberge. Comptant sur le soutien et l'adhésion de quelques médecins parmi les plus charismatiques et reconnus dans la petite sphère de l'éducation physique et des sports, elle bénéficie en effet rapidement d'une certaine légitimité et s'impose avec autorité dans les débats sur les activités physiques. Elle se pose ainsi crânement en interlocuteur privilégié des instances les plus anciennes et les mieux implantées en la matière. L'organisation conjointe du « Congrès national d'éducation

⁴¹⁹ **Anonyme**. 1922. « Les Journaux », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

⁴²⁰ Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

⁴²¹ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴²² Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. *Op. Cit.*

⁴²³ « 1921, 1922, 1923, la SMEPS, notre Bulletin, notre Revue. Voici trois étapes rapidement franchies, en sportifs, comme il le fallait pour la réalisation de l'œuvre nécessaire ». Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « Nouvel an... Revue nouvelle », *RMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

physique (Bordeaux, 24-26 septembre 1926) par la LGEP, la SMEPS et l'USGF » est à ce titre particulièrement révélateur⁴²⁴. Le Professeur Clément Sigalas, doyen de la Faculté de médecine et président du Congrès, rappelle en effet dans son discours inaugural que « c'est la "Ligue Girondine de l'Education Physique" qui a pris l'initiative de ce Congrès et qui, pour l'organiser, s'est associé la "Société Médicale d'Education Physique et de Sport" de Paris. L'"Union des Sociétés de Gymnastique de France" nous a spontanément offert son généreux concours »⁴²⁵. Là encore, le rassemblement de ces institutions, comptant chacune dans ses rangs des médecins acquis à leur cause et à l'éducation physique spécifique qu'elles défendent, est l'occasion de rappeler la nécessité de se grouper. Il y a peu de temps encore, le très charismatique docteur Tissié, fondateur de la LGEP, décriait pourtant sans vergogne les docteurs Lachaud et Heckel, partisans respectifs de l'USGF et du courant naturiste. Le discours inaugural du Congrès est à l'image de son temps, et en appelle à l'union par l'adoption collective d'un programme unique et national d'éducation physique.

Pr. C. Sigalas (1923) : « Discours »

« "L'Histoire de l'Education Physique, en France, au début du vingtième siècle, apparaît, écrit Georges Rozet, comme une sorte de petite guerre civile, come un chaos de doctrines et quelquefois d'intérêts où les meilleurs semblent se méconnaître, lorsqu'ils ne se vilipendent pas les uns les autres". Et cette "guerre des systèmes", [...], récemment soulignée par le docteur Richard, est, sans conteste, une des raisons principales pour lesquelles l'éducation physique, ni en ce qui concerne sa diffusion, ni en ce qui a trait au temps qui lui est réservé, ni pour ce qui est de ses progrès, n'a acquis le développement qu'auraient dû lui assurer, tant les qualités naturelles de notre race que la valeur de ses dirigeants, de ses techniciens et de ses spécialistes.

Il est profondément désirable, et cela est même à l'heure présente une impérieuse nécessité, qu'un tel état de choses prenne fin et que, - sur des données physiologiques bien certaines, sur des faits bien observés et des résultats d'expérience bien établis, avec des méthodes précises d'examen, de dosage et de contrôle, sans aucun chauvinisme, ni parti pris, ni amour-propre personnel, - soit enfin élaboré un programme bien net d'éducation physique réellement nationale »⁴²⁶.

Mais cette première forme de groupement médico-sportif, si elle est effectivement issue de la volonté de certains praticiens très investis, n'a été possible que parce qu'ils ont

⁴²⁴ EL BOUJJOUI, Taïeb & DEFRANCE, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 94.

⁴²⁵ Pr. SIGALAS, Clément. 1923. « Discours », *Congrès National d'Education Physique*, 24-25-26 septembre, Bordeaux, p. 19.

⁴²⁶ Pr. SIGALAS, Clément. 1923. *Op. Cit.*, p. 21-22.

collectivement perçu les enjeux d'un tel rassemblement. Pour Francis Charpier, « contrairement aux théoriciens de l'éducation physique, les médecins de la discipline ne sont pas les défenseurs d'une méthode unique. S'ils savent reconnaître les avantages de l'une ou de l'autre, ils n'adoptent pas leur position sur des a priori, [et font preuve d'une position ouverte] »⁴²⁷. Nous pensons au contraire que les médecins, parce qu'étant de fins théoriciens de l'éducation physique et des sports, ont justement parfaitement sondés le piège d'une controverse ancienne qui les a largement desservis. Faire taire les sursauts individuels pour se jeter dans un élan commun au cœur de débats dont l'issue peut leur assurer des placements sociaux inédits apparaît alors comme la solution la plus efficace. Dans un contexte où les médecins briguent la direction et la définition des formations d'éducateurs physiques et de moniteurs selon que l'activité physique se déroule à l'école ou au sein des sociétés sportives, l'heure n'est plus à l'affichage des tensions. Sport et éducation physique doivent être pensés ensemble. Les apports de leurs partisans respectifs sont reconnus et servent finalement un même intérêt général, celui de la rénovation physique de la population. De telles prétentions n'ont pu voir le jour que dans le contexte très spécifique des années d'après-guerre. Le concept de régénération de la race est alors réactivé et la place des médecins renouvelée.

I. 1. L'Union par la race

*« Afin de recouvrer le prestige qui lui est dû, les députés français relancent le débat sur la régénération de la race et sur les moyens à mettre en œuvre pour réussir la victoire des berceaux sur les cercueils. »*⁴²⁸

« Dans son rapport du 13 juillet 1914, M. le député Breton, au sujet de la dépopulation si alarmante de notre pays, écrivait : “La France meurt d'épuisement. Il n'est pas de spectacle plus affligeant et plus tragique que celui d'une grande et glorieuse nation assistant en pleine conscience, et presque indifférente, à sa propre agonie”. Et la situation

⁴²⁷ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴²⁸ SAINT-MARTIN, Jean. 2006. « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste », *Staps* 2006/1, n°71, p. 8.

s'est formidablement aggravée du fait de la guerre 1914-1918, au cours de laquelle la France a compté 1.500.000 morts et un million de mutilés ! En face de ce péril national, car la puissance d'un pays est inflexiblement liée au nombre de ses habitants, l'Etat, les municipalités, les collectivités sociales se sont émues et ont mis au premier rang de leurs préoccupations la lutte contre la dépopulation. Nous avons vu, sur tous les points du territoire, se créer, s'organiser, se multiplier les institutions et les œuvres ayant pour objet le relèvement de la natalité d'une part, et l'abaissement de la mortalité d'autre part »⁴²⁹. Effectivement, la situation sanitaire de la France est absolument catastrophique, et les fléaux bien connus d'avant-guerre prennent alors des dimensions qui font pâlir. « Les cas de tuberculose se sont multipliés, la syphilis s'est développée. L'alcoolisme a progressé de façon inquiétante ». Les données de la démographie ne peuvent être qu'alarmantes. « En 1921, les chiffres sont là, brutaux ; l'accroissement de la population est de 10,4 pour 1000 habitants en Allemagne, de 14 pour les îles britanniques, de 8,2 en Belgique et seulement de 2,9 en France ». Le tout dans un contexte de haine craintive à l'égard de l'Allemagne, qui bien que défaite, reste une puissance qui effraie. « Comment se protéger durablement de l'hégémonie germanique ? Telle est la question, politique, qui se pose alors. [...]. C'est cette politique sécuritaire qui triomphe avec la victoire du Bloc national aux élections de 1919. Il s'agit de reconstruire les assises économique, morale et physique de la société. L'expression de "grande croisade sociale" revient souvent, qui désigne l'urgence de l'œuvre de rénovation »⁴³⁰. De telles conditions sont favorables au renforcement du mouvement hygiéniste du début du siècle, dont les réflexions se font alors parfois plus radicales et tendent vers un eugénisme positif. Il s'agit bien de rendre aux français des corps forts, garants de la bonne santé sociale du pays. « Protéger les hommes contre la maladie et faire en sorte qu'ils deviennent forts. Conditions essentielles pour créer chez les descendants un ordre physiologique en l'absence duquel le pays, et plus généralement la race, seraient condamnés au déclin. Le dessein, esquissé bien avant la Première Guerre mondiale, est réactivée par celle-ci. [...]. Avec les progrès de l'épidémiologie accomplis depuis la fin du XIX^e siècle, avec l'accélération précipitée de l'exode rurale liée à l'expansion industrielle, et après le choc de la guerre, l'hygiène est devenue l'une des préoccupations premières du travail médical »⁴³¹. « La situation d'après-guerre exerce [à ce titre] un effet favorable à la médecine [...]. Au moment où est institué un ministère de

⁴²⁹ Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. *Op. Cit.*, p. 22.

⁴³⁰ **FAUCHE**, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 12.

⁴³¹ **FAUCHE**, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 11.

l'Hygiène sociale (1920) et où le projet d'une politique d'hygiène publique prend une forme plus concrète et systématique, au moment où s'engagent la réparation des dommages physiques causés par la guerre et la lutte contre le déclin de la natalité, les médecins apparaissent comme les mieux placés pour concevoir une éducation physique qui soutienne la condition physique de la population »⁴³². L'Ogre médical trouve alors des voies renouvelées pour satisfaire son appétit dévorant. « Après la Première Guerre mondiale, les médecins réclament [par exemple] haut et fort une main-mise sur le corps de l'enfant. La demande n'est pas nouvelle. Par contre, et cela est récent, elle va être entendue. En effet, l'instant est propice à la reconnaissance, à l'institutionnalisation et à la valorisation sociale d'une éducation hygiénique ». Les hommes de l'Art ne s'y trompent pas et vantent les bienfaits d'une éducation physique nationale médicalement encadrée.

Dr. M. Boigey (1922) : « Conception moderne de l'éducation physique »

« On semble s'être tout à coup aperçu que l'existence sédentaire et l'éducation capricieuse d'autrefois contribuaient à affaiblir et à dissoudre la Cité. Il a fallu la catastrophe d'où nous sommes sortis épuisés et pantelants pour que les maîtres de notre jeunesse se rendissent compte que la vie spirituelle qui ne tient pas compte des conditions physiques est bonne tout au plus pour les méditations du cabinet, mais non pour la pratique. On s'avise aujourd'hui que les besoins moraux et intellectuels sont liés étroitement à l'organisation corporelle. Ils se développent avec elle, partagent son sort, sont frappés des mêmes imperfections qu'elle, se dérangent quand elle souffre, et périssent avec elle. Il est impossible de séparer le physique du moral. Il ne faut pas songer à régulariser l'un sans l'autre. Ne pas rendre solidaires les règles de l'éducation intellectuelle et morale est une erreur qu'on paraît décidé à ne plus commettre »⁴³³.

Pr. C. Sigalas (1923) : « Discours »

« Dans cette lutte nouvelle pour la défense nationale, ce n'est pas seulement un progrès dans la quantité qu'il faut à tout prix atteindre, c'est aussi un progrès dans la qualité : la race se trouvant, en effet, du fait de la guerre, appauvrie de ses éléments les plus vigoureux et de ses reproducteurs les mieux sélectionnés, c'est une obligation formelle de notre époque d'accroître la vigueur corporelle des adultes restants, par une culture physique appropriée et d'assurer par une éducation physique judicieuse la

⁴³² **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 459.

« 1920. Pour la première fois est créé un département ministériel entièrement réservé aux questions sanitaires : le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance ». Cité dans **TERROIR**, Matthieu. 2004. « 1924 – 2004. 80 ans de vies hospitalières », *Revue hospitalière de France*, n°500, septembre – octobre 2004, p. 5.

⁴³³ **Dr. BOIGEY**, Maurice. 1922. « Conception moderne de l'éducation physique », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année.

santé et la force de la jeune génération en voie de croissance et qui a été soumise à tant de causes d'affaiblissement. De là cette renaissance générale de l'éducation physique à laquelle nous assistons en ce moment [...].

A cette heure où pour gagner la paix, après avoir gagné la guerre, la France doit travailler, produire et créer, dans tous les champs de l'activité humaine, la nécessité d'une race saine et forte, à la fois d'esprit et de corps, apparaît à tous les yeux ; tout dédain cesse pour l'éducation physique, jusqu'ici négligée »⁴³⁴.

Dans le cadre d'une « gestion affinée des populations productives et plus particulièrement de l'enfance », l'École va de nouveau représenter une tribune utile aux médecins afin d'exposer leurs théories en matière d'encadrement physique de la jeunesse. Les croisades hygiéniques des médecins scolaires en faveur du développement des lieux de pratique de l'activité physique ont ainsi ouvert plusieurs fronts. Ils s'engagent par exemple dans une campagne visant le déclassement de l'enceinte fortifiée de Paris pour y construire des terrains de jeux, et obtiennent des résultats indiscutables⁴³⁵. En 1923, « la Direction de l'extension de Paris met à la disposition des écoles et des sociétés sportives trente-cinq terrains situés dans la zone des anciennes fortifications ». De même, ils militent pour la promotion des classes de plein air, dans lesquelles la combinaison de l'aération et des exercices corporels semble être un puissant facteur d'hygiène. C'est d'ailleurs cette même conception qui explique les dénonciations des médecins à l'égard de certaines punitions scolaires jugées dangereuses. « En 1920, la Ligue d'hygiène scolaire demande qu'aucune punition contraire aux lois de la statique ne soit désormais infligée aux enfants »⁴³⁶. Mais si le terrain scolaire est le plus propice aux théories hygiénistes pour la régénération de la race, les sociétés sportives sont elles aussi investies par certains médecins qui voient dans les efforts athlétiques un moyen supplémentaire d'agir sur la vigueur des jeunes gens. Dans un article au titre évocateur : « Médecins, venez au sport », le docteur Marc Bellin du Coteau enjoint ses confrères à l'imiter, et s'inquiète de la trop faible présence médicale dans le milieu des sports de compétition. « On pourrait nous en vouloir d'ignorer la question sportive, qui fait partie intégrante de l'hygiène sociale de l'individu »⁴³⁷. « S'il sait utiliser à bon escient cette corde de la compétence, il veut aussi toucher l'âme nationale des praticiens. Il poursuit donc en leur affirmant qu'en rejoignant les clubs de

⁴³⁴ Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. *Op. Cit.*, p. 23.

⁴³⁵ Pour un commentaire très précis sur ces questions, voir : **CHARVET**, Marie. 2005. *Op. Cit.*

⁴³⁶ **FAUCHE**, Serge. 1996. « Hygiène de l'enfance et éducation physique. Rôle de la médecine scolaire après la première guerre mondiale (1918-1924) », *STAPS*, n°40, p. 42-44.

⁴³⁷ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Médecins, venez au sport », *La Vie Médicale*, n°32, p. 1156.

sport pour y réaliser les contrôles nécessaires, ils vont acquérir une notoriété dans ce milieu, et surtout “la notion précise que vous avez contribué à la rénovation indiscutable de notre race” »⁴³⁸.

II. 2. L’Union pour la force.

*La SMEPS a été fondée pour constituer un trait d’union entre les médecins qui travaillent, pour faciliter leurs travaux et les faire connaître à ceux qui désirent apprendre. Elle lutte pour donner à l’ensemble des médecins la place qui leur revient et qu’il est de leur devoir d’occuper dans une œuvre du plus haut intérêt national.*⁴³⁹

Sonner le tocsin du rassemblement médico-sportif dans les années 1920 sur la base du redressement physique et moral des français ne doit pas éclipser, derrière un argumentaire hygiéniste qui ne connaît pas de réels contradicteurs, des intérêts proprement corporatistes. Voilà plus de 15 ans que certains médecins de l’éducation physique et des sports font l’expérience peu concluante de la désunion. Englués dans des oppositions tenaces, ils ont désormais conscience de la fragilité que de telles dissensions font peser sur leur image collective. S’accorder sur une position unique et la donner à voir par son inscription au sein d’une société médicale est un moyen efficace de s’assurer une visibilité accrue. L’heure est donc au pragmatisme et le regroupement des médecins intéressés par l’exercice corporel sert la légitimité de chacun par la démonstration d’une force collective. Le docteur Chailley-Bert exprime très clairement la chape d’invisibilité et de méconnaissance qui étouffe cet exercice médical particulier. « La surveillance médicale de l’éducation physique d’un enfant ou de l’entraînement sportif d’un adulte, ce que l’on appelle d’un mot mauvais mais commode [...] “la médecine sportive” c’est, dis-je, que cette médecine est une science nouvelle que nous connaissons en réalité très mal »⁴⁴⁰. Dès le premier numéro de la SMEPS en 1922, une enquête y est diffusée sur le rôle du médecin dans l’éducation physique. « La SMEPS pose à tous les médecins qui voudraient bien lui

⁴³⁸ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴³⁹ Anonyme. 1922. « Notre enquête à propos du rôle du médecin dans l’éducation physique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴⁴⁰ Dr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1923. « L’état actuel de nos connaissances sur la respiration et la circulation du point de vue de l’éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19, p. 773.

répondre la question suivante : Etes-vous au courant du rôle que peut jouer le médecin de l'éducation physique ? Si oui, écrivez-nous pour nous donner votre opinion et pour que nous en tenions compte dans nos travaux. Si non, écrivez-nous encore et nous vous fournirons la documentation nécessaire »⁴⁴¹. La volonté d'éclaircissement que l'on sent poindre ici ne peut trouver les conditions de son existence collective que dans la perception partagée des atouts qu'une telle compétence peut représenter pour le praticien. Or, les transformations des champs médical, scolaire et sportif durant l'entre-deux-guerres offrent précisément aux médecins les moyens de tirer bénéfice d'un engagement si spécifique.

L'après-guerre se caractérise par une pénurie relative de médecins. « Malgré l'empressement des jeunes gens à s'inscrire à la faculté de médecine durant les hostilités, un déficit d'étudiants se produit jusque durant les premières années vingt [...]. Entre 1911 et 1921, le nombre de médecins a légèrement diminué, passant de 20 500 à 20 300. Aux morts de la guerre s'ajoute un tassement du nombre des vocations imputé à la "vie chère" qui a appauvri surtout la bourgeoisie. Celle-ci, alors même qu'elle aurait le plus besoin de procurer une profession garante de revenus à ses fils (voire à ses filles), ne parviendrait plus à supporter le coût d'études longues. Au logement et à la nourriture s'ajoutent les inscriptions, les livres, le matériel, l'impression de la thèse elle-même. Signe des temps, un décret du 8 mai 1920 ramène de 200 à 65 le nombre d'exemplaires de thèses à déposer au secrétariat de la faculté avant la soutenance. D'autant que la guerre a élevé l'âge de certains étudiants, parfois mariés et pères de famille. Les bourses sont considérées comme insuffisantes et humiliantes. Et les prêts d'honneur hypothéqueraient trop lourdement un avenir professionnel qui s'ouvre généralement sous les auspices d'une coûteuse installation ». Pourtant, comme souvent dans son histoire, le corps médical craint la surabondance démographique et cherche à réguler le nombre d'entrant dans le métier. Le fantasme de la pléthore est d'ailleurs alimenté « par des statistiques universitaires dont le Ministère de l'Education nationale contestera a posteriori la fiabilité »⁴⁴². Dans ce paysage où domine l'illusion d'une hyper saturation, les médecins eux-mêmes s'engagent dans des rapports de concurrence où il s'agit de faire la preuve de sa différence. « Exister c'est différer »⁴⁴³. Or l'espace de la médecine n'a pas encore atteint la très grande variété de pratiques que nous lui connaissons aujourd'hui, et l'hétérogénéité des possibilités étaient

⁴⁴¹ **Anonyme**. 1922. *Op. Cit.*

⁴⁴² **VERGEZ**, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 160.

⁴⁴³ **BOURDIEU**, Pierre. 1998. *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Editions du Seuil, Collection Points Essais, 567 p.

réduites par le carcan d'une médecine libérale peu spécialisée. « Le processus de spécialisation débute avec le siècle, mais l'apprentissage des spécialités n'est pas encore strictement codifié avant la [seconde] Guerre, pas plus que la reconnaissance de la qualité de spécialiste dans l'exercice en ville. Ce fait trouve une traduction dans l'absence de référence explicite aux spécialistes dans le texte de loi portant création de l'Ordre des médecins [loi du 7 octobre 1940] alors même qu'il a pour mission de contrôler l'entrée dans la profession et l'installation en cabinet de ville. Comment, dans de telles conditions, faire la preuve de sa spécialité ? Celle-ci ne s'affirme très souvent que peu à peu, après plusieurs années de pratique. Tout médecin peut en effet se spécialiser au cours de sa carrière en cantonnant son activité dans une branche spécifique de la médecine et faire reconnaître ce statut par une compétence de longue date et sa notoriété. L'exercice spécialisé recouvre ainsi, au cas par cas, une pratique de fait »⁴⁴⁴. « Cet état de fait suscite de nombreuses réactions de la part des spécialistes hospitaliers et universitaires qui y voient un dévoiement à des fins mercantiles de l'idée même de spécialisation »⁴⁴⁵. Fatalement, comme l'exprime parfaitement Taïeb El Boujjoufi, « il y a une inversion de la lutte, dès lors non plus exclusivement dirigée vers l'extérieur, mais davantage vers l'intérieur : la compétition intervient [...] entre fractions médicales, au niveau des frontières du champ et de ses sub-divisiones. [...] L'enjeu de lutte pour ses occupants relève en définitive d'une stratégie qui, par comparaison avec le champ littéraire, par exemple, "vise [pour chacun] à imposer les limites du champ les plus favorables à ses intérêts". C'est, par conséquent, à l'aune de ces lentes transformations du champ médical que peut effectivement s'expliquer cette sorte de "pulsion de démarquage" de certains médecins » vis-à-vis de l'encadrement et la surveillance des exercices corporels⁴⁴⁶. Pour qu'un exercice spécifique ait de la valeur, il est nécessaire qu'il soit connu et reconnu dans la sphère médicale. Se démarquer par une compétence liée aux activités physiques exige donc dans un premier temps d'apporter la preuve de son intérêt. Les promoteurs de la SMEPS s'engagent en ce sens dans une véritable entreprise de séduction, où l'enjeu qui préside leurs discours et leurs écrits est de *convaincre* et de *convertir*. « Pour assurer nos publications et notre propagande nous devons nous mettre en rapport avec la presse

⁴⁴⁴ **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 77-78.

⁴⁴⁵ **PINELL**, Patrice. 2005. Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p. 36.

⁴⁴⁶ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 27.

médicale au sens le plus large du mot et tout de suite un concours précieux s'offrait à nous, celui de la "Vie Médicale" qui voulait bien publier nos travaux et nous a ainsi permis de fournir à nos membres *la preuve indispensable* de notre activité en apportant à tous le texte des communications faites à nos réunions »⁴⁴⁷.

« Le marché encore faiblement structuré des activités physiques et des sports représente alors un domaine potentiel de spécialisation pour plusieurs fractions de médecins dont il faut resituer les intérêts spécifiques »⁴⁴⁸. L'intérêt économique est indéniable bien que difficilement mesurable dans les faits. Dans une médecine encore éminemment libérale, qui suppose des frais d'installation importants, la concurrence exige des médecins des qualités de stratèges. Il leur faut évaluer la manne potentielle de clients selon les zones géographiques d'implantation du cabinet, et être en mesure de rivaliser avec un ou plusieurs confrères. Le voisinage redouté ou factuel de médecins annonce toujours une lutte symbolique dont l'enjeu consiste à étendre ou simplement fermer les frontières de la zone dans laquelle s'effectue le recrutement d'une clientèle. Dans un tel contexte, les stratégies de valorisation de soi dans une démarche mercantile de séduction ne sont pas rares. « La patience et la chance sont deux armes précieuses. Car, pour la publicité, il ne faut pas y compter. La déontologie (et la vigilance de ses confrères) interdit au médecin d'y recourir. Ou alors sous des formes très originales, telle la campagne de promotion offerte en 1912 à un jeune installé par ses camarades de faculté : "*L'un d'eux piquait un sprint à mort sur le Cours Morand [à Lyon] où j'habitais. Une meute hurlante se précipitait à sa poursuite et, en le désignant du geste aux passants affolés, tonitruait à plein gosier l'explication de ce 100 mètres hystérique : - Où court-il ?... lançait une voix décidée. Et le chœur beuglait en réponse : - Chez le Dr Bidon ! Succès fou sur mon avenue bourgeoise* »⁴⁴⁹. Au-delà de ces accroches commerciales, il s'agissait également et surtout de faire la preuve de sa compétence, et plus précisément de *ses* compétences. « La science du médecin est de découvrir chez un patient un mal dont les deux puissent vivre ». Cette citation d'Albert Willemetz, volontairement caricaturale et exagérément incriminante dans sa formulation, recouvre une condamnation dont la permanence historique ne peut qu'attirer l'attention. « Les médecins sont bien entendu, comme d'autres congrégations et

⁴⁴⁷ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴⁴⁸ **EL BOUJOUFI**, Taïeb & **MIERZEJEWSKI**, Stéphan. 2007. « Le recrutement socio-professionnel du personnel enseignant des Instituts Régionaux d'Éducation Physique (1927-1939) », *Staps* 2007/1, n°75, p. 11.

⁴⁴⁹ **VERGEZ**, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 116.

professions, concernés par les mêmes problèmes. Pris entre un humanisme qu'ils forcent parfois et un statut social et financier qui ne répond pas souvent à leurs espoirs, les dérapages sont inévitables. Si la littérature s'en fait l'écho, le théâtre n'est pas de reste. Le célèbre docteur *Knock*, de Jules Romain, joué pour la première fois en 1923, dépeint tout à la fois la ruse du médecin et l'incrédulité de la population rurale. Après avoir donné des consultations gratuites, il persuade la population que *tout homme bien portant est un malade qui s'ignore*, apeurant ainsi une nouvelle clientèle dont il tire, cette fois, largement profit. La considération dont ce médecin abuse, lui est notamment conférée par son statut d'Homme de Science : son Savoir garantit son Pouvoir et garnit son portefeuille »⁴⁵⁰. Loin de vouloir faire des médecins de l'éducation physique et des sports les docteurs Knock des années 1920, il apparaît clairement que l'intérêt pour les activités corporelles était lié à des considérations pécuniaires. Si S. Fauché et M-H. Orthous voient dans la médecine de l'éducation physique « une opportunité pour le médecin de s'inscrire comme référence dans la société toute entière ; une façon d'y affirmer son prestige et, pourquoi pas, d'y élargir sa compétence », certains médecins avaient déjà parfaitement identifié ce filon avant la première Guerre, attirant dans cette voie des individus aux statuts scientifiques plus contestables⁴⁵¹. La réalité chiffrée d'un tel phénomène est difficilement perceptible, mais certains indices laissent supposer que ce « marché médico-sportif » était rentable et attractif. Le témoignage de R. Laubier en 1913 est à ce titre particulièrement évocateur.

R. Laubier (1913) : « Chez les sportifs »

« On fait beaucoup de réclame autour des sports, en se servant de l'étiquette médicale. Tous les dirigeants sportifs s'improvisent pontifes en matière d'hygiène, et sur ce chapitre, ils ne sont pas à prendre avec des pincettes. Il est vrai que beaucoup se disent docteurs, sans avoir jamais pris une inscription à la Faculté. Je ne veux pas dire qu'il n'ait, à la tête de certains établissements de culture physique, des médecins convaincus et sérieux tels que Boisieux, Ruffier et quelques autres. Ceux-là sont des athlètes doublés de savants. Nous les comprenons et les félicitons. Mais lisez donc les prospectus que vous a certainement envoyés le tenancier du gymnase du coin. Ce sportif s'intitulant professeur Dumollet, Dubiceps ou Durand, cultive les hommes, les femmes et les poires. Qu'est-ce qu'il nous raconte dans son prospectus ? Le pire est que cela paraît vaguement scientifique, les termes étant médicaux, certaines phrases

⁴⁵⁰ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴⁵¹ FAUCHE, Serge & ORTHOUS, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 16.

ayant été copiées dans nos manuels d'Hygiène, pour être accommodées à la sauce du monsieur »⁴⁵².

Dans la *Revue* de la SMEPS, de nombreuses pages publicitaires viennent confirmer cet élan tout à fait original en faveur d'une éducation physique monnayable. Certains individus se spécialisent dans la vente d'appareils de mesure et d'enregistrement « pour le contrôle de l'éducation physique ». Toises, balances, dynamomètres, spiromètres, côtoient alors par exemple le « *Pléthysmo-Oscillomètre du Dr. Barré de Strasbourg* », et le « *Polygraphe Clinique à inscription rectiligne de M. le Dr. Mougeot de Royat* ». Le contrôle et l'encadrement médical de l'activité physique éclairent ici de façon explicite un ensemble d'enjeux financiers. « La rareté relative des compétences dont ils se réclament vient conférer un surplus de légitimité à un statut très largement répandu, [celui de médecin]. Au-delà des profits matériels éventuels, c'est l'accès à des gratifications qu'ils ne trouvent plus forcément auprès d'une *clientèle ordinaire* qui se joue ici »⁴⁵³. Les auteurs qui ont travaillé sur cet exercice médical spécifique dans l'entre-deux-guerres nous donnent ici quelques éléments de preuve de la dimension économique d'une telle compétence.

Dr. Marc Bellin du Coteau (1923) : « Médecins, venez au sport »

« Mais je vous affirme, par expérience personnelle, que vous arriverez fort bien à vous constituer un noyau de clientèle composé de tous ceux qui, de par vous, pourront suivre l'évolution de leur personnalité physique. J'ajoute que s'il leur arrive d'être malades, ils n'iront pas chercher le confrère d'en face, car ils ont l'impression nette et vraie que vous connaissez à ce que nous appellerons avec eux leur "tempérament". Premier rapport qui augmentera le chapitre de vos recettes. Il en est d'autres que vous pouvez lui adjoindre sans déchoir. Dans toutes les sociétés existe un manager un entraîneur payé au mois suivant les possibilités du club. J'en connais plusieurs dont les mensualités dépassent 1.000 francs. En Amérique, les docteurs chargés de l'éducation physique et des sports, dans les Universités ont un traitement de vingt-cinq à trente mille francs.

Oserai-je ajouter que certains managers d'outre Atlantique émargent de soixante mille ? Simples chiffres, que je ne commente pas.

Dois-je encore parler des masseurs, payés sensiblement au même tarif ? Pourquoi tant de non-médecins occupent-ils ces situations d'importance ? Parce qu'ils sont venus au sport avant nous et que beaucoup de médecins

⁴⁵² LAUBIER, R. 1913. « Chez les sportifs », *Le Médecin de Paris*, n°10, p. 30. Cité dans EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 35.

⁴⁵³ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 26.

attendent que le sport vienne à eux. J'ai cru devoir signaler à mes confrères qu'il existait encore en France des mines à explorer »⁴⁵⁴.

Les Nouvelles médicales de Paris (1930) :

[Le but des fédérations des SMEPS consiste à] « faire triompher le point de vue médical en éducation physique, et ceci sous deux formes : une forme technique, car il nous reste à faire admettre ce grand principe que le médecin est seul à même de donner des directives scientifiques à l'Education Physique. D'un point de vue plus terre à terre, la Fédération aura à intervenir pour faire respecter les intérêts professionnels du médecin et défendre son droit à la vie. En effet, beaucoup trop d'organismes, quelles que soient les organisations auxquelles ils s'intéressent, négligent ce point de vue. Ils ignorent que notre rôle sacerdotal s'estompe beaucoup lorsque nous passons à la caisse pour régler les honoraires de nos fournisseurs »⁴⁵⁵.

Dr. L. Tavernier (1934) : « Le genou et le sport » :

« Une routine enracinée empêche beaucoup de chirurgiens d'accepter la section du ligament latéral, nécessaire pour l'ablation complète du ménisque. Lorsque le ligament est reconstitué, comme je l'ai indiqué, sa section ne comporte aucun risque ; j'ai recherché il y a quelques années les champions de football et de tennis que j'avais opérés, tous ont repris le jeu sans rien perdre de leurs qualités sportives. Deux d'entre eux ont fait partie depuis de l'équipe nationale Française de football. Le fait est maintenant si connu dans ces milieux que les blessés viennent d'eux-mêmes réclamer l'opération qui a guéri tel ou tel joueur de leur connaissance »⁴⁵⁶.

Cet impact économique ne semble pas être purement anecdotique puisqu'émergent dès les années 1920 des problématiques professionnelles aux sonorités troublantes d'actualité. Dans ce jeu complexe de valorisation de soi par des compétences inédites en vue du recrutement et de l'élargissement d'une clientèle, la crainte de « se faire voler ses malades » est en effet déjà présente. Un athlète peut en effet cumuler les ressources médicales, le médecin de sa société sportive n'étant bien souvent pas le médecin de famille. La situation débouche donc sur de possibles conflits entre praticiens. En 1922, la toute jeune commission médicale consultative du Stade Français, composée notamment de médecins de la SMEPS, après avoir établi les conditions d'une visite d'aptitude préalable à

⁴⁵⁴ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Médecins, venez au sport », *La Vie Médicale*, n°32, p. 1157. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 26-27. Et **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴⁵⁵ **Anonyme**. 1930. *Les Nouvelles médicales de Paris*, p. 271. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 106.

⁴⁵⁶ Dr. **TAVERNIER**, L. 1934. « Le genou et le sport », *rapport, congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Chamonix, Fédération internationale médico-sportive. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 114.

la pratique athlétique et d'une surveillance sur les terrains mêmes de l'entraînement, tente de ménager la déontologie professionnelle en rassurant les médecins de famille. « Pour éviter tout risque de critiques internes, il est précisé que "d'un commun accord, les membres de la commission se sont interdits de rechercher une clientèle personnelle dans ce milieu sportif" »⁴⁵⁷.


PIRARD ET CŒURDEVACHE
7, rue Blainville, PARIS (V^e)

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE PRÉCISION
PHYSIOLOGIE, MÉDECINE, MÉTHODE GRAPHIQUE

APPAREILS POUR LE CONTROLE
DE
L'ÉDUCATION PHYSIQUE


TOISES - BASCULES
DYNAMOMÈTRES - SPIROMÈTRES

Appareils Spéciaux de M. le D^r BOIGEY
: : : de l'École Militaire de Joinville : : :
Rachigraphe, Coulisse à pied droit, Dyna-
momètres spéciaux, Sthénomètre. : : : :



Observation Graphique de l'Éducation
physique - Enregistreurs, Pneumographes,
Cardiographes, Tambours, Signaux, etc...

Piéthysmo-Oscillomètre du D^r BARRÉ de
Strasbourg, pour la mesure et l'inscription
de la tension artérielle. Breveté S. G. D. G.



Polygraphe Clinique à inscription rectiligne
de M. Le D^r MOUGEOT de Royat. : : : :

Analyse des Gaz de la respiration
Eudiomètres Divers, (Haldane, Laulanié, Lahy, Waller)

Envoi franco de notice sur demande

Publicité. *Bulletin de la SMEPS*, n^o2, 1^{ère} année, Juin 1922.

Mais la gratification par l'argent ne peut bien sûr expliquer à elle seule cette volonté collective de clarification et de renforcement de l'espace médico-sportif. Le

⁴⁵⁷ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

rassemblement inédit qui s'opérationnalise lors de la création de la SMEPS trouve les conditions de son développement dans des ferments forts différents. En l'occurrence, il s'agit bien pour certains praticiens de *se regrouper pour peser* dans des espaces qu'ils jugent dignes d'intérêts, des lieux où la pression sociale de leur groupe permettrait l'occupation de places de choix. Ce qui est visé ici, c'est l'accès au statut d'expert dans un domaine où la définition des règles du jeu n'est pas stabilisée et autorise des luttes de pouvoir pour détenir les positions de force. Oscillants depuis l'origine des préoccupations médicales liées aux activités physiques et sportives entre l'éducation physique scolaire et les sports de compétition, les médecins partisans de cultures corporelles différenciées vont logiquement chercher à investir les deux espaces sur lesquelles ses activités se déroulent : *l'école* et *le stade*. Du point de vue de l'éducation physique proprement scolaire, « le "terrain" des activités physiques et sportives offre ceci de particulier dans les années 1910-1940 qu'il n'est pas occupé par une profession bien définie et que les rapports de forces à l'intérieur du champ sont largement dessinés par les relations entre le champ et les forces externes ; celle de la politique, de l'hygiène publique ou de la défense nationale. La corporation des professeurs reste [en effet] longtemps insignifiante »⁴⁵⁸. Ainsi, « l'investissement de forme médicale va entrer en résonance [...] avec l'émergence et l'affirmation du mouvement hygiéniste et, dans une certaine mesure, avec le courant eugéniste ». Finalement dans la décennie 1920-1930, « les médecins occupent un espace libre laissé vacant jusque là ; ils sont, pour tout dire, les seuls à proposer des réformes et à entreprendre toute une série d'innovations institutionnelles originales »⁴⁵⁹. La très forte volonté de contrôler la formation des éducateurs physiques, qui s'exprime clairement en 1923 dans le discours du doyen Clément Sigalas qui en appelle à la création des instituts régionaux d'éducation physique est à ce titre un élément particulièrement significatif⁴⁶⁰. Les éducateurs physiques ne bénéficient pas d'un statut identique à celui détenu par les enseignants des autres disciplines scolaires, et sont complètement dominés dans l'institution. Les médecins, fins théoriciens de l'éducation physique y décèlent

⁴⁵⁸ **DEFRANCE**, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 159.

⁴⁵⁹ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 172. Pour Jacques **Defrance**, « la percée de l'eugénisme en éducation physique et en sport avant 1925 est un indice de la faible autonomisation du champ des activités physiques et sportives ». **DEFRANCE**, Jacques. 2004. *Op.Cit.*, p. 160.

⁴⁶⁰ Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. *Op. Cit.*, p. 26.

naturellement une opportunité de s'imposer dans une relation hiérarchique qui leur serait profitable. S'assurer du contrôle de leur formation, c'est s'assurer d'une position médicale originale⁴⁶¹. A ce titre, l'enseignement obligatoire de l'éducation physique leur sert effectivement de « cheval de Troie » pour consolider leur présence dans l'institution scolaire⁴⁶². Cette poussée revendicative des médecins dans le domaine des exercices corporels « coïncide [...] avec une série décisive de transformations structurelles du champ hospitalo-universitaire ». « C'est à la faveur de la refondation du système d'enseignement Supérieur vers la fin du XIX^e siècle [la loi du 10 juillet 1896], à l'origine des universités régionales, puis d'un certain nombre de dispositions, comme le décret [du 31 juillet] 1920 qui élargit leur autonomie, que se crée toute une gamme d'instituts d'enseignement et de recherche attachés à des secteurs d'activités sociales nouvellement investis »⁴⁶³. Ainsi, dans un espace scolaire qui semble vierge de toute emprise en matière d'éducation physique et aux vues des transformations en cours dans l'espace de l'enseignement supérieur, les médecins de l'exercice physique entrevoient la possibilité de contrôler la profession des éducateurs et dans le même temps l'occasion d'accéder à de nouvelles formes de profits.

Le rassemblement des médecins intéressés par l'exercice physique ne s'inscrit pas uniquement dans une volonté de reconnaissance proprement médicale d'une compétence inédite, ou dans une perspective de tutelle des éducateurs à l'école, il s'agit aussi de se renforcer collectivement pour se rendre *indispensable* dans un espace en pleine expansion, qui a récemment fait la preuve de sa vitalité et de sa popularité ; celui du sport de compétition. Dans le processus de sportivisation typiquement français, les années 1920 représentent en effet un véritable tournant qui se caractérise par une « poussée d'autonomisation du champ "sportif" »⁴⁶⁴. Pour Guy Laurans, l'entre-deux-guerres est même le théâtre de la véritable « modernité sportive », qui se réalise par l'abandon progressif du mode de désignation des vainqueurs propres aux jeux traditionnels, basé sur

⁴⁶¹ Sur ce point, voir **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 449-463.

⁴⁶² **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. *Op. Cit.*, p. 17.

⁴⁶³ **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science & Motricité*, n°54, 2005/1, p. 93.

⁴⁶⁴ **DEFRANCE**, Jacques. 1999. « Histoires de vie et socio-histoire du champ sportif. La trajectoire sportive et politique d'Henry Paté (entre 1918 et 1942) », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, p. 84.

l'honneur, et par la reconnaissance simultanée de la légitimité et de l'autorité des instances fédérales⁴⁶⁵. Gérard Bruant remarque ainsi que la « sportivisation de la tradition » se traduit par un déplacement du défi et de la provocation vers la préparation et la performance, et s'accompagne d'une diminution progressive de la valeur des prix. A mesure que le titre de champion rencontre son acception moderne, la valeur matérielle des récompenses diminue⁴⁶⁶. Or les années 1920 sont celles des Héros sportifs. L'image du champion recordman s'impose très largement parmi une population qui s'essaie massivement à la pratique. « En 1929, le mouvement sportif ne compte pas moins de quarante fédérations, regroupe 365.800 licenciés et, par-dessus tout, voit son succès entretenu par une presse spécialisée florissante (5 hebdomadaires et deux quotidiens : *l'Auto* et *l'Echo des Sports*) qui promeut ses premiers mythes : Suzanne Lenglen, les Mousquetaires du tennis, Georges Carpentier, etc. »⁴⁶⁷. Cette très forte expansion du mouvement sportif s'est d'ailleurs traduite par l'éclatement en 1919 d'une USFSA trop étroite pour abriter les ambitions et les désirs d'indépendance propres à chaque discipline sportive, qui se doteront rapidement de fédérations spécialisées. Une telle prospérité est à l'origine de l'intérêt que lui porte alors la sphère politique. « Si le sport devient une affaire d'Etat [pour reprendre l'expression de Gaston Vidal] à partir de 1920, cette préoccupation nouvelle tient essentiellement à l'impact croissant des résultats sportifs sur l'opinion publique et aux considérations de prestige national »⁴⁶⁸. « Désormais, l'Etat est [...] impliqué en matière de compétitions internationales. Il y va du prestige de la France. En 1920, pour la première fois, une ligne budgétaire (au titre des Affaires étrangères) est destinée à faciliter la préparation des athlètes français et leur déplacement aux Jeux olympiques d'Anvers »⁴⁶⁹. Nous rejoignons alors l'analyse d'Anne Roger qui voit dans cette situation originale les prémisses d'une politique étrangère tournée vers le sport⁴⁷⁰. La tribune politique qu'offrent les Jeux olympiques de Paris en 1924 en est le meilleur exemple. Elle offre les conditions d'une réflexion primitive sur le rôle de l'Etat et des municipalités en matière d'équipements sportifs. En témoigne la loi du 25 mars 1925

⁴⁶⁵ LAURANS, Guy. 1990. *Op. Cit.*, p. 1060.

⁴⁶⁶ Les objets d'art ou les médailles en métal précieux « seront remplacées par des breloques à mesure que les titres auront une plus grande valeur symbolique ». Cité dans BRUANT, Gérard. 1992. *Op. Cit.*, p. 92.

⁴⁶⁷ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 8.

⁴⁶⁸ ARNAUD, Pierre. 1992. « Repères pour une histoire des politiques d'équipements sportifs », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5, p. 21.

⁴⁶⁹ CALLEDE, Jean-Paul. 2001. « L'invention des politiques publiques du sport en France (1919-1939) », *Stadion, XXVII, Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p. 47.

⁴⁷⁰ ROGER, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 82.

relative à l'expropriation pour cause d'utilité publique en vue de l'établissement de terrains sportifs. « C'est [donc] bien à partir des années 1925 et plus sûrement à partir de 1930 que les Conseils municipaux prennent conscience du problème des équipements sportifs au point de leur consacrer des budgets importants, parfois colossaux »⁴⁷¹. « L'équipement sportif devient un domaine d'innovation architecturale, technique et technologique aux retombées symboliques immédiates. [...]. Le sport devient un enjeu électoral non négligeable dès lors que des groupes de pression – favorables à la municipalité sortante ou engagés dans l'opposition – vont être en mesure de faire valoir leur point de vue »⁴⁷².

Un certain nombre de médecins, comme nous l'avons préalablement indiqué, sont acquis à la cause sportive. Pratiquants eux-mêmes, souvent investis dans les fonctions administratives d'une société sportive, le renforcement et l'autonomisation du champ « sportif » dans les années 1920 représentent pour eux un danger autant qu'une opportunité. En même temps que le sport moderne se clarifie et s'organise, c'est toute la logique de sa direction et de son encadrement qui se modifie. « Les organisations sportives commencent à recruter des cadres dans leurs propres rangs après 1920 », preuve que les critères de sélection antérieurs basés sur la notabilité sociale s'atténuent⁴⁷³. Dans un contexte particulièrement mobile et mouvant, où la division du « travail sportif » est en discussion et où les rapports de force pour la définition des tâches s'intensifient, « ses occupants sont placés dans l'urgence de se *nommer* (et par là même de se désigner) au monde "sportif" en se mobilisant collectivement »⁴⁷⁴. Là encore, l'enjeu est double. Faire la preuve de la nécessité d'un contrôle médical avant, pendant, et après la pratique sportive, c'est s'assurer de la présence du médecin dans un vivier de patients tout à fait original. Dans cette médecine du XX^e siècle qui gère de façon préventive la santé de personnes non malades – véritable révolution dans la définition même du rôle de l'homme de l'Art – le médecin des sportifs fait office d'avant-gardiste. Mais cette expansion utile de la compétence médicale sur le terrain sportif ne se limite pas à la prise en charge des

⁴⁷¹ ARNAUD, Pierre. 1992. *Op. Cit.*, p. 19. Voir également sur ce point CALLEDE, Jean-Paul. 1992. « La politique sportive de la municipalité de Bègles. Contribution à une approche généalogique de l'action sportive communale », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5, p. 61-72.

⁴⁷² CALLEDE, Jean-Paul. 2001. « L'invention des politiques publiques du sport en France (1919-1939) », *Stadion, XXVII, Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p. 49-50.

⁴⁷³ DEFRANCE, Jacques. 1999. *Op. Cit.*, p. 83-84.

⁴⁷⁴ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 101.

athlètes toujours plus nombreux. Certains praticiens voient dans les transformations de l'espace les opportunités de s'imposer dans la formation des éducateurs sportifs. « Un certain ascendant est acquis par les médecins dans le sport, étayé sur un prestige intellectuel. Ils apportent dans un milieu sportif, pragmatique et peu "réflexif" durant l'entre-deux-guerres, des ressources culturelles de forme scientifique ou clinique, pour comprendre le geste gymnastique et sportif, ainsi que pour interpréter la fatigue et la douleur ressenties par l'athlète. Les sciences médicales fournissent un vocabulaire descriptif, des méthodes d'observation, et des grilles d'interprétation des formes objectives du sport et de quelques aspects de l'expérience subjective qu'on peut en avoir. Ces savoirs sont assez rapidement "appliqués" pour accompagner ou remodeler les principes pratiques de la pratique physique, et formaliser une notion émergente, l'"entraînement" »⁴⁷⁵. Ainsi, dès 1921, se met en place, au sein même de la Fédération Française d'Athlétisme, une formation sanctionnée à partir de l'année suivante par un diplôme d' « éducateur sportif ». De 1921 à 1925, date à laquelle les formations cessent faute de moyens financiers, les cours sont dispensés par des scientifiques et des médecins qui proposent des conférences sur des thèmes précis. Les docteurs Thooris et Bellin du Coteau font partie des intervenants. « Le rôle des médecins est incontestable et capital. Ils sont omniprésents dans les commissions chargées de la formation »⁴⁷⁶. Contrôle de l'éducation physique scolaire et formation des éducateurs, contrôle de la pratique sportive et formation des moniteurs, les profits espérés sont donc nombreux et expliquent en grande partie le passage dans les années 1920 d'un intérêt médical diffus à une position collective renforcée.

II. Sport, Médecine et Politique : Jeux croisés

Les nuances apportées au concept même de « médicalisation de la vie sociale » sont nombreuses et salutaires. Loin de se trouver face à un processus mécanique « doté d'une force coextensive aux effets irréversibles, sans visage, un phénomène d'annexion au développement métronomique », il s'agit au contraire d'un mouvement qui ne peut prendre

⁴⁷⁵ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 116.

⁴⁷⁶ ROGER, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 53-54.

corps que lorsque sont rassemblées un certain nombre de conditions socio-historiques originales⁴⁷⁷. Il importe donc de réaliser un état des lieux des forces en présence, afin d'appréhender précisément l'ensemble des obstacles ou soutiens qui aura permis cette poussée de médicalisation des activités physiques dans l'entre-deux-guerres. Il existe bien évidemment un fossé de taille entre le monde des intérêts, des attentes et celui de leurs réalisations. Les médecins mobilisent alors logiquement les réseaux qu'ils ont constitués et utilisent les ressources issues du capital social propre à chacun pour accéder à leurs aspirations. Dès les premières réunions qui vont décider de la création et du développement de la SMEPS, la nécessité de se servir des surfaces sociales de chaque membre pour accentuer la visibilité et la force de l'espace médico-sportif se fait sentir. En janvier 1922, le Dr. Richard en appelle à une véritable mission de conquête, et exhorte nommément certains confrères à user de leurs fonctions et relations.

Dr. G-A. Richard (1922) : « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 »

« [...] Qu'allons-nous faire maintenant ? Nous continuerons bien entendu les études entreprises, mais il faut absolument perfectionner nos moyens d'actions, et c'est pour cela qu'à notre dernière réunion, le Conseil a adopté différentes mesures destinées, en divisant le travail, à en mieux permettre l'accomplissement. C'est ainsi qu'en dehors des fonctions déjà distribuées chaque administrateur devra exercer son activité dans la sphère où son action doit être le plus efficace, ainsi notre confrère Garrelon déjà chargé des archives et de la Bibliothèque devra s'occuper de mettre au point et de tenir au courant un index bibliographique de publications intéressant nos études. Bellin du Coteau le médecin champion qui vient d'entreprendre à la fédération d'athlétisme un enseignement des plus intéressants, sera spécialement chargé d'assurer nos rapports avec les sportifs, de les développer, et je sais que déjà il a fait le projet de quelques réunions de plein air qui seront des plus profitables aux uns et aux autres. Cornet, de par sa situation au PUC, est tout désigné pour faire la liaison avec nos confrères encore étudiants pour leur montrer l'intérêt de nos travaux, et la part qu'ils doivent y prendre. Jacques Dedet porte un nom bien connu parmi les joueurs de rugby et lui-même a grandement contribué à cette réputation, c'est donc dans les milieux de ce sport qu'il portera la bonne parole. Notre confrère Dufestel, secrétaire général de la Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles, avec lesquels nous aurons très certainement des rapports de plus en plus nombreux assurera la liaison entre nos deux groupements, et déjà il a invité notre conseil à assister à l'une de leurs réunions. Mme Houdré représente parmi nous et l'éducation physique féminine et les sports féminins, elle prêche pour les idées qui sont les nôtres par la parole et par l'exemple ; nul mieux qu'elle ne pourrait nous représenter dans ces milieux féminins, si sportivement actifs. Avec

⁴⁷⁷ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 218.

Lucas-Championnière c'est une autre question qui se pose, car nous avons en lui, en même temps que le digne représentant d'un nom aimé et vénéré dans notre monde, un confrère averti et pour cause, de tout ce qui concerne les questions de journalisme médical. Aussi lui avons-nous demandé d'être notre conseiller constant pour toutes les questions que put poser la publication de nos travaux »⁴⁷⁸.

S'engage alors un jeu complexe où les liens d'amitié / inimitié s'entremêlent. « Prêcher la bonne parole médicale » est un sacerdoce dont l'exercice peut rencontrer des résistances. Selon le lieu où le praticien cherche à diffuser son culte, le public à convertir change et la perméabilité des mentalités diffère. Là où il aurait été légitime de penser que le corps médical était le plus à même de reconnaître l'utilité et l'intérêt de ce nouvel exercice car proche d'un même idéal hippocratique, c'est en fait à une insensibilité caractérisée que les médecins de l'exercice corporel vont devoir faire face. L'apathie du monde médical pour la pratique physique frise parfois le mépris pour cette médecine confidentielle de l'homme sain. Les terrains scolaires et sportifs vont pour leur part faire preuve de méfiance à l'égard de « celui qui sait », qui dicte et dont on craint l'ingérence. De nombreux témoignages viennent souligner la réception mitigée des médecins parmi les éducateurs et les sportifs. Pour autant, les années 1920 sont celles qui marquent la véritable reconnaissance des hommes de l'Art dans le monde de la mise en mouvement des corps. L'institutionnalisation d'une médecine de l'éducation physique dans les IREP à partir de 1927 et la création de nombreuses commissions médicales au sein des plus grands clubs sportifs français en sont la preuve irréfutable. C'était sans compter en effet sur les soutiens politiques extrêmement forts dont vont bénéficier les membres de la SMEPS. Proches pour certains des fractions dirigeantes du pays, ils n'auront de cesse de soigner ces appuis d'une importance inégalable. La première réunion sportive annuelle de la SMEPS en 1922 est une illustration idéal-typique des alliances espérées et réalisées à l'époque. Œuvre de propagande pour le public et le corps médical dans son ensemble, la très faible diffusion médiatique de l'évènement dans les journaux médicaux expliquent sans doute le peu d'athlètes en lice le jour de la compétition, et atteste du désintérêt notoire que la pratique sportive représente pour l'intelligentsia médicale. La presse sportive, à l'inverse, est présente sur place et relaye l'information. C'est un journaliste du *Miroir des Sports*, Boileau, qui signe les photos de la compétition, et deux des principaux journaux sportifs de l'époque accordent à l'évènement un entrefilet élogieux. Nous avons déjà cité le

⁴⁷⁸ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. *Op. Cit.*

commentaire publié dans *l'Auto*, qui saluait l'effort réalisé pour voir enfin « des médecins prêcher d'ensemble ». *L'Echo des Sports* publie les résultats et performances réalisées par les « médecins sportifs », et applaudit leur volonté de ne plus laisser « la science à l'écart du mouvement. [...]. Ils ont raison lorsqu'ils veulent tenter d'ébranler les vieilles maisons remplies “des gens qui ont des oreilles et qui n'entendent pas” »⁴⁷⁹. Ainsi, la presse sportive apprécie l'action de la SMEPS, puisqu'elle participe à l'entreprise de légitimation de l'objet sportif (sans qu'il ne soit question ici de leur possible ingérence au sein même des sociétés sportives, susceptible de soulever alors quelques réserves...). Mais cette reconnaissance nécessite l'adhésion du monde médical. Or ce dernier brille ici par son absence significative. Pourtant, « cette charmante réunion » fut considérée comme « un véritable succès ». La raison en est simple. Lors du « déjeuner servi au restaurant du Stade [...] M. Henry Paté, Haut Commissaire à l'Education Physique et au Sport qui [a] tenu à montrer aux médecins sportifs tout l'intérêt qu'il porte à leurs efforts en assistant à leur réunion, leur dit combien il [estime] salubre la tâche qu'ils ont entreprise et les [assure] de son appui pour la réalisation de leurs projets »⁴⁸⁰.

II. 1. Méfiance sportive et dédain médical

L'entre-deux-guerres est une phase de développement intense du milieu sportif, dont les enjeux ne passent plus inaperçus, y compris dans les plus hautes sphères de la société. Ainsi, les années 1920 voient s'intensifier de façon remarquable la littérature médico-sportive, preuve pour Anne Roger que le sport devient progressivement digne d'intérêt⁴⁸¹. Jean-Louis Gay-Lescot repère également une augmentation substantielle du nombre de thèses soutenues en France sur le sujet à partir des années 1920⁴⁸². Le graphique présenté en annexe, intitulé : « la médecine du sport, un siècle de thèses (1894-1994) », confirme ce résultat (**Voir [annexe méthodologique](#) p. 631**). En vingt ans, de 1919 à 1939, ce ne sont pas moins de 108 thèses de médecine qui s'intéressent à l'activité physique (soit

⁴⁷⁹ **Anonyme**. 1922. « Les Journaux », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

⁴⁸⁰ Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. *Op. Cit.*

⁴⁸¹ L'auteur fait l'inventaire non exhaustif des ouvrages, collections et revues dirigés par des médecins, qui paraissent dans les années 1920 sur l'objet sportif. **ROGER**, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 120-121.

⁴⁸² **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1998. « Education physique, sports et médecine. Les thèses de médecine soutenues en France entre 1893 et 1945 à propos des activités physiques », *Spirales*, n°13-14, p. 213-220.

près du double des travaux réalisés dans la période précédente, qui s'étend des années 1870 à 1914)⁴⁸³. Cette évolution témoigne d'un mouvement des idées, et atteste de l'expansion, encore limitée mais réelle en faveur d'une médecine de l'exercice corporel.

Pourtant, la réception des idées propres aux médecins de l'éducation physique et du sport semble insuffisante pour les principaux intéressés qui dénoncent la surdité relative du corps médical. « Le développement extraordinaire du sport depuis la guerre et les progrès incessants de l'idée sportive dans les générations nouvelles ont fini par attirer l'attention de tout le monde sur un mouvement d'une telle envergure. [...]. Mais hélas ! Le nombre des m diciens est encore assez peu élevé qui eurent le goût et le loisir d'étudier de près ces questions d'éducation physique. Le m dicien a pris l'habitude de s'attacher au seul malade, et il veut être celui qui guérit. Légitime ambition, en vérité. Mais ne pourrait-il être aussi parfois celui qui prévient la maladie, celui qui assure à chacun par ses conseils le meilleur rendement personnel ? »⁴⁸⁴. Ce sera l  le cheval de bataille de la SMEPS. « Persuader les incr dibles »⁴⁸⁵. La création d'un journal propre à recevoir les travaux de cette société médicale récente s'inscrit pleinement dans cet objectif de propagande et de conversion. Les articles qui y sont publiés le rappellent constamment. « Le but [du *Bulletin de la SMEPS*] est de renseigner le m dicien sur son rôle dans des questions dont il a peu l'habitude et qu'il lui est difficile aujourd'hui d'ignorer »⁴⁸⁶. «  tant donné l'intérêt capital des idées qui nous ont réunis, [...] le corps médical doit petit à petit comprendre quel est son *devoir*   propos de l'éducation physique »⁴⁸⁷. « La *Revue MEPS* [...] est un organe de propagande dont le but est de renseigner le m dicien sur son rôle dans ces questions que le plus souvent il n'envisage pas comme primordiales et qui cependant réclameront bientôt sa collaboration régulière »⁴⁸⁸. L'insistance avec laquelle les m diciens de l'éducation physique en appellent à la considération du corps médical, et la permanence d'une telle sollicitation dans le temps indiquent la relative inefficacité de leurs actions. Face à l'accueil particulièrement froid que les journaux médicaux r serv rent aux travaux et nouvelles envoyés par la SMEPS, le Dr. Richard, secrétaire de la société, reconnaît sa déception mais réaffirme son engagement. « [Des journaux] ne nous répondirent pas ou se lassèrent et devant le peu de résultat d'un effort d'ailleurs insuffisant nous dev nmes silencieux mais, rassurez-vous,

⁴⁸³ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

⁴⁸⁴ Dr. DIFFRE, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. V-VII.

⁴⁸⁵ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴⁸⁶ Anonyme. 1922. « A nos lecteurs », *Bulletin de la SMEPS*, n 1, 1 re année.

⁴⁸⁷ Dr. RICHARD, George-André. 1922. *Op. Cit.*

⁴⁸⁸ Anonyme. 1923. « A nos lecteurs », *RMEPS*, n 1, 1 re année.

nous ne le resterons pas »⁴⁸⁹. Le docteur Marc Bellin du Coteau ne peut que partager ce sentiment de devoir parler plus fort pour gagner l'attention d'un corps médical malentendant. En 1925, il fait le constat dans un journal médical de l'impérieuse nécessité de rappeler Hippocrate à ses préceptes en matière d'éducation corporelle. « Affirmation qui demeure nécessaire puisque le corps médical continue à se désintéresser de cette question importante ». Or « l'Education Physique ne saurait acquérir toute son ampleur que le jour où les médecins prendront la tête du mouvement »⁴⁹⁰.

« Loin d'être considéré comme *un gêneur dans un club*, le médecin deviendra ainsi, suivant la formule si heureusement mise en pratique à Roubaix par notre ami Diffre, le conseiller écouté aussi bien des sportifs que des dirigeants. On ne verra plus alors ces arrivées lamentables d'enfants, de jeunes filles ou de jeunes hommes, mis d'une façon inconsidérée, *sans sélection ni élimination*, sur des distances au-dessus de leurs moyens physiques, et le sport remplira parmi notre jeunesse son rôle de développement et de régénération »⁴⁹¹. La vision prophétique du Docteur Pierre Minelle, le trésorier de la SMEPS, éclaire l'idéalisme de son auteur tout autant qu'elle souligne le fossé avec une réalité que l'on imagine fort différente. En effet, si les médecins ont su jouer de leur autorité scientifique pour s'imposer dans certaines sociétés sportives sur des fonctions dirigeantes ou d'encadrement, cet état de fait ne va pas de soi. De grandes sociétés sportives à recrutement bourgeois ont adopté le principe d'un encadrement médical. Sans réaliser ici une liste exhaustive, parmi ces clubs figurent le Stade Français, le PUC, le Racing Club de France, le Stade Universitaire Lorrain (SUL), le Stade Rennais, le Racing Club de Roubaix, etc. Mais ce recours au médecin reste limité et rencontre des résistances sur le terrain. Si le journaliste Maurice Martin se félicite que plusieurs sociétés sportives aient enfin compris la nécessité d'une présence médicale « pour les guider et pour les protéger contre les abus », il ne faut pas sous-estimer le nombre de boucliers qui se lèvent alors⁴⁹². Comme le faisait justement remarquer le docteur Louis Merklen, « longtemps les sociétés d'éducation physique et de sport, jalouses de leurs prérogatives, n'ont toléré dans ces questions aucune *ingérence médicale* : un "entraîneur" soit ; un médecin non ». Il

⁴⁸⁹ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. *Op. Cit.*

⁴⁹⁰ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1925. « Education physique », *La Vie Médicale*, n°37, p. 2035-2036. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴⁹¹ Dr. **MINELLE**, Pierre. 1922. « Etudes pour la fiche physiologique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

⁴⁹² **MARTIN**, Maurice. 1923. « L'éducation physique, la médecine et les sports », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°24, p. 992. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

rappelle dans cette même logique que « les médecins sont parfois accusés d’être “antisportifs” »⁴⁹³. La fin des années 1920 n’est pas favorable aux médecins sportifs pour qui « la place de conseiller hygiéniste du sportif, venant le guider en pleine action, n’est pas [toujours et pareillement] acquise »⁴⁹⁴. Le docteur Chailley-Bert rejoint les propos précédents et dit de la place du médecin auprès de l’athlète qu’elle est « *décevante*, parce que les conseils donnés par les médecins sont peu appréciés des entraîneurs et des sportifs, *décevante* aussi parce que personne ne connaît bien ce métier difficile ; indispensable parce que le sport mourra s’il n’est pas surveillé, si les athlètes ne sont pas guidés, conseillés et arrêtés par le médecin ou par ses aides naturels »⁴⁹⁵. De même, le docteur René Loubatié résume les difficultés qui pèsent sur cette fonction médico-sportive originale : « pourquoi le sportif manifeste-t-il une répugnance à lui demander son avis ? *Parce qu’il se méfie*. D’une part, il craint la restriction sportive systématique, d’autre part, dans le fond de son cœur, il accepte mal le jugement donné : il doute des connaissances et de la compétence sportive de l’homme de l’art »⁴⁹⁶. Pour le docteur Henri Diffre, fort de son expérience personnelle au sein du Racing Club de Roubaix (RCR), la solution pour dépasser les oppositions consiste à convaincre les responsables du club plutôt que les sportifs eux-mêmes. « La discipline est réelle au sein du Club et la conquête du dirigeant sera certainement suivie de l’obéissance passive de l’athlète »⁴⁹⁷. Si la présence, l’autorité et l’utilité des médecins au sein des clubs ne semblent donc pas acquises, force est de constater leurs croissances dans les années 20.

II. 2. Appuis politiques, condition d’une institutionnalisation

⁴⁹³ Dr. **MERKLEN**, Louis. 1927. « Rôle et place du médecin dans les sociétés d’éducation physique et de sport (I) », *Revue d’Hygiène et de Prophylaxie sociales*, p. 77-78. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁴⁹⁴ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 116.

⁴⁹⁵ **SCHROEDER** L., Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1927. *La course à pied, vitesse, demi-fond, etc.*, Paris, Doin. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 117.

⁴⁹⁶ Dr. **LOUBATIE**, René. 1927. *Le rugby, Technique du jeu. L’entraînement. La surveillance médicale des joueurs. Physiologie et hygiène*, Paris, Doin, Coll. « Médico-sportive ». Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 117.

⁴⁹⁷ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1921. « Du rôle du médecin dans une Société Sportive », *La Vie Médicale*, n°27, p. 965.

Si les mondes sportif et médical font preuve d'une retenue certaine à l'égard de l'exercice original de la médecine des activités physiques, la sphère politique, elle, lui assure dès l'issue de la première Guerre Mondiale son soutien le plus entier. L'attention politique, acquise aux « préceptes de l'évangile hygiéniste », porte une attention toute particulière aux bénéfices nationaux d'une éducation physique bien dirigée⁴⁹⁸. « Et, plus que par le passé, se dessine après la première Guerre Mondiale un espace autonome au sein duquel se structure progressivement une politique publique en éducation physique. Les indicateurs les plus révélateurs de cette tendance sont par exemple l'intensité sans pareille de l'activité parlementaire sur un laps de temps aussi court, voire même l'introduction de cette thématique dans les programmes proprement politiques »⁴⁹⁹. Rapidement, des mesures vont être prises et « la loi votée au mois de mars 1921 [...] infléchit l'orientation de l'éducation physique dans une direction résolument hygiénique ». Cette mesure sera en effet suivie d'un ensemble d'applications concrètes, telle que la constitution le 6 avril 1922 d'un comité consultatif de réflexion sur l'éducation physique scolaire, la création par la circulaire du 13 février 1923 d'une association scolaire pour participer aux épreuves officielles organisées par les comités sportifs d'académies, ou enfin l'arrêté du 19 janvier et la circulaire du 13 mars 1925 qui réglementent les horaires en matière d'éducation corporelle dans l'enseignement secondaire et réservent les après-midis du jeudi aux activités de plein air. Ces dernières mesures portent très clairement la marque du sceau médical⁵⁰⁰. Le professeur Sigalas rappelle ainsi dans son discours inaugural prononcé lors du Congrès National d'éducation physique de Bordeaux en 1923, le lien privilégié qui unit certains hauts fonctionnaires d'Etat à la sphère médicale.

Pr. C. Sigalas (1923) : « Discours »

« Une orientation nouvelle se précise par rapport aux premières conceptions d'après-guerre : un service d'éducation physique est créé, pour la jeunesse scolaire et universitaire, au ministère de l'Instruction Publique, et confié à M. Gaston Vidal, - tandis que M. Henri Paté, haut-commissaire au ministère de la Guerre, reçoit la grande et noble mission de diriger les services de la préparation militaire.

Nulles compétences n'auraient pu être mieux choisies, et déjà se font sentir les résultats effectifs de ce plan d'action, et de cette division du travail. [...].

⁴⁹⁸ AÏACH, Pierre. 1998. *Op. Cit.*

⁴⁹⁹ EL BOUJJOUI, Taïeb & DEFRANCE, Jacques. 2005. « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science & Motricité*, n°54, 2005/1, p. 106.

⁵⁰⁰ FAUCHE, Serge & ORTHOUS, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 19-20.

Pour mener à bien l'œuvre qu'il a si vaillamment entreprise, M. Gaston Vidal ne manque pas de faire appel à l'indispensable concours des médecins :

Notre volonté formelle, dit-il, est de sortir enfin de l'empirisme dans lequel on s'est trop débattu jusqu'à présent, et de mettre à la base même de toute notre action future l'avis impératif du médecin... »⁵⁰¹.

Aux noms bien connus de Vidal et Paté se rajoutent ceux d'Herriot ou de Strauss. Chacun à sa manière va porter caution aux médecins de l'éducation physique et favoriser le renforcement de leurs positions. Gaston Vidal, alors sous-secrétaire à l'Enseignement Technique au sein du Ministère de l'Instruction Publique, a pris la direction d'un comité consultatif d'éducation physique en 1922. Dès l'année suivante, il est en mesure de présenter les résultats de ses travaux. Il propose de réglementer les sports dans les associations scolaires et de créer une fiche physiologique pour les élèves des établissements d'instruction publique. Or la réglementation des sports imaginée est extrêmement proche des conclusions formulées par les membres de la SMEPS à la suite d'un rapport présenté au Congrès International des Sports Universitaires et la fiche physiologique qui a retenue la faveur du comité est une fiche « très voisine du modèle créé par la SMEPS »⁵⁰². Les médecins des activités physiques se félicitent de la sensibilité que Gaston Vidal témoigne à leurs travaux, et entendent bien user de cette alliance d'une importance capitale. Il n'est pourtant pas le seul décideur politique à s'intéresser au sort d'un si discret regroupement. Lorsque la SMEPS reçoit le 30 avril 1924 « l'avis officiel de l'agrément de [la] société par M. le Ministre de la Guerre », les remerciements sont adressés en priorité au « Haut Commissaire de l'Education Physique, M. Henry Paté, pour l'aide qu'il [leur] a apportée en cette circonstance et la sympathie qu'il a tenu à [leur] témoigner lorsque, si souvent, [ils ont] été lui exposer [leurs] désirs »⁵⁰³. Les membres de la SMEPS voient en lui un « apôtre inlassable [...] qui est chargé de distribuer la manne gouvernementale aux Fédérations et aux Sociétés, et de porter partout la bonne parole et les encouragements officiels. Des terrains de jeux ont été organisés, par centaines, sur son initiative, et, chacun d'eux est une petite fabrique de santé, qui est un progrès vers le mieux »⁵⁰⁴. Ces initiatives ne peuvent qu'attiser l'appétit du très jeune Ministère de

⁵⁰¹ Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. *Op. Cit.*, p. 24-25.

⁵⁰² Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « L'éducation physique et les pouvoirs publics », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

⁵⁰³ **Anonyme**. 1924. « SMEPS. Deux bonnes nouvelles », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

⁵⁰⁴ Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. *Op. Cit.*

l'Hygiène Sociale (créé en 1920)⁵⁰⁵. Dans la lutte méthodique engagée contre la tuberculose, le contrôle de chaque enfant à l'occasion des séances d'éducation corporelle apparaît rapidement comme un outil de détection et de prévention puissant. « Sous la direction de M. Paul Strauss, une excellente besogne avait été faite au Ministère de l'Hygiène en ce qui concerne la surveillance des enfants au cours de l'éducation physique ». Le secrétaire de la société médicale, le docteur Richard, en appelle à la cohésion et souhaite « que ces efforts soient continués et que les trois ministères intéressés travaillent en plein accord pour la réalisation complète d'une éducation physique d'ensemble, telle qu'elle est nécessaire pour le plein épanouissement de [la] race »⁵⁰⁶. Enfin, le rôle du dirigeant Edouard Herriot dans le développement de l'éducation physique n'est plus à démontrer. Ministre de l'instruction publique en 1926 lorsque le projet des IREP est mis à l'étude, sa sympathie pour le Professeur Latarjet est connue. En témoignant les visites successives au cours supérieur d'éducation physique dirigé par ce dernier qu'il réalise en 1926, 1927 et 1928, et où il a le loisir d'écouter les enseignements des docteurs Louis Merklen et Paul Chailley-Bert⁵⁰⁷.

Ces alliances inattendues et providentielles sont le résultat d'une propagande habile et intense – sur fond d'hygiénisme – parfaitement orchestrée par certains médecins qui n'hésitent pas à interpeller directement les hommes politiques. En effet, nombre d'entre eux s'étonnent de la timidité des réalisations budgétaires en ce qui concerne le développement de l'éducation physique en France, malgré l'accueil chaleureux que les dirigeants réservent à leurs idées. Face à un soutien de principe, les actes tardent à se concrétiser. « Sous les clauses législatives, on pressent que l'assimilation de l'éducation physique à la grande œuvre de rénovation hygiénique ne s'est pas faite sans résistances. Les options médicales ne se sont pas imposées immédiatement dans l'entreprise de revitalisation du pays »⁵⁰⁸. Elles feront dans un premier temps les frais d'une opposition entre les ministères de la Guerre et de l'instruction publique en lutte pour obtenir ou ne pas perdre certaines prérogatives. Des crispations seront également présentes sur l'espace scolaire, où les éducateurs peinent à accepter la présence médicale⁵⁰⁹. L'ensemble de ces

⁵⁰⁵ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, p. 459.

⁵⁰⁶ Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. *Op. Cit.*

⁵⁰⁷ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. *Op. Cit.*, p. 461.

⁵⁰⁸ **FAUCHE**, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 20.

⁵⁰⁹ Le docteur Richard nous donne des indicateurs de la tension qui existe alors entre les éducateurs physiques et les médecins. « Il ne s'agit pas, pour ces deux catégories de travailleurs, intéressés par

éléments freinent les aspirations des médecins acquis à la cause des exercices du corps. Certains s'agacent donc, à l'image du docteur Philippe Tissié qui, au sujet de la formation d'un corps enseignant d'élite, s'adresse publiquement en ces termes aux hommes forts du gouvernement Poincaré, Gaston Vidal et Henri Paté : « Ce que la Belgique a fait, après nous avoir appelé, par trois fois en 1905, pour l'organisation de cette éducation, pourquoi la France ne le ferait-elle pas ? »⁵¹⁰. D'autres préfèrent manœuvrer avec plus de finesse, à l'image du docteur Marc Bellin du Coteau qui lance un « appel au secours » devant un parterre de dirigeants dans une conférence prononcée en 1928 « au banquet des parlementaires sportifs ». Secrétaire général des « Amis des Sports », association qui milite en marge des fédérations pour défendre les « intérêts sportifs », le médecin rappelle avec verve les autorités à ses devoirs.

Dr. Marc Bellin du Coteau (1928) : « Appel aux “Amis des Sports” dans le Nord »

« Il est bon, avant de critiquer le présent, avant de porter sur l'avenir des pronostics pessimistes, de regarder un peu le passé.

Nous avons ce soir à cette table deux vieux sportifs qui peuvent mesurer le terrain parcouru. Albin Lermusiaux qui, en 1896, représentait la France dans le marathon disputé aux Jeux Olympiques d'Athènes ; Fernand Meiers qui fut champion de France de 1500 mètres en 1889. [...]. Osiez-vous espérer alors, vieux camarades, qu'un jour le président de la République Française présiderait la finale de la Coupe de France de football, et qu'il existerait un Haut-commissariat ou un sous-secrétariat d'Etat à l'EPS ? Non n'est-ce pas ? Non, et cependant, ces progrès indéniables ne vous satisfont pas encore.

[...] Maintenant, Messieurs les députés, nous vous crions “Au Secours !” et nous vous disons : la preuve est faite. Nous avons préparé la voie avec tout l'acharnement dont nous étions capables. [...]. A vous d'obtenir que le gouvernement s'intéresse enfin, d'une façon précise, à des revendications cent fois exposées, cent fois rejetées. Comme si la santé physique et morale de la jeunesse française ne méritait pas de retenir l'attention au même titre que des questions d'argent. La France écrivait Lucien Romier, est un des pays du monde où l'on meurt le plus. Disons le brutalement, la population française s'affaiblit en quantité et en qualité. Disons-le, non point pour en

l'éducation physique, de se jalouser ou de craindre que les uns ne cherchent à imposer leur prépondérance aux autres, ou, pis encore, à leur prendre leur gagne-pain. [...]. Educateurs physiques et médecins ont chacun leur compétence, ils ne peuvent se passer les uns des autres et doivent amicalement collaborer. Il y a du travail pour tous, il ne faut pas envisager les choses sous l'angle des questions de personnes ou de partis, mais se tenir solidement sur le terrain du progrès scientifique et de la réalisation de l'éducation physique la meilleure ». Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Actualités. Le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

⁵¹⁰ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1922. « L'éducation physique est une affaire sérieuse », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, p. 114. Cité dans **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. *Op. Cit.*, p. 12.

faire le sujet de vagues prédications ou la matière de désolantes statistiques, mais pour secouer l'affreuse résignation des responsables.

[...] Le sportif que je suis s'insurgeait, une fois de plus, ces jours-ci, en constatant que de tous les pays civilisés, la France est le seul où le gouvernement laisse cuire la jeunesse dans son jus. Et j'ajouterai avec plus de réalisme encore, pour mettre les choses sur leur véritable plan : Je me moque des questions financières, je me moque de la stabilisation ou de la revalorisation. Ce qui m'importe, c'est le capital-vie de tous les petits français.

Ces choses-là et bien d'autres, il vous appartient de les dire à la Chambre des Députés. Il vous appartient de leur donner l'importance qu'elles méritent. Et vous devez d'autant mieux prendre en main cette noble cause que la jeunesse française, elle, est inapte à manifester ses aspirations et que ce ne sont point des gens comme nous, quelles que soient nos ardeurs et nos convictions, qui influenceront jamais un chef de gouvernement. [...]. "C'est un terrible avantage de n'avoir rien fait. Mais il ne faut pas en abuser". Il ne nous appartient pas de vous donner des conseils, encore moins des directives. Votre présence est pour nous un gage précieux de sympathie. Merci, Messieurs, Merci. Et "Au Secours !" »⁵¹¹.

Le « médecin champion » de la société médicale, devenu entre temps président de la Fédération des SMEPS, reproduira d'ailleurs cette expérience de diffusion et de persuasion auprès de personnages politiques à de nombreuses reprises. « Le Président et un des vices-présidents [de la Fédération des SMEPS] réunissent, depuis plusieurs mois, par petits groupes, les personnalités les plus en vue de la politique, dans but avoué et précis de les intéresser aux choses de l'Education Physique. Ces petites réunions d'études ont en effet l'avantage de documenter en une soirée, grâce à l'appoint de techniciens éprouvés, les représentants les plus divers du monde parlementaire. Elles en ont un autre, appréciable : celui de travailler sans bruit, comme il se doit, mais avec le maximum de réalisation. Les dirigeants de la Fédération Nationale ont pleinement réussi dans leur tentative ; plus de cinquante parlementaires, choisis parmi les plus influents – y compris certains chefs de parti – ont pris part à ces réunions »⁵¹². Pour Taïeb El Boujjoufi, il devient alors clair que « les réseaux politiques jouent un rôle souterrain dans les appuis reçus par la médecine de l'éducation physique et du sport »⁵¹³.

Il ne s'agit pas ici de revenir précisément sur les conditions qui ont présidé à la création des IREP en France, mais bien de souligner l'importance historique d'une telle

⁵¹¹ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1928. *Appel aux « Amis des Sports » dans le Nord*, conférence prononcée au banquet des Parlementaires sportifs le 6 juin 1928, Lille, imp. L. Danel.

⁵¹² **Anonyme**. 1930. *Les Nouvelles Médicales de Paris*, n°6, juin 1930, p. 236. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 124.

⁵¹³ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 124.

innovation médicale, qui marque la première forme véritablement stabilisée d'institutionnalisation de la médecine de l'exercice corporel. La recherche scientifique sur l'éducation physique et la formation des éducateurs par les médecins ne sont pas des revendications nouvelles. « Une des instances pionnières de la recherche civile dans le domaine, créée juste après la guerre de 1914-18, est le laboratoire de physiologie appliquée à l'éducation physique. Il est dirigé par Jean-Paul Langlois, futur premier président de la SMEPS »⁵¹⁴. De la même façon, « des cours appliqués à l'éducation physique adressés aux spécialistes de l'enseignement de l'éducation physique et du personnel enseignant du primaire commencent à voir le jour dans quelques facultés de médecine au lendemain de la guerre. Des recherches à caractère expérimental ont été [...] initiées bien qu'elles aient été d'importance inégale et sans qu'elles n'aient revêtues de réelle dimension programmatique »⁵¹⁵. De façon très éclatée et minoritaire sur le territoire national, l'éducation corporelle commence donc à figurer parmi les enseignements programmés dans les facultés de médecine dès la fin des années 1910. « Bien souvent, ces cours publics sont mis en place en partenariat avec les municipalités ». Les stages départementaux d'éducation physique créés dans cette logique et dont l'encadrement est assuré par des médecins connaissent un succès non négligeable. « Bien renseigné sur ces initiatives locales, grâce notamment au Cours Supérieur d'Education Physique où s'est formalisé un réseau de relations, Herriot, dans le cadre de sa politique de "développement" et de "diffusion de l'Education Physique", cherchera à soutenir leurs développements. Ainsi, dans le département du Nord, il invita le recteur d'Académie à étudier des propositions avec M. le Professeur Debeyre »⁵¹⁶. Le projet des IREP est présenté dès 1923 par le doyen Clément Sigalas lors de son discours inaugural au Congrès National de Bordeaux devant les représentants du pouvoir politique (Henry Paté et Gaston Vidal sont présents). Après les premières crispations dues aux sempiternels jeux de pouvoir, et suite aux nombreuses inscriptions de cette proposition sur l'agenda gouvernemental, l'hégémonie médicale en matière d'éducation physique scolaire semble se dessiner à partir de 1926⁵¹⁷. « Toutes les conditions sont réunies pour que la médecine rationnelle gagne le combat de l'éducation physique. La commission du budget de 1926 fait passer les 8 millions primitivement

⁵¹⁴ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁵¹⁵ **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 97.

⁵¹⁶ **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 100.

⁵¹⁷ « Le mouvement hygiéniste (voire aussi eugénique) a contribué à l'élan réformateur qui a porté les IREP jusqu'à leur traduction institutionnelle. Car n'oublions pas que l'hygiénisme [...] est l'un des paradigmes dominants dans la définition de l'éducation physique de l'écolier à cette époque. [...] Ainsi la formation de ces instituts au sein des facultés de médecine trouverait là l'un des facteurs explicatifs majeurs de leur implantation en leur sein ». **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 109.

alloués aux sociétés de préparation militaire par le ministre de la Guerre au budget du ministère de l'Instruction Publique. L'Université dispose des moyens nécessaires pour imposer ses vues et ses modèles. En 1927, est conçu à Bordeaux le premier IREP. [...] Les médecins auront désormais la haute main sur l'outil de formation des enseignants »⁵¹⁸. Parmi les fonctions endossées par ces instituts, outre la formation des éducateurs, il s'agit bien de développer les recherches scientifiques et de former les étudiants en médecine désireux de se familiariser aux exercices du corps et à leur utilisation raisonnée. En 1930, un diplôme universitaire de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports est délivré dans les IREP⁵¹⁹.

Mais de profondes divisions internes vont venir rapidement ternir ce succès médical dans le domaine très vaste de la mise en mouvement des corps. Le contexte des années 1930 tourne vite à leur désavantage. Des brèches s'ouvrent dans le récent édifice. Plusieurs aspects peuvent être évoqués. La contestation inédite d'une « nouvelle génération d'éducateurs physiques qui possèdent [désormais] un répertoire critique propre à imposer un nouveau “modèle professionnel” dont le contenu essentiel repose sur l'alignement avec les autres corps disciplinaires de l'enseignement secondaire »⁵²⁰ ; « le tour [résolument] anti-intellectualiste » que prend le milieu sportif⁵²¹ ; et enfin la sortie de certaines figures politiques charismatiques des problématiques de l'éducation physique et sportive tels que Gaston Vidal (après avoir été mêlé à une sordide affaire d'escroquerie) et Henry Paté (dont les intérêts se transforment et le mettent à distance de ces questions)⁵²². Pourtant, une menace plus grande encore plane sur l'intégrité d'un espace médico-sportif décidément bien fragile. « A la fin des années 1920 [...], selon le docteur G.A. Richard, le danger le plus important ne provient pas d'une concurrence possible entre institutions parallèles mais bel et bien de leur propre camp. L'émiettement des conceptions et la diversité, voire l'ambivalence des politiques menées par les responsables des onze IREP français

⁵¹⁸ FAUCHE, Serge & ORTHOUS, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 20.

⁵¹⁹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 104.

⁵²⁰ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 170.

⁵²¹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 116.

⁵²² Voir DEFANCE, Jacques. 1999. « Histoires de vie et socio-histoire du champ sportif. La trajectoire sportive et politique d'Henry Paté (entre 1918 et 1942) », in DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, p. 77-88.

concourent à leur fragilité institutionnelle. Pour éviter ce risque d'implosion, G.A. Richard propose que la SMEPS recrée une unité des programmes d'enseignement. Cette unité s'articulerait autour du lien fondamental, celui de la théorie et de la pratique. [...] Neuf mois plus tard, P. Chailley-Bert en appelle au même bon sens »⁵²³. Moins de 10 ans après la création de la SMEPS, basée sur le groupement collectif pour accéder aux intérêts de chacun, l'institutionnalisation de la médecine de l'éducation physique et des sports au sein des IREP libère les aspirations personnelles de médecins aux profils différenciés et laisse s'exprimer à nouveau de profondes oppositions de vues. Les critiques issues de la sphère médicale ne tardent pas et sont parfois cinglantes. A l'image du Docteur L. Pierre-Nadal qui accuse une organisation inféodée aux enjeux scientifiques propres à la Faculté et non à l'éducation physique. « Les dirigeants de nos Facultés mobilisent toutes leurs troupes pour encercler la riche proie. C'est la levée en masse ! L'Anatomie, l'Hygiène, la Parasitologie, la Physiothérapie, etc., sont mises sous les armes. Toutes les sciences "périphériques" montent la garde aux portes de l'Institut. La Mécanique est, pour l'instant, bien oubliée. Pensez-vous que ce soit à cause de son importance primordiale indiscutable en éducation physique ou tout simplement parce qu'il n'existe pas d'agrégé de mécanique dans les Facultés de Médecine ? ». Sa vision des IREP est alors extrêmement claire. « [Ils] naissent de toutes parts, à vrai dire sans unité, sans esprit directeur, sans programme défini autre que la "Régénération de la race", sans groupement sincère et éclairé des compétences ; les dirigeants se défendent de donner des directives et pour cause. Liberté absolue de science et de conscience ! Plus de "guerre des systèmes" ! C'est l'Edit de Nantes de l'éducation physique. A Bordeaux, en particulier, l'impulsion persévérante et têtue de M. le doyen Sigalas réalise des miracles. Tous les jeudis tient ses assises à la Faculté de Médecine, une petite foire dite d'éducation physique, libéralement ouverte à toutes les bonnes volontés et où chacun vient offrir la marchandise scientifique qu'il croit devoir tenter l'acquéreur. C'est l'Institut d'éducation physique. Le nombre des forains, je veux dire le nombre des enseignants de quelque chose, est impressionnant »⁵²⁴.

Ainsi, l'union affichée et la reconnaissance collective d'un éclectisme jugé nécessaire en matière d'éducation physique ont permis la constitution d'un groupe de

⁵²³ Dr. **RICHARD**, George-André. 1929. « Voici un plan d'organisation pour les Instituts Régionaux d'Education Physique », *L'Auto*, février 1929. Cité dans **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. *Op. Cit.*, p. 19.

⁵²⁴ Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1931. « L'éducation physique est un problème d'ordre pédagogique et non médical. La direction effective des Instituts d'Education Physique doit être confiée à des universitaires qualifiés et non à des Médecins », *L'éducation physique*, n°18, avril 1931.

pression, qui, bien que de taille réduite, est parvenu à porter son message dans les plus hautes sphères du monde politique au début des années 1920. Condition de l'institutionnalisation d'une médecine de l'exercice corporel, le principe même de l'éclectisme des méthodes et des pratiques, puissant dans les mots et les intentions, sera finalement responsable quelques années plus tard de la production de vives oppositions. Ces tensions sont d'autant plus visibles qu'elles s'exercent désormais dans le cadre d'instances reconnues, mais elles ne sont que la réminiscence des conflits antérieurs. « Les directeurs d'IREP ont pour [...] particularité de s'être investis bien avant la fin des années vingt dans les dispositifs de formation des éducateurs physiques. [...]. L'accès à ses positions s'explique lui-même en amont par leur insertion au sein des grandes institutions réformatrices telles que l'USGF ou la LGEP de Tissié qui, au lendemain de la Guerre, se trouvent désormais bien implantées sur tout le territoire par leurs sections régionales »⁵²⁵. Autrement dit, la médecine de l'exercice corporel du début des années trente, qui a su profiter d'un contexte favorable et réunir ses membres pour accéder à des positions depuis longtemps convoitées, ne s'est en fait jamais réellement débarrassée des oppositions qui ont accompagné sa naissance. Les difficultés de cohésion entre les IREP et les médecines de l'éducation physique et des sports diversifiées qui y ont cours illustrent parfaitement l'éclatement d'un exercice médical qui, alors que les décisions politiques viennent de lui donner les moyens de s'exprimer et de se renforcer, a bien du mal à conserver sa prétendue unité face à des expériences médicales parfois si éloignées. Aux tensions entre universitaires et médecins de « terrain » (entre scientifiques et empiristes), s'ajoutent les conflits sur le choix de la culture corporelle appropriée (on retrouve ici de vieilles querelles entre éducation physique, sports et gymnastiques) et sur le rôle que le médecin doit y jouer (surveillance et prescription d'une EP thérapeutique, préparation aux sports, recherches expérimentales, etc.). Le paysage se complexifie un peu plus encore lorsque sont prises en compte les médecines des activités physiques qui se déroulent en dehors du cadre institué des IREP. Nous l'avons montré, la reconnaissance timide de cette nouvelle compétence au sein du corps médical, visible par l'augmentation significative de la littérature spécialisée (thèses, ouvrages, articles), laisse entrevoir un afflux de nouveaux arrivants. Bien qu'il s'agisse là d'une hypothèse difficilement démontrable pour l'époque, l'attrait d'une médecine préventive et de contrôle, pouvant se réaliser en cabinet, permet d'imaginer les débuts d'une médecine de l'exercice corporel pensée dans démarche originale de

⁵²⁵ **EL BOUJOUFI**, Taïeb & **MIERZEJEWSKI**, Stéphan. 2007. *Op. Cit.*, p. 15-16.

recrutement d'une clientèle, et qui se déroule dans le strict cadre des installations libérales. De la même façon, malgré les résistances sportives dont nous avons discuté supra, des médecins parviennent dès les années 1920 à s'implanter durablement dans des sociétés sportives. Là encore, l'exercice de la médecine sur le stade n'est absolument pas stabilisé et peut osciller d'une médecine de contrôle se voulant restrictive, à une médecine qui entend préparer les athlètes aux compétitions et contribuer ainsi à leurs exploits sportifs. Au final, les divisions restent les mêmes et l'institutionnalisation des années 1930 ne fait que renforcer et rendre visible des tensions déjà existantes avant le premier conflit mondial⁵²⁶. Procéder maintenant à un état des lieux précis des différentes médecines de l'exercice corporel qui existent à ce moment si important dans l'histoire de la médicalisation des activités physiques et sportives, doit permettre de fournir quelques indices originaux pour éclairer l'extrême hétérogénéité qui caractérise la médecine du sport actuelle. Aux vues des trajectoires esquissées dans l'exorde de ce travail, certains écarts dans les pratiques sont à ce point ressemblant aux oppositions présentes dans le premier tiers du siècle que nous serions tenté d'identifier quelques invariants (préparation et performance *versus* recherche expérimentale ; EP « médicament » *versus* exploit sportif ; etc.). Prenant garde aux risques très importants d'anachronisme, nous ne nous y risquons pas à ce stade de l'analyse.

III. Unité de principe, diversité de pratiques :

III. 1. Corps en mouvement, corps mouvementés.

« *Grouper des médecins, et des médecins sportifs, quel travail !* »⁵²⁷.

⁵²⁶ C'est la raison pour laquelle il semble nécessaire de nuancer la vision enchantée proposée par Henri Périé lorsqu'il qualifie l'histoire de la médecine de l'éducation physique et de sports dans la première moitié du XX^e siècle. « Ce fut le temps heureux des pionniers, particulièrement en médecine. Une confiante collaboration s'établissait entre médecins sportifs de terrain, hospitaliers et universitaires ; travaux pratiques et travaux théoriques allaient de pair ». Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 109.

⁵²⁷ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Face à cet aveu du Docteur George-André Richard, pourtant l'un des médecins les plus investis dans la voie du rassemblement, un épisode semble particulièrement révélateur des difficultés qu'éprouve la SMEPS face à l'hétérogénéité des pratiques médicales et des conceptions de l'activité physique. En 1924, les docteurs Boigey et Bellin du Coteau réalisent dans une même séance deux communications devant le public de l'Académie de Médecine. Les propos tenus sur un même objet, le cœur du sportif, illustrent parfaitement les divergences de vues entre ces deux hommes. Si le premier disserte dans une intervention intitulée « *La durée des perturbations cardio-vasculaires produites par l'exercice* », sur les effets potentiellement néfastes d'une activité sportive intense, le second, dans son travail sur « *Les efforts – leur retentissement cardio-pulmonaire – le cœur sportif* », insiste sur les étonnantes capacités d'adaptation de l'homme aux exercices extrêmes⁵²⁸. Les auditeurs présents ne s'y trompent pas, et la presse en profitera pour faire l'écho de ce malaise troublant. La réaction de la SMEPS ne tarde pas. Elle publie ensemble les deux communications dans sa revue, et tente par un préambule habile de rétablir l'artifice d'une unité. Un commentaire du docteur Boigey lui-même y est adjoint, dans lequel le médecin revient sur sa présentation et semble vouloir désamorcer les querelles qu'elle avait fait émerger.

Anonyme (1923) : « Préambule »

« Nous sommes heureux de pouvoir donner dans ce numéro les deux communications faites successivement à l'Académie de Médecine par Messieurs les Docteurs Boigey et Bellin du Coteau au sujet des effets de l'exercice sur le cœur.

D'après certains comptes rendus de journaux, on aurait pu croire qu'il y avait entre ces deux auteurs une divergence fondamentale d'opinion sur cette question si importante ; or, la SMEPS ayant fait une réunion consacrée à l'étude de ces deux communications, a pu constater qu'il n'en était rien et que, seules, les différences de procédés d'étude d'une part, M. Boigey ayant ajouté à l'étude du rythme celle des tracés de l'effort

⁵²⁸ Le docteur Robert Jeudon, qui se signe parfois du titre de « médecin sportif », nous livre le point de vue de son confrère et ami, le docteur Marc Bellin du Coteau, dans un article où il discute de la conception du docteur allemand Herxheimer sur « la bradycardie des hommes de sport ». « Cette conception est parfaitement en accord avec les constatations faites par les cliniciens et les médecins sportifs français, mais ce que l'auteur allemand ne fait pas ressortir, c'est que cette hypertrophie, loin d'être un signe de fléchissement prochain du myocarde, est au contraire, une adaptation nécessaire du cœur à l'exercice violent et souvent répété (Lagrange, Merklen) et qu'on peut, sans exagération, avec Bellin du Coteau, la qualifier de "providentielle" ». Dr. JEUDON, Robert. 1922. « Journaux », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

cardiaque, et la différence de sujets observés de l'autre, avaient pu faire croire à cette contradiction.

En réalité, ces deux travaux, faits par deux hommes également désintéressés et dévoués à la cause de l'EP, se complètent heureusement, et, tandis que la communication du Dr. Bellin du Coteau nous montre ce qui se passe chez le sportif en forme, bien entraîné, celle du Dr. Boigey nous présente, au contraire, les grandes variations des résultats obtenus suivant l'âge et l'état d'entraînement des sujets.

L'émoi soulevé chez les sportifs par des comptes rendus un peu hâtifs doit se calmer complètement, et seule doit subsister la notion précise que c'est de telles études, poursuivies de part et d'autre sans parti pris, que pourront sortir des règles exactes sur ce qui doit être fait pour le dosage du sport.

Commentaire de M. Le docteur Boigey à la Société d'EP sur sa communication à l'Académie de Médecine :

En rédigeant la note que j'ai communiquée à l'Académie de Médecine sur la durée des perturbations du fonctionnement cardiaque après l'exercice, j'ai employé le mot de "perturbations" qui a suscité des protestations de la part des sportifs. Peut-être aurait-il mieux valu dire seulement : note sur la durée des "changements" intervenus dans les modifications de la circulation »⁵²⁹.

Cet évènement ne doit pas être lu dans une dimension purement anecdotique. Il illustre au contraire un des éléments fondamentaux de l'histoire de cet exercice médical particulier. La tension entre le docteur Boigey qui s'oppose de façon explicite à la recherche et à la surenchère des performances athlétiques et le docteur Bellin du Coteau qui possède à l'inverse des « attitudes favorables à la pratique intense du sport », est un indicateur structurel fort⁵³⁰. La médecine de l'éducation physique et des sports repose sur des piliers qui ne sont manifestement pas fait du même bois. Face à l'unité de principe que constitue le choix de l'éclectisme en matière d'exercices corporels, c'est l'homogénéité même de l'espace « médico-sportif » naissant qui est remise en cause. Comment stabiliser cette médecine et discuter collectivement de ses modalités d'exécution si la question de la « bonne activité physique » n'a toujours pas été tranchée ? Les prises de positions médicales en faveur d'une spécialisation des athlètes français suite à la défaite cuisante des Jeux de Stockholm en 1912 avaient déjà en leur temps soulevé l'opposition de bon nombre de confrères. La création de la SMEPS en 1921 (première forme de groupement) et des IREP en 1927 (première forme d'institutionnalisation) n'y changeront rien. L'opposition entre les « pro-sports » et les « antis » est tenace. Pour le docteur Maurice Boigey, dans un

⁵²⁹ **Anonyme.** 1924. « Préambule », *RMEPS, Communications de Messieurs les Docteurs Boigey et Bellin du Coteau sur le cœur et l'exercice (A l'Académie de Médecine)*, n°2, 2^{ème} année.

⁵³⁰ **EL BOUJOUFI,** Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 126.

ouvrage publié en 1923, « ce n'est qu'après avoir obtenu un bel épanouissement organique par les pratiques d'éducation physique prudemment et rationnellement conduites jusqu'aux environs de la dix-huitième année que l'adolescent pourra, par le fait de dispositions natives, se spécialiser avec succès dans les sports ou dans une branche de l'athlétisme »⁵³¹. A l'inverse, en 1924, le médecin sportif Alfred Thooris reprend et fustige la notion d'*athlète complet*, développée quelques années auparavant par le docteur Francis Heckel, naturiste convaincu. En quelques arguments bien pensés, il fait voler en éclat l'inquiétude fort répandue à l'époque dans le milieu médical à l'égard de la pratique intense et répétée d'un même sport, et montre que « l'entraînement sportif et la spécialisation qui lui est inhérente, ne sont pas nuisibles à la santé physique de l'individu et à son développement harmonieux »⁵³². « Les champions poursuivent toujours le même record et sont servis par un instinct qui les dirige vers le genre de sport pour lequel ils sont faits. Si cette tendance manque de force, si la conscience en est floue ou obtuse, c'est au manager à la dégager et à l'aiguïser. *Faire des athlètes complets, c'est risquer de diminuer la valeur de l'Athlète au lieu de l'augmenter.* [...] On a reproché maints méfaits à la spécialisation. Il faut être bien peu versé dans les choses biologiques pour lui attribuer on ne sait quels développements locaux insolites. On ne peut pratiquer aucun sport particulier sans faire intervenir toute la musculature »⁵³³. Ainsi, quelle que soit la pertinence des raisonnements et de leurs exposés, la pierre d'achoppement sur laquelle trébuche la médecine de l'exercice corporel depuis sa naissance ne semble pas préposée à l'érosion... Déjà à l'époque, les médecins les plus éloignés de la sphère du sport compétitif font porter sur leurs confrères qui y sont investis des soupçons, les suspectant de détourner outrageusement les principes hippocratiques et de les mettre au service de l'exploit. Les propos du professeur Paul Chailley-Bert relatifs à la personne du docteur Marcel Collet, alors trésorier de la Fédération de Tennis et particulièrement sensible à l'univers sportif, rendent à nouveau compte des écarts de position au sein même de cet espace « médico-sportif ». « “[Collet] était un médecin sportif travaillant surtout sur le plan fédéral, (tandis que) nous étions tournés plutôt vers la recherche et la médecine de l'Education physique”. Un autre confrère ajoute : “il s'est souvent trouvé au cœur des contradictions parfois même du tumulte,

⁵³¹ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1923. *Manuel scientifique d'éducation physique*, Payot, Paris, 655 p. Cité dans **SENNERS**, Patrick. 1999. *Op. Cit.*, p. 68.

⁵³² **ROGER**, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 114.

⁵³³ Dr. **THOORIS**, Alfred. 1924. *La vie par le stade*, Librairie scientifique Amédée Legrand, Paris, p. 208 ; 222.

cherchant à concilier la volonté sportive de dépassement et la réserve médicale” »⁵³⁴. La récurrence de tels écarts ne peut plus être considérée comme une simple résistance contre laquelle la médecine de l'éducation physique et des sports devrait aller pour se développer, mais bien comme une, si ce n'est la clef de voûte de son architecture.

Comme nous l'avons montré pour la période précédente, ce dont il s'agit, c'est bien d'un conflit de dispositions, qui est autant structural (l'architecture de l'espace produit des positions qui inclinent à penser, agir, discourir..., en concurrence avec d'autres positionnements) que structurant (le *marché* des positions est largement contraint par les dispositions antérieurement constituées des individus en compétition). Il n'est pas question de se lancer ici dans une entreprise « prosopographique » qui a déjà été ébauchée par d'autres, mais bien de souligner quelques éléments biographiques succincts pour convaincre de la grande hétérogénéité des trajectoires individuelles, source des profonds désaccords dans la définition accordée à la « bonne activité physique ». Nous avons déjà évoqué le palmarès sportif étourdissant du docteur Olivier ou celui du docteur Marc Bellin du Coteau, « le médecin champion de France » comme le nomme son confrère Richard dans les pages de la SMEPS. Mais ils ne font pas figures d'exceptions, et de nombreux médecins des sports se sont illustrés par des exploits ou des performances remarquables. Le docteur Henri Diffre « participe [ainsi] pendant 20 ans aux championnats d'athlétisme du Languedoc (cross country) ; s'essaye ensuite au football, d'abord à l'Olympique de Sète, de 1907 à 1911, puis, au sortir de la guerre, au Racing Club de Roubaix (dont il assume la charge de secrétaire général). Le tennis est l'autre sport qu'il pratique avec autant de ferveur sinon de réussite (meilleur joueur du Languedoc et plusieurs fois champion de France militaire de la spécialité) »⁵³⁵. Les docteurs Richard et Jeudon sont également très investis dans l'univers sportif. Le premier s'engage rapidement dans le cyclisme et le second mettra sa compétence médicale au service du tennis. Le capital sportif n'est absolument pas un élément biographique dérisoire et semble en mesure, au contraire, de marquer fortement les identités médicales. A ce titre, la place honorifique que la Société savante réserve parfois à la performance athlétique n'est pas anodine. Ainsi, « le Dr. P. Barbarin a fait don à la Société d'une médaille qui lui avait été donnée en 1891, pour le championnat des 100 mètres plat du Stade Français. Cette médaille constituera la première pièce d'un petit musée dont chaque objet sera le souvenir d'un *bon exemple*

⁵³⁴ Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 128-129.

⁵³⁵ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 172.

donné par les membres de la Société. Les membres présents à la réunion ont chaleureusement applaudi M. Barbarin pour le remercier de cette charmante idée »⁵³⁶. C'est d'ailleurs cette même année 1922 que la SMEPS organise sa première réunion sportive annuelle. Lorsque le médecin sportif Robert Jeudon en écrit le compte-rendu, au tableau des performances et aux photographies des médecins en plein effort, il y adjoint un commentaire dans lequel son appétence sportive transparaît largement. Suite à sa description du laboratoire expérimental mobile que constitue la « Voiture d'observations physiologiques, dont la réalisation durable est un des vœux les plus chers de la Société », il rappelle l'importance de la pratique face à la théorie (rejoignant là les oppositions classiques). « En médecine sportive, comme en médecine tout court, le laboratoire est nécessaire, mais insuffisant, et le “sens clinique”, c'est-à-dire pour ce qui nous concerne la juste appréciation du style, de la forme, etc., qui sont “l'état général” de l'athlète, ne peut s'acquérir que par une longue fréquentation du stade et mieux encore par la pratique personnelle du sport. Or les performances accomplies par les membres de la SMEPS sont forts honorables. On retrouve, il est vrai, parmi leurs auteurs des noms bien connus dans notre petit monde sportif. [...]. Notons en particulier les performances du Dr. Duvignau, élève du Dr. Loubatié, qui gagne le 60 mètres, le poids, le disque, le saut en longueur et s'égale aux meilleurs dans le saut en hauteur, et le remarquable lancer du poids du Dr. Winter, blessé de guerre du bras droit »⁵³⁷. Le docteur Jeudon entreprend même de réaliser une analyse du « style sportif chez les médecins ». A partir des photographies de trois confrères (J. Dedet, M. Duvignau, et R. Jeudon) « sautant la haie [lors de la] réunion du Stade Français », il entend discuter « des différences de style tout à fait nettes », et de leurs avantages ou inconvénients « pour l'exécution correcte du geste »⁵³⁸. De même, sous la plume du médecin sportif Richard, le profil attendu de l'Homme de l'Art intéressé par les exercices du corps devient très clair et témoigne de l'importance qu'il concède au capital sportif. « [A l'occasion du premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme], la plupart des congressistes étaient des membres de la SMEPS, et nous tenons à signaler la présence, au Congrès, de Mlle Suzanne Guéry, un de nos membres les plus réellement actifs, *puisque docteur et championne* de France de 1000 mètres, ce qui n'est

⁵³⁶ **Anonyme.** 1922. « Un joli geste », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, juin 1922.

⁵³⁷ **Dr. JEUDON, Robert.** 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

⁵³⁸ **Le Médecin Sportif** [Dr. **JEUDON, Robert**]. 1922. « Le style sportif chez les médecins », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

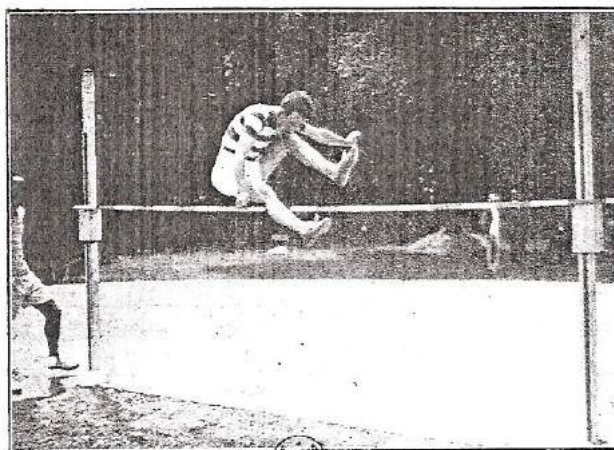
pas pour diminuer sa compétence »⁵³⁹. Enfin, dernier élément d'illustration de l'intérêt très net de certains praticiens à l'égard de l'exploit sportif, peut-on évoquer la réunion ordinaire qui a suivi l'Assemblée Générale de la SMEPS du 17 décembre 1923. Elle a été « consacrée à l'étude du champion du monde, Paddock, dont le nom a fait, si l'on peut dire, recette, car les membres de la Société étaient particulièrement nombreux ce soir-là. Ils ne furent pas déçus et les divers documents apportés au sujet de l'athlète fameux, champion du monde, furent l'objet de communications très intéressantes, et ce fut une des meilleures soirées de notre Société »⁵⁴⁰.

Première réunion médico-sportive. *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

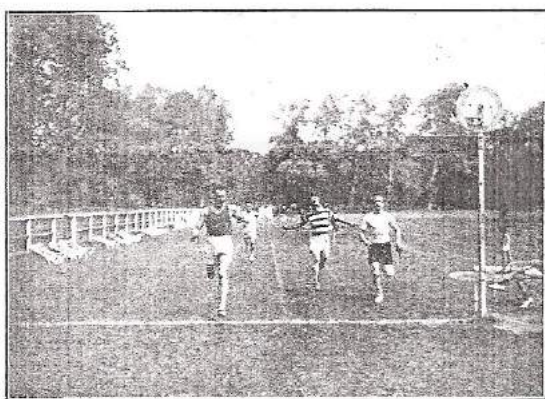
Les médecins ne discutent pas uniquement de sport, ils le pratiquent, et en tenue.



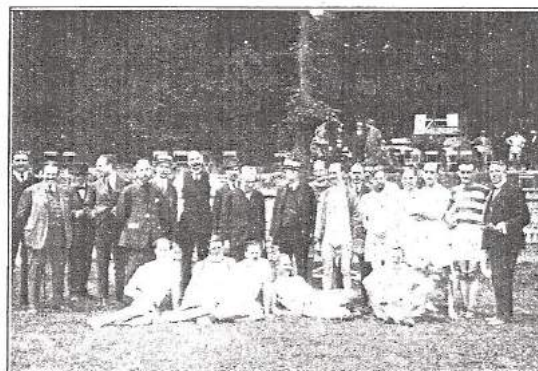
Duvignau lance le disque à 36 m. 10



Jeudon saute 1 m. 45



Duvignau gagne le 60 mètres



Acteurs et Spectateurs

⁵³⁹ Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Actualités. Le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

⁵⁴⁰ **Anonyme**. 1924. « L'assemblée générale de 1923 et les premières réunions de 1924 », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

Mais ces dispositions sportives ne colorent pas l'ensemble des trajectoires médicales propres aux agents investis dans la prise en charge de l'éducation physique et des sports. Certains praticiens n'entretiennent qu'un rapport extrêmement distant avec la pratique sportive, et peuvent parfois ne s'être jamais engagés dans une démarche compétitive. Le docteur Maurice Boigey, qui s'oppose à une spécialisation sportive précoce et cherche à souligner les méfaits sur la santé d'une pratique intensive, se caractérise par une trajectoire sportive personnelle vierge⁵⁴¹. De même, les sommités médicales telles que Jean-Paul Langlois ou son disciple Paul Chailley-Bert (bien plus jeune que son aîné mais qui se fait remarquer par la qualité de sa thèse dès son entrée dans le métier⁵⁴²), figurant au même titre que Maurice Boigey parmi les premiers membres de la SMEPS, sont dépourvus d'un palmarès sportif identifiable⁵⁴³. Leur présence dans cet espace ne provient en aucune façon d'un rapport ému à une expérience sportive vécue. Le point le plus visible sur lequel leurs biographies semblent se rejoindre, c'est la détention initiale d'une position médicale universitaire et leur investissement dans la recherche scientifique fondamentale. Aussi paraît-il nécessaire de relativiser très largement les propos de Francis Charpier lorsqu'il qualifie indistinctement les médecins de l'exercice corporel de « sportifs pratiquants et souvent polyvalents, médecins de terrain, et scientifiques engagés dans des recherches expérimentales sur l'exercice physique »⁵⁴⁴. La diversité des biographies et des sensibilités interdit ce type d'homogénéisation. Le recrutement socioprofessionnel différencié du personnel enseignant au sein des IREP relève d'ailleurs précisément de ce conflit de dispositions. Taïeb El Boujjoufi et Stépan Mierzejewski ont perçu avec clairvoyance l'intervention de « diverses catégories de personnels aux statuts et aux ressources très hétérogènes et encore assez peu codifiées ». Lieux de formation des étudiants en médecine intéressés, de préparation aux certificats d'aptitude à l'enseignement de l'éducation physique, mais également foyers de recherche, la création des IREP attise les ambitions de médecins dont les attentes et les profils sont

⁵⁴¹ « Maurice Boigey est lui aussi médecin, mais il n'est pas ancien sportif de haut niveau. [...]. Contrairement à Bellin du Coteau [...] il semble plus sensible à l'éducation physique en général et au rôle qu'elle pourrait jouer dans l'amélioration de la race. [...]. Ses préoccupations sont donc, dans un premier temps, davantage centrées sur l'amélioration de la santé générale des individus et le ralentissement du vieillissement, que sur l'amélioration sportives des athlètes ». **ROGER**, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 125-126.

⁵⁴² Il soutient une thèse intitulée « Etude sur la physiologie de la marche » en 1921. **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

⁵⁴³ Dans le premier numéro du Bulletin de la SMEPS, publié en 1922, sont détaillées les fonctions de chacun. Le Professeur Langlois, et le docteur Boigey sont respectivement président et vice-président de la Société. Le Dr. Chailley-Bert est membre du Comité de publication du journal.

⁵⁴⁴ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

variés. Leur direction échoie majoritairement à cette fraction des médecins de l'éducation physique qui occupent déjà « des positions médicales universitaires au moment de leur nomination ». « C'est dans ce contexte que s'esquissent les premiers projets de carrière universitaire "médico-sportive", ce dont la trajectoire du Dr. Chailley-Bert [directeur de l'IREP de Paris] rend très bien compte ». En effet, ce placement universitaire inédit semble particulièrement valeureux pour les médecins « qui occupent des positions relativement marginales dans le champ hospitalo-universitaire ; d'où, vraisemblablement en partie, l'intérêt [qu'ils consentent] pour des objets culturels nouveaux et peu côtés socialement ». Pour des médecins « universitairement dominés », l'engagement dans le domaine de l'éducation physique semble s'inscrire dans des « stratégies d'enracinement provincial, qui poussent à l'accumulation de positions (qui peuvent être très différentes de leur occupation principale) pour augmenter leur pouvoir personnel. [...]. L'investissement de positions (médicales) dans le champ des activités physiques et des sports [constitue] précisément une occasion de se doter de ressources efficaces dans une *course académique* où la *différence* se fait au final »⁵⁴⁵. Mais aux côtés des directeurs d'IREP, « on trouve également une deuxième fraction de médecins (non universitaires) qui tend en quelque sorte à se définir à mi-chemin entre les pôles relationnels théorique et pratique, en se réclamant, pour sa part, d'une expérience médico-sportive acquise "sur le terrain" ». Il s'agit bien ici des médecins qui ont un capital sportif à faire valoir. Les propos du docteur Henri Diffre sont un plaidoyer en faveur de ce groupe auquel il appartient lui-même. « La pire des fautes serait ainsi de ne pas tenir compte de leur expérience et de rester encore une fois dans le domaine de la théorie, certes des plus intéressantes, mais qui peut ici s'appuyer et se perfectionner par la pratique et par le contact établi une fois pour toutes avec ceux qui depuis des années passent leur vie à essayer de comprendre [...] »⁵⁴⁶. La solution vient d'une idée proposée par la Fédération Française des SMEPS (créée en 1929 et dirigée par Marc Bellin du Coteau). Il s'agit de créer dans chaque IREP un poste de « directeur technique », auquel pourront prétendre les médecins sportifs. Le principe est adopté dans 7 Instituts. Les docteurs Diffre et Richard, l'un à Lille, l'autre à Paris, figurent parmi les praticiens recrutés. Cette seconde fraction médicale rassemble des médecins qui « exercent principalement en cabinets privés. Ils n'appartiennent pas à l'enseignement supérieur. Leurs cursus et titres se limitent de fait à ceux qui sont requis pour l'exercice de la

⁵⁴⁵ EL BOUJJOUI, Taïeb & MIERZEJEWSKI, Stéphan. 2007. *Op. Cit.*, p. 9-17.

⁵⁴⁶ Dr. DIFFRE, Henri. 1929. « Le budget de l'éducation physique », *La culture physique*, n°465, p. 25. Cité dans EL BOUJJOUI, Taïeb & MIERZEJEWSKI, Stéphan. 2007. *Op. Cit.*, p. 18.

médecine généraliste “ambulatoire”. Pour la plupart, l’attrait du sport compétitif amateur s’est déclaré très précocement et se double d’un intérêt “théorique” pour la technologie proprement dite des techniques de mise en jeu du corps ». Cette fois l’enjeu est différent. L’attrait proprement médical pour le domaine des activités physiques épouse des stratégies de démonstration de soi. Assumer des fonctions au sein d’un IREP permet de faire la preuve de l’étendue et de la qualité de leurs compétences, et est un moyen de rehausser symboliquement leur statut professionnel en les distinguant de la masse indifférenciée de la pléthore médicale⁵⁴⁷.

Ainsi, l’histoire originelle de la médecine de l’exercice corporel, de la naissance des idées jusqu’à leur « mise en institution », semble profondément marquée par ce conflit dispositionnel. Les querelles qui ont accompagné les Jeux de Stockholm en 1912 ; les divergences de vues au sein même d’une SMEPS qui a eu bien des difficultés à maintenir l’illusion de son unité au début des années 20 ; ou enfin l’invention d’un « directeur technique » au sein des IREP pour que ne soient pas oubliés les médecins de terrain, ceux qui connaissent le sport par corps, au début des années 30, sont autant d’épisodes historiques majeurs qui portent en eux les stigmates d’un désaccord de sens. La conséquence directe d’une telle divergence de signification et de définition de l’objet sur lequel les agents entendent appliquer leur expertise médicale est l’apparition et le renforcement de médecines de l’éducation physique et des sports variées. Sans accord clarifié sur l’objet en jeu, le jeu lui-même perd de son sens et les enjeux se multiplient à mesure que des agents aux dispositions originales y participent. Lorsque l’on croise les grands axes d’oppositions des médecins dans l’espace – Recherche scientifique / Pratique de terrain, Soigner / Prévenir, Education physique « médicament » / Education physique « revigorante » / Sport d’élite, etc. – c’est à la complexité de cette structure hétérogène que l’on est confronté. D’une manière étonnement comparable avec la description des pratiques médicales actuelles en matière d’activités physiques livrée dans l’exorde, l’enchevêtrement des biographies personnelles, des lieux d’exercice et des carrières médicales, est à l’origine d’exercices médicaux variés. Objet de confusions, l’éducation physique et les sports représentent un domaine ouvert aux aspirations médicales les plus éloignées. « L’espace médical [est alors] partagé entre trois pôles ; celui de la médecine clinique dominante qui se développe en captant des clientèles de patients, une médecine sociale connectée à des

⁵⁴⁷ **EL BOUJOUFI**, Taïeb & **MIERZEJEWSKI**, Stéphan. 2007. *Op. Cit.*, p. 17-19.

politiques d'hygiène publique visant des populations cibles désignées par des textes administratifs, et un pôle de recherche dépendant du monde des sciences biologiques et physico-chimiques »⁵⁴⁸. Face à une telle structuration, et dans ce contexte d'ouverture d'un domaine inédit et encore mal délimité, le développement de médecines de l'exercice corporel dans chacune de ces voies ne se fait guère attendre. Sans que les pratiques soient nécessairement exclusives les unes des autres, se côtoient ainsi dans les années 1930 les médecines expérimentale, clinique et sociale de l'éducation physique et des sports.

III. 2. Médecine clinique, sociale et expérimentale de l'activité physique

L'entre-deux-guerres marque l'émergence très nette d'un regard clinique sur l'activité physique. Taïeb El Boujjoufi relate le travail « d'un jeune médecin rugbyman : P. Chappoux. Sa thèse de doctorat porte sur les problèmes pathogénique et thérapeutique des lésions méniscales et des complications articulaires chez les joueurs de sports collectifs (rugby, football). Il s'est attaché à reconstituer, sur la base d'observations personnelles et d'un questionnaire, la trajectoire de "l'accident sportif du genou" (circonstances, séquences et phases de jeu, symptômes) et "l'histoire clinique" de joueurs (nombre et fréquence des affections, types d'opérations, durée de récupération post-opératoire avant la reprise de l'entraînement et de la compétition, etc.). Ce travail n'est pas isolé »⁵⁴⁹. Dans *L'Hygiène du Sport* du Docteur George André Richard, un chapitre entier est réservé au détail des « accidents sportifs ». Il se veut rassurant dès l'introduction et précise : « Que le titre de ce chapitre n'effraye pas mon lecteur ! Existe-t-il donc des accidents particuliers au sport dont la fréquence et la gravité pourraient être redoutées des candidats aux joyeuses performances ? Non pas, mais du fait de l'effort intense exigé du système moteur, du fait des conditions de cet effort, certains accidents, en général peu graves, se rencontrent ici plus fréquemment que dans la vie du sédentaire qui, lui, risquerait bien plutôt l'obésité, le rhumatisme, ou la goutte. Examinons donc ces accidents sur les organes qu'ils atteignent le plus volontiers : muscles, tendons, ligaments, os, et ensuite nous envisagerons les moyens

⁵⁴⁸ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 108.

⁵⁴⁹ Dr. CHAPPOUX, P. 1928. *Lésions méniscales et corps étrangers articulaires traumatiques chez les joueurs de rugby et de football-association (Pathogénie et traitement)*, Thèse de médecine, Université de Lyon. Cité dans EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 114.

de traitement qui peuvent leur être opposés, pour obtenir la récupération rapide et complète que tout sportif souhaite ardemment ». Claquages, élongations, entorses et fractures sont alors passés en revue, ainsi que les moyens modernes mis à la disposition du médecin pour « réduire encore le temps de la douleur et de l’immobilisation ». Injection locale de Novocaïne, électrothérapie par ondes courtes, diathermie, massage puis haute fréquence, « les moyens ne manquent pas pour soigner les accidents du sport. Le médecin sportif doit devenir une sorte de “rebouteux scientifique” sachant choisir et doser ses moyens d’action, mais il n’est pas pour lui de plus grande joie que de voir un sportif qu’il a soigné remporter une épreuve et de penser que, grâce aux moyens dont il dispose, il l’a aidé en quelque mesure »⁵⁵⁰. Ainsi, les années folles sont déjà le théâtre du drame clinique qui se joue entre un sportif blessé et le médecin dès lors que se pose la question de l’arrêt sportif et des conditions de la reprise. « On sait [par exemple] que Bellin du Coteau avait des relations avec Poulenard, entraîneur de nombreux athlètes de haut niveau dans les courses, tels que Séra Martin et Jules Ladoumègue par exemple. Dans le Miroir des Sports n°612 du mardi 18 août 1931, Géo André relate, en effet, une anecdote à propos de S. Martin, impatient de reprendre la compétition après une blessure à la jambe : “Souriants, Charles Poulenard et le docteur Bellin du Coteau, tous deux vieux sportifs qui eurent leur heure de célébrité, admiraient en silence le moral du recordman du monde. Et lorsque Séra quitta le cabinet du docteur, Bellin du Coteau glissa à l’oreille de Poulenard : - les accidentés du travail ne sont pas si pressés de reprendre le collier !”. Lewden [...] fait également référence au médecin alors qu’il se blesse avant les Jeux de 1924 »⁵⁵¹. Mais si certains sont proches de l’élite sportive et semblent disposés à réaliser dans leur cabinet une médecine « compréhensive », il n’en est pas toujours ainsi et les anecdotes de sportifs qui contreviennent aux conseils du médecin existent également. Au-delà des résistances individuelles, elles révèlent la présence indéniable du médecin dans un rôle de prise en charge proprement clinique de l’athlète. Le récit suivant se déroule aux Etats-Unis, mais fait l’objet d’une publication dans un journal sportif français qui laisse imaginer sans difficultés le caractère « transnational » des éléments rapportés.

Jack Plunkett (1927) : « L’insensibilité de Victor Linart »

« Un jour, en 1917 Linart fit une chute au vélodrome de Revere-Beach (Etats-Unis) et se fractura trois côtes. On le transporta sur-le-champ à

⁵⁵⁰ Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *L’Hygiène du Sport*, Editions de L’Auto, Paris, p. 149-159.

⁵⁵¹ **ROGER**, Anne. 2003. Op. Cit., p. 177.

l'hôpital. On le passa aux rayons X. On le banda, il reçut l'ordre de garder pendant quinze jours un repos complet. A cette époque, le cyclisme américain battait sérieusement de l'aile. Le promoteur Nat Butler n'avait à ses ordres, pour tout plateau que le Belge Victor Linart, les Américains George Wiley et Clarence Carman et l'Italien Vincent Madona. Et l'indisponibilité du Belge contrariait fort ses projets. Deux jours après, le vieux Nat croisa Linart, qui promenait mélancoliquement son torse entortillé de bandelettes au quartier des coureurs.

- *Hullo ! Victor.*

- *Hullo ! Butler.*

- *Est-ce que tu crois que tu pourrais courir ce soir contre Carman et Wiley ?*

Le Sioux, à qui l'inaction pesait déjà, s'écriait malgré l'interdit de la Faculté :

- *Sure !*

- *En vérité ?*

- *Je vais toujours essayer. Si ça va, je continuerai.*

Butler fit : "All right" et s'en fut en se frottant les mains car sa recette était sauvée. Avant la course, on tira, selon la coutume, les entraîneurs au sort. Le hasard désigna l'ancien cycliste américain Turville pour Linart. On gonfla un peu le pacemaker pour augmenter la prise au vent afin d'avantager le blessé. Au moment où l'on allait donner le départ, on vit le médecin de service se précipiter.

- *Monsieur Linart, quelle folie !... En partant, vous risquez de perforer la plèvre [...].*

- *Je m'en f...*

- *Vous commettez une grosse imprudence. Je vous préviens que vous allez au-devant de la mort. Mon devoir...*

- *Laissez-moi donc tranquille avec vos boniments de vieille nurse ! Je suis bandé comme un poupon. Mes côtes ne bougeront pas.*

La voix du starter scanda :

- *Vous êtes prêts ? Partez...*

Et Linart, cette nuit-là, gagna la Course de l'Heure de Revere après avoir fait tirer la langue à tous ses concurrents. Après sa victoire, le toubib estomaqué, murmura :

- *Ce n'est pas un homme, c'est un cheval ! »⁵⁵².*

Si cette médecine clinique de l'éducation physique et des sports trouve des applications hospitalières dans les interventions chirurgicales que certaines pathologies supposent, elle reste avant tout une médecine libérale de généralistes⁵⁵³. Mais elle ne se limite absolument pas à une médecine de cabinet, et s'exporte parfois sur les bords de stade et à l'intérieur même des installations sportives. Nous l'avons déjà évoqué, plusieurs grands clubs français tels que le Stade Français, le PUC, le RCF, le RCR, le SUL ou

⁵⁵² **PLUNKETT**, Jack. 1927. « L'insensibilité de Victor Linart », *Match L'Intran*, n°9, 4 janvier 1927, p. 11.

⁵⁵³ « Tavernier (1878-1951) [...] s'était spécialisé dans l'étude anatomo-clinique des lésions traumatiques des ménisques intra-articulaires (des sportifs) et à codifié l'une des premières techniques d'intervention chirurgicale par ablation du ménisque interne ». **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 114.

encore le Stade Rennais s'attachent dès le début des années 1920 les services d'un ou de plusieurs médecins⁵⁵⁴. Le quotidien sportif *L'auto* organise même le *Challenge du Meilleur Club Français*, censé récompenser les sociétés qui portent une attention particulière à la sauvegarde de la santé des athlètes⁵⁵⁵. « L'établissement d'une relation clinique avec les sportifs suppose d'être sportif et dirigeant dans un club, et d'y avoir établi une consultation adaptée aux besoins de ces membres, avec une clientèle assez fournie pour justifier la présence d'un thérapeute »⁵⁵⁶. Effectivement, cette médecine clinique de terrain est pratiquée majoritairement par ceux dont le capital sportif leur assure une légitimité toute particulière⁵⁵⁷. Fort de leur passé athlétique et d'une sensibilité permanente au jeu sportif, leur place dans les clubs est assurée autant par ce qu'ils ont été que par ce qu'ils sont. Les docteurs Diffre, Richard et Bellin du Coteau en sont des exemples types, et pratiquent une activité mixte. Pour le docteur George André Richard, « il est logique que le praticien du club suive ses athlètes au bord de la piste voire se mêle à eux pour le plus grand bien de tous. Voulant accroître la collaboration entre le professionnel et l'entraîneur, Richard souhaite que "le médecin sportif s'intéresse de plus près à ses sujets et que, non content de les voir à la salle de culture physique, il aille quelque fois se rendre compte des résultats obtenus sur le terrain même". Il y voit un excellent stimulant à la fois pour les sportifs et pour le praticien lui-même. Et il ajoute pour montrer que l'expression médecin sportif n'est pas usurpée, "nous ne trouvons pas déplacé de le voir quelque fois en costume de course à pied" »⁵⁵⁸. Le récit de leurs expériences montre que cette médecine généraliste qui se déroule en dehors des cabinets est d'abord une médecine de contrôle puis éventuellement une médecine de soins. Ainsi, de son expérience au sein du Racing Club de Roubaix (RCR), le docteur Henri Diffre raconte : « Avec de plus en plus de confiance, tous les racingmen viennent successivement à moi, beaucoup d'abord pour me confier leur crainte sur tel ou tel point particulier, essoufflement, palpitations, obstacle naso-pharyngien, beaucoup aussi par le désir d'être rassurés sur la suffisance de leur développement, indice d'un noble orgueil de son corps chez le sportif d'aujourd'hui ». Son exercice en cabinet est

⁵⁵⁴ Au Stade Français, l'examen médical devient par exemple *obligatoire* pour l'ensemble des mineurs qui prétendent à la pratique des sports, à partir du 1^{er} Novembre 1922.

⁵⁵⁵ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁵⁵⁶ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 118.

⁵⁵⁷ Bien que ces médecins sportifs ne soient pas les seuls praticiens ayant un rôle au sein des sociétés sportives. Des médecins éloignés biographiquement du sport de compétition occupent encore des fonctions de dirigeants, leur recrutement ayant été réalisé selon des critères de notabilité. A l'image par exemple du Dr. Paul Chailley-Bert, vice-président puis président du PUC. Avec l'autonomisation du champ sportif, ce type de placement va tendre à disparaître à partir des années 1930.

⁵⁵⁸ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

également marqué par cette compétence médico-sportive et, sans en avoir la confirmation irréfutable, des indications laissent supposer l'impact publicitaire réel de ce poly-exercice. Ainsi, en 1927, il livre dans un article « une observation de “cœur forcé” » qu'il a eu le loisir de diagnostiquer au sein de son cabinet. Dans le tableau clinique qu'il tire du jeune « Louis M..., né le 30 août 1905 à Tourcoing », déclaré apte au *service armé* en 1924, il livre les raisons qui ont poussé le jeune homme à le consulter, bien que n'étant visiblement pas son propre médecin de famille. « En juin 1925, Louis M... vient me voir pour la première fois. *Il fait du sport* pour s'amuser et sans excès, autant que j'en puisse juger, *et il souffre, dit-il, de “points au cœur” après l'effort*. A l'examen, fait au repos, on ne trouve aucun signe pathologique à l'auscultation. Il s'agit d'un fils unique, menant une vie très régulière, *assez surveillée*, sans tare héréditaire ni personnelle. Sujet très bien constitué et d'excellente apparence. Mais après dix flexions rapides sur les extrémités inférieures, on note un léger souffle systolique, accompagné de l'habituelle tachycardie : souffle et tachycardie persistent du reste peu de temps. Le retour au calme, au point de vue cardiaque, est presque normal. Néanmoins, j'interdis momentanément le football et tous sports violents sans donner aucun traitement spécial »⁵⁵⁹. Dans cette même logique de pratique mixte de la médecine, sous l'autorité du Docteur Louis Merklen, vice-président du Stade Universitaire Lorrain, les contrôles biométriques et physiologiques réalisés en bord de piste sont complétés par un examen clinique effectué par un médecin dans son propre cabinet et dont les conclusions sont portées sur le « Livret du Stadiste ». « En cas de besoin, le sujet peut être orienté vers un des nombreux spécialistes membres du SUL. Plus tard, un autre examen peut être envisagé si on s'aperçoit d'une défaillance du pratiquant. Toutes ces opérations sont réalisées à titre gratuit par les praticiens du club ». Là aussi, la Commission de contrôle médical et physiologique décide de la mise en place de « certificats de culture physique », et organise même « des cours de massage ouverts à tous, ce qui permet à chaque équipe en déplacement d'être suivie par un manager qui est en même temps un masseur qualifié et qui peut *aussi* fournir les premiers soins en cas d'accident. Parallèlement, un Service médical est assuré chaque dimanche après-midi au stade par un des membres de la commission médicale »⁵⁶⁰. Cette médecine de Clubs, bien implantée dans quelques sociétés aux noms prestigieux, transforme le paysage sportif de

⁵⁵⁹ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1927. « Une observation de “cœur forcé” », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927, p. 31.

⁵⁶⁰ **PICOT**, Marcel. 1927. « Rapport présenté par le Stade Universitaire Lorrain en vue de l'attribution du Challenge du Meilleur Club », *Les cahiers du SUL*, Fascicule IV, janvier 1927. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

l'époque. Certaines fédérations vont, elles aussi, s'attacher les services de médecins. La Fédération d'athlétisme, étudiée en détail par Anne Roger, semble être pionnière de ce point de vue, en particulier sous l'impulsion des docteurs Alfred Thooris et Marc Bellin du Coteau. Mais « en football, dans le cadre du professionnalisme, établi en 1932, un examen médical à l'embauche des jeunes joueurs est exigé par la Fédération. [...]. Dans ce contexte, la Fédération de boxe édicte [elle aussi] une réglementation imposant aux boxeurs licenciés des visites médicales périodiques. [Ces innovations juridiques] confèrent aux tâches des médecins sportifs un caractère normatif et bureaucratique accentué, proche des fonctions de contrôle de l'administration d'Etat »⁵⁶¹. Ainsi, la médecine clinique de l'éducation physique et des sports recouvre elle-même des pratiques médicales diversifiées, placées sur un continuum dont les extrêmes vont d'une médecine de soin réalisée uniquement en cabinet, à une médecine mixte où le praticien se déplace régulièrement sur le terrain sportif, dans les clubs ou les fédérations, pour y effectuer des contrôles et faire respecter le bon sens hygiéniste.

La présence dès le premier numéro du Bulletin de la SMEPS en 1922 d'un article sur les « conjonctivites de piscine » témoigne du lien étroit qui existe entre une *médecine clinique* et une *médecine sociale* de l'activité physique. « Les six nouvelles observations [...] doivent rappeler l'attention des hygiénistes et des sportifs sur cette forme de conjonctivite de plus en plus fréquente. [...]. Ces traits montrent l'intérêt qu'il y aurait à rendre obligatoire, comme cela existe dans certaines villes, la douche préliminaire, avant de pénétrer dans la piscine, tout au moins dans les établissements populaires »⁵⁶². L'activité physique a véritablement subi les effets de « l'occupation hygiéniste » et, malgré les confusions qui persistent parfois entre les diverses cultures corporelles, la mise en mouvement des corps porte désormais en elle le pouvoir d'éduquer et de rééduquer *le corps social* en plus du corps humain. « Si l'éducation physique n'était qu'un procédé pédagogique, elle garderait certes de ce fait un grand intérêt, mais ne serait pas, comme elle l'est, à nos yeux, *une chose capitale qui intéresse la vie et l'avenir de notre race*. Elle est, pour nous médecins, une branche importante de la médecine et dont l'influence sur la population entière du pays peut être considérable. *Elle est une des bases de la médecine préventive*, puisque, grâce à elle, nous pouvons, ou du moins nous devrions pouvoir, surveiller la croissance et l'évolution physique de toute la jeunesse, et cela de façon

⁵⁶¹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 112.

⁵⁶² Dr. JEUDON, Robert. 1922. « Les conjonctivites de piscine », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

régulière, depuis l'entrée à l'école jusqu'au complet développement de l'adolescent »⁵⁶³. Cette forme de « veille préventive » de l'état corporel de la population est sans doute la branche de la médecine de l'éducation physique qui suscite le plus d'enthousiasme de la part du corps médical global. En 1922, dans les « Echos et Nouvelles » diffusés par la SMEPS, l'auteur souligne la progression des idées de la société « chez [leurs] confrères, où, pour la première fois, [...] un service d'observations biologiques vient d'être ouvert. C'est au Centre de Diagnostique Médical, créé et animé par [leurs] confrères Delort et Renaudeaux, et qui comporte une série de service spécialisés, que fonctionne celui-ci, dont le but est de donner aux praticiens et aux malades tous les renseignements nécessaires pour l'établissement d'une hygiène générale, d'une éducation physique, ou d'une cure d'exercice correcte »⁵⁶⁴. Ainsi, l'hygiénisme social, particulièrement présent et actif dans le milieu médical qui a trait aux exercices du corps, est à l'origine d'une pratique hippocratique inédite, celle qui prévient à tous crins, avant même l'apparition de la maladie, élément *déclencheur* de l'intervention médicale jusqu'alors. A ce titre, cette médecine sociale peut être considérée comme une poussée importante du processus de médicalisation de la vie sociale. Pour tous les âges, toutes les constitutions et ce quel que soit le genre, il s'agit là véritablement d'une *médecine totale*. Dans cette volonté d'éducation d'individus sains, pour les rendre meilleurs et éviter ainsi une dégénérescence préjudiciable à l'échelle collective, les risques d'intrusion d'un certain moralisme dans les discours et les actes proprement médicaux sont grands. La médecine sociale de l'éducation physique a mélangé parfois la morale à la thérapeutique, faisant de la prévention un instrument puissant de réécriture du monde⁵⁶⁵. Pourtant, malgré cette digression d'une médecine qui sert des intérêts parfois forts éloignés des enjeux sanitaires, il n'en reste pas moins qu'elle est à l'origine de la création d'un certain nombre de dispensaires. Car au-delà de son versant préventif, elle s'inscrit également dans une perspective de soins. Si le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme « a exprimé le vœu de voir les médecins songer plus souvent qu'ils ne le font aux possibilités de l'éducation

⁵⁶³ Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1935. « Education physique et Université », *Annales de l'Université de Paris*, n°1, janvier-février 1935, p. 526-527. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 169.

⁵⁶⁴ **Anonyme**. 1922. « Echos et Nouvelles. Nos idées progressent... », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

⁵⁶⁵ **VIAUD**, Baptiste. 2009. « Les "Romanciers anthropologues de la race humaine" : l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la IIIe République », in **GUIBERT**, Christophe ; **LOIRAND**, Gildas & **SLIMANI**, Hassen, *Le sport entre public et privé : frontières et porosités*, L'Harmattan, Collection Sports en Société, p. 23-35.

physique » à propos de ses applications « à la thérapeutique des maladies infantiles »⁵⁶⁶, le docteur Richard se lance pour sa part dans un véritable plaidoyer en faveur des dispensaires d'éducation physique.

Dr. George-André Richard (1924) : « Les dispensaires d'éducation physique »

« Essayons de nous représenter aujourd'hui ce qui devrait être fait pour tous ceux que nous appellerons : les insuffisants de l'éducation physique, tous ceux qu'une cause quelconque a marqué d'un défaut de développement général ou partiel et qui grâce à des institutions logiquement organisées et dont le prix de revient et de fonctionnement ne serait que peu de chose au regard des bénéfices obtenus devraient pouvoir rapidement reprendre leur place parmi les normalement développés, c'est-à-dire ceux qu'une croissance bien conduite doit mener prochainement à être des adultes robustement constitués, des hommes socialement utiles, et, au besoin, des défenseurs de leur pays.

Ces insuffisants de l'éducation physique se rencontrent particulièrement dans deux sortes d'établissements différents : les uns qui devraient être réservés à la santé, et les autres qui le sont nécessairement à la maladie : l'Ecole et l'Hôpital.

Ces insuffisants d'ailleurs n'ont leur véritable place marquée ni dans l'une ni dans les autres, et c'est pour cela qu'il est nécessaire de créer pour eux un organisme aussi simple, mais aussi efficace que possible et qui leur permette d'éviter le fléchissement vrai de leur santé qui leur ouvrirait alors les portes de l'Hôpital.

[...] Ainsi, le dispensaire d'éducation physique pourrait être [...] un véritable centre de triage de la santé qui préparerait pour l'école des enfants bien portants, mais pourrait encore seconder puissamment les institutions actuelles de lutte contre les maladies épidémiques et envoyer à temps dans les services spéciaux des enfants facilement curables au lieu de petits êtres mortellement blessés par la maladie. [...] "Ce n'est pas trop de s'adresser aux biens portants si l'on veut découvrir assez tôt les malades" »⁵⁶⁷.

Dr. George-André Richard (1924) : « L'éducation physique et les pouvoirs publics »

« Nous assistons en ce moment à un véritable épanouissement de mesures d'hygiène sociale, et pour ne citer qu'un chapitre que nous connaissons mieux, c'est vraiment une grande joie de constater combien, à l'heure actuelle, la lutte contre la tuberculose est organisée méthodiquement, et combien le tuberculeux est soigné et dirigé de façon à avoir, non seulement

⁵⁶⁶ Dr. RICHARD, George-André. 1922. « Actualités. Le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

⁵⁶⁷ Dr. RICHARD, George-André. 1924. « Les dispensaires d'éducation physique », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

pour lui-même le maximum de chances de guérison complète, mais encore pour éviter parmi les autres la dissémination de son mal redoutable.

Nous pensons que l'éducation physique doit être intimement associée à l'organisation de ces mesures d'hygiène sociale. N'est-elle pas, en effet, la meilleure occasion de faire subir un examen médical des plus sérieux à tous les biens portants, que, certainement, leurs parents ne conduiraient pas à l'hôpital ?

C'est parmi eux que l'on pourrait découvrir ainsi les débiles et les insuffisants, auxquels des organisations spéciales devraient permettre de donner les soins nécessaires pour les ramener le plus rapidement possible au niveau des enfants de leur âge normalement développés »⁵⁶⁸.

Ce souhait semble être exaucé avec la création des Instituts Régionaux d'éducation physique. « En réclamant un rôle central dans la politique de natalité, de lutte contre la mortalité infantile et des déficiences morphologiques de la jeunesse française, les IREP deviennent de véritables laboratoires d'hygiène en actes »⁵⁶⁹. A Paris, P. Chailley-Bert crée notamment, dès 1928, « un dispensaire d'éducation physique où sont examinés, triés et traités, les enfants physiquement fragiles qui relèvent d'un traitement par l'éducation physique : déficients squelettiques, déficients musculaires, insuffisants respiratoires, etc. ». Là encore, la médecine sociale rencontre la médecine clinique. « Diagnostiquer qu'un enfant a besoin d'un traitement par l'éducation physique et décider ce traitement est bien, encore faut-il ne pas le traiter à la légère. [...]. Il fut donc décidé qu'à côté du dispensaire et pour son usage, fonctionnerait un service de radiographies et d'autres services susceptibles de nous renseigner complètement sur l'état de santé de l'enfant, tant du point de vue squelettique, cardiaque et pulmonaire, que du point de vue nez, gorge, oreilles, dentition, vision, etc... »⁵⁷⁰. Mais contrairement à la médecine des activités physiques qui se déroule dans les cabinets ou les sociétés sportives, occupée majoritairement par les médecins sportifs, cette médecine sociale qui entend rééduquer par la mise en mouvement des corps semble intéresser indistinctement les diverses fractions de médecins présentes dans l'espace. Si l'universitaire qu'est le Professeur Chailley-Bert s'investit dans une telle démarche, le docteur Barbedor, sportif, entraîneur, dirigeant de groupements athlétiques et « directeur-technique » de l'IREP de Rennes en fait de même (il est à l'origine d'un

⁵⁶⁸ Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « L'éducation physique et les pouvoirs publics », *Les dispensaires d'éducation physique*, RMEPS, n°1, 2^{ème} année.

⁵⁶⁹ **SAINT-MARTIN**, Jean. 2006. *Op. Cit.*, p. 16.

⁵⁷⁰ Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1938. « L'Institut d'Education Physique. Son rôle », *Revue Médico-sociale*, 6^{ème} année, n°5, p. 388.

dispensaire au Stade Courtemanche)⁵⁷¹. La diversité des médecins représentés dans cet exercice particulier s'explique très certainement par le crédit symbolique beaucoup plus élevé qu'offrent ces positions dans un contexte national dominé par la nécessité d'une régénération, comparativement à la méfiance que suppose encore l'occupation d'une place au sein d'une organisation sportive fédérale.

Enfin, une dernière forme de médecine des activités physiques doit être évoquée pour compléter le paysage médico-sportif ici esquissé. Il s'agit de la médecine expérimentale, entièrement tournée vers des enjeux scientifiques. « Les travaux à caractère expérimental menés (ou envisagés) dans le champ des activités physiques et des sports ne peuvent être évoqués sans les rattacher à la voie inaugurée par la collaboration scientifique et technique de Demeny et de Marey qui ont jeté les bases d'une science de l'homme en mouvement ; héritage intellectuel si vivace qu'il continue à traverser de part en part l'élaboration de la plupart des questionnements médico-biologiques et pédagogiques autour de l'éducation physique dans les années 1920 et 1930 »⁵⁷². S'il est possible de repérer dès la fin du premier conflit mondial des lieux de réflexion et d'expérimentation en lien avec l'objet sportif, tel que le laboratoire de recherche qui fut associé au Cours de Physiologie appliquée à l'éducation physique dirigé par le Professeur Langlois à la faculté de médecine de Paris, l'institutionnalisation de cette médecine par la création des IREP va marquer le développement et la stabilisation de ces initiatives isolées. Pour Jean-Louis Gay-Lescot, « il est [ainsi] acquis que les Instituts Régionaux d'Education Physique, rattachés aux facultés de médecine, contribuèrent à développer des recherches médicales en matière d'EP »⁵⁷³. « Des “laboratoires de physiologie appliquée à l'Education physique et aux Sports” commencent à être érigés et sont progressivement dotés de divers appareillages (spiromètre, appareil Van Sylke, etc.). Afin de permettre “l'expérimentation sur l'homme”, des locaux sont aménagés à proximité des installations sportives grâce, notamment, aux libéralités consenties par les édiles de quelques grandes municipalités ». C'est le cas des Instituts de Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse ou encore Nancy⁵⁷⁴. Les IREP ne donnent pas lieu à une production savante autre qu'expérimentale, de type

⁵⁷¹ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 173.

⁵⁷² **EL BOUJJOUI**, Taïeb & **DEFrance**, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 101.

⁵⁷³ **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1998. « Education physique, sports et médecine. Les thèses de médecine soutenues en France entre 1893 et 1945 à propos des activités physiques », *Spirales*, n°13-14, p. 215.

⁵⁷⁴ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 179-180.

anatomo-clinique par exemple, du fait de l'antagonisme consommé entre l'université et l'institution hospitalière. La division du travail est très nette et les frontières de l'investigation scientifiques sont clairement définies. Les connaissances élaborées au sein de ces centres de recherche sont principalement axées sur l'évaluation physiologique des réactions humaines lors d'un effort musculaire. A ce titre, les médecins s'engagent ici dans une logique scientifique fondamentale qui dépasse le strict cadre de l'éducation physique et sportive. Ainsi, le Professeur Jean-Paul Langlois, dans le laboratoire de recherche associé au Cours de Physiologie appliquée à l'éducation physique sur lequel viendra se greffer l'IREP de Paris, réalise des « études sur le fonctionnement et le rendement de la machine humaine dans des situations difficiles, voire extrêmes, [qui] l'amènent à prendre en compte la forte homologie entre rationalisation du travail (industriel) et rationalisation de l'entraînement et des principes d'efficacité du geste sportif. [...] Dans ce laboratoire, richement doté en instrumentation (dont un tapis roulant à l'époque unique en son genre), Langlois se livre, avec ses élèves, à l'étude des réactions physiologiques des athlètes à la marche, à la course d'une part, et, de l'autre, des travailleurs dans les conditions les plus diverses »⁵⁷⁵. La curiosité expérimentale s'attarde alors indistinctement sur le rythme cardiaque, la pression artérielle, ou encore la fréquence respiratoire et les échanges gazeux.

Dr. R. Trèves (1927) : « Variations de la quantité de créatinine urinaire au cours du travail musculaire »

« La créatinine ($C^4H^7N^3O$), anhydride de la créatine ($C^4H^9N^3O^2$), semble être l'excrétion de cette dernière, composé azoté, dérivé méthylé de la glycoamine, venant de l'albumine des tissus, et formé dans les muscles, les corps créatiniques représentant 35 à 37 0/0 de l'azote totale de la substance musculaire.

[...] Le taux de créatinine urinaire est en moyenne par vingt-quatre heures de 1 gr. à 1 gr. 20 pour un homme de 60 kg. soumis au régime lacto-végétarien, de 1 gr. 50 lorsqu'il est soumis à un régime mixte, de 1 gr. 80 à 2 gr., lorsqu'il est soumis à un régime fortement carné.

[...] Le taux peut varier de 0 gr. 15 à 3 gr. 25 suivant les circonstances. Ces variations ont été étudiées au laboratoire de l'Ecole de Joinville, à l'aide du procédé colorimétrique de Jaffé, modifié par M. Brigaudet, qui utilise une gamme de tubes colorés, pouvant se conserver longtemps sans s'altérer [...].

Après un travail (lever d'haltères de 10 livres, machine à ramer pendant vingt minutes, assauts de fleuret pendant trois quarts d'heure à une heure), on note habituellement par litre une augmentation moyenne de 0 gr. 60 (0 gr. 10 à 1 gr. 10 et même 1 gr. 45 à 3 gr.) suivie au bout de deux à trois

⁵⁷⁵ EL BOUJOUFI, Taïeb & DEFRANCE, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 101.

heures d'une diminution moyenne de 0 gr. 50, pouvant atteindre 2 gr. 75. [...] (Travail du laboratoire de l'Ecole de Joinville) »⁵⁷⁶.

Si la physiologie s'impose comme science de référence dans la médecine expérimentale de l'éducation physique, certains médecins tentent de concurrencer leurs confrères en proposant des approches scientifiques différentes. Si l'éducation physique est physiologique pour un universitaire tel que le docteur Paul Chailley-Bert (comme d'ailleurs pour la plupart des directeurs d'IREP), elle sera « biologique », intégrant une dimension « psychosomatique » originale, pour le docteur Philippe Tissié. Ce dernier explique ainsi : « l'éducation physique est une science biologique. Son but est le développement psychosomatique rationnel du corps humain, en vue de son meilleur rendement économique, social et racial »⁵⁷⁷. D'autres, à l'extrême, vont s'opposer frontalement à l'idée même d'une direction scientifique des activités corporelles. C'est le cas des médecins naturistes tels que le très charismatique Paul Carton ou le plus isolé mais non moins connu Dr. Ruffier. Le premier fustige cette « médecine matérialiste », responsable selon lui « d'un affaiblissement de la moralité, une méconnaissance des lois de la vie saine et une fausse orientation des doctrines médicales qui pèsent lourdement sur [sa] génération ». Le second, lui, s'en prend directement aux universitaires et souligne leur illégitimité en matière de régénération de la race : « Croit-on qu'on sortira d'un institut, d'un laboratoire, une méthode et une organisation capables d'assurer l'éducation physique de la jeunesse française ? Doyens, professeurs et chargés de cours n'ont aucune compétence corporelle en éducation physique. Ils ne sont d'aucune utilité dans l'œuvre qu'on entreprend »⁵⁷⁸. Cette médecine expérimentale de l'éducation physique et des sports n'est d'ailleurs pas exclusive des praticiens détenant une position universitaire. Parmi les médecins sportifs, certains (peu nombreux) entreprennent des recherches à prétention scientifique, et exportent leurs investigations sur le terrain sportif. L'incontournable Bellin

⁵⁷⁶ Dr. **TREVES**, R. 1927. « Variations de la quantité de créatinine urinaire au cours du travail musculaire », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927, p. 27-29.

⁵⁷⁷ Dr. **TISSIE**, Philippe. 1924. « L'éducation physique ; problème social à résoudre », *Paris Médical*, 3 août 1924, p. 104. Cité dans **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 167.

⁵⁷⁸ Dr. **CARTON**, Paul. 1925. *Enseignements et traitements naturistes pratiques. Première série*, Librairie Lefrançois, Paris. Et Dr. **RUFFIER**, J-E. 1925. « La phobie officielle en éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1925. Cités dans **FAUCHE**, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.*, p. 21. Pour une analyse plus complète de la trajectoire du Docteur Paul Carton, qui « traverse une crise morale dans les années 20 [et] commence à douter davantage du scientisme », se reporter par exemple à **DEFRANCE**, Jacques. 1993. « La signification culturelle de l'hébertisme. Etude de sociologie de la culture des années 20 et 30 », *STAPS*, n°31, p. 47-63.

du Coteau va ainsi mener nombre d'explorations physiologiques dans les stades, auprès d'une population d'athlètes engagée dans la logique compétitive. Pour cette fraction de médecins libéraux, la participation aux ébats scientifiques est une source potentielle d'ascension sociale.

L'analyse des 108 thèses de médecine soutenues en France dans le vaste domaine des activités corporelles n'infirmes d'aucune manière l'orientation différenciée de cet exercice dans les versants clinique, social et expérimental. Il est néanmoins difficile, à la seule évocation du titre des manuscrits, d'évaluer précisément la part de chacune de ses branches médicales. En effet, cette présentation qui tend ici à les isoler tient de l'artefact idéal-typique. Dans la réalité, les frontières entre les travaux sont parfois nettement moins identifiables, certaines recherches combinant par exemple une exploration scientifique à des applications cliniques et sociales. Pour autant, il est possible de repérer un certain nombre de préoccupations qui confirment la structuration « tripartite » de l'espace médico-sportif. Les études sur « l'hygiène des piscines », « le trouble du tonus chez les enfants arriérés », les bénéfices de « l'éducation physique dans l'industrie », ou encore l'« action de la cure hélio-marine associée à la gymnastique médicale sur les scolioses et le scoliotique » attestent par exemple de la vigueur d'une médecine sociale de l'activité physique qui s'attache à éduquer et rééduquer la population dans son ensemble⁵⁷⁹. De même, l'orientation purement clinique prise par certains praticiens à l'égard des activités physiques transparaît dans les écrits qui marquent leur entrée dans le métier. Ainsi, les « considérations sur les lésions traumatiques dues au foot-ball association », la « contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs », ou encore l'étude de « l'articulation de l'épaule dans les lancers sportifs » et l'attention particulière portée aux « fractures des lanceurs » sont les exemples précis des tourments sur lesquels la médecine de l'éducation physique et des sports est susceptible de se pencher dans l'entre-deux-guerres⁵⁸⁰. Enfin, une dernière

⁵⁷⁹ Dr. **PETITCLERC**, Marcel. 1924. *L'hygiène des piscines autrefois et aujourd'hui*, Thèse de médecine, Université de Paris ; Dr. **JOUVE**. 1932. *Le trouble du tonus chez les enfants arriérés*, Thèse de médecine, Université de Toulouse ; Dr. **HUEL**, H. 1932. *L'éducation physique dans l'armée*, Thèse de médecine, Université de Nancy ; Dr. **ALLIE**, Pierre. 1939. *Action de la cure hélio-marine associée à la gymnastique médicale sur les scolioses et le scoliotique...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier. Cités dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

⁵⁸⁰ Dr. **HUSSON**. 1930. *Considérations sur les lésions traumatiques dues au foot-ball association*, Thèse de médecine, Université de Nancy ; Dr. **BERGERON**, M. 1931. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs*, Thèse de médecine, Université de Paris ; Dr. **MABILLE**, E. 1931. *L'articulation de l'épaule dans les lancers sportifs*

« catégorie » de thèses s'approche d'une recherche fondamentale dont les enjeux scientifiques ont le primat. De cette discussion autour « de la valeur comparée des méthodes palpatoire, auscultatoire, et de l'oscillométrie pour la détermination de la tension artérielle maximum chez l'homme », à l' « étude sur la physiologie de la marche » ou encore « le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment les exercices sportifs », ces travaux sont portés par des étudiants en médecine dont les ambitions universitaires sont manifestes⁵⁸¹. Il est remarquable à ce titre de constater que les auteurs de ces travaux seront tous trois nommés directeur d'un IREP dans la suite de leurs carrières respectives.

L'analyse socio-historique de la médecine appliquée aux exercices du corps prend ici tout son sens. Elle objective l'hétérogénéité originelle des dispositions et des positions des agents présents dans l'espace médico-sportif. Espace qui reste finalement extrêmement ouvert tant la diversité des intérêts en jeu rend ses frontières poreuses, et ce malgré les tentatives de rassemblement opérées par la création d'une société savante en 1921 et par la mise en place des IREP à partir de 1927. L'hygiénisme social, très en vogue dans ce contexte d'après-guerre, est une idéologie massivement investie par les médecins. Il s'agit d'un engagement peu risqué et susceptible d'apporter des bénéfices symboliques importants aux praticiens qui souhaitent se distinguer. Le consensus hygiéniste recouvre alors des représentations et des réalités diverses, voire opposées. Si pour certains, seule une éducation physique modérée et progressive peut être salutaire à l'échelle collective, pour d'autres, le sport intensif est le gage d'une régénération en ce qu'il témoigne en actes et en exploits de la vigueur d'une race. Ces conclusions ont une portée heuristique originale. Elles sont une invitation à la curiosité. Dans cette diversité de pratiques médicales liées aux activités physiques, y en a-t-il une ou plusieurs qui, sensibles au jeu sportif, lui ont apporté un soutien actif ? Autrement dit, dans l'entre-deux-guerres des Héros sportifs, des médecins se sont-ils engagés dans une perspective élitiste, se mettant au service du sport moderne dans sa version la plus compétitive ? Les auteurs s'accordent pour dire le contraire. Pourtant, armé de cette histoire en tension, nous souhaitons apporter un regard

– *Les fractures des lanceurs*, Thèse de médecine, Université de Nancy. Cités dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

⁵⁸¹ Dr. **FABRE**, J-R. 1921. *De la valeur comparée des méthodes palpatoire, auscultatoire, et de l'oscillométrie pour la détermination de la tension artérielle maximum chez l'homme*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux ; Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1921. *Etude sur la physiologie de la marche*, Thèse de médecine, Université de Paris ; Dr. **MERKLEN**, Louis. 1926. *Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment les exercices sportifs*, Thèse de médecine, Université de Nancy. Cités dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>

différencié qui privilégie la thèse d'une participation médicale au processus de rationalisation sportive. Dans ce cadre, l'hygiénisme, bien loin d'être un frein à la performance et au développement du « sport / exploit », peut être considérée comme un des matériaux constitutifs de son socle.

IV. Activités physiques et hygiène : entre reconstruction de la race et construction du champion

A ce stade de l'analyse, il est sans doute utile de préciser à nouveau nos intentions. Ce travail ne cherche pas à retracer l'histoire de la médicalisation de l'EPS dans une volonté de compréhension et d'analyse du développement d'une discipline scolaire. Il s'agit au contraire d'objectiver les conditions d'émergence et de structuration d'un exercice médical original, celui-là même qui est à l'origine de ce nous appelons communément à l'heure actuelle la « médecine du sport ». Autrement dit, sous une forme caricaturale, il ne s'agit pas de regarder la médecine de l'éducation physique et des sports pour comprendre l'EPS, mais bien de discuter d'EPS en ce qu'elle constitue le terreau sur lequel vont germer les trajectoires médico-sportives originelles. Le mouvement de la pensée est alors différent, et se caractérise par le rejet de toute forme de survalorisation de l'éducation physique scolaire dans l'histoire de la médecine des activités physiques et sportives⁵⁸². L'école, nous l'avons évoqué, est un lieu extrêmement important du point de vue de la diffusion des idées. A ce titre, la médecine scolaire et les médecines sociale ou clinique de l'éducation physique et des sports se sont assurées une place de choix. Sous couvert de régénération de la race, morale et thérapeutique se côtoient, et l'espace scolaire s'en trouve modifié. Les travaux de Fauché et Orthous sur l'école, où de El Boujjoufi et Defrance sur l'Université sont ici particulièrement riches d'enseignements⁵⁸³. Mais la sphère scolaire n'est pas le seul espace sur lequel ses agents vont apposer leurs marques. Si

⁵⁸² Cette tendance à survaloriser l'EP scolaire dans les recherches sur la médecine de l'EPS trouve certainement son origine dans le fait que les recherches menées sont majoritairement issues du champ des STAPS.

⁵⁸³ FAUCHE, Serge & ORTHOUS, Marie-Hélène. 1990. *Op. Cit.* EL BOUJJOUI, Taïeb & DEFRANCE, Jacques. 2005. *Op. Cit.*

l'aspect économique de cet exercice médical singulier est le témoin incontestable d'une transformation beaucoup plus générale de la sphère médicale en ce qu'il éclaire des stratégies de distinction inédites, il ne faut pas oublier les effets d'une telle médicalisation sur l'univers proprement sportif. Georges Vigarello nous rappelle en effet que dans cette première moitié du XX^e siècle, « la performance chiffrée est [...] interprétée comme un perfectionnement sanitaire ». Selon lui, « l'originalité n'est pas de passer de la non-santé à la santé, mais plutôt d'approfondir la santé elle-même, imaginer son accroissement indéfini. C'est le "sanatorium pour bien-portants", établissement projeté par P. de Coubertin dans une de ses fictions à valeur de programme. L'image est économique, orientée vers la "plus-value physique" : régime, exercices, lever à 7 heures, coucher à 21 heures, entraînement continu devraient transfigurer la santé jusqu'à déplacer ses frontières. Jamais la normalité sanitaire n'avait à ce point semblé modulable, perfectible, tendue vers le futur et le progrès »⁵⁸⁴. Cet énoncé suscite un questionnement aussi délicat qu'important. Aux vues de la proximité des principes de vie ascétiques conseillés ou prescrits indifféremment aux curistes, gymnastes et sportifs dans l'entre-deux-guerres, comparativement aux principes mêmes qui seront constitutifs de l'espace du sport de « haut niveau » dans la seconde moitié du XX^e siècle, l'implication réelle de l'hygiénisme social (porté et diffusé par certains médecins) dans l'invention du sport d'élite reste à explorer. La prudence est ici de mise. S'il faut se méfier du risque d'anachronismes que suppose l'envie de « faire parler l'histoire », il est également nécessaire de se défaire du fantasme de la toute-puissance des traces écrites. Le récit est un gage de connaissance historique fort mais il est parfois autant dissimulateur que révélateur de la réalité. La recherche menée par Jacques Defrance sur les exercices corporels ayant cours dans les arrières boutiques parisiennes, illustre la disparition de l'illégitime dans les écrits et les manuels⁵⁸⁵. L'encre a ainsi bien souvent ce caractère hautement discriminant de n'inscrire dans le temps et la durée que ce que son auteur s'est senti autorisé d'écrire, dans les contraintes du contexte qui le porte et le produit. Ainsi, dans un environnement dominé par la nécessité de « redresser » la nation et dans lequel persistent des confusions et de fortes oppositions entre les cultures corporelles, la défense d'une « EP médicament » face au désir médical d'amélioration d'une performance sportive fait à coup sûr office de discours légitime, et domine très largement les écrits de l'époque. Faut-il pour autant en conclure

⁵⁸⁴ VIGARELLO, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 271-272.

⁵⁸⁵ DEFANCE, Jacques. 1976. « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12.

avec Francis Charpier à propos de cet exercice médical particulier, que « concernant ses premiers développements, [...] les médecins de l'éducation physique et du sport développent une conception hygiénique et sanitaire de l'éducation physique et du sport, et ne s'inscrivent pas directement dans une logique d'amélioration des performances des athlètes »⁵⁸⁶ ? Peut-on fonder *a priori* une telle antinomie entre l'hygiénisme et la performance athlétique ? A l'exemple de cette citation d'Anne Roger, qui explique : « *Même si l'un des ouvrages de Bellin du Coteau est intitulé "l'entraînement sportif", l'aspect hygiénique garde une place essentielle dans ses propositions concrètes* »⁵⁸⁷. Comme si sport et hygiène devaient nécessairement être séparés dans l'esprit de chacun des médecins présents dans l'espace, quelles que soient leurs trajectoires individuelles. Au risque de proposer ici une comparaison déplacée, dans le contexte actuel, la lutte antidopage est survalorisée et écrase les visions illégitimes de certains médecins adeptes de l'aide médicamenteuse. Ces derniers existent néanmoins. La reconstruction de l'histoire de la médecine de l'éducation physique et des sports dans l'entre-deux-guerres ne souffre-t-elle pas d'une même duplicité ? Bellin du Coteau prêche son hygiénisme, comme bon nombre de ses confrères des années 1920. Mais cette disposition idéologique n'étouffe en rien son passé sportif. Dès lors, la spécialisation sportive et la réalisation de performances peuvent être une forme idéalement aboutie d'un hygiénisme mené à son terme, preuve ultime de bonne santé en quelque sorte. Elitisme et hygiénisme peuvent donc se rencontrer au sein d'une même trajectoire individuelle, et produire une sensibilité médicale au jeu proprement sportif. Ainsi s'impose le besoin de repenser l'hygiénisme dans son rapport au sport d'élite et à la formation des champions. Alors que des auteurs tels que Taïeb El Boujjoufi et Anne Roger démontrent le caractère *différencié* de cet espace médico-sportif dans la première moitié du XX^e siècle, ils font de l'hygiénisme un carcan idéologique qu'ils imposent de façon *homogène* au groupe des médecins intéressés par les exercices du corps. Partant du principe que la logique sportive s'oppose à la logique hygiénique⁵⁸⁸, ils en arrivent à une même conclusion : « L'hygiène ne réussit pas à imposer ses normes dans un espace en phase d'autonomisation comme celui du sport de compétition »⁵⁸⁹. Il est

⁵⁸⁶ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*, p. 21.

⁵⁸⁷ ROGER, Anne. 2005. « La rationalisation de l'entraînement sportif à l'épreuve des traditions. 1842-1942 », *Stadion*, XXXI, 1, *Sport and Tradition – Tradition in Sport*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany, p. 63.

⁵⁸⁸ ROGER, Anne. 2003. *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon 1, p. 67.

⁵⁸⁹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre, p. 129.

pourtant nécessaire selon nous après avoir perçu l'hétérogénéité des positions et des dispositions, d'interroger la diversité des prises de positions. A l'image du médecin champion de France qui voit dans l'exploit la preuve d'un hygiénisme puissant, il est probable que la perception de l'hygiène ait subie les distorsions des multiples interprétations individuelles. Bien loin d'une idéologie « homogène », l'hygiénisme social se courbe alors sous le poids des trajectoires individuelles, et en particulier des biographies sportives. Cet angle d'analyse permet en outre de se mettre à distance de la vision initiée par Anne Roger et reprise de concert par Francis Charpier et Taïeb El Boujjoufi, qui fait de la médecine de l'éducation physique et des sports une médecine hygiéniste qui s'oppose et constitue même un frein à l'autonomisation et au progrès sportif, face au groupe des techniciens qui à l'inverse serait le seul à véritablement jouer le jeu de la performance. Ils divisent ainsi le siècle en deux et organisent l'histoire autour d'une rupture fondamentale : la première moitié du siècle, marquée par la tutelle médicale qui est responsable d'un développement jugé timide du sport de compétition, et la seconde moitié, laissée à la discrétion des entraîneurs, condition d'une escalade débridée des exploits athlétiques. *Le modèle hygiéniste contre le modèle sportif*⁵⁹⁰ ?... Discuter de l'hétérogénéité des médecins apporte un éclairage utile sur les rapports différenciés que les praticiens entretiennent à la médecine et au sport. Si certains s'opposent effectivement avec véhémence à toute forme de compétition et d'efforts intenses, les principes hygiéniques dont ils font l'écho peuvent parfaitement être utilisés, récupérés, presque malgré eux, par le monde du sport d'élite alors en pleine effervescence. D'autres à l'inverse, moins nombreux, par la sensibilité biographique qui les rapproche des enjeux sportifs, n'hésiteront pas à s'inscrire volontairement, parfois même avec ferveur, dans des perspectives d'amélioration des performances athlétiques. Ainsi, l'instrumentalisation de la médecine par le sport, avec ou sans le support actif des médecins intéressés par l'exercice corporel, amène à penser l'histoire en termes de continuités et non de ruptures. Loin de faire de l'hygiénisme et de la tutelle médicale un frein à l'autonomisation et la rationalisation sportive, il s'agit bien selon nous de l'un des matériaux primitifs et constitutifs de l'espace des sports français.

⁵⁹⁰ Taïeb El Boujjoufi parle du « divorce croissant entre valeurs sanitaires des hygiénistes et valeurs ludiques et combattives du sport de compétition ». **EL BOUJJOUIFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 113.

IV. 1. L'hygiénisme au secours du sport, « à l'insu de son plein gré »

« Que la science (médicale ou autre) produise des savoirs dont la médecine tire parti est une évidence. Que cette association soit directement dirigée vers la santé de l'individu est une chose ; qu'elle serve l'amélioration de ses performances sportives en est une autre. D'un côté, en effet, la redéfinition de l'organisme comme moteur humain depuis la fin du XIX^e siècle conforte l'autorité médicale dans son rôle préventif et éducatif en faisant de l'exercice un instrument de renforcement du capital physiologique de la personne. De l'autre côté, les connaissances scientifiques [...] seront dès cette même époque exploitées comme autant d'aides à la rentabilité sportive ou gymnique, tant en Europe qu'en Amérique du Nord. La course au record et les enjeux symboliques, économiques et politiques de la compétition ne feront qu'amplifier ce recours à la science dans la préparation des athlètes tout au long du siècle »⁵⁹¹. Pour John Hoberman, le médecin participe à cette entreprise d'amélioration sportive et porte une responsabilité dans ce qu'il considère comme une véritable déshumanisation des sportifs⁵⁹². Sans rejoindre une option si radicale, il reste clair que le sport s'est nourri très largement des influences médicales. Des indices convergent en ce sens. « L'athlète est invité à consacrer entièrement sa vie au sport. Il doit réserver à celui-ci tous ses excès. Ses échecs ne mettent pas en cause les programmes d'entraînement qui lui sont proposés mais ses conduites de vie dans la vie quotidienne. La danse est la "plaie" de tous les sportifs. Non seulement elle fatigue les jambes et use nerveusement, mais elle est profondément anti-hygiénique par l'atmosphère enfermée au sein de laquelle elle se déroule. Le Médecin-Chef de l'école de Joinville insiste surtout sur la chasteté. Pour lui, le corps est semblable à un condensateur électrique qui subit une déflagration qui dilapide son énergie. C'est dans des lieux éloignés de la ville que les athlètes d'élite peuvent donc le mieux se préparer »⁵⁹³. Les dirigeants sportifs eux-mêmes n'hésitent pas à se servir des arguments médicaux dès lors qu'ils sont susceptibles de servir leurs intérêts. Ainsi, « lorsqu'ils donnent des conseils aux athlètes débutants, surtout pour les orienter vers les championnats qui ne les attirent guère, les dirigeants établissent une relation de cause à effet entre sport et santé. G. de St Clair cite

⁵⁹¹ **TERRET**, Thierry. 2000. « Les activités physiques et la santé : orientations des recherches en histoire », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris, p. 6.

⁵⁹² **HOBERMAN**, John. 1992. *Mortal engines : the science of performance and the dehumanization of sport*, The Free Press, New York.

⁵⁹³ **BRUANT**, Gérard. 1992. *Op. Cit.*, p. 236-237.

les travaux du Dr. Morgan qui, selon lui, a établi sans réfutation possible, le fait que la mortalité de ceux qui se livrent aux exercices les plus durs et les plus violents est de 30 % inférieure à la moyenne du pays »⁵⁹⁴.

L'hygiénisme est donc responsable presque « malgré lui » d'une rationalisation sportive et de l'émergence dans la petite sphère de la haute performance de l'idée que la santé est accessible dans le dépassement des limites. Dès la fin du XIX^e siècle, des médecins, pourtant souvent fort éloignés de *l'idée sportive*, ont contribué par leurs écrits de portée générale à alimenter la spécificité de l'entraînement athlétique. Le Docteur Tissié, suédiste convaincu écrit par exemple dès 1887 que l'accoutumance à la fatigue garantit le corps contre les chocs et les frottements, comme un outil. De même, le Docteur Ruffier, sensible à la méthode naturelle d'éducation physique, lorsqu'il livre sa vision du développement de l'Homme, laisse libre cours à des interprétations multiples : « La vie n'est que l'utilisation de l'énergie universelle qui est illimitée. Les organes qui permettent de dépenser l'énergie (cerveau, muscles) ne dilapident pas notre capital de vie, au contraire, ils assurent les transformations chimiques sans lesquelles l'entretien de la vie est inconcevable. Tout ralentissement de leur fonction entraîne une diminution de l'énergie libérée. L'idéal serait de les maintenir en état de fonctionnement intense et continu »⁵⁹⁵. On mesure par ces citations dont la grande reproductibilité interdit le caractère anecdotique de leur utilisation, à quel point les discours médicaux, portés pourtant par des agents diversement sensibles au jeu sportif, peuvent invariablement servir les intérêts sportifs. Les agents qui composent la sphère de la haute performance athlétique traduisent les préceptes médicaux et hygiénistes dans le sens qui leur convient et en font même parfois une preuve supplémentaire de légitimité. Cette traduction « orientée » est perceptible dans les multiples formes d'instrumentalisations de la médecine opérées par les dirigeants sportifs et les athlètes eux-mêmes. Si le contrôle médical est bien souvent considéré comme le témoin incontestable de la frilosité médicale à l'égard des efforts violents dans les sports de compétition, il ne faut pas sous-estimer les bénéfices que l'univers sportif peut en tirer. Avec l'explosion du nombre de pratiquants dans les années 1920, et l'augmentation du volume et de l'intensité des entraînements et des confrontations, la jurisprudence de

⁵⁹⁴ BRUANT, Gérard. 2000. « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in MANIDI, Marie-José & DAFFLON-ARVANITOU, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris, p. 12-13.

⁵⁹⁵ BRUANT, Gérard. 2000. « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in MANIDI, Marie-José & DAFFLON-ARVANITOU, Irène (Coord.), *Op. Cit.*, p. 15.

l'entre-deux-guerres est le support d'une inquiétude nouvelle à l'égard des blessures et des décès sportifs. La caution médicale que représente l'acte de délivrance d'une licence est alors source d'apaisement pour les fédérations qui engagent leurs responsabilités⁵⁹⁶. Au-delà de cette utilisation très juridique, les institutions sportives se servent également de la présence médicale pour se distinguer et faire la publicité de leur modernité sur le marché des clubs sportifs. L'ambition du journal *L'auto* de récompenser la société sportive qui aura fait la preuve de son avancée médicale par le respect des principes hygiénistes est à ce titre particulièrement significatif. Les dirigeants sportifs qui se distinguent de ce point de vue obtiennent le titre évocateur de *Meilleur Club Français*. Cette marque honorifique s'inscrit dans la course symbolique qui oppose les sociétés sportives et dont l'enjeu consiste en un développement et une ouverture de leurs recrutements. Le travail réalisé par le Stade Universitaire Lorrain (SUL) de Nancy illustre la volonté de cette société d'obtenir une reconnaissance nationale et ainsi se faire une place parmi les grands clubs parisiens qui dominent l'espace sportif à cette époque. Enfin, de façon moins prosaïque, la médecine de l'éducation physique et des sports des années 1920 contribue à la construction et à la stabilisation de l'un des principes structurants de l'espace du sport d'élite, et participe en ce sens au processus d'autonomisation d'un univers centré sur la performance athlétique, en posant les bases d'une hyper sélection, et donc nécessairement d'une spécialisation. En effet, si la grande majorité des médecins, en particulier ceux qui entretiennent un rapport biographique distant au sport d'élite, s'élève contre la participation indifférenciée aux épreuves sportives et se positionnent en faveur d'un contrôle préalable, ils participent pleinement et sans doute d'autant plus efficacement qu'ils n'en ont pas conscience, à l'hyper sélectivité athlétique. En cherchant les inaptés pour repérer et prévenir d'éventuels accidents liés à une pratique non adaptée, ils livrent dans le même temps les « bons » éléments aux dénicheurs de talents. Il est extrêmement intéressant de constater que des médecins intéressés à l'activité physique pour des raisons parfois très éloignées de la production de performances athlétiques, qu'elles soient d'ordre économique ou scientifique par exemple, peuvent participer au jeu sportif. Le contrôle médical proposé par le docteur Louis Merklen auprès de la Fédération de football dès 1930 et adopté deux années plus tard, peut être lu d'un double point de vue. « Le docteur Merklen prend la précaution de fournir aux entraîneurs et dirigeants la “description de certains signes commodes permettant de déceler un fléchissement dans l'état du joueur”. La diminution des

⁵⁹⁶ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 113.

performances, mais surtout l'apparition de troubles respiratoires, un palissement soudain, signe d'un cœur défaillant, une accélération inhabituelle du pouls après un léger effort, un retour au calme d'une durée exagérée, des modifications de l'humeur, un sommeil agité, une perte d'appétit, sont autant de critères qui doivent conduire à des examens complémentaires »⁵⁹⁷. La visée purement médicale de l'auteur apparaît ici avec évidence mais les possibilités de son utilisation sportive ne sont pas moins claires. *En identifiant le moins bon, on repère aussi le meilleur*. Ce principe extrêmement simple est mis en évidence de façon décomplexée par le docteur Boigey. Eloigné de l'exploit sportif, il poursuit activement son projet de valorisation de la science dans les questions d'éducation physique et sportive, et cherche à démontrer en particulier les apports incontestables de la physiologie. Dans cette logique, il n'hésite pas à mettre en avant les bénéfices de la médecine dans un projet de sélection sportive (bien que manifestant par ailleurs son désintérêt pour toute forme de spécialisation physique). « Grace à des tests préalables, il raconte avoir sélectionné le coureur Joseph Guillemot à l'École de Joinville. Inconnu dix mois avant les Jeux interalliés d'Anvers en 1920, il y devient champion olympique du 5000 mètres et médaille d'argent du 10000 mètres. Boigey explique, non pas comment il a organisé son entraînement, ce qu'il n'évoque même pas, mais comment il l'a sélectionné parmi de nombreux sujets. Pour cela, il indique qu'il a dû dépasser les apparences et se fier au contraire aux résultats des diverses études physiologiques réalisées sur l'organisme de l'athlète. Ainsi confie-t-il que, "si l'on n'avait tenu compte que de la morphologie, personne n'aurait songé à envoyer Guillemot à Anvers. [...] Les parties les plus visibles de la machine animale ne prouvent rien quant aux qualités du travail. L'état du cœur, du système nerveux, des poumons, des reins, du foie a plus d'importance que les formes extérieures" »⁵⁹⁸. La médecine de l'éducation physique et des sports peut ici devenir un instrument utile et extrêmement efficace de sélection et d'évaluation. L'expérience du Docteur Diffre au Racing Club de Roubaix (RCR) semble confirmer cette interprétation. En effet, après avoir rappelé qu'il est lui-même pratiquant sportif, il précise qu'« avec de plus en plus de confiance, tous les racingmen viennent successivement à [lui], beaucoup d'abord pour [lui] confier leur crainte sur tel ou tel point particulier, essoufflement, palpitations, obstacle naso-pharyngien, beaucoup aussi par le désir d'être rassurés sur la suffisance de leur développement, indice d'un noble orgueil de son corps chez le sportif

⁵⁹⁷ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

⁵⁹⁸ Dr. BOIGEY, Maurice. 1922. « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922, p.5. Cité dans CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

d'aujourd'hui »⁵⁹⁹. Là où Francis Charpier confirme par cette citation ce qu'il perçoit comme étant une non-intervention du médecin « sur le domaine de l'amélioration des performances sportives », nous y voyons au contraire les prémisses de l'utilisation sportive du savoir médical⁶⁰⁰. Le médecin reste médecin, bien évidemment, mais les conseils médicaux en lien avec une compétition sont une forme indéniable de participation au jeu sportif. Le fantasme du médecin complaisant, seringue de produits dopants à la main, tel qu'on se le représente trop souvent actuellement, ne doit pas venir polluer la réflexion historique. Il ne serait pas de bon aloi de ne retenir comme critères de participation à la performance sportive que les actes pensés et conscients de praticiens machiavéliques. Le docteur Diffre, pourtant sensible à l'exploit athlétique, considère la spécialisation sportive comme une aberration d'un point de vue médical. Néanmoins, estimant qu'il s'agit là d'un phénomène immuable tant il prend une importance capitale dans l'univers du sport d'élite, le médecin y engage sa propre compétence et responsabilité (et contribue fatalement à son développement).

Dr. Henri Diffre (1923) : « Contrôle du sport et de l'éducation physique. Chapitre XII : La spécialisation »

« Nous venons de voir que la spécialisation était un danger en raison de l'entraînement particulariste auquel elle conduit, et en raison de son opposition avec l'éducation physique générale. On ne spécialise un sujet que pour le faire parvenir aux honneurs du succès. Or, ce succès ne sera obtenu qu'au prix d'un travail très sérieux, très sévère, au cours duquel on ne peut faire autrement que de développer certains groupes musculaires aux dépens des autres. Aussi voit-on les gymnastes présenter des pectoraux saillants et des biceps imposants avec des jambes grêles qui paraissent plus grêles encore d'être surmontées d'un thorax si puissant. Aussi avons-nous connu un champion du Nord de 100 mètres ajourné au conseil de révision pour insuffisance de développement, ce sprinter ayant exclusivement entraîné son train inférieur et visé au championnat sans songer le moins du monde à sa santé générale.

Pourtant, malgré l'erreur qu'elle représente, la spécialisation est pour ainsi dire la règle dans les sociétés sportives où l'on ne poursuit guère un but éducatif et seulement le gain d'épreuves officielles ou privées. Ce ne sont pas nos avertissements qui changeront de sitôt la mentalité de dirigeants accoutumés à voir dans le sport son seul côté spectaculaire. Nous allons donc étudier à présent quel est le rôle du médecin au moment de la spécialisation d'un athlète. [..]

⁵⁹⁹ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1921. « Du rôle du médecin dans une Société Sportive », *La Vie Médicale*, n°27, 15 juillet 1921, p. 966.

⁶⁰⁰ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

Le but que nous nous proposons est d'indiquer avec le plus de précision possible les règles à suivre pour aiguiller le candidat sportif désireux de devenir un spécialiste vers la branche qui convient le mieux à ses capacités physiologiques.

Avant toute chose, il faut mettre en principe que l'opinion personnelle d'un athlète ne suffit pas à indiquer sans erreur la branche dans laquelle il a le plus de chances de réussir. Il y a des considérations anatomiques ou physiologiques qui sont bien plus importantes que la question des préférences individuelles »⁶⁰¹.

Marc Bellin du Coteau, le médecin champion, partage lui aussi cette vision. Sa position médicale, renforcée par les principes hygiénistes qui la sous-tende, l'amène à adopter une attitude préventive à l'égard des éventuels dangers que représente une spécialisation précoce et non encadrée. Mais cette posture, éminemment légitime du point de vue médical, lui permet dans le même temps d'investir la sphère du sport d'élite pour y imposer sa compétence. C'est finalement par cette mise en garde préalable que ce médecin s'assure d'une place dans le jeu des performances et de la spécialisation. « Si l'on admet que l'entraînement a pour but d'accroître la valeur physique de l'individu, d'augmenter ses moyens et par là même ses possibilités ; si l'on convient, ce qui est d'acquisition récente, que les possibilités de chacun sont fonction de ses dispositions physiques, il apparaît évident que le rôle du médecin devient primordial : il fait fonction de “gare régulatrice”. C'est lui qui découvrira les tares organiques susceptibles d'éliminer radicalement toute velléité sportive injustifiée, lui encore et surtout qui, par l'examen du candidat au sport, jugera de ses aptitudes naturelles et l'orientera vers les exercices qui lui conviennent le mieux, et où il est destiné à obtenir les résultats les meilleurs »⁶⁰². Dans cette voie, si le contrôle médical peut s'envisager comme une des premières formes de sélection proprement sportive, basée sur des critères établis qui dépassent le simple coup d'œil du maquignon, alors sans doute devient-il nécessaire de repenser également le rôle des fiches physiologiques. Nous n'avons pas les moyens ici de mener ce questionnement à son terme, et il ne s'agit là que d'une hypothèse à valeur programmatique. Ces fiches répondent bien sûr à des visées hygiénistes lorsqu'elles permettent de diagnostiquer les tuberculeux, les scoliotiques et les débilités, mais comment ne pas y voir également les possibilités que de telles données offrent dans une visée purement sportive ? Dès 1913, le Docteur Rosenthal, l'un des premiers à avoir formalisé avec précision la nécessité d'un contrôle par

⁶⁰¹ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Contrôle du sport et de l'éducation physique*, Paris, Masson, p. 142-143.

⁶⁰² Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc ; Dr. **CHAUVIRE**, Maurice & **BERGERON**, Marcel. 1929. *Préparation aux sports. Conseils d'entraînement*, Editions des Nouvelles Médicales de Paris, p. 5.

l'utilisation d'une fiche physiologique, a déjà parfaitement anticipé l'intérêt que de telles mesures pouvaient avoir pour l'homme de sport. « Après chaque période d'entraînement, le médecin fait le contrôle des résultats. Il ausculte cœur et poumons ; il mesure la poitrine, il compare les diamètres transverses du bassin et celui du thorax égaux chez les adolescents masculins normaux [...]. Il donne ainsi des renseignements généraux à l'homme de sport pour la période suivante d'entraînement. L'homme de sport en fait son profit »⁶⁰³. Conscient des écarts évidents qui peuvent exister entre le récit et la pratique, l'histoire très précise de la production des fiches physiologiques et surtout de leur utilisation au cours du temps reste à faire⁶⁰⁴. Il y a fort à parier que cette histoire sera également traversée par la tension originelle entre sport et santé. La prolifération des fiches dans l'entre-deux-guerres éclaire une nouvelle fois l'hétérogénéité des acteurs qui composent l'espace médico-sportif. La SMEPS dans son souci récurrent d'unité, tente dès 1922 de proposer un modèle « consensuel ». Ainsi apprend-on dans le premier numéro de son Bulletin, que la société médicale, après avoir entendu l'exposé du Docteur Pierre Minelle sur la nécessité d'établir un tel document, « commence l'étude des dispositions à donner à sa fiche ». Dans cette optique, « un certain nombre de fiches déjà établies sont prises comme base de discussion. Ce sont celles de l'USFSA, dues à notre confrère Bellin du Coteau, celles des Ecoles de la ville de Paris, de l'Union des Femmes en France, de l'Ecole de plein air du Boulevard Bessières établies par Madame le Dr. Houdré, celle du service de renseignements physiologiques du journal l'Intransigeant du Dr. Massart, de l'Union des Sociétés d'Education Physique et de préparation au service militaire, enfin celle de la consultation sportive d'avant-guerre du journal l'Auto, de la Société Montmartre Sportif faite par le Dr. Richard, celle du Dr. Moreau-Desfarges établie pour son stade de l'Océan à la Baule, et celle du Dr. Minelle à l'Ecole Duvignau de Laneau⁶⁰⁵. De plus quelques confrères avaient envoyés par lettre leurs renseignements sur la fiche proposée [...] »⁶⁰⁶. Ainsi, entre la mesure du périmètre thoracique permettant le diagnostic de déficiences pulmonaires et

⁶⁰³ Dr. **ROSENTHAL**, Georges. 1913. « Sélection médicale avant le sport, surveillance médicale pendant le sport, contrôle médical après le sport, formule de l'accord nécessaire des médecins et des hommes de sport », in *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris, p. 510.

⁶⁰⁴ Francis Charpier nous livre quelques éléments de réflexion à ce sujet dans son article sur le « contrôle médical ». **CHARPIER**, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, CRIS, Lyon, p. 221-229.

⁶⁰⁵ Pour des précisions biographiques sur le docteur Moreau-Desfarges, notable « assez peu sportif », se reporter à : **RAINIS**, Michel. 2000. « Le docteur Ernest Moreau-Desfarges : un pionnier de l'éducation physique sur les plages », *Staps*, n°53, p. 49-64.

⁶⁰⁶ Dr. **MINELLE**, Pierre. 1922. « Etudes pour la fiche physiologique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

la mesure des qualités de vitesse et d'endurance des jeunes athlètes, les utilisations des données recueillies peuvent être multiples. *Identifier le tuberculeux, repérer le champion*, la différence est de taille. Le docteur Henri Diffre s'en fait d'ailleurs le récepteur dans son ouvrage sur le *Contrôle du Sport et de l'Éducation Physique*, au sein duquel il développe un long chapitre sur la Fiche Individuelle qui constitue selon lui « le premier acte de la surveillance médicale », et « justifie à elle seule [la] présence [du médecin] dans la société [sportive] ». Conscient des intérêts divergents que mobilisent les médecins, les dirigeants ou encore les athlètes eux-mêmes, il imagine une fiche physiologique divisée en deux ou trois feuillets dans le cas du sport de bon niveau. L'ensemble sera rédigé par le médecin, seul compétent dans la détermination des « aptitudes », et la partie « médicale » aura pour « indication de déceler les tares de chacun ». Soumise à « la loi de l'inviolabilité du secret professionnel », « c'est un secret à garder entre le médecin et l'intéressé ». « C'est ainsi que le président d'une société sportive n'a nullement qualité pour exiger du médecin communication des fiches médicales ». Le second feuillet de la fiche physiologique s'attache quant à lui à la restitution des données morphologiques, « qui permettront de suivre les progrès d'un sujet et synthétiseront à ses yeux, en quelques chiffres, ce qu'on pourrait appeler sa valeur physique ». Contrairement au premier feuillet, cette « fiche biométrique pourra comporter beaucoup plus d'indications et pourra rester entre les mains des dirigeants des sociétés, voire même des moniteurs eux-mêmes ». Enfin, une dernière fiche peut être évoquée dans le cas des athlètes spécialisés, la « fiche de performances ». Cette fiche s'adresse tout particulièrement au sportif lui-même. Sous la plume du médecin, « elle lui servirait de contrôle périodique à ses performances et, en fait, lui permettrait de surveiller lui-même et avec grand profit les moindres variations de sa forme ». Même si Henri Diffre indique ne rechercher, « en tant que médecin, que le développement harmonieux de l'individu et non son entraînement particulier à un geste perpétuellement renouvelé, au grand dommage des groupes musculaires qui ne participent pas à son exécution », il livre aux médecins et aux athlètes un modèle de fiche qui « peut s'appliquer à tout le monde et être utilisée dans toutes les sociétés ». Il retient en particulier les procédés de « notation » de la « qualité sportive d'un individu » développé par « Bellin du Coteau, le médecin champion, et Mme le docteur Houdré, sportive convaincue ». Les critères retenus par Bellin du Coteau sont les mesures périodiques de la Vitesse, de l'Adresse, de la Résistance et enfin de la Force. C'est le fameux *coefficient V.A.R.F.*,

« mode de notation [...] qui sert surtout à la détermination des aptitudes sportives. Il s'adresse principalement aux sportifs »⁶⁰⁷. Ainsi, dès les années 1920 en France, les informations médicales relevées sont différenciées selon les intérêts qu'elles entendent servir. Entre le repérage d'une tare physique par la mesure du rythme respiratoire ou l'auscultation de la colonne vertébrale, et la détermination de la qualité sportive par la mesure de la valeur musculaire, deux mondes s'opposent. D'où l'effort réalisé par le docteur Diffre pour rappeler les prérogatives de chacun et la nécessité de traiter les informations relevées avec prudence. L'exposé de chacun des feuillets qui composent la Fiche Individuelle en est l'illustration.

Société

Fiche médicale n°

(Cette Fiche doit être conservée par le Médecin, qui en est le dépositaire responsable.)

Nom et prénoms

Date de naissance

Adresse

Profession

DATES DES EXAMENS					
Coeur					
Pouls					
Tension artérielle..					
Poumons					
Rythme respiratoire..					
PERMÉABILITÉ NASALE					
Végétations.....					
Amygdales.....					
Capacité vitale					

(Recto)

— 102 —

DATES DES EXAMENS					
Bouche.....					
Dentition.....					
COLONNE VERTÉBRALE					
Squelette.....					
Système lymphatique					
Ganglions.....					
Hernies					
Albuminurie					
Varices.....					
ARTÉRIENTES					
Héréditaires..					
Personnels.....					
Collatéraux...					
Observations.....					
Aptitude à l'effort					

(Verso)

— 103 —

DIFFRE 8

La Fiche Individuelle. Partie Médicale. Tenue au secret.⁶⁰⁸

⁶⁰⁷ L'ensemble de ces citations sont issues de l'ouvrage du docteur Henri Diffre, et plus particulièrement de son chapitre X portant sur la fiche individuelle. Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 68-121.

⁶⁰⁸ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 102-103.

Société.....
Fiche biométrique n°.....

Nom et prénoms..... Date de naissance.....
Adresse..... Profession.....

DATES DES EXAMENS					
TABLEAU DEMOYEN (T)					
Taille assise (A).....					
Coefficient thoracique d'Amar (T).....					
Poids (P)					
Indice de corpulence (P fait à l'égal de Bourchaud).....					
PÉRIMÈTRE THORACIQUE	Axillaire (Ins... (Exp...)				
	Sup. cro. (Ins... (Exp...)				
	Moyen (Ph.)				
AMPLITUDE THORACIQUE	Antéro-postérieur				
	Transverse.....				
Rythme respiratoire					
Capacité vitale (C. V.)					
Rapport (C. V. / P)					
Indice respira- C. V. (a. m. p.)					
toire d'Amar T (a. l. g. n.)					
Quotient vital C. V. x P					
de Spehl T					
Pecus					

(Recto)

— 105 —

DATES DES EXAMENS					
Tour de cou.....					
Ceinture scapulo-thoracique.....					
PÉRIMÈTRE ABDOMINAL					
INDICES	Pignet T— (P+Ph)				
	Raffier (I) A—C—E				
ENVERGURE					
CIRCONFÉRENCE DES	Bras..... (D... (G...)				
	Avant-bras..... (D... (G...)				
	Cuisses..... (D... (G...)				
	Mollets..... (D... (G...)				
DYNAMOMÈTRE	Mains..... (D... (G...)				
	Muscles lombaires Muscles scapulaires				
OBSERVATIONS					

(1) A = Périmètre thoracique en inspiration.
G = Périmètre abdominal.
S = Rapport entre poids et centimètres de la taille au-dessus du mètre (P—Tou T—P)

(Verso)

— 106 —

La Fiche Individuelle. Partie Biométrique. Informations partagées.⁶⁰⁹

Société.....
Fiche de performance n°.....

Nom et prénoms..... Date de naissance.....
Adresse..... Profession.....

DATES DES PERFORMANCES					
COEFFICIENT V. A. R. F. (BELLIN ou COYBAU)	Vitesse Course...				
	Adresse (Lancer léger (Equilibre...)				
	Résistance Fond.....				
	Force (Lancer lourd.. (Traction vitesse (Traction durée.				
EXAMEN DYNAMIQUE (Mme Dr HONDÉ)	Traction du bras.				
	Equerre.....				
	Antéroductio du trou.....				
	Postéroductio des membres inférieurs.....				
Valeur	Lancer mt-lourd..				
	Saut en longueur. Course.....				
OBSERVATIONS					

— 113 —

La Fiche Individuelle. Fiche de Performances. Informations partagées.⁶¹⁰

⁶⁰⁹ Dr. DIFFRE, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 105-106. « Si, malgré la facilité de lecture que donne cette façon de procéder, il y avait un point particulier sur lequel on [le médecin] voudrait attirer plus spécialement l'attention du moniteur, il serait bon de souligner, par exemple à l'encre rouge, le renseignement qui nécessite cette attention particulière ».

Si la participation médicale au jeu sportif et sa contribution à l'édification de certaines des valeurs structurantes de l'espace de la haute performance apparaissent de façon plus ou moins explicite selon les multiples formes d'instrumentalisation dont elle fait l'objet, la médecine des activités physiques, par l'entremise de quelques médecins sportifs, va également s'inscrire cette fois très clairement dans des perspectives d'amélioration des compétences sportives.

IV. 2. Les médecins de l'exploit « existent » déjà

Là encore, sans la compréhension initiale des tensions et de l'hétérogénéité qui structurent et classent l'espace médico-sportif, une analyse rapide nous amènerait à épouser la vision globale d'une posture médicale modérée voire même antagoniste à l'égard de cette dangereuse débauche d'énergie que suppose la recherche de l'exploit sportif. Pourtant, parmi les médecins sportifs, ceux dont la biographie sportive les rapproche des intérêts athlétiques, certains n'hésitent pas à mettre leur compétence médicale au service de la performance, bien que se défendant d'outrepasser les principes de l'hygiène et réaffirmant leur participation active à la régénération de la jeunesse française. Si Anne Roger a parfaitement identifié la façon dont les sociétés sportives commencent à user de procédés hygiéniques tels que la gestion raisonnée du sommeil, l'utilisation des massages dans des visées curatives, préventives, ou récupératrices, et enfin le recours à une alimentation saine et équilibrée, il reste difficile de séparer les intentions des médecins qui portent de tels conseils⁶¹¹. En effet, du point de vue de la nutrition par exemple, deux médecins aussi différents que les Docteurs Chailley-Bert et Bellin du Coteau sont chacun animés d'un projet hygiéniste. Si le premier propose des « repas types » qui s'inscrivent dans une entreprise d'hygiène générale, le second n'hésite pas à rechercher l'aliment « rentable » pour l'athlète. Dans ses « conseils d'entraînement », il écrit ainsi : « Les règles qui président à l'hygiène alimentaire ne sont plus ici uniquement

⁶¹⁰ Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Op. Cit.*, p. 113.

⁶¹¹ **ROGER**, Anne. 2003. *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon 1, p. 137-141.

celles d'un régime ordinaire d'entretien, mais bien plutôt d'un régime de force, fournissant le supplément énergétique indispensable à l'effort sportif »⁶¹². Cette sensibilité très particulière accordée à la performance, au point de faire de son rôle de médecin une ressource supplémentaire pour le sportif désireux d'optimiser ses capacités, s'explique par un passé sportif dont nous avons déjà longuement discuté⁶¹³. Sportif de bon niveau, le rapport que le jeune Bellin du Coteau établit entre le sport et la santé se dessine très tôt (avant même qu'il ne devienne médecin). Une anecdote livrée par Gérard Bruant semble l'indiquer clairement. « Mécontents de la façon dont ils ont été traités aux Jeux Olympiques d'Athènes en 1905, les athlètes d'élite font la grève du Championnat de Paris et organisent, le jour même, une réunion à Gentilly sur la piste utilisée habituellement par les professionnels [L'Auto, 16 mai 1906]. Cette contestation animée par Bellin du Coteau porte sur l'absence de manager-soigneur-entraîneur dont les compétences auraient été utiles pour aider les athlètes à respecter leur régime et à mieux organiser leurs efforts au cours de leur préparation. De plus, la rancœur des athlètes s'explique par le fait que les accompagnateurs délégués par l'USFSA avaient été mieux lotis qu'eux. Ils auraient voyagés en classe supérieure, été logés dans un hôtel de luxe où ils donnèrent des réceptions tandis que les athlètes étaient livrés à eux-mêmes. Dans ces conditions, les résultats médiocres des Français ne pouvaient pas être imputés aux seuls athlètes »⁶¹⁴. Ces expériences sportives vont profondément marquer le « Bellin du Coteau athlète » et participer à l'écriture de son être. Sa future carrière médicale ne peut faire office de buvard et porte au contraire l'empreinte de ses socialisations antérieures. En 1926, même s'il ne discute pas ici du rôle des médecins, il donne sa vision du sport et explicite le processus par lequel il devient possible selon lui de dégager l'élite de la masse des individus qui restent anonymes. « Le manager devient un psychothérapeute, son cerveau doit se substituer au cerveau de l'exécutant. Ce dernier se trouve dans l'impossibilité de réaliser une auto-analyse, l'autocritique de son mouvement. Le manager disséquera l'incorrection de son attitude segment par segment, corrigera par retouches le style individuel du bras droit, du bras gauche, etc. Enfin, il établira la liaison des différents segments en leur donnant un temps et un rythme. Par ailleurs, il lui faudra fixer la modalité respiratoire au cours de l'effort... Alors, le sujet possédant l'image du geste obtiendra par répétitions

⁶¹² Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc ; Dr. **CHAUVIRE**, Maurice & **BERGERON**, Marcel. 1929. *Op. Cit.*, p. 18.

⁶¹³ Pour une biographie détaillée du Docteur Bellin du Coteau, voir **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 126.

⁶¹⁴ **BRUANT**, Gérard. 1992. *Anthropologie du geste sportif. La construction sociale de la course à pied*, Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, Paris, p. 188-189.

successives le passage dans l'inconscient. Ensuite, dégagé de ses soucis éducatifs, *l'athlète apparaît* : jusque là, il n'avait qu'une valeur intrinsèque relative, celle de l'élève, reflet plus ou moins fidèle du maître »⁶¹⁵. Accéder à un tel niveau sportif, c'est faire la preuve selon Bellin Du Coteau de sa sub-normalité. C'est être au-dessus du commun, avec tout le moralisme qu'un tel énoncé peut recouvrir. Cette vision ressort tout particulièrement dans les propos du médecin lorsqu'il analyse le Tour de France cycliste du point de vue des adaptations physiologiques. « Ce n'est pas le cœur le plus sain en apparence “qui tient le mieux le coup”. C'est le cœur le mieux entraîné, celui qui peut se permettre de passer du régime le plus lent au régime le plus rapide, sans avoir à en souffrir. [...]. Pour ce qui est du rein, général en chef de l'excrétion, le meilleur rein sportif n'est pas le rein normal ». Pour illustrer les formidables capacités physiologiques des athlètes d'élite, il n'hésite pas à commenter l'exploit récent du cycliste belge Firmin Lambot, vainqueur de la Grande Boucle en 1922. « Evidemment, Lambot a gagné le Tour de France parce que c'est un bon coureur, monté sur une bonne machine, qu'il a eu de la chance, etc., etc., mais il a surtout gagné le Tour de France parce qu'il pisse bien »⁶¹⁶. Cette vision ne peut manquer d'influer sur sa pratique médicale, dont on sait qu'elle se déroule en partie sur le terrain sportif. Une expérience a été entreprise en ce sens à la Société Athlétique de Montrouge au Stade des Vallées, dont l'existence seule remet en cause très largement la vision d'une médecine de l'éducation physique et des sports qui freine en bloc toutes volontés d'optimisation de la performance sportive. Nous la reproduisons ici quasi-intégralement tant son originalité parle d'elle-même.

Dr. Marc Bellin du Coteau, Dr. Maurice Chauviré, Marcel Bergeron (1929) : « Préparation aux sports. Conseils d'entraînement »

« EXPERIENCES MEDICO-SPORTIVES

(effectuées à la Société Athlétique de Montrouge au Stade des Vallées)

Nos expériences ont porté sur un groupe de 6 coureurs représentant les principales spécialités des sports athlétiques, à savoir : 100 mètres, 400 mètres, 800 mètres, 1.500 mètres, 5.000 mètres, et saut en hauteur.

Dans un premier temps, il a été procédé à l'examen physiologique des athlètes :

⁶¹⁵ Dr. BELLIN DU COTEAU, Marc. 1926. « Physiologie de l'effort », in MERCIER, Elie, *L'éducation physique par l'athlétisme*, Paris, Fédération Française d'Athlétisme. Cité dans BRUANT, Gérard. 1992. *Op. Cit.*, p. 209-210.

⁶¹⁶ Dr. BELLIN DU COTEAU, Marc. 1922. « Une épreuve : Le Tour de France cycliste », *Sciences & Sports*, n°3, septembre 1922, p. 6.

- 1° Du point de vue respiratoire ;
2° Du point de vue cardio-vasculaire ;
3° Du point de vue des éliminations urinaires.
Ces trois examens étant répétés avant, pendant et après l'effort.

Dans un deuxième temps, l'expérimentation a porté sur les athlètes suralimentés par l'“OVOMALTINE”⁶¹⁷.

Les examens ayant lieu le mercredi soir, par exemple, les athlètes étaient soumis à la suralimentation par l'“OVOMALTINE” les dimanche, lundi, mardi et mercredi.

Dose moyenne : une forte cuillerée à soupe d'“OVOMALTINE” dans une tasse de lait (tasse à thé).

En outre, ils prenaient une heure avant l'épreuve, environ une cuillerée à soupe d'“OVOMALTINE”.

Ces diverses expériences ont donné matière à deux ordres de conclusions, à deux ordres d'observations :

- a) Des conclusions subjectives ;
- b) Des conclusions objectives ;

a) **Conclusions subjectives :**

Nous ne ferons que transcrire, en toute impartialité, les diverses opinions des athlètes examinés.

1° L..., coureur de 100 mètres, se sent majoré par les prises quotidiennes d'“OVOMALTINE”, les dimanche, lundi, etc.

A couru les championnats du club, s'est senti très bien en course, aurait fait une de ses meilleures performances s'il n'avait pris un mauvais départ ;

2° R..., coureur de 400 mètres, s'est, lui aussi, senti majoré par les prises quotidiennes, mais n'a constaté aucune modification en course ;

3° B..., coureur de 800 mètres, très majoré par les prises quotidiennes et même enthousiasmé.

A fait une excellente course après la prise d'“OVOMALTINE” ;

4° M..., coureur de 1.500 mètres, très majoré lui aussi par les prises quotidiennes.

Après une prise d'“OVOMALTINE” une heure avant, s'est senti très bien en course et a fait une excellente performance ;

5° L..., coureur de 5.000 mètres, se sent fortifié par la prise quotidienne d'“OVOMALTINE”.

Mais n'a constaté aucune amélioration en course.

6° T..., sauteur en hauteur, amélioré par les prises quotidiennes, a fait sa meilleure performance (1 m. 70, a frôlé 1 m. 75) au cours des championnats du club.

⁶¹⁷ Marque commerciale déposée, Ovomaltine désigne une boisson soluble fabriquée à base de cacao et de malt d'orge.

b) Conclusions objectives :

[...] Nous ne donnerons ici qu'un résumé très bref de nos observations.

1° Appareil Cardio-vasculaire

Les perturbations cardio-vasculaires pendant l'effort paraissent inchangées.

Par contre, une constatation intéressante mérite d'être tout spécialement signalée, nous voulons parler du retour à la normale.

Chez nos 6 athlètes, le retour à la normale, inchangé chez 2 d'entre eux, est plus rapide : 7' au lieu de 10' et même 5' au lieu de 10', chez un coureur de vitesse (100m.), un sauteur, et beaucoup plus rapide chez les autres : 10' au lieu de 30' (800 m.), 10' au lieu de $\frac{3}{4}$ d'heure (1.500 m.) après prise d'"OVOMALTINE".

2° Appareil respiratoire

Aucune modification n'est à signaler.

3° Eliminations urinaires

Elles méritent de faire l'objet d'une étude spéciale. Cependant un rapide examen permet de tirer quelques conclusions pleines d'intérêt.

En particulier, la prise d'"OVOMALTINE" quotidienne et avant l'épreuve, paraît faire diminuer d'une façon importante la déperdition en azote urinaire, phénomène qui traduirait une épargne certaine en matières azotées réalisée par un organisme nourri d'"OVOMALTINE".

Pour terminer cet aperçu sur l'alimentation du sportif, il nous semble normal d'exposer l'opinion personnelle que nous nous sommes faites par des observations répétées sur les autres et nous-mêmes.

Schématiquement, on peut dire : qu'il ne faut apporter de modifications au régime de l'homme de sport que si ce régime est manifestement antiphysiologique.

En période d'entraînement, manger "comme à son habitude" pour conserver son équilibre de poids. Ne pas manger de viande le soir. Ne prendre aucun apéritif, aucun alcool. Boire du vin, à condition de le couper d'eau, et seulement si cette boisson a toujours fait partie du régime antérieur.

La veille de l'épreuve se rappeler à ce propos que l'on travaille avec la nourriture de la veille, adjoindre à la nourriture habituelle une dizaine de morceaux de sucre de canne, dit sucre cristallisé ou de luxe.

Le jour de l'épreuve, prendre le petit déjeuner à l'heure coutumière et déjeuner trois heures avant cette épreuve en buvant un demi-litre de boisson au maximum. Terminer ce repas par une infusion chaude de coca.

[...]

Aux différentes phases de l'entraînement, et quel que soit l'effort à produire, l'"OVOMALTINE" a sa place dans le régime du sportif en vertu des avantages que nous lui avons reconnus »⁶¹⁸.

⁶¹⁸ Dr. BELLIN DU COTEAU, Marc ; Dr. CHAUVIRE, Maurice & BERGERON, Marcel. 1929. Op. Cit., p. 23-27.

Cette longue illustration interroge l'idée d'Anne Roger selon laquelle « les médecins sont prisonniers de la physiologie qui montre ses limites à la fois du point de vue des connaissances produites qui ne sont pas au service de la performance, mais également du point de vue de l'analyse de l'efficacité sportive qui ne peut se contenter de l'éclairage d'un seul champ scientifique »⁶¹⁹. La démonstration par l'exemple éclaire la façon dont des médecins sportifs sont au contraire parfaitement enclins à utiliser leurs connaissances de la physiologie humaine pour satisfaire certaines des attentes qui ont cours dans l'espace du sport de haute performance. En outre, si la prescription d'un produit tel que l'Ovomaltine constitue le témoignage évident d'une posture médicale orientée vers l'amélioration athlétique, elle ne fait pas figure d'exception. D'autres médecins conseillent l'utilisation prolongée et régulière de produits diversifiés, et ce toujours sous le couvert de l'argumentaire physiologique. Nous citerons le cas du collègue et ami du Docteur Bellin, le docteur George-André Richard. « Engagé dans le cyclisme, il est le médecin du coureur Petit-Breton dont il supervise l'entraînement (notion tout à fait nouvelle à l'époque). En 1921, il occupe des fonctions dirigeantes dans le cyclisme »⁶²⁰. Dans son recueil sur *L'hygiène du Sport*, aux éditions de *L'Auto*, il dit à propos de la bicyclette qu'il s'agit d'un « merveilleux instrument qui, grâce à la seule utilisation des forces de l'homme, lui permet non seulement les magnifiques performances que nous aimons applaudir sur la piste et sur la route, mais lui fournit de telles commodités de locomotion et aussi l'un des meilleurs moyens d'entraînement et de culture physique ». Pas étonnant de l'entendre alors s'émerveiller devant les champions de l'époque. « J'ai pu assister, l'autre dimanche, au passage du Grand Prix des Nations, et j'ai particulièrement admiré la belle allure d'Antonin Magne qui, s'il n'avait pas encore à ce moment gagné la course, semblait rudement bien parti pour le faire. Et je lui ai crié, de toutes mes forces, un : « Bravo, Tonin ! » qui ne s'adressait pas seulement à son effort de ce jour-là, mais à tous ses succès, et qui venait de loin, bien loin, c'est-à-dire des pentes du col de Braus, où je l'avais vu tellement souffrir ». En effet, le docteur Richard est frappé de constater, « parmi les nombreux sportifs [qu'il a] eu l'occasion d'examiner », du grand nombre d'athlètes qui venait lui « demander son avis pour des troubles digestifs constatés surtout à l'occasion du sport ». Bien loin d'y voir une contre-indication médicale à la pratique du sport intensif, sa vision de l'exploit transparaît de façon explicite lorsqu'il discute d'une question qui

⁶¹⁹ **ROGER**, Anne. 2005. *Op. Cit.*, p. 58.

⁶²⁰ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 118-119.

partage le milieu médical : « Le Tour de France n'est-il pas un effort excessif pour les hommes qui l'accomplissent ? ». Il répond sans détours : « Pour ma part, je ne le crois pas, et j'estime que la fatigue qu'il impose et les dangers qu'il fait courir sont peu de choses auprès de ce qu'il donne de joie sportive, d'horizons nouveaux, d'élévation physique et mentale, non seulement à ceux qui le gagnent, mais à tous ceux qui le courent, à tous ceux même qui le regardent passer. Et je demande s'il est un effort humain qui ne comporte pas ses risques, même mortels, et s'il en est beaucoup qui du moins les compensent par un tel élan d'exaltation vitale ». Les propos de l'ancien secrétaire de la SMEPS font des risques pour la santé une condition secondaire et acceptable de la performance sportive. A ce titre, le médecin, bien qu'opposé au « doping » car « les athlètes qui se droguent [...] tirent sur leur valeur sportive des chèques bientôt sans provision », n'hésite pas à valoriser la notion de « stimulation biologique ». Avec cette question qui a valeur de programme : « Entre l'alimentation et son réglage nécessaire, et l'action médicamenteuse nocive, n'existe-t-il rien qui permette au sportif, non pas de dépenser à fonds perdus son énergie, mais de la porter à sa valeur maxima ? ». Le praticien en appelle à « *l'opothérapie*, ou médication par les sucs d'organes. [...] Cette méthode, qui donne souvent chez les malades de si beaux résultats, et qui, répétons-le, ne contient aucun médicament, aucun excitant « extérieur » à notre organisme, ne pouvait-on la transposer chez le convalescent pour hâter sa guérison, chez le bien portant pour accroître sa valeur santé, chez le sportif même pour augmenter sa performance... ainsi que cette valeur santé inséparable pour nous de toute saine performance ? ». « Et l'on n'est plus étonné maintenant qu'ayant choisi la méthode de la stimulation complexe [...], et ayant décidé de lui donner la sanction, quelle qu'elle fût, de l'effort sportif, le docteur Debat ait obtenu, avec le Pancrinol qui représente la réalisation de cette méthode, des résultats qui lui ont valu les réponses enthousiasmées des athlètes et, en particulier, des coureurs cyclistes ». Convaincu par ce produit pharmaceutique dont son confrère le docteur Debat, « directeur de laboratoires biologiques qui sont parmi les plus puissants au monde », se fait le promoteur au sein des pelotons, le docteur Richard vante les mérites du Pancrinol dans la préparation sportive des champions. « C'est là, si l'on peut dire, un procédé de finition organique et fonctionnelle *qu'il faut* employer à l'approche et au moment des grands efforts qui nécessitent du sportif le maximum de valeur, d'autant plus qu'il n'est nullement toxique et peut être prolongé sans inconvénients. Les coureurs du Tour de France l'ont employé pendant toute la durée de la course, non seulement sans dépression consécutive, mais avec, après la fin de cette dure épreuve, un maintien de forme qui leur a permis de se livrer immédiatement aux nombreuses courses qui viennent illustrer

encore et récompenser un peu plus leur effort du Tour ». L'utilisation du Pancrinol, « que les médecins emploient couramment », semble d'ailleurs relativement répandue dans l'univers sportif. A tel point que le docteur Richard fait le récit d'une anecdote concernant le docteur Debat « au sujet de la stimulation générale à laquelle [il] applique son Pancrinol. [...]. Alors qu'il voulut l'expérimenter dans deux épreuves particulièrement dures, les Six Jours et le Tour de France, une surprise l'attendait, déjà une équipe étrangère en avait compris la valeur et s'en servait habituellement. Ainsi la réponse était donnée, d'avance si l'on peut dire »⁶²¹. George-André Richard en arrive donc logiquement à la conclusion suivante : « Le Pancrinol représente, à l'heure actuelle, le moyen le plus efficace pour l'athlète d'élever ses grandes fonctions organiques à la hauteur de l'effort qu'il prétend demander plus particulièrement à son système moteur, d'autant que, de plus, c'est aussi l'un des moyens les plus sûrs d'éviter le retour de l'intoxication et des multiples complications qu'elle peut entraîner »⁶²². Le docteur Bellin du Coteau, dans cette lutte contre l'intoxication consécutive aux exercices intenses est favorable pour sa part à l'ingestion de sulfate de soude. A la manière d'une recette magique adressée aux dirigeants, aux sportifs mais également aux médecins intéressés par les activités physiques, il indique : « Le lendemain et le surlendemain de l'épreuve, prendre le matin, à jeun, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café de sulfate de soude : déblayage intestinal »⁶²³. Entre les bénéfiques énergisants de l'Ovomaltine, la résistance accrue par la prise prolongée de Pancrinol, ou encore les effets purgatifs d'un laxatif léger tel que le sulfate de soude, nous sommes finalement bien loin d'une médecine de l'éducation physique et des sports tournée uniquement vers l'éducation physique des masses et la santé pour tous⁶²⁴. Des

⁶²¹ Plusieurs anciens sportifs ayant évolué à leur plus haut niveau durant la période de l'entre-deux-guerres rapportent des éléments similaires. Roger Lapébie, rendu célèbre à l'époque de par ses grandes performances cyclistes raconte par exemple : « Je me rappelle, en 1932 ou 33, on nous a présenté le Pancrinol comme un médicament fortifiant. On nous avait dit qu'il fallait en prendre une ou deux ampoules par jour. Mais, comme tout sportif qui est là pour la "gagne", on en avalait quatre. Et des coureurs ont payé l'addition : certains ont eu des furoncles ; d'autres, des anthrax. Ce n'est qu'après quelques mois d'expérimentation qu'on a découvert qu'il ne fallait pas abuser de cette potion. Moi, je n'ai jamais pris d'autres médicaments. Seulement ce Pancrinol, et encore parce que le soigneur me le donnait ». Dr. **BELLOCQ**, François & **BRESSAN**, Serge. 1991. *Sport et dopage : la grande hypocrisie*, Editions du Félin, Paris, p. 46.

⁶²² L'ensemble de ces citations sont issues de l'ouvrage du docteur Richard, version compilée d'un certain nombre d'articles publiés dans le journal L'Auto au cours de l'année 1935. Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *L'Hygiène du Sport*, Editions de L'Auto, Paris, 161 pages.

⁶²³ Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc ; Dr. **CHAUVIRE**, Maurice & **BERGERON**, Marcel. 1929. *Op. Cit.*, p. 28.

⁶²⁴ Il aurait également été possible de discuter ici des propositions édictées par le docteur Francis Heckel. Selon lui, « les *composés arsenicaux* absorbés par petites doses durant une période d'entraînement assez longue ont la propriété de donner de la force, de la résistance et particulièrement du souffle. [...]. Employés à faibles doses ou à doses modérées, ces composés arsenicaux sont favorables à la préparation d'entraînement pour le sujet qui ne se sent pas en pleine condition, ni suffisamment fort ». Voir Dr. **HECKEL**, Francis. 1926. « Que faut-il penser du doping ? », *L'Escrime et le Tir*, 6, n°68, p. 5-7. Ou encore Dr. **HECKEL**,

hygiénistes tels que Richard et Bellin du Coteau défendent ce principe de prévention et de rééducation par les activités corporelles (contrôlées et surveillées par les médecins) dans le cadre du projet général de régénération de la race française. Il n'en reste pas moins que leurs dispositions sportives les rend également enclins à mettre leur compétence au service de cette course effrénée aux records, qui, si elle est parfaitement encadrée, les laisse plus admiratifs (et nostalgiques du temps où ils pratiquaient eux-mêmes à un très bon niveau) que craintifs. Durant l'entre-deux-guerres, entre reconstruction de la race et construction du champion, *le médecin de l'exploit existe déjà...*

V. Conclusion sommaire

« En ces temps marquant les prémices de la médecine du sport, à aucun moment n'est envisagée l'idée d'utiliser ces connaissances pour améliorer les performances sportives. Le sport est considéré, jusque dans les années 1930, comme une activité intéressante à étudier mais dont les experts dénoncent les dangers potentiels lorsqu'elle est pratiquée avec excès »⁶²⁵.

Le caractère discutable d'un tel énoncé est désormais parfaitement identifiable. Des médecins sont effectivement opposés à l'effort intensif qui conduit à la réalisation effrénée de performances, l'entre-deux-guerres est effectivement dominé par la pensée hygiéniste plus favorable a priori au redressement de tous qu'à la mise en lumière de certains, et pour autant, une médecine de la performance se met en place dès les origines. Rendue peu visible bien sûr, car effectuée sur les terrains plutôt qu'immortalisée dans les Précis médicaux, il n'en reste pas moins que certains indices le démontrent clairement. Aussi,

Francis. 1927. « Le doping : les reconstituants et les régénérateurs du sang », *L'Esgrime et le Tir*, 7, n°71, p. 5-7. Il conseille également l'utilisation du Kola, « car il s'adapte parfaitement à une campagne sportive (marche en montagne, Tour de France cycliste, entraînement total de six semaines à deux mois). [...] Tous les athlètes et les hommes de sport devraient savoir utiliser [cet excellent tonique neuromusculaire], soit dans les cas d'urgence, soit pour la préparation d'un long entraînement ». Cité dans **DE MONDENARD**, Jean-Pierre. 2004. *Dictionnaire du dopage, substances, procédés, conduites, dangers*, Editions Masson, p. 716.

⁶²⁵ **SALLE**, Loïc. 2004. *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs, et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Rouen, décembre 2004, p. 106.

cette approche historique qui part des activités physiques et sportives pour en démontrer les intérêts du point de vue de la médecine et de la race est digne de la plus grande attention, mais reste insuffisante à elle seule pour décrire, comprendre et analyser les rapports complexes entretenus entre ces deux mondes médicaux et sportifs. Le sport au service de la médecine et de la race, il s'agit maintenant d'une évidence, mais son contraire – *la race et la médecine au service du sport* – est un mécanisme qu'il restait à objectiver dans cette première moitié du XX^e siècle. La tension primitive entre les deux univers est donc bien plus complexe que cette vision commune qui tend à faire *des médecins* les *nécessaires* partisans d'une mise en mouvement modérée. Le schéma mécanique et rigide d'une opposition entre la Médecine et le Sport de compétition, parfois explicitement esquissé, ne supporte pas l'analyse socio-historique. Les pratiques, les discours, les représentations, sont évidemment influencées et conditionnées par les déterminants sociaux des groupes qui les portent. Toute la complexité vient alors du fait que les médecins, par exemple, peuvent être ou avoir été sportifs eux-mêmes. Dans un champ sportif encore peu autonome, qui laisse l'accès à de nombreux praticiens aux biographies fort disparates, les mélanges entre hygiénisme et élitisme laissent entrevoir une palette extrêmement variée de positionnements. Avec toute la subtilité que revêt la position de certains médecins sportifs tels que Bellin du Coteau ou Richard, pour qui l'hyper-sélectivité et l'exploit athlétiques sont les déclinaisons ultimes d'un hygiénisme bien compris. Cette analyse contrevient aux interprétations données jusqu'à présent, et s'inscrit en faux de certains arguments qui tendent à homogénéiser un groupe profondément éclaté. A l'image de cet énoncé auquel nous ne pouvons souscrire : « Tous ces fondateurs ont en commun une triple spécificité. Ce sont des sportifs, parfois de haut niveau, ils sont aussi médecins de terrain, et enfin se trouvent investis dans la recherche, pour certains avec une réputation mondiale [...]. Sportif, médecin et chercheur, tel est donc le profil type de ces inventeurs »⁶²⁶.

A l'orée de l'épisode tragique que sera la seconde guerre mondiale, la médecine de l'éducation physique et des sports, dans sa triple orientation sociale, clinique et expérimentale, livre donc par la diversité biographique des praticiens présents dans l'espace, un véritable arsenal professionnel. Du médecin qui traite les déficiences squelettiques par une éducation physique raisonnée au sein d'un dispensaire et faisant preuve d'un parfait désintéret pour la pratique sportive compétitive, à celui qui prescrit au

⁶²⁶ **CHARPIER**, Francis. 2004. *Aux origines de la médecine du sport*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Lyon 1, p. 7.

contraire du Pancrinol dans le cadre de la « stimulation biologique » de cyclistes engagés dans le Tour de France, l'écart est extrême⁶²⁷. Poursuivant ce projet de compréhension socio-historique d'un exercice médical « pris entre deux feux », à la merci des transformations croisées des champs sportif, médical, mais également politique et scolaire, il convient maintenant d'analyser les « pièces manquantes » qui feront le liant entre l'hétérogénéité originelle de cet exercice médical et l'hétérogénéité actuelle soulignée dans l'exorde de ce manuscrit. Malgré quelques signes encourageants dans le sens d'une reconnaissance académique accrue de la médecine des exercices corporels avant la guerre, confirmée à la Libération, la seconde moitié du XX^e siècle ne semble pas avoir offert les possibilités suffisantes de stabilisation et d'homogénéisation de la pratique professionnelle⁶²⁸. Non spécialisée, la compétence en médecine du sport souffre en effet actuellement d'une grave crise des vocations. Dans cette voie, il s'agira donc maintenant de comprendre les raisons précises d'une telle disgrâce.

⁶²⁷ « Deux choses caractérisent cette méthode de stimulation biologique : d'abord l'emploi d'un ou de plusieurs organes concourant à un effet déterminé, et ensuite la préparation d'extraits de ces organes permettant d'absorber facilement une quantité suffisante de principes actifs. Ce procédé est devenu si important en médecine que de puissants laboratoires se sont créés pour sa réalisation, mais, comme à l'habitude, on ne pense guère en médecine qu'aux malades et non à ce que l'on pourrait faire pour les biens portants et moins encore pour les sportifs. Il revenait à un esprit particulièrement éclairé [Dr. Debat], après avoir réalisé à la suite d'importants travaux des produits que tous les médecins connaissent, de se tourner enfin vers le sport et de lui demander la confirmation, par action sur l'homme sain et sous l'indiscutable contrôle de la performance, d'une méthode qui, chez les malades, a fait maintenant toutes ses preuves ». Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *Op. Cit.*, p. 38.

⁶²⁸ « Au début de 1937, le sous-secrétaire d'Etat à l'éducation physique, le docteur Dezarnaulds, décida d'ouvrir dans trois facultés de médecine, dont celle de Paris, un cours préparant à un certificat universitaire qui serait dorénavant exigé de tout candidat au poste de médecin-inspecteur des écoles. Ce cours, fait par l'Institut d'éducation physique et par la chaire d'Hygiène de la Faculté de médecine, amena à l'éducation physique un nouvel et important contingent de médecins ». Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1938. *Op. Cit.*, p. 389.

CHAPITRE 4

L'HISTOIRE EN TENSION. ECLAIRAGES PARTIELS D'UNE NON SPECIALISATION

(1939 A NOS JOURS)

« L'arrêté du 12 octobre 1949 établit les conditions d'une "compétence" en médecine du sport. [...], la création en 1951 de la première chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports à la faculté de médecine de Paris (décret du 31 octobre 1951) permet à cette discipline médicale d'accéder à un rang académique.

Un demi-siècle plus tard, alors que les dépenses de santé ont connu une croissance exponentielle et que le sport compte 26 millions de pratiquants, la situation de la médecine du sport en France s'est, de l'avis générale des différents intervenants, considérablement affaiblie, au point que l'on peut à son sujet parler de discipline introuvable ».

Rapport parlementaire. 2005. Avis n°2569-12 présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de finances pour 2006 (n°2540).
Tome XII. Sport, Jeunesse et Vie Associative. Par M. Olivier **JARDE** (député). p. 21.

Construire le lien entre la médecine et le sport à partir de la seconde guerre mondiale est une démarche historique originale, qui n'a pas encore fait l'objet de fouilles précises et d'études stabilisées. Aussi, dans l'ouverture d'un chantier considérable, l'humilité est de mise. Notre analyse n'a nullement prétention à l'exhaustivité et se pose en propédeutique. L'enjeu poursuivi n'est pas de réaliser l'histoire « exacte » de la médecine du sport depuis les années quarante. Il s'agit, en gardant cette focale de l'hétérogénéité des positions et des dispositions, de lire et de reconstruire certains des événements majeurs qui ont marqué les évolutions ou les involutions de cet exercice médical particulier en ne perdant à aucun moment de vue le frottement entre les deux processus que sont la sportivisation et la médicalisation.

I. Le gouvernement de Vichy. Le sport et la médecine mis en « ordre »

« Alors qu'il [l'Etat] enserme la médecine dans les normes d'une politique corporatiste avec la création de l'Ordre des Médecins (1940), il prend le contrôle du sport en 1940 en suspendant les libertés d'association et en plaçant l'organe suprême de coordination des intérêts sportifs, le Comité National des Sports, sous son autorité directe »⁶²⁹.

Le mouvement de sportivisation qui s'initie dans les années 1920, considéré par Guy Laurans comme la véritable « modernité sportive » de par la croissance exponentielle du nombre de pratiquants ainsi que l'élévation très nette des performances, semble ne pas s'étioler dans l'atmosphère pourtant asphyxiante de la seconde guerre mondiale⁶³⁰. Etonnamment, les historiens de la période Vichyste, malgré les difficultés inhérentes à

⁶²⁹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 132.

⁶³⁰ LAURANS, Guy. 1990. *Op. Cit.*

l'occupation du territoire français sur lesquelles nous reviendrons, s'accordent à reconnaître « une relative réussite dans le domaine sportif »⁶³¹. En effet, les mesures liberticides de ce régime autoritaire vont paradoxalement assurer son développement et lui permettre de traverser le conflit en conservant une vigueur déconcertante dans un pareil cadre. C'est la perte d'autonomie de l'espace sportif face à un pouvoir étatique insatiable qui explique en grande partie la bonne santé des groupements athlétiques⁶³². A l'inverse, les rigueurs de l'Occupation vont se traduire par une démedicalisation relative de la vie sociale. Dans une France qui a faim et qui est soumise au régime d'un marché noir cupide, les consultations médicales se font plus rares. S'ajoute à ces événements la méfiance que le gouvernement adresse à l'égard de la profession médicale. En plus de voir leurs rangs décimés par la loi d'épuration des juifs, les médecins français endurent en effet de sévères mesures fiscales. « L'administration des finances a toujours été persuadée que les médecins, à la faveur du secret professionnel, dissimulent une partie de leurs revenus. [...] Au début de 1942, un nouveau document est introduit : le carnet de reçus ou "carnet à souche" où le médecin inscrit toutes les sommes qui lui sont acquittées. La mesure passe mal »⁶³³. Le champ médical dans son ensemble en est affecté et se transforme. Le recours à un exercice salarié, jusqu'alors marginal, est envisagé comme une solution utile pour pallier la perte des clientèles. Dans un tel climat d'embrigadement du sport et de la médecine, les médecins de l'éducation physique et des sports parviennent à faire valoir leur singularité et bénéficient d'un réel soutien politique. Assez logiquement, l'argument du contrôle médico-sportif rencontre l'intérêt et la sensibilité des hommes de Vichy. C'est ainsi au cœur des années noires que paraîtront des ouvrages cadres de la médecine sportive, utilisés et cités bien après la fin du conflit mondial⁶³⁴.

⁶³¹ AZEMA, Jean-Pierre & WIEVIORKA, Olivier. 2000. *Vichy. 1940-1944*, Librairie Perrin, p. 169.

⁶³² « Le style autoritaire du régime de Vichy et son intérêt pour l'encadrement de la jeunesse à l'aide d'activités physiques se traduisent par une brusque perte d'autonomie du champ des activités physiques et des sports. Un discours politique y revient en force, à l'école comme sur le stade ». DEFRANCE, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 156.

⁶³³ VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 198.

⁶³⁴ Nous pensons ici à *l'Aptitude aux sports et contrôle médical* du professeur Chailley-Bert écrit en 1941 (et réédité dès 1943) avec la collaboration du professeur Merklen et des docteurs Boëlle, Calvet, Collet, Deschamps, Richard et Richier ; ainsi qu'à *l'Education physique et contrôle médical* paru en 1943 (et réédité en 1948) sous la plume des professeurs Fabre, Merklen et Chailley-Bert. Pr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1941. *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillièrre et Fils, Paris, 112 pages.

Pr. FABRE, Roger ; Pr. MERKLEN, Louis & Pr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1943. *Education physique et contrôle médical*, J-B. Baillièrre et Fils, Paris, 240 pages.

I. 1. L'ingérence étatique. Sportifs en ordre ; Ordre des médecins

« D'une certaine façon, la question de la représentation du monde sportif auprès de l'Etat est à la fois réglée et évacuée, puisque l'Etat récuse les représentants élus du monde sportif et les nomme directement, donnant ainsi une définition étatique du sport, de ses limites, de ses hiérarchies, de sa représentation politique et des valeurs de la sportivité. L'Etat en tant que tel s'impose dans le sport »⁶³⁵. « Vichy donne une impulsion supplémentaire en faisant de l'effort physique une sorte de valeur suprême, et de l'épreuve de la douleur un révélateur de la force morale »⁶³⁶. Sensible à la méthode naturelle d'Hébert et à la compétition sportive, l'Etat français s'empare des activités corporelles avec l'objectif de forger des volontés. « Le refus de l'égalitarisme est [un] grand principe de l'idéologie vichyssoise qui souhaite remettre à l'honneur la hiérarchie et les chefs. La tyrannie démagogique du suffrage universel doit céder la place au gouvernement des élites sociales et professionnelles, formées dans des écoles spécifiques de cadres. On souhaite donc modifier de fond en comble la pédagogie, tourner le dos à l'intellectualisme, rendu responsable de l'affadissement de la nation, pour revenir au concret par la revalorisation des travaux manuels. En particulier, on veut tremper les caractères par l'éducation sportive »⁶³⁷. La thématique de la régénération de la race trouve sous ce régime politique un second souffle et les thèses hygiénistes sont réactivées⁶³⁸. « L'idéal libéral du sport comme entité autonome est profondément récusé par les hommes de Vichy. [En 1943, selon le Colonel Pascot, Commissaire Général à l'EGS,] "le sport est une épreuve de la race, où celle-ci se foment des qualités naturelles qui doivent "déborder le stade" et alimenter de vertus généreuses la Nation toute entière. Le Sport ne saurait être un état dans l'Etat, ni un monde à part, mais, bien au contraire, le lieu et l'occasion du rassemblement

⁶³⁵ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *L'Etat contre la politique ? Les expressions historiques de l'étatisation*, L'Harmattan, Paris, p. 230.

⁶³⁶ **EL BOUJJOUI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 129.

⁶³⁷ **AZEMA**, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Op. Cit.*, p. 146.

⁶³⁸ « Il est vrai que G. Sapini, représentant de Vichy auprès des prisonniers, demande, dès le 4 novembre 1941, à Abetz la libération des professeurs d'EP, car, selon lui, "les besoins de rénovation de la jeunesse française sont impérieux" ». **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Presses Universitaires de Lyon, p. 92-93.

des énergies vitales de la France” »⁶³⁹. Par opposition à l’esprit de jouissance du Front Populaire, il s’agit cette fois de modeler des jeunes sains de corps et d’esprit, et sachant obéir⁶⁴⁰. Ainsi, Vichy s’est équipée très tôt d’un secrétariat général à la Jeunesse, confié jusqu’en avril 1942 à Georges Lamirand, qui a mené une politique soutenue à la fois par la promotion du sport et par la mise sur pied de mouvements de jeunesse. L’institution des Chantiers de la Jeunesse (ou « Chantiers du Maréchal ») le 18 janvier 1941, service national obligatoire de 8 mois auquel étaient astreints tous les hommes de 20 ans, laissait ainsi une large place aux activités physiques. « Le style était avant tout militaire : hiérarchie stricte, uniforme de couleur verte frôlant le kaki, cheveux évidemment forts courts, salut aux couleurs tous les matins à 7h30, succédant à des ablutions pratiquées à l’eau froide, enfin usage intense de cette gymnastique spécifiquement française qu’était la méthode Hébert. Un tiers de la journée était consacrée à des travaux manuels généralement pénibles, un tiers à la gymnastique, aux activités éducatives, à des activités dites de détente, et le dernier tiers au sommeil »⁶⁴¹. De la même façon, L’Ecole d’Uriage, créée par la loi de décembre 1940, utilise les activités physiques dans une perspective d’encadrement idéologique des futurs chefs des Chantiers de la Jeunesse, et organise des sessions d’études et d’informations pour les cadres ou les élites de divers milieux sociaux. Dans ce mouvement politique dirigé vers la jeunesse, l’Etat va imposer son ingérence dans les affaires sportives dès 1940. « Acquis définitivement en 1940, ce secteur de l’éducation et de la culture n’échappera plus jamais à la puissance publique. Il s’agit là d’un moment tout à fait décisif dans l’histoire des activités physiques françaises, livrées jusqu’alors au libéralisme, au mouvement associatif et à un Etat démuné de manière endémique de tout moyen d’action ou de réaction en ce domaine. Seule, la période du Front Populaire fait exception à cette habitude ; mais elle relève des régimes inachevés, et, en 1940, sombre sous les critiques et les invectives. [...]. Entre les défenseurs d’une conception libérale de la gestion du sport et le dirigisme d’Etat amorcé par le Front Populaire, Vichy a tranché : il s’agira désormais d’une des préoccupations de la puissance publique. Une telle décision de

⁶³⁹ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l’Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 231.

⁶⁴⁰ « En exaltant la prouesse, le sport incite, il est vrai, au redressement d’un pays saigné par la défaite. En développant les sociabilités collectives, il recoud une société déchiquetée par la guerre. A l’école comme dans les Chantiers de la Jeunesse, l’Etat français s’efforce donc d’encourager la pratique sportive qui forge, de surcroît, une France saine et virile ». **AZEMA**, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Op. Cit.*, p. 215.

⁶⁴¹ **AZEMA**, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Op. Cit.*, p. 170. Pour de plus amples détails, se reporter à **PECOUT**, Christophe. 2008. « Les pratiques physiques et sportives au service de l’idéal vichyste : l’exemple des Chantiers de la Jeunesse (1940-1944) », *Sciences sociales et Sports*, n°1, septembre 2008, p. 5-24.

la part du régime politique de 1940 est conforme à ses options, au contrôle qu'il entend étendre à toute la vie nationale, le plus surprenant demeure que plus jamais – même après la Libération – l'Etat ne se dessaisira du gouvernement du sport »⁶⁴². Et loi du 20 décembre 1940, dite Charte des Sports, est sans aucun doute le témoin le plus significatif de cette nouvelle gestion. Portée par Jean Borotra, l'ancien mousquetaire qui voit dans le sport une sorte de « chevalerie moderne », cette mesure législative se pose en obstacle face au clientélisme électoral qui sclérose la direction des instances sportives fédérales et met en danger les disciplines représentées, ainsi qu'au professionnalisme sportif, vécu comme une perversion d'un système dans lequel la victoire et la gloire sont jugés suffisants. « Rapidement préparée et votée, cette Charte apporte des restrictions certaines à la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations en introduisant la notion d'agrément pour l'ensemble des associations [...]. Entre l'Etat et l'ensemble des associations se met en place, selon la Charte, une structure pyramidale, rigide, dont la seule finalité demeure la dépendance et l'obéissance au pouvoir politique »⁶⁴³. Aussi, au-delà d'un dirigisme purement coercitif qui aboutit par exemple à la censure de l'ensemble des publications issues des fédérations sportives en 1941, l'étatisation autoritaire du sport permet également son développement⁶⁴⁴. « Le Commissariat [à l'Education Générale et aux Sports] va se structurer en donnant à chaque département et à chaque région sa propre direction de l'EGS. Le centralisme, à partir de Vichy, ne représente pas une formule bien neuve en matière d'organisation administrative, mais indéniablement Borotra innove en jetant les bases d'une structure qui existe aujourd'hui encore. [...]. Au total, Borotra va réussir dans son entreprise et parvient à créer une véritable administration chargée de l'éducation générale et des sports. Cette réalisation fait date, car elle marque un moment crucial de l'histoire de l'EP et des sports français : à compter de 1940, et durant les décennies qui suivront la Libération, il s'agira désormais de secteurs dont l'Etat ne se dessaisira plus »⁶⁴⁵. Le Commissariat créé et dirigé jusqu'en avril 1942 par Jean Borotra réactive la gymnastique à l'école, crée un brevet sportif national (BSN), multiplie les compétitions et les manifestations sportives placées sous le signe de l'amateurisme. « Le sport scolaire et universitaire, il est vrai fortement encouragé, s'impose définitivement durant les années d'Occupation après des débuts prometteurs dès 1938 ». « Pour sa part, le BSN demeure

⁶⁴² GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 139-140.

⁶⁴³ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 34-35.

⁶⁴⁴ Après cette interdiction de publication, un journal unique Tous les Sports centralise l'ensemble des résultats sportifs. ROGER, Anne. 2003. *Op. Cit.*, p. 245.

⁶⁴⁵ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 26-27.

une simple réactualisation du BSP (brevet sportif populaire) d'avant-guerre, qui avait connu une réussite certaine. La filiation entre les deux brevets est évidente [...]. Devenu national, comme tant d'autres choses, le BSN sera délivré par dizaine de milliers, d'autant que son obtention est devenue préalable à la délivrance de toute licence sportive fédérale. Là encore, il s'agit d'une ancienne doléance déjà enregistrée avant-guerre, qui soulignait la nécessité d'une éducation physique générale et obligatoire, qui s'imposait avant toute spécialisation sportive »⁶⁴⁶. La pratique fédérale, aidée par la reprise d'une politique en faveur des équipements sportifs, va connaître dès 1941 un succès populaire. « A partir de 1941, le nombre total des licences sportives délivrées ira sans cesse en augmentant, parvenant même à des sommets "historiques", si l'on se réfère à l'histoire du nombre de fédérations sportives »⁶⁴⁷. Comme en témoigne l'étude réalisée par Anne Roger sur la Fédération Française d'Athlétisme, il apparaît que cette affluence vers les activités sportives est le résultat du renforcement des effectifs de publics jusqu'alors moins représentés. Les jeunes et les femmes (qui font leur entrée en masse dans les fédérations) deviennent ainsi des populations « dont il faut prendre le plus grand soin »⁶⁴⁸. Ce flot de pratiquants s'est accompagné d'un regain d'intérêt pour le spectacle des compétitions. « La population, pérennisant l'œuvre entamée par le Front Populaire, fréquente avec plaisir les stades. Si l'annulation du Tour de France durant les quatre années de guerre prive le public d'une épreuve appréciée, quelques compétitions rassasient les amateurs de sport-spectacle, la Coupe de France de football par exemple. Mais surtout, nombre d'anonymes découvrent les saines vertus de l'effort. Les boulistes eux-mêmes n'échappent pas à ce succès du sport et confirment la stabilité de leurs effectifs – 164 000 licenciés en 1942 contre 170 000 en 1939. Tout un symbole »⁶⁴⁹. Le niveau des performances réalisées connaît lui aussi une inflation remarquable. Entre 1940 et 1942, les athlètes français établissent plusieurs records de France, d'Europe et même du monde. « Les activités subaquatiques, principalement la plongée, connaissent une ère d'innovation remarquable [...]. C'est dans le domaine de la plongée avec scaphandre, de la libre exploration des fonds sous-marins

⁶⁴⁶ « Ce ne sont pas moins de 349 528 Brevets qui sont délivrés pour la seule année 1941 dans les zones occupée et libre à 436 435 candidats. Le Commissariat ne peut que se féliciter de son initiative en faveur du BSN et des résultats enregistrés ». **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 79 ; 73 ; 50.

⁶⁴⁷ **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 132.

⁶⁴⁸ « Les efforts des dirigeants, souvent critiqués, se portent ainsi, dans un premier temps, vers l'organisation de cross et de triathlons pour les cadets et les juniors. "Changement complet d'orientation", souligne Spitzer qui avait, avant la guerre, souvent mis en garde contre le surmenage et la multiplication des épreuves pour les jeunes catégories. Autre contexte, autres idées... La guerre transforme les mentalités. Preuve de ce changement, les effectifs féminins augmentent de façon très significative au sein de nombreuses fédérations ». **ROGER**, Anne. 2003. *Op. Cit.* p. 246.

⁶⁴⁹ **AZEMA**, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Op. Cit.*, p. 215.

que les inventions sont les plus saisissantes. En juillet 1943, Georges Commeinhes effectue près de Marseille une plongée à 53 mètres avec un scaphandre de type G.C.42. Cette plongée ne vaudra pas à son auteur la notoriété méritée. [...] En revanche, J-Y. Cousteau et F. Dumas restent des noms bien connus de tous les plongeurs. En 1942, J-Y. Cousteau et son ami, l'ingénieur E. Gagnan, mettent au point un nouveau type de scaphandre, et quelques mois après G. Commeinhes, F. Dumas atteint [...] la profondeur de 62 mètres jamais atteinte par un plongeur autonome »⁶⁵⁰. Dans les bassins moins profonds cette fois, « parmi les athlètes les plus en vue du moment demeure sans aucun doute le nageur A. Nakache. Professeur d'éducation physique, il bat record sur record, au plus haut niveau, et poursuit une carrière sportive qui sert le Commissariat, et le préserve, jusqu'en 1943, d'être inquiété comme juif »⁶⁵¹. La préservation des champions par les instances étatiques est une nouveauté qui a été instituée depuis la création au début de l'année 1941 du Collège National des Moniteurs et Athlètes d'Antibes (CNMA), structure qui a vocation à accueillir les athlètes renommés du pays pour conduire leur entraînement en les dégageant des soucis matériels tels que l'alimentation, l'équipement, l'hébergement, etc. « C'est ainsi que s'institue, de manière feutrée sans doute, une sorte de statut d'athlète d'Etat. Consciemment ou pas, tous ces champions vont servir le sport et l'Etat en même temps puisque Vichy va utiliser le Collège d'Antibes comme une vitrine. [...]. Suivant cette conception, l'athlète national aidé par l'Etat demeurerait redevable à la société des avantages qu'elle lui procurerait afin de conduire sa carrière sportive. Ses exploits rejailliraient sur la communauté toute entière et lui serviraient de modèles : ainsi le champion nouveau ne serait plus une vedette journalistique dont les jambes ou les bras sont mis à prix, mais deviendrait l'expression du dynamisme du pays »⁶⁵². Mais en plus de promouvoir une élite sportive « désormais totalement indépendante du professionnalisme et du mercantilisme entretenu ou toléré par certaines fédérations sportives », le CNMA et sa déclinaison en plusieurs Centres Régionaux d'EGS (CREGS) auront pour mission d'assurer la formation des futurs cadres sportifs (Moniteurs, moniteurs-chefs et entraîneurs nationaux). Par la création des premiers CREGS, le contrôle des fédérations, l'élaboration à demi-mots d'un statut d'athlète d'Etat et enfin le patronage de certaines grandes compétitions sportives, Jacques Defrance estime très justement que le Commissariat aux Sports, par la voix de son principal dirigeant, Jean Borotra, développe une politique

⁶⁵⁰ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 172-173.

⁶⁵¹ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 74.

⁶⁵² GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 97-98.

d'étatisation tout à fait caractéristique des Etats fascistes des années 1930. Finalement, « le sport est embrigadé, sa signification est transformée : mais il n'est pas écrasé par cette politique. Le nombre de pratiquants recensés par l'appareil étatico-fédéral s'accroît, et ceci d'autant plus que Vichy excelle dans l'exercice de la contrainte administrative avec l'obligation de s'inscrire et l'accent placé sur le contrôle des associations. L'Etatisation ne contrarie pas la pratique sportive, elle la réoriente et offre un autre cadre symbolique pour aimer ce genre de jeu, apprécier des exploits, ressentir une fierté dans la victoire ou dans la solidarité d'équipe »⁶⁵³.

Le monde sportif n'est pas le seul domaine sur lequel le pouvoir politique fait peser son autorité et cherche à « mettre de l'ordre ». La profession médicale en subit la rigueur de plein fouet, d'autant plus fortement que le très haut statut social qu'elle confère à ses membres ne les a pas historiquement rendus coutumiers de telles secousses. Dès 1940, les syndicats de médecins sont supprimés. L'Ordre des médecins, créé par la loi du 7 octobre 1940 pour les remplacer, « a pour mission de contrôler l'entrée dans la profession et l'installation en cabinet de ville »⁶⁵⁴. Dans un milieu où les possibles professionnels conduisent alors presque inévitablement à exercer la médecine dans un cadre libéral, l'obligation d'adhésion à une telle institution est vécue comme un sacrilège pour bon nombre de praticiens⁶⁵⁵. D'autant plus que ces contraintes étatiques s'ajoutent aux difficultés qu'ils rencontrent collectivement pour conserver une clientèle dont les cachets suffiraient à surmonter le coût de la vie, toujours plus élevé à mesure que le temps passe et que le conflit mondial se durcit. De tels bouleversements sont responsables d'une nouvelle sensibilité à l'égard de l'exercice salarié de la médecine. Les postes de médecins d'usine ne se font par exemple plus rares et augurent de la transformation en profondeur du champ médical, avec la stabilisation progressive de cette nouvelle figure de médecin, salarié de la structure qui l'emploie⁶⁵⁶. Les lettres d'un jeune médecin, replié et récemment installé dans le sud de la France, à Pau, père de deux enfants, témoignent des difficultés qu'il éprouve

⁶⁵³ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 231.

⁶⁵⁴ **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 77-78.

⁶⁵⁵ « Dans les entretiens que nous avons menés, bien que les références au Conseil de l'Ordre soient peu fréquentes, quelques médecins, pourtant, parlent de leurs rapports avec ce premier Conseil de l'Ordre, créé en 1940. Les conditions de sa création font que les épisodes relatés sont douloureux ». **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 123-124.

⁶⁵⁶ **DUCLOS**, Denis. 1984. *La santé et le travail*, Editions La Découverte, Collection Repères, Paris, p. 23.

pour maintenir son foyer à flots. Au fil du temps, il ajoute à sa clientèle paloise qui se raréfie, celle d'une station thermale voisine pendant la saison et obtient un poste de médecin d'usine⁶⁵⁷. Face aux difficultés rencontrées par la médecine libérale, les Hommes de l'Art qui travaillent en milieu hospitalier ne font pas figures de privilégiés. En effet, la Fédération Hospitalière de France, face aux tentatives d'instrumentalisations dont elle fait l'objet, « entre dans un mutisme profond. [...] Les intentions originelles de la *Revue hospitalière* sont détournées. [...] Devenue objet du régime, [elle] ne transmettra longtemps que les messages officiels du maréchal et ses lois en faveur d'une France "saine" et "disciplinée" »⁶⁵⁸. Le corps médical, d'un point de vue général, semble d'ailleurs bien loin de partager l'engouement pétainiste pour les activités sportives. Face à l'augmentation du nombre de licenciés sportifs, le Commissariat de Borotra commande une enquête pour en éclairer les causes et les mécanismes. Cette étude menée par Jacques Dourdin auprès de 3530 personnes interrogées parmi la population parisienne de janvier à mai 1942 est intitulée : « Etude de l'état d'esprit de la population parisienne à l'égard de la pratique de l'éducation physique et des sports ». Dans la cohorte ainsi explorée, figurent 100 médecins. Bien que nous manquions cruellement d'informations à leur sujet, ce qui rend les résultats peu exploitables, il reste néanmoins intéressant de constater que 56 % d'entre eux « n'estiment pas le sport nécessaire pour les enfants ». « Selon eux, et dans l'ordre, ils le jugent inutile, brutal, puis, en troisième point : incompatible avec une alimentation suffisante »⁶⁵⁹. Il est à ce titre important de noter que l'Académie de Médecine elle-même, avant que sa capacité de réaction ne soit complètement annihilée, s'est opposée au plan de refonte de l'éducation physique scolaire qu'elle jugeait « excessivement ambitieux, inadapté aux conditions du moment, incompatible avec la sous-alimentation qui frappe la population ». Borotra, en réduisant les horaires d'EGS semble ici s'incliner sagement (mais le corps médical n'était pas le seul adversaire des réformes en cours)⁶⁶⁰. C'est dans un tel imbroglio que certains médecins de l'éducation physique et des sports vont réussir à mettre en valeur leurs compétences et ainsi se faire une place dans un espace sportif en pleine transformation. A l'image du docteur Henri Diffre dont les « leçons journalières de culture physique » sont récupérées à des fins de

⁶⁵⁷ VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 197.

⁶⁵⁸ TERROIR, Matthieu. 2004. *Op. Cit.*, p. 11.

⁶⁵⁹ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 132-133-134.

⁶⁶⁰ GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 104.

propagande sportive par le Commissariat⁶⁶¹. « Tous les matins, à 7 heures, est diffusée sur les ondes une leçon d'éducation physique que le Service d'information s'efforce de rendre attrayante [...]. Il est impossible d'évaluer le nombre des auditeurs matinaux qui peuvent écouter et réaliser à domicile la leçon d'EP quotidienne. Un seul élément d'appréciation demeure : le petit livre du docteur Henri Diffre [...]. Il est le guide, le texte de la leçon radiodiffusée, et atteint au moins sa sixième réédition »⁶⁶². Ce succès éditorial n'a rien d'anecdotique, il souligne au contraire la sensibilité politique que le Commissariat à l'EGS adresse à l'égard des médecins intéressés par l'activité physique et qui font la démonstration de leur capacité à en *contrôler* le bon déroulement.

I. 2. L'occasion rêvée du contrôle

Car c'est bien de ce point de vue que la médecine des activités physiques va connaître un nouvel élan pendant la seconde guerre mondiale : le contrôle de la « population sportive ». Avec la Charte des sports, devenue opérationnelle par le décret du 19 novembre 1941, c'est un ensemble de mesures qui sont adoptées simultanément. « Le Commissariat rend [ainsi] obligatoire la détention d'une *carte sportive* pour tous les membres d'associations à but sportif, aussi bien pour les pratiquants licenciés qui participent à des compétitions que pour les pratiquants non-licenciés engagés dans des activités non-compétitives, tels les cyclotouristes ou les alpinistes »⁶⁶³. Cette carte pose en principe le contrôle médical préalable à toute pratique sportive (évoqué et souhaité par les médecins de l'éducation physique et des sports depuis longtemps), et organise une meilleure assurance des sportifs au regard des risques de blessures qu'ils encourent⁶⁶⁴.

⁶⁶¹ Dr. **DIFFRE**, Henri. Non daté. *Leçons journalières de culture physique*, Editions de l'Entr'aide Roubaix, Cours de Radio-Paris.

⁶⁶² **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 179.

⁶⁶³ **DEFrance**, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 234.

⁶⁶⁴ Cette évolution des régimes assurantiels suit un mouvement général initié dès les années 1930. Ces innovations aboutiront en 1945 à l'organisation de la Sécurité Sociale. Parallèlement au contrôle sportif mis en place dès l'application de la Charte du Sport, il est à ce titre intéressant de constater « en 1941-42, la création de "comités de sécurité" dans le monde du travail ». Les logiques sont certainement très proches. S'assurer de la bonne santé des travailleurs et des champions, c'est assurer le rendement et l'image de la patrie. **DUCLLOS**, Denis. 1984. *Op. Cit.*, p. 23.

Ainsi, plusieurs médecins aux noms déjà bien connus viennent occuper des fonctions dans l'administration de Vichy. Le docteur Marcel Collet, trésorier de la Fédération de tennis avant la guerre, puis vice-président en 1941, va être chargé de l'organisation administrative du contrôle médico-sportif dès 1942 lorsque le colonel Pascot reconduit les dispositions prises par son prédécesseur⁶⁶⁵. En effet, si le premier Commissariat, sous Jean Borotra, avait jeté les bases d'un contrôle médico-sportif sans avoir la possibilité de réellement l'étendre à l'échelle nationale, le colonel Pascot enregistre rapidement des résultats exceptionnels. « Les médecins du Commissariat à l'EGS, qui n'avaient examiné que 670 000 enfants en 1941, en contrôlent 4 550 000 en 1943, soit la presque totalité des élèves de l'enseignement primaire et secondaire. [...]. C'est ainsi que se développe en quelques semestres le Service médical du Commissariat à l'EGS dirigé par le docteur Le Go. [...]. Le Commissariat, pour la seule année 1943, investit 31 800 000 francs afin de réussir le contrôle médical de la jeunesse : l'entreprise est non seulement réussie, mais tend très vite à proposer des solutions aux maux constatés. L'année 1942 voit l'ouverture de 14 centres médico-sportifs ; ils sont 47 l'année suivante sans compter les centres spécialisés de rééducation physique. Indiscutablement, le docteur Le Go peut se féliciter des résultats de l'entreprise »⁶⁶⁶. Les docteurs Le Go et Collet sont d'ailleurs largement aidés dans ce projet par le docteur Philippe Encausse. Médecin sportif, ancien champion de France Universitaire en athlétisme, il porte des idées originales à l'époque. Dans son ouvrage sur l'éducation physique et la sous-alimentation, « influence de l'éducation physique et sportive sur la jeunesse, en fonction de l'alimentation actuelle », le docteur Encausse prend le contre-pied de l'Académie de Médecine et minimise les effets de la pénurie alimentaire en soulignant l'augmentation du nombre de bénéficiaires du BSN et en rappelant l'amélioration très nette des performances, preuve selon lui de la bonne vitalité de la jeunesse sportive. « En effet, nous avons tenu à comparer spécialement les résultats 1939 et 1942 du sport de base type, autrement dit de l'athlétisme. En ce qui concerne tout d'abord les juniors, c'est-à-dire les moins de 20 ans, il apparaît que dans l'ensemble, ils sont supérieurs à ceux de 1939. Aux Championnats de France 1942, sept résultats sur douze ont été meilleurs que ceux des Championnats de 1939 [...]. En ce qui concerne les

⁶⁶⁵ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 109. Il serait ici nécessaire d'approfondir les liens éventuels que le docteur Collet a été susceptible d'entretenir avec le premier Commissaire de l'EGS, Jean Borotra, champion de tennis extrêmement connu dans l'entre-deux-guerres, au moment même où ce médecin avait des fonctions au sein de cette fédération. La proximité des deux hommes pourrait ainsi expliquer la promotion importante du médecin dans l'administration de Vichy.

⁶⁶⁶ **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 162-163.

Championnats de France Seniors, six résultats ont été meilleurs en 1942 qu'en 1930 »⁶⁶⁷. Il n'est pas anodin de constater que cet ouvrage a été préfacé par le docteur Pierre Le Go, et que l'avant-propos est signé de la main du docteur Marcel Collet... La nomination du docteur Philippe Encausse au poste de Sous-chef du Commissariat à l'EGS dans la zone Nord de la France, en collaboration étroite avec le docteur Collet, a sans doute été largement influencée par ces relations contractées avec des confrères proches des hautes sphères du régime. Ainsi, avec la généralisation du contrôle médico-sportif, obtenu et appliqué de manière autoritaire pendant l'occupation, la médecine de l'EPS suit un processus d'institutionnalisation qui l'oriente clairement vers un dispositif hygiénique de forme administrative. L'arrêté du 2 octobre 1945 « sur le contrôle médical des activités physiques et sportives » rend ainsi obligatoire la détention d'un certificat médical pour faire une compétition. Cette disposition s'adresse aux femmes, sans restrictions, ainsi qu'aux hommes de moins de 21 ans (Article 3)⁶⁶⁸. Mais les médecins fonctionnaires d'Etat ne sont pas les seuls à prendre la plume. Conscients de l'ouverture politique qui est faite à cette médecine de contrôle et d'aptitude, les figures emblématiques de l'espace médico-sportif durant l'entre-deux-guerres n'hésitent pas à s'emparer de l'opportunité qui s'offre ainsi à leurs écrits. Peu reconnu dans les rangs de l'intelligentsia médicale, l'exercice de la médecine appliquée aux activités physiques obtient enfin tribune. Les directeurs d'IREP tels que les Professeurs Chailley-Bert, Fabre ou Merklen s'associent aux médecins sportifs tels que les docteurs Richard, proche du milieu cycliste, ou encore Calvet, secrétaire général du PUC, pour composer des Précis de *médecine de contrôle* à l'usage de leurs confrères (tantôt dirigé vers le contrôle de la compétition sportive, tantôt vers l'éducation physique scolaire).

Pr. Paul Chailley-Bert (1941) : « Avant-propos »

« L'une des tâches essentielles des médecins chargés du contrôle de l'éducation physique et du sport sera la délivrance du Certificat d'Aptitude à la Compétition Sportive.

Nous avons pensé faire œuvre utile en groupant ici à leur intention, sous un volume volontairement réduit, l'essentiel des données qui leur permettront de s'acquitter à bon escient de leur rôle en ce domaine. [...].

⁶⁶⁷ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1942. *Education physique et sous-alimentation : influence de l'éducation physique et sportive sur la jeunesse, en fonction de l'alimentation actuelle*. Cité dans GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 73-74.

⁶⁶⁸ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris, p. 41.

Pour rester fidèle au but résolument pratique que nous nous sommes assignés, nous proposons à nos confrères, pour la rédaction même du Certificat d'Aptitude à la Compétition Sportive, le texte ci-après, qui d'ailleurs a reçu l'approbation de la Commission Médicale instituée auprès du Commissariat Général à l'Education Générale et aux Sports.

*Je soussigné, Docteur
demeurant
certifie avoir examiné M
demeurant
à la date du et n'avoir constaté aucun signe contre-
indiquant la pratique des sports
suivants : »⁶⁶⁹.*

Pr. Fabre ; Pr. Merklen & Pr. Chailley-Bert (1943) : « Education physique et contrôle médical »

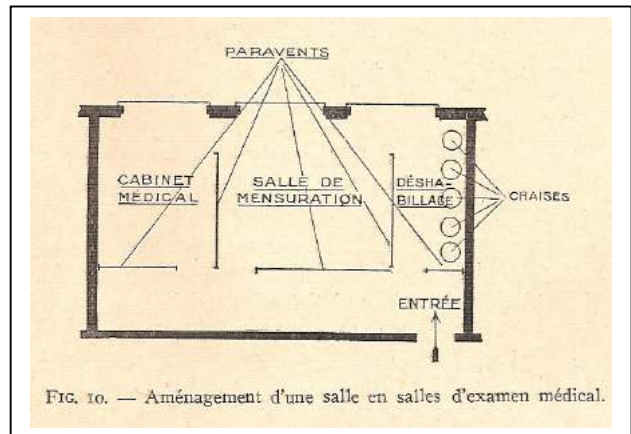
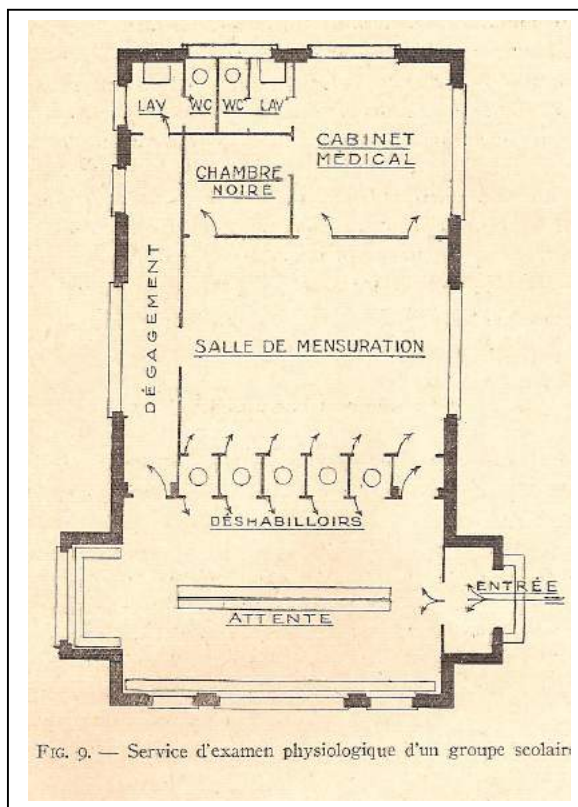
« Parmi les lacunes que comporte le programme actuel des études médicales normalement obligatoires en vue du Doctorat, figure l'absence de tout enseignement concernant la physiologie et la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. Jusqu'ici, quelques-unes seulement de nos Facultés ont intégré cette "discipline" dans des diplômes spéciaux... et facultatifs. Il en résulte qu'aujourd'hui encore nombre de nos confrères demeurent totalement étrangers à ce domaine, où pourtant le praticien a et aura toujours davantage l'occasion d'intervenir, surtout depuis qu'a été institué et commence à fonctionner effectivement dans les établissements scolaires, publics ou libres, un contrôle régulier de l'aptitude des enfants des deux sexes à la pratique de l'éducation physique. [...].

Si l'on fait construire, où si l'on aménage spécialement un local en vue de cet examen, il faut prévoir une salle d'attente, une salle de pesée et de mensuration, un cabinet médical et un cabinet noir pour un examen d'œil, de sinus, etc., et éventuellement pour un poste de radio portatif. La salle d'attente communique avec la salle de pesée par des déshabilleurs (fig.9). Mais point n'est besoin d'une installation si luxueuse, n'importe quelle salle peut être arrangée de façon fort convenable, avec des paravents, des cadres en bois mobiles, des étoffes tendues, etc., de façon à établir une sorte de "sens giratoire" (fig.10). [...].

Quatre enfants doivent pouvoir s'habiller et se déshabiller à la fois ; après avoir été examiné, un s'habille ; un second est examiné par le médecin, un troisième est mesuré par l'assistante et le quatrième se déshabille en attendant son tour »⁶⁷⁰.

⁶⁶⁹ Pr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1941. *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 5-6.

⁶⁷⁰ Pr. FABRE, Roger ; Pr. MERKLEN, Louis & Pr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1943. *Education physique et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 5 ; 195-197.



Les médecins de l'éducation physique et des sports produisent collectivement leurs ouvrages dans un but qui ne se limite pas à la démonstration de leur contribution au redressement de la patrie, « défenseurs désintéressés d'une cause universelle, celle de la préservation de la valeur physique de chaque citoyen pour le plus grand bien de la population considérée dans son ensemble »⁶⁷¹. S'ils reprennent effectivement en chœur la mélodie de l'hygiénisme, certains plaquant même les accords d'un eugénisme plus radical – à l'image d'un projet monté par le docteur Madeuf, qui bien que restant lettre morte, consistait en la création d'un Centre d'expérimentation mis au service de l'éducation physique dans une logique purement eugéniste, ou à l'image de la sélection des élèves et de leur classement au sein de groupes hiérarchisés, enfin appliqués par le docteur Coll de Carrera (principe qui sera d'ailleurs poursuivi après 1945)⁶⁷² – l'effervescence importante des médecins des exercices corporels renvoie surtout à la volonté d'occuper un terrain qu'ils sentent leur échapper. Le redressement de la patrie, argument prôné par les

⁶⁷¹ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 133.

⁶⁷² DEFRANCE, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 157-158.

hygiénistes depuis plusieurs décennies, est un énoncé puissant qui ne se limite pas à la défense nationale, mais assure également le maintien ou le renforcement d'une position individuelle. Or il se trouve justement que les médecins de l'éducation physique et des sports, investis en masse au sein des 15 IREP qui fonctionnent en 1940 et sont rattachés aux facultés de médecine, sentent leurs prérogatives menacées dans le domaine de la formation des cadres sportifs depuis la création des CREGS. D'autant que ces derniers ont été installés dans la plupart des cas à proximité des IREP, dans les principales villes universitaires. La crainte grandit et les médecins directeurs d'IREP se font entendre. A l'image du Professeur Louis Merklen, de Nancy, qui explique : « Il est [...] assez curieux d'avoir à constater que les plus récentes instructions du Commissariat général concernant l'organisation des "Centres" recommandent à ceux qui auront la charge de diriger ces nouveaux établissements d'une part d'utiliser si possible le matériel des Instituts régionaux et des Facultés de Médecine, d'autre part de recourir autant que faire se pourra, pour les cours et conférences, aux personnalités particulièrement qualifiées, c'est-à-dire – pour parler net – au corps enseignant des Facultés de Médecine et des Instituts Régionaux des Universités. Dans ces conditions – et surtout si l'on envisage qu'il est question de retirer aux Instituts régionaux (au bénéfice des "Centres") non seulement la formation des moniteurs, mais celle des candidates et candidats au Professorat d'Education Physique – on en arrive à se demander si le but essentiel de la création des Centres régionaux ne consisterait pas à déposséder les Instituts... »⁶⁷³. L'ampleur de la réaction des professeurs en médecine face au projet évoqué par le Commissariat d'un éventuel rapprochement des deux établissements de formation, semble avoir provoqué la marche arrière du pouvoir dans ce domaine. Au point que « très vite le Commissariat renonce à régenter les Instituts qui conservent une relative autonomie si l'on compare leur situation avec celle des centres régionaux. [...]. Les différents Instituts perpétuent, par conséquent, les missions qu'ils s'étaient donnés dès avant-guerre et se tiennent à l'abri des réformes. [...]. Néanmoins, la méfiance s'est installée d'une manière définitive entre l'Université et le CGEGS »⁶⁷⁴. Ainsi, sous le régime autoritaire de Vichy la médecine des activités corporelles se porte

⁶⁷³ Cité dans **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 43-44.

⁶⁷⁴ **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 111. Il est d'ailleurs légitime de penser que le conflit latent qui oppose actuellement la médecine du sport « universitaire » à la filière des sciences et techniques des activités physiques et sportives, concurrence présentée par O. Jarde comme une des principales raisons de « l'éviction de la médecine du sport », prend ses origines dans les querelles frontalières qui s'engagent dès les années 1940 entre les IREP et les CREGS. **JARDE**, Olivier. 2005. *Avis présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2006 (n°2540) Tome XII Sport Jeunesse et Vie associative*, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2005, N°2569, p. 23.

relativement bien. L'ingérence de l'Etat dans les affaires sportives lui ouvre de belles opportunités du point de vue du contrôle médico-sportif, et la capacité des directeurs d'IREP à repousser la concurrence préserve pour un temps ses champs d'interventions. En témoigne la production en nette hausse des thèses de médecine dont le sujet se rapporte aux activités corporelles depuis 1939. S'il est possible de dénombrer 59 thèses soutenues de 1870 à 1914 incluses, puis 90 de 1919 à 1938, ce n'est moins de 93 thèses qui sont réalisées de 1939 à 1945⁶⁷⁵. L'accroissement est considérable compte tenu de la situation d'agonie sociale dans laquelle se trouve la France de ces années noires. Parmi les sujets traités, les différentes « branches » de cet exercice singulier sont toujours bien présentes. Le versant *social* est plus que jamais d'actualité. Les travaux du docteur Pierre Azéma en 1940 sur le « développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioles par gymnastique respiratoire et la spiroscope en cure héliomarine », ou ceux du docteur Chorivit de Sagardiburu menés en 1943 sur « les préventoriums et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse » semblent à ce titre significatifs⁶⁷⁶. De même les études engagées par les docteurs Libarelli en 1940, et Dumoulin en 1943 sur le traitement des fractures contractées par les skieurs ou les plongeurs évoquent clairement la perpétuation d'une réflexion *clinique*⁶⁷⁷. Enfin, les analyses expérimentales de médecins travaillant au sein de laboratoire de physiologie sont la preuve que le versant scientifique de la médecine de l'éducation physique ne s'essouffle pas, bien au contraire⁶⁷⁸. C'est en 1944 que pour la première fois le titre d'une thèse de médecine appliquée aux exercices corporels évoque la notion d'*épreuve cardio-vasculaire d'effort*, qui sera tant reprise et utilisée ultérieurement dans les laboratoires et les services hospitaliers de médecine du sport. Bien évidemment, dans ce paysage médico-sportif des années 1940, les thèses portant sur le contrôle et l'aptitude sont à l'honneur. Si le terme

⁶⁷⁵ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁶⁷⁶ Dr. AZEMA, Pierre. 1940. *Développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioles par gymnastique respiratoire et la spiroscope en cure héliomarine*, Thèse de médecine, Université de Montpellier ; Dr. CHORIVIT de SAGARDIBURU, C-L. 1943. *Les préventoriums et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux. Cités dans VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁶⁷⁷ Dr. LIBARELLI, Louis. 1940. *Appareillage d'urgence des fractures de jambe par accidents de skis, évacuation en haute montagne hivernale...*, Thèse de médecine, Université de Paris ; Dr. DUMOULIN, Henri. 1943. *Les fractures des plongeurs...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier. Cités dans VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁶⁷⁸ A l'image des thèses menées par : Dr. ORTHOLAN, Maurice. 1943. *Contribution à l'étude des variations de la glycémie au cours de l'exercice musculaire*, Thèse de médecine, Université de Toulouse ; Dr. VULLET, Francis. 1944. *Contribution à l'étude des épreuves cardio-vasculaires d'effort : la dépression rythmique au cours de la période de retour au calme. – Travail du laboratoire de physiologie appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Thèse de médecine, Université de Lyon. Cités dans VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

« contrôle » apparaît à trois reprises dans les titres des thèses soutenues de 1870 à 1938, ce même terme est utilisé quatre fois dans les années du second conflit mondial. C'est également en 1943 qu'apparaît pour la première fois dans les recherches médicales l'analyse et la description d'un « centre médico-sportif »⁶⁷⁹.

Mais à nouveau, et ce malgré le développement de la médecine de l'activité physique, la tension entre les deux univers sportif et médical reste palpable dans les discours, et scinde l'espace des positions de façon repérable. A l'image des oppositions qui ont divisé les praticiens depuis la fin du XIX^e siècle, la question de la « bonne » activité physique ne semble pas tranchée et les dispositions personnelles continuent de s'exprimer, participant alors à la reproduction d'une hétérogénéité originelle. Le champion, entre modèle de santé par le surpassement des limites physiologiques, et modèle d'abus par le dépassement des capacités humaines, faites vos jeux ! Pour l'ancien champion de France universitaire d'athlétisme, sous-chef du CGEGS de la zone Nord de la France en 1943 ayant en charge l'organisation administrative du contrôle médico-sportif, la nécessité d'un contrôle médical ne fait pas de doute car la pratique du sport en compétition s'adresse à des individus sains. Il n'en reste pas moins, selon lui, que « la compétition permet à l'individu de s'épanouir pleinement »⁶⁸⁰. A l'inverse, le docteur Lumière, peu rompu au sport moderne, déclare logiquement : « la meilleure éducation physique doit se rapprocher du jeu et s'éloigner du sport de compétition », dans un article au titre évocateur : « la frénésie sportive et l'usure du cœur »⁶⁸¹. De même, le docteur Cattier, s'il reconnaît la beauté physique des élites et des recordmans, fait revivre dans son ouvrage la polémique déjà ancienne des méfaits supposés de la spécialisation, et livre le rapport qu'il entretient subjectivement aux activités corporelles. S'il considère que la pratique en compétition d'un sport unique conduit inévitablement à des déformations et représente donc une aberration sanitaire, le vice-président de la fédération de tennis, le docteur Collet, reste prudent et sélectif à l'égard de la haute compétition, mais fait de la pratique unique du tennis un bienfait incontournable et en appelle même à un renforcement rationalisé de la préparation physique...

⁶⁷⁹ Dr. **HUCHET**, André. 1943. *L'examen médical du sportif au « Centre médico-sportif »*, Thèse de médecine, Université de Paris. Cité dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Cit.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁶⁸⁰ Cité dans **COMMANDRE**, F. & **FORNARIS** E. 1997. « Histoire et organisation de la médecine du sport », **MAGNIN**, P ; **CORNU**, J-Y. *Médecine du sport, pratiques du sport et accompagnements médicaux*, Paris, Ellipses, p. 257.

⁶⁸¹ Dr. **LUMIERE**, Auguste. 1941. « La frénésie sportive et l'usure du cœur », *L'Avenir Médical*, n°9, Novembre 1941. Cité dans **GAY-LESCOT**, Jean-Louis. 1991. *Op. Cit.*, p. 106-107.

Dr. Cattier (1945) : « *La santé par l'effort ou la Gymnastique pour tous* »

« L'exercice salutaire, on le devine, sera celui qui mettra en activité le plus grand nombre de muscles et de fonctions de l'organisme.

Ce serait une erreur de croire que développer exclusivement une masse musculaire, que pratiquer un seul sport, soit une formule heureuse. Quand l'engouement sportif et la mode ont favorisé le culte de certaines variétés d'athlétisme, on ne tarda pas à constater que le développement isolé de certains groupes musculaires, loin d'être un facteur de résistance et de robustesse, était un danger, parce qu'il ne correspondait pas à un développement parallèle du cœur et de la respiration. [...].

Il faut redouter l'exercice trop localisé, donner sa préférence à l'effort capable de mettre en jeu les muscles dont aucun ne donnant sa contraction maxima permet de coordonner un ensemble de contractions moyennes généralisées. [...].

A ceux qui préféreront, pour des motifs divers, se contenter de l'effort modeste du sonneur de cloche ou du bucheron avec sa hache, ils trouveront encore dans cette pratique l'exemple de l'exercice musculaire généralisé, le meilleur de tous »⁶⁸².

Dr. Marcel Collet (1941) : « *Le tennis* »

« Au point de vue musculaire toutes les parties du corps travaillent ; si le bras droit est mis en action dans toutes les positions possibles, le bras gauche sert constamment pour équilibrer le mouvement du corps qui sert le plus souvent à appuyer l'exécution des coups. Les dorsaux et les abdominaux sont mis en action dans le "service" plus particulièrement ; les muscles lombaires ne cessent d'être mis à contribution surtout dans les volées basses, les jambes sont perpétuellement en mouvement ; en somme le joueur est rarement immobile. La caractéristique d'un bon joueur de tennis est d'avoir une grande souplesse musculaire. [...].

Il n'y a absolument aucun inconvénient à laisser pratiquer le tennis sport d'amusement ou sport de petite compétition qui s'adapte au niveau des possibilités des joueurs, mais pour prendre part aux grands tournois, il faut pour le tennis comme pour les autres grands sports, avoir une condition physique parfaite et un excellent entraînement. Or le tennisman élégant néglige souvent ces conditions qui nécessitent un certain nombre de privations ou d'efforts ; quelque fois les joueurs sont remplis de bonne volonté mais ils ignorent tout de la mise en condition et de son contrôle, il faudrait donc que les organismes dirigeants de même que les joueurs prissent en considération cette conception que le tennis devenu un sport athlétique complet n'a pas uniquement besoin de technique »⁶⁸³.

⁶⁸² Dr. CATTIER. 1945. *La santé par l'effort ou la Gymnastique pour tous*, Bonne Presse, Paris, p. 16-17.

⁶⁸³ Dr. COLLET, Marcel. 1941. « Le tennis », in Pr. CHAILLEY-BERT, Paul (dir.), *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillièrre et Fils, Paris, p. 71-73.

La permanence du clivage « sport-jeu / sport-record » qui divise l'espace médico-sportif et autorise des positionnements divers mais récurrents dans le temps s'explique certainement par le renouvellement très relatif des médecins eux-mêmes. Parmi les plus actifs, bon nombre étaient déjà présents avant la guerre. Et c'est un fait que ces praticiens possèdent une étonnante capacité à surmonter les divisions politiques. La malléabilité des préceptes hygiénistes leur offre en effet une ressource utile pour séduire chacun des contextes politiques et sociaux dans lesquels ils évoluent successivement. Comme après chaque conflit – Bataille de Sedan, première puis seconde guerre mondiale – l'hygiène se pose en élément rédempteur, capable de réparer les blessures et les infirmités, d'écarter les hommes de leurs faiblesses et péchés afin de les préparer à être rentables socialement et ainsi contribuer au redressement de leur nation. Il ne leur faudra modifier que très légèrement ces principes dans le sens d'une radicalisation qui fait de l'hygiénisme un eugénisme pour que ces thèses fascinent l'idéal Vichyste. Une France virile, belle et en santé, pour la Patrie. Ainsi doit-on comprendre la rémanence de ces quelques médecins avant, pendant mais également après la seconde guerre mondiale. Des docteurs tels que George-André Richard, Paul Chailley-Bert, Louis Merklen, etc., marquent de leurs empreintes et de leurs sensibilités singulières à l'égard des activités corporelles chacune de ses périodes. D'autres comme le docteur Encausse, pourtant engagé dans l'administration de Vichy, parviennent également à conserver un rôle premier dans l'espace médico-sportif dès l'issue des combats. Il apparaît en effet que plusieurs praticiens s'étaient largement détournés de l'autorité de Vichy, ou avaient même tissé des liens avec la Résistance⁶⁸⁴. Le docteur Encausse sera ainsi médaillé de la Résistance, et obtiendra après la guerre le poste de « Chef du Bureau du contrôle médical sportif extra-scolaire de la Direction générale de l'Education Physique et des Sports »⁶⁸⁵. Pourtant, si les tensions résistent à l'usure du temps, tout comme les médecins qui les portent et les alimentent, les grands bouleversements du champ médical dans les années 1950 vont transformer le paysage médico-sportif qui va devoir composer avec de nouveaux repères.

⁶⁸⁴ Le professeur Chailley-Bert témoigne ainsi de la clandestinité dans laquelle il fut contraint de rédiger l'un de ses ouvrages dans les dernières années qui précéderent la Libération. Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1946. *Sports, Education physique, leurs réactions sur l'appareil circulatoire*, J-B. Baillière, Paris, p. 5. « A mes camarades les médecins sportifs avec l'espoir de les intéresser. Depuis plus de vingt ans j'étudie les réactions de l'appareil circulatoire au travail musculaire et depuis quinze ans j'ai envie d'écrire ce livre. Je l'ai commencé il ya dix-huit mois et terminé durant la clandestinité. Il s'en ressent ».

⁶⁸⁵ Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris. Pour une rapide biographie du Dr. Philippe Encausse, voir **EL BOUJJOUI**, Taieb. 2005. *Op. Cit.*, p. 130.

II. De la Libération à la fin des années 1960, contrôle et surveillance au service d'un exercice médical renforcé

La sortie du conflit annonce des années de rigueur. Le temps sera long avant que les blessures ne se referment. Pourtant, dans ce contexte où se mélangent la fierté et le désespoir de devoir tout reconstruire, l'impulsion donnée aux sports sous Vichy ne faiblit pas et se renforce même. Les femmes et les jeunes, pratiquants sportifs de l'Occupation, sont rejoints dans les effectifs par les hommes. En 1946, « les statistiques du Comité National des Sports portent sur quelques 20000 associations sportives régulières groupant plus d'un million de sportifs. 52 fédérations et groupements sportifs nationaux sont reconnus officiellement »⁶⁸⁶. L'engouement pour les activités de loisir et de compétitions s'accroît d'année en année. A partir des années 1950, on assiste en France à un essor spectaculaire de la publicité qui, de par une américanisation des modes de ventes, s'adapte aux supports sportifs. C'est dans cette voie que s'inscrit le tout premier « Salon des Sports et du Camping » en 1950⁶⁸⁷. « Comme avant la guerre, les manifestations sportives attirent les foules : en 1951, on évalue à 71 millions les spectateurs des stades et des rings. Le Tour de France connaît un vrai succès populaire, d'autant qu'il est, à plusieurs reprises, remporté par des coureurs cyclistes français : Robic (1947), Bobet (1953, 1954, 1955), Anquetil (1957). Le style des retransmissions radiophoniques change : le ton du récit est abandonné, et les reporters ponctuent désormais d'un concert d'exclamations les exploits du boxeur Marcel Cerdan, du footballeur Raymond Kopa, ou du cycliste Fausto Coppi. [...]. Le Poste Parisien produit de nombreuses émissions sportives ; le reportage sportif y devient un genre radiophonique à part [les 9 millions de postes pour 14 millions de ménages attestent de l'essor de la radiophonie]. [...]. La première retransmission télévisée d'un match de football a lieu en mai 1955 »⁶⁸⁸. Cette affluence vers la pratique et son spectacle est en partie le résultat de la très forte ingérence de l'Etat dans les affaires sportives depuis le

⁶⁸⁶ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1946. *Op. Cit.*

⁶⁸⁷ GOETSCHER, Pascale & TOUCHEBOEUF, Bénédicte. 2004. *La IV^e République. La France de la Libération à 1958*, Le Livre de Poche, Collection La France Contemporaine, Paris, p. 257-258.

⁶⁸⁸ GOETSCHER, Pascale & TOUCHEBOEUF, Bénédicte. 2004. *Op. Cit.*, p. 273-274 ; 400-401.

début des années 1940, qui a été à l'origine d'une réorganisation administrative salutaire du mouvement sportif. A l'inverse, c'est cette même affluence qui explique le désir étatique de ne pas s'en dessaisir. Dès la Libération, les autorités réaffirment dans un vocabulaire qui entend rompre avec le dirigisme de Vichy, leur participation à l'organisation du sport français. « Afin de prendre en compte la vitalité associative, notamment dans le domaine de la jeunesse et des sports, et pour rompre avec les institutions mises en place par Vichy, l'ordonnance du 28 août 1945 invente la notion de délégation de pouvoirs aux groupements et fédérations, leur conférant ainsi une mission de service public »⁶⁸⁹. Les années 1950 représentent une période de croissance exponentielle du sport, aussi bien compétitif que de loisir. Les gouvernements successifs ne font que repenser dans leur contexte un double-enjeu perçu depuis le début du siècle. L'après guerre est favorable à cette vision du sport comme lieu d'éducation des masses, pour la formation de citoyens éclairés, forts et utiles. Mais la décennie 1950, marquée par cette « paix impossible et guerre improbable », est aussi responsable d'une représentation du sport comme vitrine de la puissance nationale. « La valeur symbolique des performances sportives dans l'espace des relations internationales connaît une forte hausse au moment de la guerre froide, et la plupart des Etats libéraux et des Etats communistes investissent dans le sport compétitif pour tenir leur rang dans cette rivalité entre Etats »⁶⁹⁰. La France n'est pas en reste et la politique sportive que l'Etat Gaulliste entreprend dès 1961 s'appuie sur cette « nouvelle donne ». M. Herzog, Haut Commissaire à la Jeunesse et aux Sports, résume ainsi en 1963 cette double perspective : « Le sport... n'est plus ni récréatif, ni un loisir même supérieur, mais est devenu un fait social, un fait national... un moyen privilégié d'éducation. Nous devons le considérer comme une activité essentielle de la vie de la nation. Il faut maintenant que ce soit l'Etat qui se penche sur ce fait national »⁶⁹¹.

La Libération représente également une période de vaste remaniement du champ médical. La médecine rentre dans un processus d'hyperspécialisation dans lequel vont être distingués les praticiens « compétents » des spécialistes. Les Spécialités, qui existaient en pratique avant la guerre, bénéficient désormais d'une reconnaissance académique. S'il est possible en effet de constater « l'absence de référence explicite aux spécialistes dans le

⁶⁸⁹ GOETSCHER, Pascale & TOUCHEBOEUF, Bénédicte. 2004. *Op. Cit.*, p. 146.

⁶⁹⁰ DEFRANCE, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in KALUSZYNSKI, Martine & WAHNICH, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 235.

⁶⁹¹ Cité dans DEFRANCE, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in KALUSZYNSKI, Martine & WAHNICH, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 235.

texte de loi portant création de l'Ordre des médecins [loi du 7 octobre 1940], [...], la situation change après guerre, avec l'établissement des certificats universitaires de spécialités auxquels s'inscrivent non seulement des étudiants, mais nombre de praticiens déjà établis. La transition s'organise avec l'institution en 1947, par arrêtés législatifs, de commissions habilitées à homologuer comme spécialistes, les médecins se consacrant à leurs spécialités depuis plusieurs années. Deux ans plus tard, un arrêté du 6 octobre 1949 distingue le médecin spécialiste et le médecin compétent, fixe les conditions de leur reconnaissance et en établit la liste »⁶⁹². Cette redéfinition de l'espace professionnel, par les découpages plus marqués qu'elle officialise, va renforcer considérablement les concurrences internes au champ médical. Dans un souci évident de placement au sein d'une hiérarchie rendue visible, la course aux spécialités distinctives et aux compétences multiples est ouverte⁶⁹³. « Les difficultés accrues des conditions d'exercice ont aussi eu pour conséquence la dégradation du climat de confraternité. La concurrence entre médecins est perçue comme devenant de plus en plus dure. Elle est aussi liée à la vénalité, toujours attribuée aux concurrents, qui ne reculent devant aucune méthode douteuse. "Le médecin est un loup pour le médecin" »⁶⁹⁴. Mais cette évolution majeure ne peut s'entendre que dans le cadre des modifications plus générales entreprises par les autorités concernant le rapport à la santé et donc nécessairement à la médecine. « Dans le domaine de la sécurité sociale et du travail, d'importantes modifications interviennent. Les premières mesures visent à augmenter les prestations familiales – ce qui est fait le 17 octobre 1944. Afin d'améliorer la santé de la population, une médecine préventive se met en place, pour les enfants dès l'automne 1945, sur les lieux de travail en octobre 1946. Mais la grande nouveauté est ailleurs. Pierre Laroque est chargé par le Ministre du Travail, Alexandre Parodi, de mettre en place un organisme unique de sécurité sociale. [...]. Finalement, l'ordonnance du 4 octobre 1945 institue un système qui englobe la maladie, l'invalidité, la vieillesse, les décès, les accidents du travail et les allocations familiales »⁶⁹⁵. Ainsi, l'hyperspécialisation de médecins qui se disputent désormais des régions anatomiques limitées parfois à un unique organe du corps humain, n'a pas été la seule

⁶⁹² **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 77-78.

⁶⁹³ « La restructuration du champ médical autour d'espaces spécialisés institutionnalisés, [...], offre aux nouveaux entrants des cadres de référence et des possibilités de formation utilisables dans une stratégie de placement professionnel ». **PINELL**, Patrice. 2005. « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p. 36.

⁶⁹⁴ **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 231.

⁶⁹⁵ **GOETSCHEL**, Pascale & **TOUCHEBOEUF**, Bénédicte. 2004. *Op. Cit.*, p. 131.

manifestation de l'évolution de la médecine au cours de cette période. Diverses législations mettent en place ou réorganisent des secteurs d'exercice comme la santé de la mère et de l'enfant, la médecine scolaire, la médecine du travail, ou encore la médecine du sport, qui ensemble fournissent au corps médical un éventail suffisamment large d'emplois salariés. Fait majeur de la décennie cinquante, le salariat, nouveau mode d'exercice fort éloigné des principes du libéralisme qui dominent l'univers médical jusqu'alors, s'impose et se stabilise. Petite révolution, même si dans les faits, de multiples formes de médecine sociale resteront dévolues à des médecins libéraux les exerçant à temps partiel et payés à la vacation (ce qui s'avérera être particulièrement le cas de la médecine du sport). Dans l'espace redéfini des spécialités médicales, la médecine salariée, pratiquée le plus souvent par des médecins généralistes ayant obtenus une compétence dans un domaine spécifique, inaugure une étape déterminante dans le processus de médicalisation de la vie sociale. Par la multiplication des populations ciblées par les examens (femmes, enfants, travailleurs, sportifs, handicapés...), la médecine ne se limite pas à un exercice spécialisé qui répare les corps humains de « l'intérieur », elle s'impose également dans le contrôle du corps social en posant un regard extérieur sur « l'Homme total ». Enfin, il nous faut évoquer ici les transformations qui vont toucher l'hôpital français à la fin des années cinquante, tant elles participent elles aussi à la construction du champ médical. 1958 « est en effet une étape essentielle pour l'hôpital moderne. Trois ordonnances et un décret créent les centres hospitaliers universitaires [CHU], entraînant une modification des études médicales en faveur d'une formation partagée entre pratique et théorie. Ils marquent également une étatisation renforcée de l'espace sanitaire »⁶⁹⁶. La Réforme Debré se concrétise en effet par l'Ordonnance du 30 décembre 1958 qui instaure la fusion de la faculté de médecine et de la clinique au sein des CHU, et crée un corps de professeurs hospitaliers et universitaires à plein temps ayant pour charge la triple fonction de soins, d'enseignements et de recherches.

Depuis la seconde guerre mondiale, c'est donc le paysage global de la médecine qui se transforme et autorise le développement de profils professionnels variés. « La mise en place des assurances sociales, puis de la Sécurité Sociale [a créé] les conditions de solvabilité indispensables à la médicalisation de la population française. L'organisation même de la profession pouvait alors intégrer ces transformations dont la spécialisation et

⁶⁹⁶ **TERROIR**, Matthieu. 2004. *Op. Cit.*, p. 16.

sa diffusion en ville, la médecine salariée, et le plein temps hospitalier apparaissent comme les traits les plus marquants, dessinant en contrepoint le déclin relatif de la médecine générale libérale. [...]. On ne doit pas méconnaître, cependant, l'accroissement en valeur absolue du nombre de médecins généralistes. L'expansion sans précédent de la profession médicale a submergé l'essor des nouvelles formes d'exercice et engendré, mécaniquement, un afflux de médecins généralistes libéraux qui se répand sur l'ensemble du territoire »⁶⁹⁷. C'est dans ce décor mouvant et complexe qu'il est nécessaire d'interroger la place et le devenir de la médecine du sport. Entre deux univers – le Sport et la Médecine – qui se renforcent et s'autonomisent davantage, l'exercice médical appliqué aux activités corporelles navigue entre reconnaissance et indifférence. Si l'ingérence de l'Etat dans les affaires sportives lui assure en effet la possibilité d'un développement de son activité de contrôle des athlètes et de surveillance des compétitions – et de gagner ainsi en légitimité par la création d'une formation spécifique et l'obtention d'une chaire – la place renforcée des entraîneurs dans l'encadrement du sport d'élite, l'émancipation des enseignants d'EPS dans le milieu scolaire, et sa non-accession au tout nouveau statut de « spécialité » médicale sont autant de terrains sur lesquels elle peine à conserver ou à se faire sa place. La lutte contre le doping, initiée en France dans les années 1960 sous le gouvernement Herzog soucieux de « rétablir » les supposées valeurs du sport moderne, pur et éducatif, sera l'occasion de renforcer plus encore la médecine du sport de contrôle. D'une orientation préventive, cette branche spécifique de la médecine des activités physiques va prendre alors le chemin d'une médecine coercitive, toujours active à l'heure actuelle.

II. 1. Entre reconnaissance et perte d'influence, la médecine du sport dans le paradoxe des années 1950

« L'éducation physique et sportive est donc enfin en passe de connaître un succès marqué en France où il fut de règle, pendant si longtemps hélas ! de considérer les sportifs et leurs défenseurs comme de vulgaires “minus habentes”. A titre de sportif nous nous félicitons de ce changement, mais,

⁶⁹⁷ **HERZLICH**, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 77. Souligné par nous.

comme médecin, nous croyons devoir insister sur la nécessité de ne pas permettre à n'importe qui de pratiquer en compétition, n'importe quand et n'importe comment une activité physique. Le contrôle médical des activités physiques et sportives est une nécessité doublée d'un bienfait ». Dr. Philippe Encausse. Chef du Bureau du Contrôle médical sportif extra-scolaire de la Direction Générale de l'éducation physique et des sports. 1946.⁶⁹⁸

Ce sont avec ses mots que le docteur Encausse, rescapé de l'administration de Vichy de par son implication dans la Résistance, introduit une notice qui a pour objectif de donner aux dirigeants des associations agréées par la Direction générale de l'éducation physique et des sports des directives immédiatement applicables en vue de la bonne organisation du contrôle médical des activités physiques extra-scolaires. Car l'Etat réaffirme ici sa très ferme intention de se tenir au plus près du mouvement sportif. Ainsi apprend-on dans l'avant-propos de ce document, par Gaston Roux, Directeur général de l'EPS, que son institution « s'est attachée, entre autres, à la réorganisation du contrôle médical des activités physiques extra-scolaires, en liaison avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population, les Fédérations et Associations sportives, les dirigeants, éducateurs et médecins sportifs. [...]. Le présent opuscule mis au point par le sportif docteur Ph. Encausse [...] doit faciliter le développement de ce contrôle médical [et ainsi] contribuer à la bonne organisation du contrôle médico-physiologique de base que l'Etat préconise et encourage à si juste titre chez tous les sportifs »⁶⁹⁹. Ainsi, dès l'année 1946, aucun athlète mineur et aucune athlète, quel que soit son âge, ne sont autorisés à pratiquer le sport en compétition, s'ils ne sont reconnus dans un premier temps physiquement capables de supporter les efforts qu'il exige. Là encore, il s'agit d'une ancienne doléance, mais qui cette fois possède des moyens dignes de ses ambitions. Un ensemble de dispositions législatives viennent en effet réglementer cet exercice et poser les grands principes de son organisation technique, humaine et matérielle. C'est l'Arrêté du 2 octobre 1945 qui restreint la délivrance des licences sportives à la présentation préalable d'un certificat médical d'aptitude aux sports (Article 7). Les associations sportives agréées par l'Etat sont alors tenues, soit de s'assurer le concours d'un ou plusieurs docteurs en médecine agréés par la Direction générale de l'éducation physique et des sports, avec

⁶⁹⁸ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

⁶⁹⁹ ROUX, Gaston. 1946. « Avant-propos », in Dr. ENCAUSSE, Philippe, *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

lesquels elles contractent librement tous accords ou engagements, soit d'adhérer à un centre médico-sportif agréé par la Direction générale de l'éducation physique et des sports, soit enfin de s'assurer le concours d'un ou de plusieurs médecins appartenant à un organisme public ou privé de médecine collective, ces médecins étant agréés par la Direction générale de l'éducation physique et des sports (Article 8). Dans ce cadre et à titre d'encouragement, l'Etat s'engage à faire bénéficier de subventions spéciales les associations sportives qui en feront la demande afin de participer aux frais qu'elles auront engagés pour assurer le contrôle médical de leurs adhérents (Article 9). L'Arrêté du 22 février 1946 apporte des précisions sur l'obligation du contrôle médical. En effet, si le médecin responsable du contrôle médical des membres de l'association sportive où il exerce a le pouvoir de retirer temporairement ou définitivement à tout sujet paraissant en mauvaise condition l'autorisation de pratiquer un sport donné en compétition (Article 5), il est également rappelé qu'en aucun cas, l'examen médical de base donnant lieu à l'établissement de la fiche physiologique ne doit être pratiqué à l'improviste sur le terrain avant la réunion sportive (Article 6). Pour s'assurer de la bonne exécution de ses mesures, les autorités engagent la responsabilité des fédérations (qui doivent par exemple vérifier la validité des licences avant les épreuves sportives), mais également celles des dirigeants sportifs et des médecins eux-mêmes. L'Article 11 précise ainsi qu'en cas de fraudes ou d'irrégularités constatées, des sanctions seront prises contre le médecin dont le cas pourra être soumis au conseil de l'ordre des médecins. Cette responsabilisation (relative) des médecins témoigne sans aucun doute de la volonté de cadrer un exercice que l'on imagine parfois aléatoire. Comme le fait remarquer en ce sens le Pr. Paul Chailley-Bert, la médecine du sport « n'est ni un amusement, ni une mode passagère, c'est une question vitale pour notre pays »⁷⁰⁰. Mais les autorités ne se contentent pas de renforcer le contrôle par la menace d'éventuelles sanctions. Elles cherchent également à développer les Centres médico-sportifs en versant là aussi des subventions et en invitant les mairies ou les IREP à prêter leurs locaux. Au nombre de 14 en 1942, il sera possible d'en recenser pas moins de 113 au 31 décembre 1961, auxquels il faut ajouter les 9 centres médico-sportifs de surexpertise (dont les compétences et le matériel supérieurs à ceux disponibles dans les centres classiques permettent de réaliser des examens plus poussés pour certains athlètes,

⁷⁰⁰ Cité dans **COMMANDRE, F. & FORNARIS, E.** 1997. *Op. Cit.*, p. 257.

« comme c'est le cas, par exemple, pour les athlètes sélectionnés pour défendre nos couleurs en compétition internationale »⁷⁰¹).

Ainsi, l'obligation du certificat médical, la responsabilisation des médecins dans un rôle de contrôle et la multiplication des centres médico-sportifs font des années cinquante une décennie dans laquelle la médecine du sport acquiert une légitimité. Mais l'ingérence de l'Etat, qui renforce le versant « panoptique » de la médecine des sportifs, a pour corollaire une plus grande rigueur dans la définition des tâches de chacun. Le temps où le médecin, au statut social survalorisé, pouvait se proclamer compétent dans la préparation générale des athlètes à la barbe de l'entraîneur est révolu. La prise en main des affaires sportives, initiée sous Vichy, et visible dans l'amélioration de la formation des cadres sportifs, le contrôle des fédérations, ou encore la fabrication dissimulée du statut d'athlète d'Etat, conduit inévitablement à une clarification des rôles et des fonctions. Le médecin reste médecin et la figure de l'entraîneur se renforce très nettement. A. Roger a parfaitement identifié la prise de pouvoir très nette des techniciens dans les associations sportives et les fédérations à partir de cette seconde moitié du XX^e siècle⁷⁰². Les médecins sont contraints de repenser les limites de leur champ d'intervention dans le domaine des activités sportives extra-scolaires. Si leur présence dans les associations sportives, jusqu'alors dérangeante et parfois même contestée par certains, est entérinée officiellement à la fin des années quarante, leurs attributions de droit ne concernent plus que le contrôle des pratiquants. Ce rôle de pure évaluation est d'ailleurs renforcé par les dispositions législatives prises à l'égard des grandes réunions sportives. La Circulaire n°778 de mars 1948, complétée par la Circulaire n°321 de mars 1956, prévoit qu'à « l'occasion de toute réunion sportive importante, susceptible d'être suivie par un nombreux public, les Fédérations, Groupements sportifs, etc., organisateurs doivent prévoir un service médical destiné à venir en aide, non seulement aux athlètes *mais aussi aux spectateurs*. Ce service médical doit comporter un médecin-chef et plusieurs adjoints aidés, eux-mêmes, par une équipe de secouristes [...]. Les services médicaux de la Direction générale de la Jeunesse et des Sports qui sont chargés de procéder à toutes inspections utiles au sujet de l'organisation du service médical sportif [...] se tiennent à la disposition des organisateurs de réunions sportives pour leur fournir les noms et adresses de médecins susceptibles

⁷⁰¹ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 244.

⁷⁰² ROGER, Anne. 2003. *Op. Cit.*

d’être pressentis pour compléter leur service médical »⁷⁰³. Ainsi, la médecine du sport dont on réclame le développement est une médecine d’aptitude et d’urgence, finalement proche dans les faits d’une pratique généraliste. Paradoxalement, sa reconnaissance officielle marquée s’accompagne d’une réduction des prérogatives que certains s’étaient spontanément alloués (faisant de leur activité un exercice « spécialisé »). Pour autant, de par la combinaison complexe de facteurs variés, cet amoindrissement ne sera pas responsable, bien au contraire, d’une désaffection des médecins pour l’objet sportif. Dans un processus de redéfinition du paysage global de la médecine, marqué par une concurrence accrue et une volonté forte de se distinguer, le contrôle médico-sportif participe de ce contexte très particulier « des examens médicaux massifs menés après la seconde guerre mondiale » et attire sans nul doute de nouveaux médecins vers les activités physiques et sportives⁷⁰⁴. Dans une période où le nombre de généralistes augmente « au moment même où se diffuse la spécialisation [...] en réponse à l’émergence simultanée d’un besoin de médecine générale venant des régions jusqu’alors peu médicalisées », et où le nombre des sociétés sportives s’accroît également sur l’ensemble du territoire français, toutes les conditions semblent réunies pour que Sport et Médecine se rencontrent localement⁷⁰⁵. En l’absence de données chiffrées sur le nombre de médecins effectivement impliqués, l’augmentation conséquente du nombre de contrôles médico-sportifs réalisés (recensés à partir du nombre de licences signées ou refusées) en devient le témoin indirect.

Dr. Encausse (1962) : « Sport et Santé. Précis de médecine sportive »

Année Civile	Sujets examinés	Certificats refusés	Sujets radioscopés
1945	80 180	3 002	8 050
1946	100 181	3 151	18 080
1947	143 986	4 841	23 204
1948	145 329	4 960	40 174
1949	162 569	4 084	43 363
1950	163 341	5 008	44 417
1951	166 147	5 586	50 382
1952	178 063	4 869	51 530
1953	186 279	5 803	63 153
1954	192 160	5 253	67 763
1955	194 286	5 881	76 966
1956	200 218	5 829	82 304

⁷⁰³ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 278-279.

⁷⁰⁴ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, Payot, Paris, p. 272.

⁷⁰⁵ HERZLICH, Claudine, BUNGNER, Martine, PAICHELER, Geneviève, ROUSSIN, Philippe & ZUBER, Marie-Christine. 1993. *Op. Cit.*, p. 79.

1957	194 635	5 406	67 313
1958	204 064	5 715	85 098
1959	188 894	4 490	71 418
1960	212 187	5 440	81 343
Total	2 712 519	79 318	874 558

«79 318 certificats médicaux d'aptitude aux sports en compétition ont été refusés temporairement ou définitivement à des jeunes sportifs qui, autrement, eussent risqué de porter plus ou moins gravement atteinte à leur état de santé présent ou à venir.

C'est là une nouvelle preuve de l'intérêt social considérable présenté par la médecine sportive de dépistage et d'orientation préconisée par le Haut Commissariat à la Jeunesse et aux Sports au Ministère de l'Education Nationale »⁷⁰⁶.

En quinze années, le nombre de contrôles effectués a donc connu une augmentation de 62 %. Le nombre de certificats refusés a quasiment doublé en valeur absolue, mais rapporté au nombre de sujets examinés, le pourcentage d'inaptitude est passé de 3.7 % en 1945 à 2.6 % en 1960. En revanche le nombre de radioscopies réalisées connaît une augmentation sans précédent. D'un sujet sur 10 en 1945, c'est près de 2 individus sur 5 pour lesquelles sont effectuées des radioscopies en 1960. Pas étonnant alors de constater que le docteur Philippe Encausse, alors chef des services médicaux du Haut Commissariat à la Jeunesse et aux Sports, se félicite de ce succès. Pour autant, d'autres indicateurs en appellent à nuancer l'implacable vérité des résultats chiffrés. La modification du taux des vacations des médecins ayant en charge la surveillance des grandes manifestations sportives en est un exemple significatif. D'une vacation due au médecin chef ainsi qu'à chaque médecin-assistant, ne pouvant être inférieure à 1 080 francs pour trois heures trente et devant être prélevée sur la recette de la réunion (aux frais du groupement sportif), la Circulaire de 1956 revoit les chiffres à la hausse et distingue le travail du médecin chef de celui de ses assistants. Cette fois, la vacation due au médecin-chef ne pourra descendre en-deçà de 5 000 francs les dimanches et jours de fête, et de 3 000 francs en semaine pour trois heures trente de travail effectuées, ces chiffres étant ramenés respectivement à 4 000 et à 2 500 francs pour les médecins assistants. Les frais en question seront là aussi prélevés sur la recette de la réunion ou, en cas de déficit, sur la subvention officielle accordée annuellement aux Fédérations au titre de l'organisation du contrôle médical sportif extrascolaire (aux frais de l'Etat)⁷⁰⁷. Une fois dépassé le caractère anecdotique de ces

⁷⁰⁶ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, J-B. Baillièrè et Fils, Paris, p. 250-251.

⁷⁰⁷ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, J-B. Baillièrè et Fils, Paris, p. 278-279.

modifications, la hausse des vacations médicales et la participation financière de fonds publics laisse clairement entendre l'insatisfaction des médecins face aux rétributions initialement accordées. Il s'agit là d'un point central dans l'histoire qui lie la Médecine au Sport. Dans son projet d'encadrement du mouvement sportif, l'Etat entend mettre de l'ordre dans les rôles et attributions de chacun. Aussi, afin de lisser les contours d'un exercice médical aléatoire et mouvant au sein des associations sportives, et ainsi éviter d'éventuelles dérives, la Direction générale de l'éducation physique et des sports a posé en principe que les médecins devaient être honorés. Mais si le taux minimum des vacations lors des manifestations sportives a été fixé légalement, il n'en est rien en ce qui concerne le contrôle à l'intérieur des groupements sportifs (seules des subventions sont accordées sous certaines conditions). « Les associations doivent régler régulièrement le montant des visites médicales, soit par sujet à examiner soit, de préférence, par vacations, le mode de règlement et le montant des honoraires étant fixés d'un commun accord entre les dirigeants sportifs et les médecins intéressés »⁷⁰⁸. Dans un espace sportif peu fortuné et face à des médecins dont les conditions quotidiennes d'existence ont affuté leurs exigences, il devient clair que ces transactions constitueront un frein au déplacement des praticiens dans les associations sportives (cette problématique est d'ailleurs d'une actualité brûlante)⁷⁰⁹. Trait caractéristique du champ sportif français, c'est en jouant sur la corde de la passion et du nécessaire bénévolat que les dirigeants parviendront à s'entourer de médecins conciliants et ainsi répondre à l'obligation de contrôle. « Par chance, des milliers de médecins, en pratiquant leur sport favori, avaient pourvu spontanément et de façon désintéressée à la médecine de leur club. [...]. Se développant du seul fait des volontés médicales, conscientes à la fois des bienfaits et des risques du sport, certes appuyée par les pouvoirs publics, elle est demeurée longtemps artisanale [...]. Compte tenu de la diversité des fonctions à remplir et de la grande modestie des moyens pour y parvenir, il apparut nécessaire de faire appel à l'expérience et à l'engagement du plus grand nombre possible d'acteurs pratiquement bénévoles, pour diviser la charge des tâches de chacun »⁷¹⁰. Au-

⁷⁰⁸ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Éducation Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

⁷⁰⁹ C'est la raison pour laquelle le Haut Commissariat à la Jeunesse et aux Sports va organiser à partir de mars 1961, le concours du meilleur contrôle médical sportif. « Dans le but d'encourager le contrôle médical au niveau des clubs, associations sportives, centres médico sportifs et centres de surexpertise, un concours du meilleur contrôle médical a été institué et donne lieu, chaque année, à l'attribution d'un certain nombre de récompenses. [...] Une somme de 3.400 N.F. et un challenge (objet d'art) seront consacrés à récompenser les Associations et Centres médico-sportifs ayant le mieux organisé le contrôle médical de leurs membres actifs ». Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 291.

⁷¹⁰ Dr. PERIE, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 122.

delà de l'aspect hagiographique d'un auteur engagé dans son récit, il est clair que les médecins n'ont pas investi l'objet sportif dans une logique économique. Pour autant, il y avait dans cette entente des enjeux autres que financiers susceptibles d'intéresser les praticiens. Et en particulier, comme le montre parfaitement le témoignage suivant, la possibilité de se distinguer et ainsi de se démarquer dans les jeux de concurrences médicales locales.

Jean D. (2006) : Témoignage.

Jean voulait faire du football mais sa mère s'y est opposée de peur qu'il ne « se casse une patte dans ce sport de voyou ». Il jouera donc au basket, comme ses deux frères aînés. Inscrit en minime en 1945, il atteint un niveau de compétition relativement élevé qui nécessite « de prendre le train pour aller disputer certaines rencontres ». Il n'a pas souvenir d'un contrôle médical avant la guerre, mais se souvient parfaitement de « cette visite obligatoire, nécessaire pour avoir la licence de sport » après 1945. « Le président du club réservait une journée pour tous les jeunes en début d'année. On voyait le médecin une fois par an, pas plus ! En début d'année. C'était un médecin plutôt jeune, qui n'était pas le médecin du quartier d'ailleurs, et qui faisait ça bénévolement. Mais enfin pour lui, c'était bien, il se faisait sa clientèle à ce moment là aussi ! ». L'examen était plus que sommaire. Sans tests physiques, il s'agissait simplement d'une auscultation du cœur et des poumons. « Bah oui, il ne fallait pas que les tuberculeux pratiquent ! ». Et si d'aventure Jean loupait cette journée annuelle du contrôle, il était toujours possible de se faire signer sa licence au sein du dispensaire de la ville. « Il y avait là un médecin et plusieurs aides, et les gens venaient pour leurs licences de sport »⁷¹¹.

Cette médecine du sport de contrôle, branche la plus visible d'un exercice médical hétéroclite dans les décennies cinquante et soixante, participe d'un rapport à la santé dirigé vers « l'Homme total ». Les examens cliniques sont en effet proches d'une médecine généraliste et s'intéressent invariablement à de nombreuses fonctions physiologiques. Les glandes endocrines, siège des variations hormonales, la croissance, les muscles et les articulations, l'appareil cardio-vasculaire, la respiration, les organes d'élimination, la digestion, le système nerveux, sont autant de points sur lesquels le médecin des activités corporelles peut et doit poser son regard expert. Le détail de « l'appareillage » du médecin selon les précés de médecine sportive de l'époque, étant entendu que les conditions réelles d'exercice devaient être bien évidemment fort différentes, donne des indications précieuses sur l'éventail des fonctions et organes surveillés.

⁷¹¹ Entretien de recherche réalisé en février 2007 avec Jean D., 75 ans, cheminot à la retraite, ancien sportif de bon niveau.

Dr. Philippe Encausse (1962) : « *L'appareillage. Il importe de prévoir le matériel minimum suivant :*

a) Gros matériel courant :

Une bascule médicale,

Une toise,

Un spiromètre (mesure de la capacité vitale) ;

b) Petit matériel courant :

Une montre à secondes (numération du pouls et recherche de l'acuité auditive),

Une échelle optométrique de Monoyer (acuité visuelle),

Un stéthoscope bi-auriculaire (auscultation),

Un marteau à réflexes,

Une lampe électrique (examen de la gorge et réflexes pupillaires, hydrocèle),

Quelques crayons dermatographiques (déformations),

Un fil à plomb (déformations),

Des abaisse-langue en bois,

Un ou deux "centimètres de couturière" (périmètres),

Un miroir métallique spécial pour l'évaluation de la perméabilité nasale,

Dix tubes à essais [...] (analyses d'urine),

Une lampe à alcool et de l'alcool à brûler (analyses d'urines [...]),

De l'acide nitrique (analyses d'urines),

De l'acide acétique (analyses d'urines),

De la liqueur de Fehling (analyses d'urines).

En outre, seront utilisés :

Un classeur ou une boîte fermant à clef (permettant de mettre les fiches médicales à l'abri de toute indiscretion)

[...] »⁷¹².

Poids, taille, acuités visuelles et auditives, déformations anatomiques, respiration, rythme cardiaque, réflexes, etc., renvoient à des examens cliniques variés qui mettent le praticien à distance des prestigieuses spécialités consacrées aux fonctions physiologiques d'une région anatomique plus localisée. La médecine généraliste scrute l'ensemble des signes que donne à voir le corps malade afin de guérir un patient. La médecine sportive, ainsi pensée, surveille les fonctions physiologiques « normales » de l'homme sain qui désire se mettre en mouvement afin de déceler d'éventuelles anomalies et ainsi prévenir de futurs accidents. La proximité est d'autant plus grande que les autorités souhaitent voir cette médecine de « l'Homme total » appliquée à l'ensemble des pratiquants sportifs âgés de moins de 21 ans ainsi qu'à la totalité des pratiquantes. La démographie médicale,

⁷¹² Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 94-95.

caractérisée par le nombre plus important de médecins généralistes et leur couverture géographique plus étoffée, est responsable de cette sorte de lien mécanique qui s'établit alors entre la médecine généraliste et la médecine sportive. La non reconnaissance en tant que spécialité de cet exercice médical spécifique à la fin des années 1940 scelle ce rapprochement. Selon l'arrêté paru au Journal Officiel le 12 octobre 1949, relatif à l'établissement des listes de médecins spécialistes et de médecins compétents en application de l'article 11 du code de déontologie, tout docteur en médecine qui possède des titres ou des connaissances particulières en *médecine et physiologie des sports*, peut faire état de la qualité de médecin compétent⁷¹³. La médecine du sport comme « compétence en plus » qui vient parfaire un exercice s'impose. Ce schéma a d'ailleurs traversé la seconde moitié du XX^e siècle sans connaître de véritables transformations. Les médecins du sport actuels ne sont pas des spécialistes, mais font état de leur compétence dans le domaine. Si cette formule attire majoritairement, et ce dès l'origine, des médecins généralistes, il n'en demeure pas moins que des spécialistes peuvent également se prévaloir d'une compétence en la matière. Médecins généralistes compétents, médecins spécialistes compétents..., cette modalité entérinée par le Conseil de l'Ordre ne fait finalement que stabiliser et renforcer l'hétérogénéité de l'espace médico-sportif. Si un cours d'Hygiène sportive avait été créé en 1945, rendant obligatoires quelques leçons sur les exercices physiques dans le programme des étudiants en médecine de 5^{ème} année, ainsi qu'un « Cours supérieur de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports » dans certains IREP, sanctionné par la délivrance d'un certificat officiel d'Université reconnu par le Conseil de l'Ordre et faisant partie des références à fournir pour l'obtention de la compétence, il faut attendre le 25 décembre 1949 pour que soit publié au Journal Officiel l'arrêté relatif à la création d'un Certificat d'études spéciales (CES) de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports, délivré par les facultés de médecine aux docteurs en médecine après un enseignement d'une durée d'un an. L'envergure des contrôles médico-sportifs et la responsabilité que les médecins compétents engagent devant leur Conseil National de l'Ordre expliquent ce désir de renforcer la formation par la valorisation d'un parcours universitaire. Favoriser son assise académique par la création d'une chaire va en ce sens. L'institution en octobre 1951 d'une chaire de biologie appliquée à l'éducation

⁷¹³ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, p. 281. Il est intéressant de constater qu'un rectificatif a été apporté à cet arrêté en novembre 1949, concernant l'énoncé de la compétence médicale liée aux APS. De « Médecine et physiologie des sports », on préférera « Médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports ». Les médecins de l'exercice corporel réaffirment ainsi leur sensibilité à l'égard de l'EP de la population, et leur volonté d'y exercer un contrôle.

physique et aux sports à la faculté de médecine de Paris, et confiée en février 1952 à une figure historique dans le domaine – le Professeur Paul Chailley-Bert – est une étape extrêmement importante pour comprendre le renforcement de cet exercice dans les années cinquante⁷¹⁴. Pour autant, et c'est bien là tout le paradoxe, cette nouvelle reconnaissance académique est marquée par le peu de légitimité à laquelle sa non spécialisation la condamne. Dans un processus d'hyperspécialisation de la médecine, où l'exercice généraliste se retrouve dans une position dominée, la médecine sportive de « l'Homme total » ne peut guère plus se démarquer. Sa présence accrue dans les contenus universitaires, qui sanctionne autant sa reconnaissance académique qu'une forme certaine de domination dans l'espace médical, explique les très nombreuses tentatives d'encouragement des recherches menées dans ce domaine. Des travaux de bonne qualité et en nombre élevé sont en effet susceptibles de consolider les connaissances liées à cette compétence et ainsi de lui faire gagner en légitimité. Les ouvrages et les thèses sont la véritable surface de visibilité de la médecine du sport et constituent à ce titre un instrument de légitimation que l'on aimerait puissant. De 1945 à 1960, pas moins de cinq arrêtés officiels viennent instituer des prix et des récompenses à l'adresse des meilleurs thèses, mémoires, ou travaux scientifiques se rapportant à la médecine appliquée aux exercices corporels⁷¹⁵. En un peu plus de quinze ans, ce seront ainsi 124 travaux qui seront récompensés. Parmi eux, des noms bien connus de la médecine des exercices corporels de l'entre-deux guerres s'illustrent à nouveau (les docteurs Richard, Fabre, Jeudon, Piédallu, etc.) ainsi qu'une nouvelle génération de médecins qui s'inscrit dans la continuité de ces aînés, et dont certains membres joueront un rôle des plus actifs (les docteurs Périé, Talbot, Dumas etc.)⁷¹⁶. De la même façon, à partir de 1954, l'Académie Nationale de Médecine décerne annuellement un prix de 100.000 anciens francs (porté à 150.000 anciens francs en 1960) destiné à récompenser le ou les auteurs du meilleur travail sur la biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports. Le docteur George-André Richard est récompensé en 1958 « pour l'ensemble de son œuvre », les docteurs Périé et Talbot en 1957 et 1959 pour leurs ouvrages respectifs. Cette impulsion très nette donnée à la recherche dans ce domaine ne semble pourtant pas avoir d'influence particulière sur l'éclosion des vocations. En effet,

⁷¹⁴ En 1961, une seconde chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports sera créée à l'Université de Bordeaux. Elle sera occupée par le Professeur Gilberte Rougier. Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 111.

⁷¹⁵ Arrêté du 27 octobre 1945, du 15 octobre 1946, du 29 décembre 1952, du 16 avril 1960 (deux arrêtés) et du 16 août 1960.

⁷¹⁶ Pour une liste exhaustive des travaux récompensés, voir Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, p. 245-247.

le nombre de thèses soutenues devant les Universités françaises et dont le sujet se rapporte aux activités physiques n'augmente pas dans l'immédiat après guerre. Il est même possible de relever un léger infléchissement des recherches menées de 1946 à 1952, directement effacé par deux années fastes en 1953 et 1954, avant finalement d'atteindre au milieu des années 1960 un nombre moyen de thèses soutenues par année proche de celui caractérisant les années noires (soit par exemple 14 thèses soutenues sur le sujet en 1942 et en 1967) (Voir [annexe méthodologique](#) p. 631). Ramené au nombre d'étudiant qui est en augmentation très nette depuis la fin des années 1930, cette stabilité témoigne d'un engouement plus que relatif à l'égard de l'objet sportif⁷¹⁷. Le contenu de ces travaux reste marqué par les trois versants de la médecine du sport – social, clinique et expérimental – sans modifications majeures dignes d'être ici relevées.

L'histoire de la médecine du sport de 1945 aux années 1960 est déconcertante à bien des égards. C'est au moment où elle perd du terrain face aux entraîneurs du point de vue de l'encadrement des athlètes qu'elle accède à une reconnaissance institutionnelle par la mise en place au sein des facultés de médecine d'un CES et par la création très symbolique de la toute première chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports en 1951. C'est aussi au moment où elle parvient à obtenir cette assise académique que son destin de « médecine dominée » semble s'inscrire dans le marbre d'un espace médical réorganisé qui fait la part belle aux spécialités. Même si ce domaine spécifique peut être investi par des spécialistes médicaux d'horizons divers, faisant ainsi vivre la recherche expérimentale sur le sujet, le coup de projecteur donné par les autorités aux versants clinique et social d'une médecine de contrôle rapproche en effet inexorablement la médecine du sport de la médecine généraliste. Finalement, le renforcement de cet espace médico-sportif est le résultat d'une volonté politique forte, sensible aux arguments de médecins présents depuis des années, relayés par une nouvelle génération. Seule cette voie peut expliquer la « survie » et le développement de la médecine de l'exercice corporel. Car les cadres sportifs ne sont pas les seuls à prendre de l'autonomie vis-à-vis de l'ingérence médicale au cours de cette période. La formation des enseignants d'EPS, sur laquelle les médecins avaient su imposé leur empreinte notamment grâce à la création des IREP à partir de 1927, semble progressivement leur échapper. En effet, malgré la participation des médecins dans les expériences scolaires de Lyon, Vanves, Tours et Montauban, qui

⁷¹⁷ **JAISSON**, Marie. 2002. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143, p. 46.

s'inscrivent toutes dans une volonté de revalorisation de l'éducation physique dans l'éducation intellectuelle, il semble que la place des médecins soit de plus en plus discutée et réduite⁷¹⁸. Selon Stéphan Mierzejewski, « le contexte de la période courant de "l'après seconde guerre mondiale" jusqu'aux années 1960 a constitué le cadre d'une nouvelle "poussée de rationalisation de la culture corporelle" s'appuyant plus volontiers sur des références empruntés à la psychologie des aptitudes mentales d'A. Binet, à la métrique, la docimologie..., Ceci relevant d'une combinaison de facteurs convergents : un contexte culturel général de suspicion envers les sciences biologiques ; un vaste mouvement humaniste de réflexion sur l'éducation ; une montée en puissance du mouvement sportif, ainsi que la professionnalisation du Corps des enseignants en éducation physique, associé à l'élévation sensible du niveau des exigences scolaires et de la légitimité culturelles de leur formation (depuis les années 1930) »⁷¹⁹. Cette perte d'influence des médecins face à « des éducateurs physiques de plus en plus dotés en capital scolaire et culturel » aura pour conséquence aux alentours des années 1960-1970 de repousser les médecins vers d'autres frontières⁷²⁰. Le changement d'intitulé de l'association représentative du groupe des médecins du sport français est à ce titre significatif. La Société Médicale d'Education Physique et de Sport (SMEPS) créée en 1921 devient la Société Française de Médecine du Sport (SFMS) en 1967 sous l'impulsion du docteur Robert Lederer⁷²¹. A n'en pas douter, ce changement terminologique marque une évolution profonde de la médecine de l'exercice corporel qui prend ses distances avec l'EP au moment même où les transformations du champ sportif l'oblige à redéfinir son champ d'intervention (tourné désormais exclusivement vers le contrôle et le soin des athlètes). Il est hautement symbolique de constater que le changement de nom de la société savante s'effectue l'année même où le syndicat national des enseignants d'EP (SNEP) réalise sa première grève en

⁷¹⁸ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1957. *Influence des activités physiques et sportives sur le développement intellectuel et physique en milieu scolaire*, Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, Imprimerie Nationale, Paris, 78 pages. L'empreinte médicale est perceptible dans les résultats de ces expériences. Ainsi apprend-on par exemple que « depuis que nos enfants sont devenus de petits sportifs, depuis que leur santé s'est épanouie, toute pratique d'onanisme a disparu de la classe. Cette stabilisation physiologique sexuelle est loin d'être une raison négligeable du meilleur rendement intellectuel ». p. 23.

⁷¹⁹ MIERZEJEWSKI, Stéphan. 2004. « Le clivage entre les "sciences de l'homme et de la société" et les "sciences de la vie et de la santé" dans la constitution des STAPS », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 215.

⁷²⁰ EL BOUJOUFI, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 170.

⁷²¹ CHARPIER, Francis. 2004. *Op. Cit.*

son nom propre, preuve de l'émancipation de ce groupe professionnel⁷²². Pour des médecins qui ambitionnaient d'encadrer indistinctement l'enseignement scolaire de l'EP et l'exercice des sports athlétiques, leurs implications dans ce double domaine (l'hygiénisme au service de l'exploit sportif et le haut niveau scientifique des IREP au service de l'EP) ont participé à leur propre exclusion d'espaces qu'ils ont contribué à construire largement.

Ainsi, à la fin des années 1960, à l'image des transformations qui s'opèrent dans le champ médical et au gré des évolutions respectives de chacun des champs sportif, scolaire et politique, plusieurs profils de médecins du sport émergent ou s'officialisent. Le rôle administratif de certains praticiens, déjà initiée sous Vichy, prend une dimension considérable. Médecins fédéraux nationaux et régionaux, médecins-inspecteurs régionaux et départementaux de la Jeunesse et des Sports se répartissent ainsi sur différentes échelles des tâches bureaucratiques liées en grande partie à la bonne tenue du contrôle médical. Mais en tant que compétence, tout docteur en médecine ayant soutenu sa thèse peut s'y former. L'explosion du nombre de pratiquants sportifs et la multiplication des sociétés sportives dans des zones de plus en plus rurales, au moment même où le nombre de médecins généralistes augmente et où le contrôle médico-sportif devient obligatoire, est à l'origine de la venue de nouveaux médecins vers cette compétence spécifique. Pratiquée dans le cabinet libéral, elle permet de répondre à un besoin médical inédit et sert des stratégies de constitution ou de renforcement d'une clientèle dans un espace soumis à forte concurrence. Pratiquée directement dans les associations sportives, il s'agit là d'une médecine de « passionnés », ceux dont la sensibilité biographique pour les activités sportives a été plus forte que le frein représenté par une rétribution financière insuffisante. Cette médecine du sport majoritairement bénévole a bien évidemment laissé peu de traces dans les écrits. Aussi, il n'est possible d'émettre au sujet de leur engagement dans les clubs que des hypothèses. Au regard des pratiques de certains médecins tels que G-A. Richard ou M. Bellin du Coteau avant la Guerre, même si le rôle du médecin a été réduit dans le champ sportif par la montée en puissance des techniciens depuis la Libération, il n'en reste pas moins que le médecin peut idéalement servir les desseins de l'entourage sportif (là encore, le contrôle peut ne pas se limiter à la seule notion d'aptitude aux activités sportives). La présence ininterrompue de médecins dans les équipes qui préparent les

⁷²² **DEFRANCE**, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble, p. 160.

athlètes engagés dans les compétitions olympiques depuis les Jeux de Berlin en 1936 en atteste largement⁷²³. La médecine du sport n'échappe en outre pas à aux évolutions de son temps, et les centres médico-sportifs offrent théoriquement la possibilité d'exercer la médecine sur le mode du salariat. Dans la pratique, les médecins du sport salariés sont en réalité extrêmement peu nombreux. En effet, l'organisation technique des centres médico-sportifs va très vite s'orienter vers un système de vacations, ne condamnant pas l'exercice « désintéressé » du bénévole. « La question des honoraires est à régler directement entre le médecin et l'Association sportive. La direction générale de l'éducation physique et des sports désire que médecins et assistants soient honorés. S'ils tiennent à apporter leurs concours à titre bénévole, ils peuvent reverser à l'association les sommes perçues. Les 12 francs versés par l'Etat à titre de subvention ne constituent qu'une partie des honoraires ou vacations destinés au personnel médical. Il appartient aux associations de verser le complément. Dans la pratique, le taux actuel des vacations est de 150 francs pour la première heure et de 100 francs pour l'heure suivante, pour le médecin ; de 50 francs et de 30 francs pour l'assistant, à la cadence de 8 à 10 examens à l'heure »⁷²⁴. En outre, il serait intéressant d'étudier plus en détail les 9 centres médico-sportifs de surexpertise destinés à réaliser des examens plus poussés pour des sportifs de niveau élevé. Les examens effectués sont-ils réellement spécifiques à un haut niveau sportif, quels sont les intérêts poursuivis par les athlètes mais également par les médecins, et surtout qui sont les médecins qui y officient (Spécialistes, généralistes, anciens sportifs, etc.) ? Autant de questions qui ont valeur de propédeutique et sur lesquelles nous ne pourrions nous attarder dans le cadre de ce travail. Enfin, pour terminer le tour d'horizon des médecines du sport dans les années 1950-1960, il est nécessaire de discuter de l'exercice spécialisé de cette compétence. En effet, s'il n'existe pas de « spécialiste de médecine du sport » à proprement parler, les spécialistes de disciplines médicales variées, sensibles à l'objet sportif, peuvent sans difficultés se former à cette compétence. Il reste cependant difficile de se faire une idée précise du nombre de médecins ayant fait état d'une telle inclination dans le cadre d'un exercice libéral. Il est en revanche certain, du point de vue hospitalier, que les conditions ne sont pas réunies à la fin des années 1960 pour voir apparaître des praticiens spécialisés dans le domaine. Malgré la réforme Debré et le bouleversement de l'hôpital français, le sport n'a pas encore franchi les portes de cette institution. Dans un épisode de

⁷²³ Pour divers témoignages sur le sujet, voir par exemple : Dr. **De MONDENARD**, Jean-Pierre. 1997. *Dopage aux Jeux Olympiques. La triche récompensée*, Amphora, 443 pages.

⁷²⁴ Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris, p.53.

réorganisation des statuts, de découpage des services hospitaliers, et d'attribution des enveloppes budgétaires, les activités sportives font pâle figure face à l'hyper légitimité du malade et de ses pathologies. La médecine expérimentale des activités corporelles n'en est pour autant pas affaiblie, des activités de recherche se poursuivant dans les laboratoires de physiologie implantés dans les universités ou des institutions telles que l'Institut National des Sports (INS). « A partir de la fin des années 1950 la structure médicale de l'institut national des sports, entité gérant l'entraînement des meilleurs sportifs français [...], est chargée d'encadrer, au plus près, la santé des athlètes de haut niveau. Encouragés par les personnalités politiques de l'époque, les médecins de l'INS poursuivent deux types de missions. Une mission curative, d'une part : ils doivent soigner le sportif malade ou blessé afin de lui restituer le plus rapidement possible l'intégralité de ses capacités. Une mission de recherche, d'autre part : ils doivent développer les connaissances pour surveiller, au mieux, les athlètes de haut niveau engagés dans la quête de performances et de records »⁷²⁵. Dans un contexte international qui donne au sport une haute valeur symbolique, les médecins de l'exploit sont donc toujours présents dans l'espace de l'élite sportive et leur rôle est clarifié.

Ce paysage extrêmement diversifié de profils, d'usages, et de lieux d'exercices, constitue la véritable base structurelle sur laquelle les médecines du sport actuelles vont progressivement se construire. Une branche très spécifique de la médecine liée aux exercices corporels naît d'ailleurs dans ce contexte d'après-guerre, et possède aujourd'hui une visibilité médiatique incomparable. Il s'agit de la lutte anti-dopage, combat médicalisé qui fait analyser autant d'échantillons d'urine qu'il fait couler d'encre⁷²⁶. Cette médecine qui entend s'élever contre une pratique sociale jugée néfaste pour la santé et contraire à « l'éthique sportive », semble en effet avoir bénéficié d'une politique Gaulliste sensible aux arguments médicaux avancés de façon plus radicale à l'encontre du dopage à partir du milieu des années 1950. L'objectif ne sera pas ici de reproduire un travail historique déjà réalisé par d'autres auteurs, mais bien de montrer par une réflexion sur le dopage, qui engage nécessairement de la part des acteurs la définition qu'ils donnent des activités

⁷²⁵ SALLE, Loïc. 2004. *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs, et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Rouen, p. 107.

⁷²⁶ A tel point que certains auteurs font de cette médecine *la* médecine du sport, gommant ainsi l'hétérogénéité d'un espace médico-sportif pluriel. Si la lutte anti-dopage peut être discutée dans une analyse portant sur les médecines du sport, à l'inverse l'analyse de la lutte contre le dopage n'est pas suffisante pour éclairer la complexité de l'espace médico-sportif. La très grande majorité des médecins formés à la médecine du sport n'est et ne sera jamais directement concernée par le dopage sportif.

physiques et sportives, la façon dont la tension originelle entre deux univers – le Sport et la Médecine – traverse le temps et marque chacune des évolutions d’une pratique hétérogène.

II. 2. Sport et doping. Les Médecins du sport, experts désignés

Certains écrits montrent que les athlètes de l’Antiquité grecque se « dopaient » déjà au IV^e siècle avant Jésus-Christ lors des Jeux Olympiques, et n’hésitent pas à faire remonter l’histoire du dopage sportif à la « nuit des temps »⁷²⁷. Moins ambitieux, nous n’évoquerons en ce qui nous concerne que les liens qui unissent le doping aux sports modernes, inventés et développés en France à la fin du XIX^e siècle. Les mises en mouvement des corps qui précèdent cette création ne peuvent être qualifiées de « sportives », pas plus que la prise de produits divers visant à améliorer des performances ne peut être affublée du terme de « dopage sportif ». Ivan Waddington propose une chronologie du dopage dans le sport dans laquelle il repère deux phases. Une première période, de 1850 à 1960, est marquée par la consommation de stimulants et d’analgésiques, principalement chez les cyclistes, les boxeurs et les haltérophiles. Puis à partir des années 1960, l’usage de nouveaux produits tels que les stéroïdes, et sa généralisation à de nombreuses disciplines sportives telles que l’athlétisme font rentrer le dopage dans une nouvelle ère⁷²⁸. Cette affluence du dopage dans des disciplines sportives jusqu’alors étrangères à ce type de procédé constitue très certainement une des raisons pour lesquelles les médias ne commencent à s’emparer de ce qui apparaîtra bientôt comme un « problème » que dans la seconde moitié du XX^e siècle. Dans une analyse menée sur les quatre grands périodiques sportifs français de 1903 aux années soixante, il est clairement précisé que « globalement, à part le Koto, boisson à base de Coca préconisée pour améliorer le rendement dans les cols, très peu d’articles parlent de dopage au sens strict avant la Seconde Guerre mondiale. L’alcool est évoqué tantôt comme stimulant, tantôt

⁷²⁷ Voir par exemple LAURE, Patrick. 1995. *Le dopage*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁷²⁸ WADDINGTON, Ivan. 2000. *Sport, health and drugs. A sociological perspective*, Londres, E & FN Spon. Cité dans MIGNON, Patrick. 2002. « Le dopage : état des lieux sociologique », Paris, *Documents du CESAMES*, n°10, p. 12.

comme handicapant dans les épreuves de montagne. L'eau est vantée. Le café et le thé sont plutôt valorisés, mais parfois aussi décriés pour leur fonction irritante. Rien n'est dit sur l'atropine, la strychnine ou d'autres dopants utilisés alors pour les chevaux et que l'on sait avoir été utilisés par les hommes au cours de cette période »⁷²⁹. Le doping n'est tout simplement pas une préoccupation. Il va pourtant vite le devenir, au point d'être taxé dès les premières années de la V^e République française de « fléau social » par Maurice Herzog, Secrétaire d'Etat à la Jeunesse et aux Sports. Homme fort de la politique gaulliste, ce haut cadre de l'industrie pétrolière cherche à atteindre un idéal sportif conforme aux valeurs propres à sa condition et fait entrer la France dans les prémises de la lutte contre une pratique qu'il juge déviante. Alpiniste reconnu, il mène en juin 1950 une expédition qui gravira l'Annapurna et réalise l'exploit d'atteindre pour la première fois dans l'histoire mondiale un sommet de plus de 8000 mètres⁷³⁰. Egalement pilote d'avion, il réalise plus de 1500 heures de vol, dont 500 seront homologuées. De ces expériences, Herzog construit une vision du *sport* marquée par un idéal romantique et chevaleresque. Pureté et noblesse sont les attributs du sportsman, celui qui cherche à éprouver dans l'épreuve sa qualité d'homme. « La pratique de la haute montagne n'a jamais été purement sportive. La beauté irréaliste de l'univers de l'altitude m'a toujours extasié. Mais la pratique de la haute montagne est plus que cela. Oui la personnalité s'exprime dans les approches de la mort et on se permet, en se dépassant, de se réaliser. Certes ce n'est pas un miracle de quelques instants, mais une lente mutation vers une vie meilleure et plus belle parce que plus profonde »⁷³¹. Sa politique sportive reste empreinte d'un tel ethos. Enfin séparée d'une politique d'encadrement de la Jeunesse, « la construction de l'ensemble sportif deviendra plus précise et restrictive à partir des années 1960. [...] Cette politique se construit à travers une suite de mesures prises entre 1959 et 1966 par Maurice Herzog : elle conduit vers un système mixte public/privé, unique en son genre. L'Etat ne se contente pas de soutenir les organisations sportives et de les contrôler au plan *moral* ou fiscal, il crée ou étend des corps de personnel sportif d'Etat : les entraîneurs et directeurs techniques nationaux, mais aussi les moniteurs sportifs "brevetés d'Etat", payés par les collectivités locales ou les clubs. Tout en manifestant son soutien au sport amateur, l'Etat Français encourage une professionnalisation rampante de l'enseignement des activités sportives et

⁷²⁹ PERERA, Eric & GLEYSE, Jacques. 2005. « Le dopage dans quatre grands périodiques français de 1903 aux années soixante. Le secret, le pur et l'impur », *STAPS*, n°70, p. 89-107.

⁷³⁰ Cette ascension sera largement médiatisée et fera l'objet d'un film, *Victoire sur l'Annapurna*, réalisé par Marcel Ichac, ainsi qu'un livre, *Annapurna, premier 8000*, écrit par Maurice Herzog lui-même.

⁷³¹ HERZOG, Maurice. 2000. *Premiers pas...*, <http://www.ffme.fr/expedition/sommet/annapurna/prepa.htm>.

de l'animation des clubs, y compris dans les disciplines officiellement ralliées à l'amateurisme »⁷³². Cet encadrement moral du Sport est alors entièrement tourné vers l'éthique typiquement aristocratique du sport moderne, qui ne peut être qu'éloignée des pratiques de dopage en vue de l'établissement de performances. Dans la mesure où ces activités sont perçues comme des révélateurs de la pureté et de la qualité des hommes, tous procédés susceptibles de modifier les données de la nature sont proscrits et taxés de tricherie. C'est là le véritable point de départ de la cabale française à l'égard du dopage sportif : l'atteinte à *l'éthique sportive*, autrement dit l'écart entre des pratiques réelles et un idéal porté par des individus en position de pouvoir, capables d'imposer leur définition. A partir des années 1960, l'argent et le professionnalisme ne sont donc plus les seules affres de la *déviante sportive*, le dopage s'invite dans les polémiques et devient sous Herzog une pratique publiquement dénoncée.

Le rôle des médecins dans l'histoire du doping est plus complexe qu'il n'y paraît. La morale s'invite dans la thérapeutique et les arguments sanitaires sont bien souvent secondaires dans un argumentaire qui s'appuie d'abord sur des considérations sportives. Le commentaire du docteur sportif George-André Richard, opposé au doping mais favorable à une stimulation biologique finalement très proche, est à ce titre significatif. Le doping doit être évité car il manque d'efficacité sportive, avant même que ne soit évoqué son caractère potentiellement dangereux. Là encore, le dopage est considéré d'abord comme une menace du point de vue de la carrière sportive, avant que ne soit ensuite mentionné de possibles effets sur la santé (dont on pressent qu'ils sont manifestement peu connus).

Dr. George-André Richard (1936) : « *Le doping* »

« L'athlète dopé augmente-t-il réellement sa performance, au moins momentanément ? C'est possible mais discutable, et l'on peut admettre qu'un athlète bien conduit doit atteindre le sommet de sa forme par des moyens uniquement naturels et sans employer de ces substances toxiques qu'on administre aux malades qu'à très faibles doses et avec les plus grandes précautions.

D'autre part, le doping est certainement et doublement dangereux, d'abord par dépense excessive, ensuite par intoxication.

L'athlète dopé ressemble au spéculateur audacieux qui vend à découvert, c'est-à-dire ce qu'il n'a pas, et ne peut pas se racheter ensuite. Et le moindre risque est un épuisement progressif qui fait qu'habituellement

⁷³² DEFRANCE, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in KALUSZYNSKI, Martine & WAHNICH, Sophie (dir.), *Op. Cit.*, p. 237-238.

après avoir fait quelques temps des “étincelles” le sportif voit sa valeur tomber irrémédiablement et disparaît des compétitions à titre définitif. Mais de plus le doping est toxique et peut produire divers accidents, d’ailleurs facilement reconnaissables, et il pourrait être fort intéressant de recueillir pour analyse la salive d’athlètes un peu trop nerveux, ainsi qu’on le fait, paraît-il, pour les chevaux de course. Je me souviens ainsi d’avoir assisté, à certains jeux olympiques, à une véritable crise de nerfs d’un athlète tombé sur la ligne d’arrivée, qui se roulait par terre et mordait la cendrée en bavant, ce qui n’était une recommandation ni pour lui-même ni pour la méthode d’entraînement qu’il avait suivie, d’autant plus qu’il n’était pas arrivé le premier »⁷³³.

Aussi, en citant les propos du Docteur Delezenne, médecin de la fédération française de football, qui explique en 1963 qu’ « on en revient toujours à la seule raison morale que se doper, c’est rechercher un avantage illicite »⁷³⁴, Christophe Brissonneau montre dans son travail de thèse que le dopage en tant que problème de santé est paradoxalement rarement évoqué par les médecins⁷³⁵. Si cette pratique pose question parmi les médecins de l’éducation physique et des sports depuis de nombreuses années, c’est bien sur la question de la définition du sport et des valeurs que la compétition véhicule que leurs discussions s’engagent en priorité. Mais la généralisation du doping dans des disciplines sportives variées à partir de la fin des années 1950 et les premiers « drames » liés à des intoxications médicamenteuses vont donner une nouvelle dimension aux propos médicaux. Les accidents graves comme celui de Malléjac durant le Tour de France 1955 ou la mort des cyclistes Jensen et Simpson en 1960 et 1967 ne font en effet que souligner une pratique qui accède progressivement au rang de préoccupation⁷³⁶. Certains journalistes s’engagent d’ailleurs à cette époque dans un processus de dénonciation des pratiques observées. « Pierre Chany, journaliste chargé de la rubrique cyclisme du journal *L’Equipe*, alerte ses lecteurs sur le problème du doping dans son édition du 29 juillet 1958. Il ne s’agit encore que d’un encart mais le titre est évocateur : “Etat d’urgence dans les pelotons : le doping gagne du terrain” »⁷³⁷. Si plusieurs congrès internationaux de médecine du sport ont déjà soulevé cette question, à Paris en 1952 et Belgrade en 1954, c’est l’action conjuguée d’un médecin extrêmement actif dans le combat contre le dopage et de la politique sportive menée par Maurice Herzog dans les années 1960 qui est à l’origine de la rencontre

⁷³³ Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *L’Hygiène du Sport*, Editions de L’Auto, Paris, p. 32.

⁷³⁴ Dr. **DELEZENNE**, R. 1963. « Considérations actuelles sur le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°4, p. 38-45.

⁷³⁵ **BRISSONNEAU**, Christophe. 2003. *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de ParisX-Nanterre.

⁷³⁶ **MIGNON**, Patrick. 2002. *Op. Cit.*, p. 12.

⁷³⁷ **BRISSONNEAU**, Christophe. 2003. *Op. Cit.*, p. 90.

officielle entre la médecine et le dopage sportif. Le docteur Pierre-Claude Dumas, d'abord professeur d'éducation physique pendant huit années, puis médecin à l'INS parmi les pionniers de cette institution, suit l'un des premiers stages de secours en montagne et expérimente les possibilités de l'hélicoptère sur les lieux des accidents survenus en altitude, dans des endroits jusqu'alors inaccessibles. En 1951, il est sélectionné pour remplacer le médecin officiel du Tour de France, décédé une semaine avant. « Je ne m'attendais pas à devenir médecin de cette extraordinaire épreuve sportive, raconte-t-il. A l'époque, la médecine du sport était pour le moins empirique et, surtout, nous manquions dramatiquement de moyens. Ainsi, en 1951, je n'avais à ma disposition qu'une ambulance et ma 4-chevaux. Seul médecin pour 130 coureurs pendant trois semaines, la tâche était immense, car il fallait tout faire. » C'est ainsi que le Dr Dumas crée ex-nihilo le balisage du parcours et ce qu'il appelle une "médecine d'urgence de base", proche des coureurs. « Je me souviens d'avoir fait des infiltrations en pleine course, explique-t-il. Mais ma pire crainte, c'était la chute, la trousse absolue du traumatisme crânien, car en 1954, par exemple, les structures d'évacuation des blessés étaient pratiquement inexistantes et nous avions les plus grandes difficultés du monde à rendre obligatoire le port du casque »⁷³⁸. « Proche des coureurs pendant les trois semaines de compétition, il noue avec eux des liens d'amitié. C'est ainsi qu'il découvre l'utilisation courante de "produits", pharmacologiques ou non. Dumas profite de la présence des journalistes sportifs pour sensibiliser le public sur cette pratique médicamenteuse et signifier son opposition. Ainsi, chaque été (quand le Tour a lieu), dès 1955, le journal *l'Equipe* consacre un à deux encarts aux protestations du Dr. Dumas »⁷³⁹. Il s'étonne des valeurs qui structurent au quotidien la production des performances. « Dès l'après-guerre, le dopage faisait déjà partie des habitudes. Cela a commencé par les amphétamines, puis, dès 1958, par des cocktails réunissant un excitant, des amphétamines, un produit anti-douleur et un somnifère puissant pour que les coureur "chargés" puissent parvenir à dormir malgré les quantités parfois impressionnantes de produits qu'ils absorbaient, sans pour autant avoir l'impression de faire quelque chose de mal »⁷⁴⁰. Les sautes d'humeur de ce médecin qui a suivi les enseignements dispensés à l'Ecole Nationale de la Santé Publique à Paris semblent avoir un écho relatif dans les sphères politiques et médicales. Elles contribuent par exemple, d'après l'ouvrage du

⁷³⁸ HOFSTEIN, Cyril. Non daté. *Pierre-Claude Dumas, pionnier de la Médecine du sport*, http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff_article&id_article=874.

⁷³⁹ BRISSONNEAU, Christophe & LE NOE, Olivier. 2006. « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48, p. 491.

⁷⁴⁰ HOFSTEIN, Cyril. Non daté. *Op. Cit.*

Docteur Encausse publié en 1962 à la réglementation de « la mise en vente, autrement dit la délivrance de ces produits particuliers qui, sous des noms variés, sont utilisés par les étudiants, les sportifs et autres citoyens comme “stimulants”. La lutte contre une certaine forme de doping entre donc dans une phase nouvelle puisque lesdits produits ne pourront plus être délivrés, à l’avenir, sans ordonnance médicale. Ces médicaments, connus sous le nom générique d’“amphétamines”, exercent de multiples effets sur l’organisme et même le psychisme, et il importe de les utiliser avec mesure et en tenant compte des réactions et des possibilités propres de chacun ; d’où la nécessité d’avoir recours au médecin et à lui seul pour leur prescription rationnelle »⁷⁴¹. C’est à cette même époque que la Société Médicale Française d’EPS se prononce sur une définition stabilisée du dopage. « Est considéré comme doping toute substance prise ou tout procédé appliqué le jour de la compétition et susceptible d’augmenter artificiellement et frauduleusement la valeur de l’athlète ». De nouveau, la médicalisation du dopage est synonyme de moralisation du sport. L’organisation d’un Colloque sur le doping à Uriages les Bains, les 26 et 27 janvier 1963 en est le témoin le plus direct. Regroupés à l’initiative de l’Etat, les médecins de l’éducation physique et des sports convoqués lors de cette manifestation sont tenus de mener une réflexion sur les conditions de contrôle de cette pratique sociale devenue gênante. Le docteur Philippe Encausse, inspecteur général de la Jeunesse et des Sports, responsable du service du contrôle médical et de la rééducation du Haut Commissariat au moment du Colloque d’Uriages, livre dès 1962 sa vision du doping qui aura valeur de programme et annonce de façon prophétique la constitution prochaine d’une nouvelle branche de la médecine du sport : une médecine coercitive de surveillance, véritable Cerbère d’un espace sportif en proie à un mal que l’on imagine venir de l’extérieur.

Dr. Philippe Encausse (1962) : « Le doping »

« Parmi les excès qu’il convient de dénoncer comme préjudiciables à l’équilibre vital, à la santé – ce bien si précieux – il y a lieu, croyons-nous, en toute objectivité, de faire état ici du Doping dont l’usage tend malheureusement à prendre une certaine extension dans quelques milieux sportifs...

L’utilisation répétée de doses élevées d’hormones et de vitamines risque d’être une arme à double tranchant. D’autre part, si cet usage devait se généraliser, la pratique sportive ne serait plus, pour la majorité de ses adeptes, un moyen de se recréer sagement, d’oublier les mille soucis de la vie courante, de se détendre enfin, mais, tout au contraire, elle constituerait

⁷⁴¹ Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 83.

une charge supplémentaire, un ennui de plus. Le sportif a parfaitement le droit de souhaiter triompher, mais pas au point de se droguer afin d'augmenter frauduleusement et dangereusement les possibilités de son organisme. Ce n'est pas cela le Sport, tout au oins tel que nous sommes encore des milliers à le concevoir. Et malheureusement, en matière de doping, il n'y a pas que les hormones et les vitamines à mettre en cause ; il y a d'autres substances, nettement plus nocives et que certains athlètes – professionnels plus spécialement – ont parfois tendance à utiliser (sans aucune espèce de contrôle médical) de leur propre initiative ou sur les conseils de certains “soigneurs” plus ou moins intéressés et dont l'audace va de pair avec l'ignorance des réactions organiques de ceux qui se confient ainsi à eux... C'est ce qu'ils désignent sous le terme évocateur de “dynamite” !

Il convient donc de regretter, avec le Professeur Chailley-Bert, que les règlements sportifs et la morale sportive ne soient pas plus sévères à l'égard de cette dangereuse tricherie qu'est le doping.

Nous nous devons de dénoncer de telles pratiques qui ne peuvent d'ailleurs que nuire à la cause du Sport. Dans le domaine de la préparation ou de la participation à une compétition sérieuse il appartient donc aux sportifs, dignes de ce nom, de ne point commettre d'excès et d'écouter les conseils de prudence qui leur peuvent être donnés par ceux qui ont un peu plus de sagesse, de philosophie et d'expérience qu'eux. [...].

Il apparaît indispensable non seulement d'orienter mais aussi de surveiller, médicalement parlant, les sujets désireux de faire de la compétition. »⁷⁴².

Les médecins se posent donc en experts et leur cause est entendue. Ils profitent en effet de leur pouvoir charismatique « pour peser plus facilement que toute autre organisation sociale sur les processus d'action publique »⁷⁴³. « Les travaux du colloque d'Uriages-Les-Bains servent de fondements scientifiques à l'élaboration de la loi du 1^{er} Juin 1965 », qui interdit la prise de certains produits, condamne cette infraction d'une amende allant jusqu'à 1000 francs assortie d'une année d'emprisonnement au maximum, et surtout reconnaît officiellement le rôle des médecins dans la lutte anti-dopage⁷⁴⁴. « Pour accomplir les contrôles, il doit être agréé par le Ministère. Celui-ci peut recourir aux forces de police pour obliger le sportif à se faire examiner et fournir ses urines, dans le seul cas où

⁷⁴² Dr. ENCAUSSE, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, p. 81-85.

⁷⁴³ SALLE, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 292. Selon certains sociologues, le médecin sollicité pour son expertise dans un domaine particulier dispose, d'emblée, d'une influence sur les affaires publiques beaucoup plus importante que sa véritable compétence ne peut le laisser croire. Voir par exemple : FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*

⁷⁴⁴ LE NOE, Olivier. 2000. « Comment le dopage devint l'affaire des seuls sportifs », *La fièvre du dopage*, Autrement, Collection Mutations, p. 77-91.

Il est remarquable de constater que l'argument sanitaire qui passe après les considérations d'ordre moral mais qui légitime en grande partie la participation médicale dans le processus d'éradication des pratiques de dopage, n'apparaît plus dans les peines infligées. Aucune obligation de soins pour des sportifs dopés que certains n'hésitent pourtant pas à rapprocher des toxicomanes. A nouveau, il semble bien que la lutte contre le dopage serve davantage des visions sociales spécifiques du monde social (sportif) plutôt qu'une réelle politique de santé publique.

il serait soupçonné d'avoir commis une infraction à cette loi. Une liste de produits soupçonnés d'être dopants paraît en juin 1966. Les dopants qui y figurent ont la propriété de développer leurs effets pendant la compétition uniquement »⁷⁴⁵. C'est cette même année qu'est créé le premier laboratoire de toxicologie du sport⁷⁴⁶. Ainsi, dans le prolongement de la médecine du sport de contrôle, particulièrement choyée par les autorités depuis le gouvernement de Vichy jusqu'à la V^e République, on assiste dans le milieu des années 1960 à l'émergence d'une branche médicale plus radicale qui entend faire respecter sa morale sportive. Pour la première fois en France, des thèses médicales dont le sujet indique un intérêt pour les activités physiques portent spécifiquement sur les pratiques de dopage sportif. Elles inaugurent une nouvelle niche d'interrogations, toujours active actuellement. Cette évolution des thématiques de recherche et sa permanence dans le temps témoigne d'une évolution et de l'inscription de la médecine anti-dopage dans le paysage des médecines de l'éducation physique et des sports. L'hétérogénéité des statuts, des intérêts mobilisés, des pratiques médicales et des lieux d'exercices n'en sera que renforcée.

Les thèses de médecine dont le titre indique un intérêt pour le dopage sportif (1963-1994).⁷⁴⁷

1963 - COQUART (Jean - Pierre). _ « Considération sur le doping ». Bordeaux.

1963 - PEYSSON (Janick). _ « Le doping ». Lyon.

1964 - JOLAIN (Jean). _ « Etude médico-sportive et toxicologie du doping ». Paris.

1968 - COHEN (Jean - Pierre). _ « Contribution à l'étude du problème du doping ». Marseille.

1968 - WEIL (Alain). _ « Etude médico-légale de la législation anti-doping en France ». Strasbourg.

1971 - BARRE (Serge). _ « Effets des substances dopantes sur les performances maximales des athlètes ». Rouen.

1971 - FOURET (Michel). _ « Le doping, historique et problèmes actuels ». Tours.

1977 - PEGUET (Philippe). _ « Les problèmes posés par le dopage : revue de la bibliographie ». Lyon.

⁷⁴⁵ BRISSONNEAU, Christophe & LE NOE, Olivier. 2006. *Op. Cit.*, p. 492.

⁷⁴⁶ Dr. PERIE, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 112.

⁷⁴⁷ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

1981 - LAFON (Jean-Charles). _ « Etude médico-sportive et préventive du dopage ». Montpellier.

1986 - MASSON SEYER (Marie-Françoise). _ « Le dopage : les interrogations du médecin ». Lyon.

1988 - HALLE CORDELLE (Domitille). _ « Les autres dopages du sportif ». Paris.

1988 - LECHABLE (Marc). _ « Sport sans dopage : que prescrire ? ». Paris.

1989 - AH-SING (Richard). _ « Le dopage chez les sportifs ». Aix-Marseille.

1990 - DEPOIVRE (Christophe). _ « Quelques aspects actuels d'un fléau moderne : le dopage des sportifs ». Nancy.

1990 - GAULT (Yves). _ « Course de fond et dopage ». Strasbourg.

1990 - LAUSTRIAT (Vincent). _ « Le dopage des sportifs : situation actuelle ». Strasbourg.

1991 - TAILLADE (Marie-Pierre). _ « La préparation biologique : meilleure arme contre le dopage ». Toulouse.

1992 - TALAZAC (Laurent). _ « Enquête épidémiologique sur le dopage et sur la consommation de tabac, d'alcool, et de médicaments en milieu scolaire dans la région Midi-Pyrénées ». Toulouse.

1993 - RAYNAUD (Eric). _ « Testostérone et épitestostérone urinaires au cours de la puberté : modifications à l'exercice ; incidence sur le contrôle antidopage chez l'adolescent ». Montpellier.

1994 - BOURDIER (Nathalie). _ « Androgènes plasmatiques, apport exogène de testostérone et dépistage du dopage à la testostérone (chez l'homme) ». Paris.

Dans cette problématique qui engage autant la morale de l'Homme que le serment du Médecin, les discours portés par les professionnels de santé ne sont pas aussi consensuels que cette liste de travaux *contre* le dopage le laisse supposer. Les discours médicaux qui servent la lutte antidoping sont les plus visibles et les plus nombreux parce qu'ils sont soutenus publiquement et bénéficient d'une légitimité auprès des autorités mais également de la population. Après un peu moins de cinquante années de stigmatisation de cette pratique sociale, les discours contraires se font rares et surtout discrets. Pourtant, ils existent bel et bien. Là encore, de grandes oppositions de vues partagent l'espace médical sur ces questions d'aide à la performance sportive. La tension entre les deux mondes

s'exprime pleinement et les médecins sportifs ne partagent pas nécessairement la vision dominante des médecins du sport à l'égard des pratiques de dopage. Loin d'être le résultat d'un simple conflit d'hommes, cette tension éclaire une nouvelle fois la permanence d'une division structurelle forte de l'espace médico-sportif. Depuis le moment où les aides médicamenteuses ont été dénoncées jusqu'à nos jours, l'ensemble de l'histoire de l'organisation et de la répression du dopage a été marqué par des désaccords internes à la sphère médicale. A chaque époque ses opposants, avec en toile de fond la rémanence systématique d'un antagonisme dispositionnel. Entre un médecin qui connaît par corps la douleur et la fatigue d'un quotidien sportif de haut niveau, et un second dont la pratique ne s'est déclinée que sur un mode récréatif, le jugement porté sur les « produits » ne peut être que différent.

Ainsi, dès les années 1950, période à laquelle la presse sportive commence à évoquer plus régulièrement la question du doping, des médecins aux biographies sportives éloignées ne partagent visiblement pas la même sensibilité. Les docteurs Richard et Chailley-Bert, tous deux figures historiques de la médecine de l'exercice corporel dans l'entre-deux-guerres, discutent des alcalins et nous livrent la profonde fissure qui lézarde leurs pratiques respectives, témoin d'un écart beaucoup plus important que leurs relations confraternelles ne le laissent entendre au premier abord. Voici ce qu'écrivit le Professeur Paul Chailley-Bert en 1949 : « La question de la définition du doping est loin d'être simple et si nous la serrons de plus près, nous la trouvons encore plus complexe. Les entraîneurs allemands pour combattre l'acidose produite par le travail musculaire avaient eu l'idée de faire absorber, vers le milieu des courses de fond, une boisson alcaline qui, neutralisant l'excès lactique, abaissait la lactacidémie et agissait favorablement sur la fatigue. [...]. Est-ce du doping ? [...]. Seuls, dans les épreuves de longue durée, peuvent être admis les aliments et les boissons, à l'exclusion de toute substance non alimentaire, même si elle a soi-disant pour but de rétablir "l'équilibre physiologique". [...]. L'absorption de substances alcalines [n'a] rien de nutritif ; si l'on autorisait cette pratique, on devrait permettre l'emploi de substances qui rendraient l'organisme moins sensible à la fatigue ou qui permettraient au muscle de répondre plus énergiquement à l'influx nerveux, toujours sous prétexte de rétablir "l'équilibre physiologique" ; il s'agit donc bien d'un doping »⁷⁴⁸. Pourtant, en 1958, le docteur George-André Richard, fondateur de la société française de

⁷⁴⁸ Pr. CHAILLEY-BERT, Paul. 1949. « Le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°1, p. 17-29.

médecine de l'EPS et ancien médecin du cycliste Lucien Petit-Breton, fait part de son point de vue à ce sujet et témoigne d'une activité qui, selon la classification évoquée par son confrère, fait de lui un « médecin dopeur ». « Des produits sont à l'étude à l'heure actuelle et l'on conçoit le bénéfice que l'on aurait ainsi à "neutraliser" la fatigue à son origine. De ce point de vue, il faut savoir que la fatigue comporte une réaction acide et, en particulier au point de vue musculaire on sait que c'est l'acide lactique, résultat des échanges locaux qui durcit les muscles et produit les crampes et les courbatures. Mais d'autre part cette réaction acide a son utilité car c'est elle qui, au début de l'effort, déclenche les grandes fonctions respiration circulation, sans quoi cet effort ne saurait être continué. C'est seulement lorsque cette réaction acide s'exagère qu'elle devient nuisible et il faut en tenir compte. On peut être en effet tenté, pour lutter contre la fatigue, d'administrer des alcalins mais il ne faut le faire qu'à bon escient et j'ai eu une fois l'exemple d'un coureur cycliste qui se plaignait de mal partir en course. Or, croyant bien faire, il utilisait comme boisson habituelle une boisson nettement alcaline et neutralisait ainsi la nécessaire réaction acide du départ. Il ne faut donc alcaliniser qu'au cours même de l'effort et lorsque c'est nécessaire et j'ai obtenu dans ce cas de bons résultats en associant alcalins et éliminateurs de l'acidité »⁷⁴⁹. Si ces deux médecins intéressés par les activités physiques et sportives entendent discuter du « doping », il apparaît clairement que les définitions données à cette pratique divergent. Cette division va prendre une dimension quasi-clanique tant elle va se reproduire dans le temps. Le Docteur Dumas, véritable pionnier de la lutte contre le dopage disait ainsi rétrospectivement avoir commis « une erreur en généralisant le fait d'avoir un médecin par équipe, car certains ont pu perdre leur indépendance face à certaines demandes de coureurs peu intègres. [...]. Le dopage, comme la médecine du sport, a bénéficié de l'évolution des connaissances médicales. Le médecin du sport doit soigner et se désintéresser du résultat »⁷⁵⁰. Ce reproche semble tout indiqué pour qualifier l'engagement bien connu du docteur François Bellocq dans la performance athlétique. En 1974, encore étudiant en médecine, il assure le suivi médical de l'équipe cycliste professionnelle Peugeot-BP-Michelin. N'ayant pas encore soutenu sa thèse et obtenu le droit de prescrire, dans l'attente, il signe ses ordonnances du nom de son père. En 1976, il présente une thèse controversée sur la notion de « rééquilibrage hormonal »⁷⁵¹. Il suit de nombreux sportifs d'élite et sera impliqué personnellement dans plusieurs affaires de

⁷⁴⁹ Dr. **RICHARD**, George-André. 1958. « Le doping », *Revue INS*, n°58, p. 13-14.

⁷⁵⁰ **HOFSTEIN**, Cyril. Non daté. *Op. Cit.*

⁷⁵¹ Dr. **BELLOCQ**, François. 1976. *Effets des efforts musculaires prolongés sur le métabolisme surrénal, application aux coureurs cyclistes professionnels*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

dopage. Il publie pourtant un ouvrage en 1991 dans lequel il tente de justifier sa position en faveur d'une aide à la performance, qu'il cherche à différencier de la notion de dopage. « Le jour où j'ai prêté serment pour devenir médecin, je me suis engagé à assister toute personne en danger. Or, la compétition de haut niveau est devenue invalidante. Voilà comment j'en suis venu à prôner le rééquilibrage hormonal, que j'ai présenté dans une thèse dès 1976. A l'image d'un moteur de voiture qui nécessite eau, huile et essence pour tourner, l'organisme humain a besoin d'un équilibre électrolytique, métabolique et hormonal pour évoluer à son meilleur régime. Chez les sportifs, l'accumulation de la compétition, des heures d'entraînement et du stress détruit cet équilibre. Qu'il faut rétablir lors des périodes de repos. Sinon, on va au-devant de graves problèmes de santé. Le processus, toutefois, ne se produit pas tout seul. Il faut une intervention biologique. Ce qui est admis dans de nombreux pays. Mais, en France, on parle toujours des excès du dopage, jamais des manques hormonaux. Pis : on fait toujours l'amalgame entre dopage et rééquilibrage hormonal. C'est une hérésie. Le dopage consiste à donner à l'organisme tout ce qu'il ne possède pas naturellement. Cela n'a rien à voir avec ma méthode, fondée sur un bilan sanguin et urinaire une ou deux fois par mois, avant et après l'effort, pour déterminer les carences et trouver une parade adéquate. Plus un programme diététique très précis. C'est vrai, j'ai prôné et je prône l'utilisation d'une hormone naturelle (cortisone ou androgène) à dose physiologique, mais toujours de manière discontinue et uniquement quand les examens biologiques démontrent un manque ou une chute. Après tout, la pilule contraceptive, elle aussi, est un traitement hormonal. Comme celui de la ménopause. Soyons sérieux, enfin ! Moi, quand j'ai recours au rééquilibrage hormonal, basé scientifiquement, avant et après sur des prises de sang régulières, des bilans hormonaux urinaires, c'est pour éviter aux champions de tomber dans les mains de ces charlatans qui traînent dans les vestiaires »⁷⁵². Ce médecin de l'exploit, qui trouvait plaisante l'idée que « le débat serait [...] riche d'enseignement si l'on évoquait l'entrave au droit du travail que constitue, pour un sportif professionnel, un contrôle anti-dopage », décède en 1993 à l'âge de 47 ans. Conformément à ses volontés testamentaires, il est enterré avec le maillot de Gilbert Duclos-Lassalle, cycliste professionnel dont il a assuré un temps le suivi et avec lequel il s'était lié d'amitié. Ce désaccord incessant sur la définition du dopage, sur la nécessité et les limites d'une préparation biologique, n'est autre que l'actualisation d'une vision du monde dans laquelle les dispositions sportives antérieurement acquises jouent un

⁷⁵² Dr. **BELLOCQ**, François & **BRESSAN**, Serge. 1991. *Sport et dopage : la grande hypocrisie*, Le Félin, p. 38.

rôle primordial. Elles aiguillent les représentations et les pratiques des médecins. Aujourd'hui encore, dans l'espace médico-sportif tel que nous le connaissons, de grandes figures médiatiques se disputent la vision légitime du dopage sportif. Le docteur Jean-Pierre De Mondenard, « d'origine protestante, médecin animé de fortes valeurs morales, passionné de cyclisme, dénonce depuis [plus] d'une trentaine d'années les affaires de dopage »⁷⁵³. Engagé en 1972, en tant que médecin des épreuves cyclistes organisées par *L'Equipe* et *Le Parisien*, il verra dans le domaine du sport de haut niveau des pratiques que ses dispositions ne pouvaient accepter. Il dira ainsi, sur le Tour de 1975, lors d'une interview à France-Inter que « si les contrôles antidopage ne trouvent rien, c'est parce qu'on ne cherche pas dans les urines des coureurs les produits qu'ils utilisent ». Il n'hésite pas à incriminer l'ensemble des acteurs sportifs qui, selon lui, possèdent tous une part de responsabilité dans cet « enlèvement ». Poussé dehors en douceur, le médecin sera exclu de la Fédération Française de Cyclisme en 1976. « [Trente trois ans plus tard], le docteur De Mondenard a gardé cette même verve destructrice, cette même jubilation à faire exploser omerta et conventions. Depuis le même QG, son pavillon de banlieue, il continue de lancer ses offensives, préférant la blitzkrieg aux grands mouvements de troupes. D'articles de presse (innombrables) en ouvrages érudits (plus d'une dizaine), il a multiplié les publications ainsi que le nombre de ses ennemis. [...]. “Je sais ce qu'on raconte sur moi. Que le dopage est mon fond de commerce, que sinon je ne serais pas connu... Vous savez, le dopage est un meilleur fond de commerce que l'antidopage. Si j'avais voulu rentabiliser mes connaissances...” »⁷⁵⁴. Face à cet inconditionnel défenseur d'une certaine *éthique sportive*, basée sur l'exemplarité de champions que l'on aimerait noble et pur, des voix dissonantes s'élèvent avec fracas. Le non moins médiatique docteur Serge Simon, ancien pilier international de rugby, qui a présidé le très actif Provale – syndicat des joueurs professionnels de rugby – et membre à ce titre des comités directeurs de la Fédération française et de la Ligue nationale de Rugby, porte un discours bien différent. « On nous parle sans arrêt des valeurs exemplaires du sport, mais la vie d'un pro, ça n'a rien à voir avec tout ça ! C'est la compétition à tout crin, tous les jours, en match ou à l'entraînement, c'est de l'iniquité en veux-tu en voilà, c'est le plaisir qui se transforme en souffrance, la surmédicalisation, le fric, le pouvoir. C'est l'enfer du décor du sport modèle d'éducation. Si vous menez une croisade contre le dopage, alors menez-là contre le sport intensif et contre le sport professionnel ! Mais s'il vous plaît, quittons ces modèles enfantins !

⁷⁵³ BRISSONNEAU, Christophe. 2003. *Op. Cit.*, p. 189.

⁷⁵⁴ MAITROT, Eric. 2003. *Op. Cit.*, p. 40-41.

[...]. Moi, le dopage, je suis ni pour, ni contre. C'est une chimère ! La lutte antidopage existe mais le dopage n'existe pas. Il y a des pratiques d'aide à la performance qui sont inhérentes à la pratique sportive, qu'elle soit de haut niveau ou du dimanche matin »⁷⁵⁵. Dans un ouvrage qu'il a coécrit avec Serge Bordenave, journaliste au *Monde*, il fait le récit de son propre passé de sportif ayant eu recours à des substances interdites dans le cadre de compétitions sportives. « Moi Serge Simon, 33 ans, dopé mais pas prostitué »... Dans sa brillante carrière de rugbyman, le médecin qui « a toujours trouvé gratifiant de surmonter sa douleur ou de mettre son corps en danger pour aider des potes ou pour des raisons moins nobles comme décrocher un titre ou simplement gagner un gros match », reconnaît la prise de certains produits tels que du Captagon, de la Cortisone, ou enfin des dérivés cannabiques. Selon lui, « ces trois faits n'ont rien d'extraordinaire mais ouvrent une fenêtre sur les contradictions de l'approche actuelle du dopage. [...]. La répression au service d'un sport naturel est une arme dérisoire au service d'une utopie dangereuse. [...]. Mais alors pourquoi ce déchaînement des passions autour du dopage ? Pourquoi tous ces coups de menton politico-médiatiques ? Pourquoi ces milliards engloutis dans une lutte sans grande justification et perdue d'avance ? Tout simplement parce que le dopage est un symbole universel très fort : celui de la tricherie, du mensonge, du mal à l'état pur car il touche un fantasme, un rêve. Le dopage est au sport ce que la représentation du diable est à la religion : la démonstration a contrario de l'existence d'un dieu »⁷⁵⁶.

III. Des années 1970 à nos jours. Prospérité puis déclin

« La médecine réparatrice est à l'aise, mais la médecine préventive et le suivi médical des athlètes ont été limités et finalement supprimés. Est-ce là une politique montrant l'exemple à suivre, visant la santé et le bien-être d'une population ? Le ministère des sports aurait-il renoncé à développer les missions d'éducation de la santé et de développement global des potentialités de chacun, telles qu'elles avaient été préconisées

⁷⁵⁵ MAITROT, Eric. 2003. *Op. Cit.*, p. 74-82.

⁷⁵⁶ BORDENAVE, Yves & Dr. SIMON, Serge. 2000. *Paroles de dopés*, Editions Lattès, p. 9-15.

et entreprises avant, pendant la guerre et après la libération ? ».

Dr. Henri Périé. 2007. Inspecteur Général Honoraire – Ancien Chef des Services Médicaux au Ministère de la Jeunesse et des Sports⁷⁵⁷.

Comme le laisse entendre cette citation du docteur Périé, successeur du docteur Philippe Encausse parti en retraite en 1964, la médecine du sport pourtant florissante de la fin des années 1960 a aujourd'hui perdu de sa superbe au point d'être même qualifiée dans un récent rapport parlementaire de « discipline introuvable »⁷⁵⁸. Il repère ainsi une désaffection croissante du « nombre d'universitaires, de chercheurs, d'hospitaliers et d'une pléiade d'omnipraticiens en provenance du secteur privé, riches d'une expérience vécue des relations particulières de la médecine et du sport, confortée d'une compétence universitaire volontairement ajoutée »⁷⁵⁹. Loïc Sallé aboutit à un constat identique et montre qu' « après une forte croissance entre les années 1940 et 1980, la discipline connaît une lente dégradation depuis deux décennies »⁷⁶⁰. La chute vertigineuse du nombre de thèses médicales dont le sujet indique une préoccupation liée aux activités physiques parle d'elle-même. Après avoir atteint le chiffre record de 166 thèses soutenues en 1985, le nombre de travaux réalisés s'effondre de façon impressionnante pour ne plus représenter en 1994 que 62 recherches soutenues devant les universités françaises (soit environ 63 % de thèses en moins sur seulement neuf années. Voir [annexe méthodologique p. 631](#)). En conservant cette double volonté d'éclairer l'hétérogénéité d'un espace et sa structuration spécifique sur la base de tensions originelles et permanentes, il s'agira désormais de retracer brièvement les événements responsables de ce développement très prometteur de la médecine du sport dans les années 1970-80, immédiatement suivi d'une phase de dégradation de ses récents acquis. Nous nous rapprocherons ainsi progressivement de la situation actuelle, décrite dans l'exorde de ce travail.

⁷⁵⁷ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 137.

⁷⁵⁸ **JARDE**, Olivier. 2005. *Rapport parlementaire*. Avis n°2569-12 présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de finances pour 2006 (n°2540), Tome XII, Sport, Jeunesse et Vie Associative, p. 21.

⁷⁵⁹ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 137.

⁷⁶⁰ **SALLE**, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 275.

III. 1. La décennie 1970 et le début des années 1980, « l'âge d'or » de la médecine du sport ?

Un ensemble d'indicateurs tend à démontrer la prospérité des médecines du sport dans les années 1970. *Les* médecines du sport au pluriel car l'ensemble des exercices spécifiques liés à cette compétence se renforcent progressivement. Le Professeur Guillet et son assistant au Centre Hospitalier de Lyon déplorent dans un abrégé de médecine du sport paru en 1975 le caractère facultatif du CES de Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports et le nombre dérisoire de Chaires dédiées à cette discipline. « Avec environ cinquante heures de cours théoriques et environ trente heures de travaux pratiques (durée de l'enseignement : une année universitaire), le diplôme est délivré après un examen écrit régional (ou la production d'un mémoire sur un sujet médico-sportif) et un examen pratique (examen d'athlète, etc.). [...] La part de l'Education Nationale est faible, limitée sur le plan financier à la Chaire de Médecine du Sport de Bordeaux créée en 1961 (Pr. Rougier) ; la maintenance de la Chaire Parisienne du Pr. Chailley-Bert créée en 1951 reste incertaine. Sa survivance est encore assurée par son élève, le Pr. Plas, au titre de "Professeur contractuel" ! Il n'y a pas d'autres Chaire de Médecine du Sport dans les 41 U.E.R. médicales françaises (janvier 1973) »⁷⁶¹. Pourtant, cet état de fait ne doit pas masquer les réelles avancées de la formation universitaire dans ce domaine. En 1969, « le CES de biologie et de médecine du sport est délivré par les facultés de médecine d'Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes, Toulouse, Tours... ». Et, dès le milieu des années 1970, ce n'est pas moins de 19 U.E.R. médicales financées par le ministère de la jeunesse et des sports qui ont enseigné cet exercice particulier de la médecine, délivrant 400 à 450 certificats par an. « Dans le même esprit, le Bureau Médical [de la jeunesse et des sports] s'est efforcé de favoriser les soutenances de thèses en médecine du sport : prix décerné par l'Académie Nationale de Médecine, prix de thèse du Ministère de la jeunesse et des sports, prix de la Société Française de Médecine du Sport offert par un sponsor (concessionnaire en France de la firme Coca-Cola) »⁷⁶². L'explosion du nombre de thèses soutenues dans les années 1970-1980 doit être analysée avec prudence. Elle s'inscrit en effet dans un mouvement général

⁷⁶¹ Pr. **GUILLET**, René & Dr. **GENETY**, Jean. 1975. *Abrégé de Médecine du Sport*, Masson et Cie, Paris, 2^{ème} édition, p. 4-5.

⁷⁶² Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 112 ; 127.

d'augmentation du nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine⁷⁶³. Ainsi, en valeur relative, l'intérêt médical porté aux exercices du corps témoigne d'une étonnante stabilité. Mais en valeur absolue, le nombre de médecins qui consacrent leur réflexion de fin de cursus aux activités physiques et sportives est en constante augmentation, preuve d'une vitalité jusqu'alors inégalée.

Nombre de thèses médicales liées à l'exercice corporel de 1967 à 1986 :

Année Civile	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Nombre de thèses	14	21	25	26	22	26	47	63	77	87

Année Civile	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nombre de thèses	115	129	N.R.	N.R.	136	N.R.	101	127	166	137

*N.R. : Non renseigné (Voir encadré méthodologique n°1, p. 148).*⁷⁶⁴

A l'évidence, cette très forte augmentation des praticiens intéressés par les activités physiques, qui atteint son apogée au début des années 1980, est la conséquence directe de politiques sportive et médicale qui lui ont été favorables. C'est la période en France où naît véritablement le sport de « haut niveau ». La création officielle des sections sport-études en 1974 devance légèrement la reconnaissance de la qualité d' « athlète de haut niveau » par la loi dite Mazeaud votée en 1975, qui amorce une volonté politique ferme d'organisation globale du mouvement sportif et de formation des élites sportives françaises⁷⁶⁵. La place des médecins y est réaffirmée. Le décret d'application n°77-554 du 27 mai 1977 rend obligatoire le contrôle médical préalable à toutes pratiques physiques et sportives. D'un point de vue scolaire, « "sont spécialement qualifiés pour effectuer ce contrôle : les médecins de santé scolaire et les médecins titulaires du CES de biologie et de médecine du sport, soit par un médecin agréé par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué". Est visé, d'autre part, le contrôle médical préalable à la compétition sportive, le

⁷⁶³ JAISSON, Marie. 2002. *Op. Cit.*, p. 46. Il est d'ailleurs intéressant de constater la très ressemblance des courbes « Nombre d'étudiants inscrits en faculté de médecine » / « Nombre de thèses médicales liées à l'EPS soutenues ».

⁷⁶⁴ VIAUD Baptiste. 2009. *Op. Ct.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁷⁶⁵ FLEURIEL, Sébastien. 2004. *Le sport de haut niveau en France. Sociologie d'une catégorie de pensée*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, p. 43.

certificat médical étant établi “soit par un médecin titulaire du CES de biologie et de médecine du sport, soit par un médecin agréé par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué”. Enfin, “tout athlète de haut niveau, amateur ou professionnel bénéficie d’une surveillance médicale particulière, exercée par les médecins titulaires du CES de biologie et de médecine du sport ou par un médecin agréé par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué ou les médecins de services médicaux relevant du Ministère chargé des sports ou ayant reçu son agrément”. Le certificat médical doit être renouvelé tous les ans »⁷⁶⁶. Cette formidable promotion de la compétence médicale liée aux exercices corporels, au moment même où le nombre de médecins augmente de façon presque aussi spectaculaire que le nombre de pratiquants sportifs explique sans aucun doute l’affluence record des jeunes médecins vers cet exercice particulier. Dans un contexte de « montée inexorable du nombre des consultations » assortie de stratégies inédites de fidélisation de façon à faire face à la nouvelle concurrence des spécialistes comme prescripteurs de première intention, les consultations médico-sportives représentent une manne non négligeable⁷⁶⁷. La médecine du sport de contrôle, développée dès les années 1940, trouve là les conditions d’une légitimité renforcée⁷⁶⁸. Les centres médico-sportifs de proximité passent de 112 en 1966 à 500 en 1980. Dans le même sens, les services médicaux des fédérations sportives et de plein air ont été systématiquement créés et développés. « La médecine fédérale apparut ainsi l’intermédiaire privilégié entre les aspects physiques et comportementaux propres à chaque sport et l’évolution des techniques préventives, éducatives et thérapeutiques générales »⁷⁶⁹. Les médecins font leur entrée dans les structures sportives de haut niveau pour y assurer le suivi des athlètes. 21 thèses de

⁷⁶⁶ **COMMANDRE, F. & FORNARIS E.** 1997. *Op Cit.*, p. 259.

⁷⁶⁷ **PENEFF, Jean.** 2005. *Op. Cit.*, p. 101-108. « Plus les consultations se sont multipliées et plus le rôle thérapeutique du généraliste s’est réduit. Il oriente, distribue des médicaments et est de moins en moins “découvreur” de maladies ou auteur de diagnostics intéressants. Cette fonction est désormais dévolue aux spécialistes et à l’hôpital. Ce changement de missions est aussi un changement de statut : inférieur, de type triage “infirmier”. Il devient un dispensateur socio-économique d’attestations et de certificats évaluant la capacité au travail, procurant à la fois une forme d’assistance et de surveillance. Le métier s’est quasi fonctionnarisé car ses examens attendus, commandés par les administrations répondent à des formules standards imposées par une bureaucratie indépendante des médecins ». p. 115. Les consultations médico-sportives d’aptitude s’inscrivent entièrement dans ce mécanisme de « fonctionnarisation » du travail des médecins généralistes. Pour une réflexion supplémentaire sur le déclassement relatif du médecin généraliste, voir aussi : **MUEL-DREYFUS, Francine.** 1984. « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°54, p. 70-71. Ou plus récemment : **JAISSON, Marie.** 2002. « L’honneur perdu du généraliste », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143, p. 31-35.

⁷⁶⁸ Certains médecins entrevoient même l’amplification de ses fonctions de contrôle. « Le médecin pourra également prescrire des collyres ou médicaments pour améliorer la vision aux basses luminances et augmenter la résistance à l’éblouissement. Il devrait être consulté lors de l’installation des éclairages des aires de jeu, en salle ou à l’extérieur. L’éblouissement est en effet un facteur nocif important ». Dr. **ROSSANT-LUMBROSO, Jacqueline.** 1982. *Op. Cit.*, p. 22.

⁷⁶⁹ Dr. **PERIE, Henri.** 2007. *Op. Cit.*, p. 127.

médecines, soutenues entre 1976 et 1990, témoignent d'expériences médico-sportives réalisées au sein de sections sport-études, et 10 thèses, soutenues cette fois de 1978 à 1994, portent sur le suivi médical de clubs professionnels ou de centre de formation⁷⁷⁰. De façon plus générale, la thématique du « haut niveau » sportif (terme qui apparaît pour la première fois dans l'énoncé d'une thèse médicale en 1975) bénéficie dans cette période d'un véritable engouement des médecins. Près de 80 thèses dont le titre évoque un intérêt direct pour la haute performance seront soutenues de 1975 à 1994. Enfin, « en 1978 ont été créés vingt postes de médecins d'équipes nationales, affectés aux fédérations. Chaque médecin était chargé d'organiser le suivi médical de son équipe »⁷⁷¹. Intégrés dans le monde du sport et dans l'environnement des sportifs, certains⁷⁷² professionnels s'inscrivent alors clairement dans une logique de préparation et de soutien à la performance, réactualisant ainsi la figure historique du médecin de l'exploit. Dans un contexte d'augmentation très nette des volumes et des intensités d'entraînement, « cet état de fait interroge [à nouveau] le caractère flou et ambigu des compétences et des fonctions attribuées aux médecins encadrant la santé des sportifs. Les collusions et les connivences entre certains médecins et sportifs sont telles qu'on peut considérer que la recherche d'amélioration des résultats est devenue, pour une partie de la profession, une véritable "raison d'être de la médecine du sport contemporaine" »⁷⁷³.

Mais la médecine du sport ne s'est pas renforcée que dans l'intimité des cabinets, des bureaux des CMS ou enfin des locaux sportifs par la multiplication des médecins formés, l'augmentation du nombre de licenciés sportifs et la généralisation du suivi des athlètes (et plus particulièrement des élites sportives). Sa prospérité s'explique aussi et surtout par le renforcement de son assise universitaire et hospitalière. Les XIIèmes Assises de Médecine du Sport qui se sont tenues les 13 et 14 septembre 1975 engagèrent le

⁷⁷⁰ Exemples de sujets traités : Dr. **OTTOZ**, Hélène. 1978. *Détermination indirecte de la consommation maximale d'oxygène : résultats obtenus au cours de trois années de contrôle des sections sport-études de la région Bordelaise*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux. Dr. **MALLARD**, François. 1981. *Bilan de quatre années de surveillance de la section sport-études football du lycée Chevrollier d'Angers*, Thèse de Médecine, Université d'Angers. Dr. **ANDRISI**, Christophe. 1986. *Accidents du travail et prévention dans un club de football professionnel : expérience de l'Olympique Lyonnais pendant 8 saisons sportives (1977-78 à 1984-85)*, Thèse de Médecine, Université de Lyon. Cité dans **VIAUD** Baptiste. 2009. *Op. Cit.*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>.

⁷⁷¹ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 119.

⁷⁷² Pour un récit de vie d'un sportif de très haut niveau, qui a connu la transformation dans les années 1975-1985 d'un « football qui ne ressemblera plus jamais à celui de nos pères », se référer par exemple à : **BATS**, Joël. 1986. *Gardien de ma vie*, Editions J'ai lu, p. 207-210.

⁷⁷³ L'expression est de **WADDINGTON**, Ivan. 1996. « The development of sport medicine », *Sociology of sport journal*, n°13, p. 176-196. Cité dans **SALLE**, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 107.

Ministère de la jeunesse et des sports à organiser un débat sur la recherche en médecine du sport. Par leur importance, ces rencontres étaient appelées à faire date. En effet, « la parfaite collaboration de tous les présents à ces assises, dans leur diversité : universitaires, hospitaliers, spécialistes, chercheurs, médecins omnipraticiens, sans souci de hiérarchie ou de prérogative, mais liés par un confraternel attachement, [...] a fait prendre un tournant dans la politique menée jusque là en médecine du sport. Pour la première fois, le ministère en charge de la recherche scientifique s'impliquait dans le projet. Son délégué général était présent et déclara avoir bien compris la nature des travaux présentés et que des négociations allaient être engagées avec le ministère de la jeunesse et des sports pour arrêter la définition d'un programme de recherches et l'établissement d'un échéancier. Le principe d'un conseil supérieur de la médecine était également approuvé, contribuant à la possibilité de progrès en médecine du sport »⁷⁷⁴. La création en 1976 des Instituts Universitaires et Régionaux de Médecine du Sport (IRMS) participe de cette volonté de valorisation de la recherche. Inexistants en 1964, ils seront 18 en 1975. Leur invention a constitué une innovation considérable, qui n'a pris sa véritable mesure que dans sa coopération avec les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Cette collaboration a permis en effet « le regroupement géographique du suivi des entraînements, le développement des techniques de clinique et de traumatologie sportive, l'enseignement de la biologie sportive et la recherche scientifique dans un réseau universitaire et hospitalier »⁷⁷⁵. Car c'est là sans aucun doute l'avancée la plus remarquable de la décennie soixante-dix en matière de médecine du sport : les activités physiques et les athlètes font leur entrée à l'hôpital. Dès 1970, est créée à Lyon la toute première consultation polyvalente de médecine du sport dans un centre hospitalo-universitaire. De la même façon, « l'hôpital Cochin à Paris, sous l'impulsion du Pr. M. Rieu, est un des premiers établissements à avoir mis en place, dans les années 1970, différentes structures de prévention (service de consultation en médecine du sport), de recherche (laboratoire de physiologie appliquée aux sports) et d'enseignement (formation et délivrance du certificat d'études spécialisées de "biologie et médecine du sport" remplaçant celui de "biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports" en 1971) »⁷⁷⁶. En septembre 1985, Edmond Hervé, Secrétaire d'Etat chargé de la Santé, dans son discours réalisé lors des Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, discute de « la politique

⁷⁷⁴ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 130.

⁷⁷⁵ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 127.

⁷⁷⁶ **SALLE**, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 112.

hospitalière » en matière d'activités physiques. S'il rappelle dans un premier temps que l'hôpital public intervient à plusieurs titres dans la prise en charge du sportif, que ce soit pour assurer le suivi de l'entraînement, les soins spécialisés ou pour développer des recherches sur la physiologie et la pathologie des sportifs, il n'hésite pas ensuite à dresser un état des lieux précis de la situation. « J'ai fait récemment recenser les consultations hospitalières de médecine du sport. 73 consultations fonctionnent régulièrement dans tous les C.H.R. et dans un certain nombre d'hôpitaux généraux. Les médecins qui interviennent dans ces consultations ont des spécialités diverses : orthopédie, rhumatologie, rééducation fonctionnelle, cardiologie et explorations fonctionnelles, etc... Beaucoup de ces consultations sont le fait de spécialistes appartenant au secteur hospitalo-universitaire. Trois postes de monoappartenants ont été créés dans le discipline biologie et médecine du sport à Lyon, Saint-Etienne et Nantes en 1982. D'autres hôpitaux, essentiellement des C.H.R. souhaitent mettre en place des services de médecine du sport (Amiens, Metz-Thionville, Limoges) »⁷⁷⁷. Face à un tel développement de la médecine du sport à l'hôpital, espace sacro-saint qui joue le rôle de sas pour toutes les disciplines « mineures » en quête de légitimité, le souhait d'une plus grande reconnaissance ne tarde pas à émerger. Limité par son statut de compétence, c'est bien de spécialité dont certains rêvent. A l'image du Docteur Monique Berlioux, qui dans une communication affirme que « la médecine du sport devrait être une branche aussi importante que l'ophtalmologie ou la gynécologie, par exemple. Selon les sujets, surtout chez les élites, seul un spécialiste pourra déterminer les indices physiques, biologiques et psychologiques qui assureront au pratiquant santé et bien-être ». La commission présidée par le Docteur Henri Périé (alors Inspecteur Général de la Jeunesse et des Sports), ayant en charge l'émission d'un avis à la suite de cette allocution, reprend le souhait d'une « reconnaissance de la discipline Médecine du Sport sur le plan hospitalier », tout en précisant que le « problème de la spécialité » devra également être réglé sur le plan ordinal⁷⁷⁸. Le remplacement du CES par la « Capacité de médecine du sport » en 1988 vient anéantir ces espoirs. « Elle offre la particularité d'être enseignée en un an. [...]. Le programme d'enseignement comporte un total de 100 à 120 heures de cours et de 20 à 40 heures d'enseignement pratique, soit au CHU soit dans un centre médico-sportif, soit sur le terrain sportif. [...]. Le diplôme de la capacité ne confère

⁷⁷⁷ HERVE, Edmond. 1985. *Discours de M. Edmond Hervé, Secrétaire d'Etat chargé de la Santé*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985, p. 10.

⁷⁷⁸ Dr. BERLIOUX, Monique. 1985. *Organisation de la médecine du sport*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985, p. 47 ; 51.

pas la spécialité au sens de la nomenclature »⁷⁷⁹. Mais l'obtention de cette capacité, à défaut d'octroyer un titre prestigieux, ouvre malgré tout des possibilités extrêmement variées de pratiques. Exercice libéral exclusif ou non ; exercice avec contrat club-médecin ; médecin responsable ou vacataire au sein d'un CMS ; médecin attaché ou vacataire pour effectuer des consultations en milieu hospitalier public ou en cliniques privées ; médecin fédéral ; médecin au sein d'un Institut Régional de Médecine du Sport ; médecin responsable d'un centre d'entraînement de haut niveau ; médecin investi dans la lutte contre le dopage... Les voies sont nombreuses et préfigurent le paysage médico-sportif actuel. Pourtant, malgré le développement sans précédents des médecines du sport depuis les années 1970, la fin des années 1980 marque le début d'une dégradation dont les effets se font toujours sentir à l'heure actuelle.

Les raisons d'un tel déclin sont multiples. Mais une hypothèse peut être avancée dès à présent. Il nous semble en effet que la prospérité de la médecine du sport dans les années 1970, résultat opportun de la réorganisation du sport et en particulier de l'encadrement des élites, portait en elle les germes de son propre crépuscule. La question du nombre mérite effectivement d'être posée. Certains auteurs avaient déjà perçu combien il était nécessaire de nuancer la très nette hausse des médecins formés, qui bien que réelle restait largement insuffisante aux vues du nombre toujours plus élevé de pratiquants sportifs. « Notre pays, départements et territoires d'outre-mer compris, compte présentement 154 800 médecins inscrits à l'Ordre. Parmi eux, 125 000 sont en activité. Sur ce nombre, environ 15 000 ont passé le CES de biologie et de médecine du sport. Là-dessus, 6 500 utilisent leurs compétences techniques en matière de sport mais ils ne le font qu'à temps partiel. Les médecins du sport à temps complet se montent à une quarantaine tout au plus, en y incluant les quelques chirurgiens hautement spécialisés et cotés ainsi que les 20 médecins salariés du Ministère de la Jeunesse et des Sports. [...]. La France compte 11 millions de licenciés. [...]. Ils n'auront pour s'occuper d'eux à plein temps, que 40 praticiens, soit 1 pour 250 000. Soyons généreux et embrassons dans la famille des médecins du sport la totalité des quelques 6 500 spécialistes à temps partiel, parfois très partiel et souvent bénévole. Cela donne un médecin pour 1 540 licenciés sportifs pratiquants. Cela reste terriblement mince si l'on songe aux interventions médicales que toute activité sportive implique au titre de la prévention, de la surveillance, du dépistage,

⁷⁷⁹ **HARICHAUX**, Michèle & Pr. **HARICHAUX**, Pierre. 2004. *Droit et médecine du sport*, Editions Masson, Collection Sport, Paris, p. 61-62.

de la recherche et des accidents »⁷⁸⁰. Le certificat de non contre indication à la pratique physique est obligatoire, la compétence médicale nécessaire à sa signature reste, elle, facultative... La pénurie de médecins qui en résulte est d'ailleurs d'autant plus difficile à gérer que la question des moyens financiers se pose aux associations sportives dont les fonds sont limités. « La mise en œuvre d'une politique médicale cohérente pose bien des problèmes aux clubs. Tous ne bénéficient pas par exemple de la proximité d'un centre médico-sportif municipal. Bien peu disposent des moyens nécessaires à la constitution de leur propre service médical. Il leur reste la possibilité de rétribuer des spécialistes du sport appartenant au secteur libéral mais ceux-ci ne sont pas nécessairement équipés de l'appareillage adéquat »⁷⁸¹. Finalement, malgré les efforts engagés pour clarifier et organiser administrativement la médecine du sport sur les échelles nationales, régionales et locales, « la Médecine du Sport en France, comme la Médecine tout court, reste essentiellement de caractère libéral, et ce sont les Associations sportives, les Clubs, [...] qui organisent pour leurs membres actifs, le contrôle médical de base. C'est ainsi que des milliers de médecins du sport en France ont travaillé sans bruit, et souvent désintéressés, à assurer le contrôle médical des athlètes de *leur* club et personnellement c'est ainsi que nous avons fait nos premières armes médico-sportives, alors que nous étions encore étudiants en médecine »⁷⁸². Les sociétés sportives s'appuient en effet très régulièrement sur des médecins eux-mêmes pratiquants au sein du groupement. Le « service rendu » se négocie dans une logique de camaraderie et de solidarité qui explique l'écrasante majorité de médecins bénévoles. Mais cette relation privilégiée entre des médecins et des dirigeants sportifs est vite perçue par certains comme une entorse au tout puissant libéralisme médical. « La situation actuelle fait largement appel au bénévolat d'où un manque de disponibilité des médecins et un manque de cohésion des actions médicales très préjudiciables à leur efficacité. [...] Le bénévolat d'un médecin au service d'un club a des avantages, mais il a l'inconvénient de ne pas créer d'engagements réciproques, ni de permanence de services : il doit être évité »⁷⁸³. Rétrospectivement, le docteur Henri Périé

⁷⁸⁰ Dr. **BERLIOUX**, Monique. 1985. *Op. Cit.*, p. 48-49.

⁷⁸¹ **PERSONNE**, Jacques. 1987. *Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant*, Editions Denoël, Paris, p. 164.

⁷⁸² Pr. **GUILLET**, René & Dr. **GENETY**, Jean. 1975. *Op. Cit.*, p. 5. « L'un et l'autre sont des sportifs : - ancien champion de France universitaire d'athlétisme, pour le premier, qui fut membre de la délégation médicale française aux Jeux Olympiques de Tokyo, - tennisman classé, ancien entraîneur national de volleyball et Médecin Régional de la Jeunesse et des Sports, pour le second, et tous deux ont fait leurs premières armes médico-sportives sur le terrain ».

⁷⁸³ Pr. **LE BARS**, René. 1985. *Organisation de la médecine du sport, rapport final*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985, p. 51 ; Dr. **BOEDA**, André. 1985.

pense que « le grand nombre d'acteurs médicaux fonctionnellement quasi autonomes car bénévoles ou quasi bénévoles » est une des raisons majeures qui a empêché la médecine du sport de remplir sa mission⁷⁸⁴. Avec bien sûr en toile de fond la peur d'une possible dénaturation du rôle du médecin à l'intérieur des groupements sportifs. Engagés dans une pratique, dans un collectif, parfois même dans un bureau, les médecins peuvent étendre en effet leur compétence bien au-delà du simple contrôle d'aptitude et se mettre véritablement au service du projet sportif de *leur* club. Les tensions historiques déjà identifiées trouvent là les conditions optimales d'une nouvelle actualisation. De manière identique aux désaccords évoqués dans la question du doping, l'augmentation des volumes et des intensités d'entraînement, officiellement reconnue par l'Etat qui développe en ce sens les structures de formation des champions, épouse la fracture originelle de l'espace médico-sportif et divise les médecins sportifs des médecins du sport. Les uns, sensibles à un projet de vie centré sur la performance et soucieux d'accompagner médicalement les athlètes sur le chemin des records se heurtent à la vision des autres, convaincus qu'il faut d'abord soigner le sport avant de soigner les sportifs, comme si la production des champions ainsi pensée représentait la perversion ultime d'une activité à la dérive. Les années 1970-1980, berceau de la structuration du sport de haut niveau par la création hautement symbolique des sections sport-études, sont ainsi le théâtre de violentes oppositions à l'intérieur même de l'espace médico-sportif. Accompagner ou dénoncer les conditions de vie des jeunes élites françaises, la bataille de l'entraînement sportif intensif précoce (désigné sous le sigle ESIP) est une nouvelle illustration des profondes dissensions dans lesquelles s'enlise un exercice médical pourtant valorisé... Dans un contexte où, « vis-à-vis des parents, dirigeants, entraîneurs, du public sportif, de l'opinion, une certaine "normalisation" découle peu à peu des options gouvernementales qui officialisent l'ESIP »⁷⁸⁵, les positions des médecins sont ambiguës, tant elles paraissent parfois contradictoires. Très rapidement, l'intelligentsia médicale fait entendre son inquiétude à l'égard des sections sport-études.

Jacques Personne (1987) : « Introduction »

« On n'élève pas les enfants comme des chevaux de course que l'on pousse, de plus en plus tôt vers les hippodromes ». Cri d'alarme aux accents de condamnation lancé en 1981 par le Pr. Hugues Gounelle de Pontanel.

Exercice de la médecine du sport, rapport final, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985, p. 37.

⁷⁸⁴ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 128.

⁷⁸⁵ **PERSONNE**, Jacques. 1987. *Op. Cit.*, p. 167.

L'auditoire, aréopage de praticiens réunis à la très officielle Académie nationale de médecine, vient d'entendre le rapport du Pr. André Delmas "Sur l'entraînement physique intense chez les enfants et les adolescents". [...]. "Que dire de l'enfant dont on surexcite le moi et qui, ne pouvant suivre le rythme imposé, se trouve, un jour ou l'autre, rejeté de la sélection ? s'interroge le spécialiste. N'en fait-on pas prématurément, au moins pour certains d'entre eux, des ratés de l'existence ?". "Il nous paraît nécessaire d'exprimer notre profonde inquiétude sur l'institution de classes destinées à faire, en quelque sorte, et cela depuis la plus jeune enfance, des bêtes à concours en vue de compétitions futures (...) Retirer l'enfant de son milieu familial n'est jamais une heureuse initiative, le préparer plusieurs heures par jour en vue de la performance dans un sport déterminé constitue un facteur hautement probable de déséquilibre physique et psychique. C'est aussi accroître les risques d'accidents et leurs séquelles". "Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant". L'Académie nationale de médecine s'est rarement exprimée avec autant de vigueur »⁷⁸⁶.

Il s'agit même d'une véritable levée de boucliers opérée par certains médecins dont les dispositions rendent insupportable l'idée d'un sacrifice relatif des corps au profit des résultats sportifs. Les exemples sont nombreux. Le Dr. Claustre, spécialiste de la croissance des membres inférieurs, explique : « il faut à tout prix éviter les micro-traumatismes intempestifs qui s'opposent à une croissance normale : vouloir faire d'un enfant une vedette sportive est une ineptie. [...]. Le médecin doit avoir pour principe cette notion capitale »⁷⁸⁷. De la même façon, le Dr. Simeray, traumatologue, s'indigne de « l'engouement actuel pour les activités physiques et sportives [qui] a amené de plus en plus de jeunes au sport, et entraîné la multiplication de ces incidents ou accidents, en raison des excès auxquels sont soumis ces sportifs en herbe de la part de leur entourage. [...]. Ces manquements aux règles de l'éthique sportive constituent une perversion des principes du sport, détourné alors de sa fonction primordiale : l'épanouissement corporel et moral d'un jeune être physique. Il ne faut absolument pas que l'entraînement devienne un moyen de production de champions à tout prix »⁷⁸⁸. Cette lame de fond que Jacques Personne habitait dès 1975 du slogan ravageur : « Il faut arrêter le massacre des innocents », va connaître quelques succès non négligeables. « La section gymnastique-études de l'Institut National des sports et de l'éducation physique (INSEP) ferme ses portes à la demande du ministère de la santé. Mesure exceptionnelle en cette fin des années 70. A la suite d'un

⁷⁸⁶ PERSONNE, Jacques. 1987. *Op. Cit.*, p. 23-24.

⁷⁸⁷ Dr. CLAUSTRE, J. 1986. « Pied, enfant et sport », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de BENEZIS, Christian, SIMERAY, Jacques & SIMON, Lucien, Editions Masson, Paris, p. 87-95.

⁷⁸⁸ Dr. SIMERAY, Jacques. 1986. « Pathologie traumatique sur dystrophies de croissance du membre inférieur chez le jeune sportif », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de BENEZIS, Christian, SIMERAY, Jacques & SIMON, Lucien, Editions Masson, Paris, p. 159.

rapport du service médical de l'INSEP, les Pouvoirs publics ont pris peur. Une quarantaine de traumatismes divers viennent d'être recensés en une seule année dans un groupe de 19 gymnastes féminines de 8 à 16 ans. On n'avait jamais relevé une telle densité d'accidents corporels sur un nombre aussi restreint d'athlètes pendant une période aussi courte. Deux pédiatres, le Pr. Hennequet et le Dr. Mandel, dressent le bilan de ce qu'il faut bien appeler un véritable massacre [...]. Trois enfants, précisent-ils, auraient dû cesser toute activité sportive pendant 6 à 12 mois »⁷⁸⁹. Pourtant, dans le jeu entremêlé des sensibilités biographiques à l'origine des représentations variées de l'éthique sportive et de la valeur attribuée aux sacrifices corporels, cette vision radicale de l'ESIP n'est évidemment pas partagée par l'ensemble des praticiens. Certains se situent même à l'exacte opposée, convaincus du rôle potentiel de la médecine dans l'accroissement des performances. Pour le Pr. Creff, opposé à cette idée, ces médecins « font de la championnate par champion interposé et n'hésitent pas à casser du champion en herbe pour assurer leur notoriété et l'argent qui en découle »⁷⁹⁰. A l'évidence, l'aspect financier n'est pas le rapport le plus immédiat susceptible d'expliquer la proximité de certains médecins dans l'univers du sport d'élite. A bien y regarder, il apparaît même que l'Etat s'est délibérément servi des propos de certains médecins sportifs pour donner une caution médicale à la création des sections sport-études. En effet, ces structures présentaient à leurs yeux de meilleures garanties sur le plan de l'encadrement et de la surveillance. Ainsi, le docteur M.C. Romano saluait dans cette invention une plus grande harmonisation de la scolarité aux exigences des activités sportives intenses, dans le respect des rythmes biologiques de l'enfant. Son analyse de la « traumatologie observée » l'amène à repérer une multitude de micro-traumatismes dont le bilan est jugé satisfaisant compte tenu de leurs conditions de vie⁷⁹¹. Autrement dit, dès la naissance des structures sportives de haut niveau, certains médecins participent déjà à une entreprise de « normalisation » de certaines affections face au caractère impérieux des objectifs sportifs. Les propos du Docteur Jenouré s'inscrivent pleinement dans ce cadre et illustrent avec brio le gouffre qui le sépare des positions tenues par l'Académie Nationale de médecine. « L'accession à la hiérarchie mondiale en matière de sport présuppose un entraînement de plusieurs années, si bien que... ces futurs champions doivent souvent être découverts à l'âge préscolaire et déjà surentraîné pendant cette phase de leur développement. A ce sujet, on se fonde sur la plasticité de l'enfant, autant du point de vue

⁷⁸⁹ PERSONNE, Jacques. 1987. *Op. Cit.*, p. 71-72.

⁷⁹⁰ Pr. CREFF, A. 1985. « Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant », *Médecine du sport*, n°1, p. 12.

⁷⁹¹ Dr. ROMANO, M.C. 1982. *La section gymnastique. Etude de Créteil*, mémoire pour le certificat de spécialité de biologie et de médecine du sport, faculté de médecine de Créteil.

corporel que psychologique, éléments forts favorables pour le moulage en “animal de compétition” qu’il faut devenir pour réaliser les exploits attendus. Cela présume toutefois que cet entraînement soit conçu de façon spécifique pour l’enfant, ce qui n’est que très rarement réalisé en pratique et semble même inconcevable au premier coup d’œil. L’intensification des recherches en matière d’éducation physique chez l’enfant s’explique donc surtout par la nécessité de commencer le plus tôt possible l’initiation à un sport si on veut arriver aux meilleurs résultats. Personnellement, nous estimons qu’il faut se réjouir de cette évolution. [...]. Sans d’ailleurs porter de jugement de valeur sur ce fait, il faut signaler que de nombreux enfants disputent des courses de marathon et qu’ils y obtiennent des résultats surprenants »⁷⁹². Cette sensibilité à la performance ne peut se circonscrire à la simple lubie de quelques médecins « illuminés ». Elle renvoie au contraire aux dispositions d’une fraction importante de médecins sportifs pour qui le suivi médical des jeunes élites s’établit *dans* le projet sportif, et non en dehors. « En 1980 le directeur technique de la Fédération Française de Basket-Ball déclare au quotidien *Le Monde* : “En accord complet avec la commission médicale de la fédération, nous allons dresser les fiches de milliers d’enfants de 11 à 12 ans sur ordinateur. La réussite dépend aussi de l’aptitude de l’enfant à supporter quotidiennement l’entraînement au niveau cardiaque, pulmonaire, articulaire et osseux. Nos méthodes vont sans doute faire hurler les professeurs d’éducation physique mais tant pis” »⁷⁹³. Partisans et détracteurs de l’ESIP font revivre dans les années 1980 une opposition qui animait déjà les débats médicaux dans l’entre-deux-guerres et qui séparait l’athlète complet du sportif spécialisé... Les discours et les pratiques ont évolué car l’état des champs médical et sportif est différent, mais la tension entre les deux mondes reste identique et conserve son fort pouvoir structurant. Cette douloureuse et incessante hétérogénéité professionnelle n’a pu que desservir l’évolution globale des médecines du sport. Nombreuses sont en effet les empreintes laissées par une lente érosion de la discipline depuis la fin des années 1980.

⁷⁹² Dr. JENOURE, P. 1984. « Physiologie de l’entraînement au début de la scolarité », in *Le médecin, l’enfant et le sport*, sous la direction de MANDEL, Christian, Médecine et Enfance, p. 32-37.

⁷⁹³ SAFRA, J.M. 1980. « L’informatique au secours de l’équipe de France », *Le Monde*, 30 septembre 1980. Cité dans PERSONNE, Jacques. 1987. *Op. Cit.*, p. 64.

III. 2. Les 20 dernières années, une médecine en « totale déshérence »⁷⁹⁴

« Force est de constater que depuis 1980, la médecine du sport subit une lente dégradation qui s'exprime par la perte de son assise académique universitaire, l'absence de formation des praticiens, le désengagement progressif de l'hôpital public, la marginalisation des médecins (confinés au rôle de "réparateurs") dans le contrôle des entraînements sportifs au profit des professionnels de la performance ».

Pr. Michel RIEU. 2000. Rapport commandé par Claude Allègre alors Ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie⁷⁹⁵.

Le Professeur Michel Rieu fait ici le constat du délitement de chacune des branches médicales intéressées par les activités physiques. Lors des Etats Généraux du Sport organisés en 2002 par le Ministère des Sports et le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF), les interactions entre le sport et la santé ont fait l'objet d'une série de diagnostics. L'état des lieux est catastrophique. Le contrôle médico-sportif, véritable pilier historique de la discipline, vacille dangereusement. Selon les propos amers du Docteur Denys Barrault, alors Président en 2001 du Syndicat National des médecins du sport et de l'Association Nationale de la Formation Continue en médecine du sport (ANFORMES⁷⁹⁶), cet effondrement de la discipline serait le résultat d'une politique de la terre brûlée. « Depuis trois années, les divers textes émanant du Ministère des sports en matière de santé des sportifs, sont remarquables par leur constante négation de la médecine du sport. Cet acharnement amène à s'interroger sur les causes et surtout sur les objectifs. Pourquoi faut-il tuer la médecine du sport ? [...]. Cette situation est, de toute évidence, totalement inadmissible et injustifiée »⁷⁹⁷. Le groupe des médecins du sport semble en effet ne plus

⁷⁹⁴ Pour reprendre le titre d'un article publié dans le *Quotidien du Médecin* du jeudi 5 décembre 2002 (non signé).

⁷⁹⁵ Cité dans JARDE, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 21.

⁷⁹⁶ Association récente déclarée à la préfecture de police le 21 juillet 2006 à Paris (n°20060035). Elle se donne pour objet : de promouvoir et d'accréditer les actions de formation continue en médecine du sport ; de promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine du sport ; d'étudier et d'organiser les méthodes de travail et une pédagogie adaptée aux besoins spécifiques des praticiens en médecine du sport dans la perspective d'une formation continue et de l'évaluation des pratiques ; de faciliter ainsi la pratique et la promotion professionnelles des médecins du sport.

⁷⁹⁷ Dr. BARRAULT, Denys. 2001. « Pourquoi vouloir détruire la médecine du sport ? », *Cinésiologie*, n°196, 40^e année, p. 35.

jouir de cette même qualité d'expertise auprès des autorités. Pour la première fois dans son histoire, la loi 99-223 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage ne précise pas la qualification du médecin signataire des certificats préalables à la pratique du sport en compétition. N'importe quel médecin généraliste, titulaire ou non de la capacité de médecine du sport, est jugé compétent pour la réalisation de tels actes. Ce principe est d'ailleurs réaffirmé dans l'Arrêté du 28 avril 2000 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux assurés dans le cadre de la surveillance médicale des sportifs de haut niveau. Là encore, l'expertise du médecin du sport n'est jamais soulignée. Enfin, 2001 est une année noire pour une médecine qui traverse de funestes étapes. La mission médicale du Ministère de la jeunesse et des sports qui avait remplacé le bureau médical en 1985 est supprimée, signe tangible d'une mort annoncée. « Du coup, la médecine du sport institutionnelle n'existait plus. Sa compétence n'était plus reconnue »⁷⁹⁸. Ce destin macabre résulte des difficultés que chacune des médecines du sport a accumulées depuis une vingtaine d'années et qui, toutes réunies, ont participé à la débâcle générale.

« Le déclin de la médecine du sport est un phénomène avéré. [...]. L'université apparaît comme le lieu géométrique où se concentre l'essentiel des maux dont souffre la médecine du sport »⁷⁹⁹. La chute des effectifs de médecins formés à cet exercice est spectaculaire. En 2005, vingt-sept universités dispensent cet enseignement et forment environ 150 à 200 étudiants, pour dix-neuf facultés en 1975 et 400 à 450 étudiants certifiés. Le déficit de formation des médecins est le résultat de la suppression des chaires de médecine du sport en 1983, qui entraîne par là même la perte de son assise académique et le désengagement progressif de l'hôpital public jusqu'à observer une réduction du potentiel hospitalo-universitaire d'environ 50 % entre 1990 et 2000⁸⁰⁰. « La situation actuelle se caractérise par l'absence de postes de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) ainsi que de maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) dans le secteur de la médecine du sport qui n'est pas représenté au conseil national des universités (CNU) par une section ni même une sous-section »⁸⁰¹. En dix ans, le capital hospitalo-universitaire lié à cet exercice particulier est anéanti. Aux Hôpitaux de

⁷⁹⁸ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 136.

⁷⁹⁹ **JARDE**, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 22.

⁸⁰⁰ Pr. **RIEU**, Michel. 2003. « Médecine du sport », in **AEBERHARD**, Patrick & **BRECHAT**, Pierre-Henri, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, EHESP, p. 161-176.

⁸⁰¹ **JARDE**, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 23.

Paris, il ne reste ainsi plus qu'un service et un maître de conférences en activité au lieu des trois services dirigés par trois professeurs assistés de sept maîtres de conférences qui fonctionnaient encore en 1990. Selon le député Olivier Jarde, cette situation a été aggravée par la concurrence d'une filière universitaire récente ; les sciences et techniques des activités physiques et sportives. Le DEUG STAPS a été mis en place en 1975, suivi de la licence en 1977. Le cursus a été ensuite complété par la création de la maîtrise en 1982 et des DEA en 1984. Les premières soutenances de thèses datent quant à elles de 1987. La fin des années 1980 correspond justement à l'amorce d'un déclin extrêmement rapide du nombre de thèses médicales liées aux APS. De 142 travaux réalisés en 1987, les recherches entreprises en 1994 ne s'élèvent plus qu'à 62. La diminution du nombre d'étudiants inscrits à la faculté de médecine ne peut expliquer à elle seule une telle faillite. « Force est de constater que la création des STAPS a généré un effet d'éviction à l'égard du recrutement professoral d'une discipline comme la médecine du sport ». La recherche dans le domaine ne pouvait qu'en subir les effets négatifs. Atomisée, privée de ligne de force, « une recension des publications scientifiques au sein des principales revues internationales effectuées par le professeur Rieu pour l'année 1999 montre que la participation française ne représente que 2,6 % de la production totale, loin derrière les scientifiques américains, scandinaves et britanniques »⁸⁰². Pour le docteur Denys Barrault, l'autonomie universitaire des STAPS a produit « plusieurs confusions » dont souffre actuellement la médecine du sport. « Pendant que les médecins parlent de médecine du sport, les STAPS développent le concept de "sport et santé" auquel les médecins ne peuvent pas être étrangers. Pendant que les médecins tentent de travailler avec les entraîneurs pour mieux connaître les effets de l'entraînement et éviter des excès ou des erreurs, les STAPS forment des préparateurs physiques qui s'incrustent entre les entraîneurs et les médecins, qui ont beaucoup de connaissances théoriques de la physiologie de l'effort, mais qui ignorent tout des aspects pathologiques. Il faudra un jour définir ce qu'est un préparateur physique, sa formation, ses fonctions et son éthique professionnelle »⁸⁰³.

Car la médecine du sport n'est pas éprouvée que dans sa version académique. Les médecins de terrain, employés par les fédérations ou les clubs connaissent de manière identique des difficultés dans l'exercice de leurs fonctions. « La place du médecin dans une

⁸⁰² JARDE, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 25.

⁸⁰³ Dr. BARRAULT, Denys. 2006. « Rubrique Professionnelle. Lettre du Président du Syndicat National des Médecins du Sport au député Olivier Jarde », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année, p. 60.

fédération sportive est organisée au gré des opportunités et des besoins de la fédération. Certains sont des dirigeants élus bénévoles. D'autres sont salariés pour s'occuper de l'élite sportive. Pour les grosses fédérations, la charge du travail administratif est devenue si importante que des médecins sont recrutés à cet effet. Le rôle de chacun n'est pas précisé. Il n'y a pas de statut type. La plupart des médecins sont placés, de fait, sous l'autorité des directeurs techniques fédéraux. Ils ont pourtant souhaité pouvoir travailler en indépendance comme l'exige le code de déontologie médicale et dans l'intérêt des sportifs souvent soumis à des charges d'entraînement excessives pour leur santé. [...]. La médecine fédérale reste donc contrainte, artisanale, sans débouché pour les médecins du sport. [...]. En définitive, le suivi médical des sportifs de haut niveau s'est révélé difficile. En 1978 avaient été créés par le Ministère des sports vingt postes de médecins d'équipes nationales affectés aux fédérations. [...]. Au lieu d'engager des médecins à plein temps, la plupart des fédérations ont préféré recruter à temps partiel ou à la vacation. Le suivi médical s'en trouva altéré. Seul un tiers des sportifs sélectionnés pour les jeux olympiques de 1984 bénéficièrent d'un suivi périodique »⁸⁰⁴. C'est en ce sens que le syndicat national des médecins du sport propose un contrat-type pour l'ensemble des praticiens désireux de travailler avec des fédérations et des clubs. Aux vues des multiples situations « bricolées », le docteur Denys Barrault est convaincu que l'adoption de ce contrat-type représenterait « une avance importante pour la reconnaissance de la médecine du sport dans l'ensemble de l'échiquier médical français. La médecine du sport ne peut pas être prise au sérieux dans la marginalité »⁸⁰⁵. Le premier contrat signé par un médecin au sein d'un club professionnel a été établi extrêmement tardivement. Il date de 1987, et liait à l'époque le docteur Fabrice Bryand au Football Club de Nantes. Cette innovation a servi ensuite de modèle juridique à l'attention des médecins de club professionnel. Pourtant, en 2002, « en raison des difficultés rencontrées, dans l'exercice de leur activité, par beaucoup de médecins de club ou d'équipe professionnel ou de centre de formation de sportifs sous contrat, le conseil de prévention et de lutte contre le dopage a mis en place un groupe de réflexion sur la situation de ces médecins ». Une des conclusions auxquelles il aboutit, est que « l'indépendance professionnelle d'un médecin de club ou d'équipe, qu'il soit salarié ou bénévole, doit être assurée par la signature d'un contrat »⁸⁰⁶. Car c'est bien cette

⁸⁰⁴ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 135.

⁸⁰⁵ Dr. **BARRAULT**, Denys. 1999. « Médecin du sport sous contrat », *Cinésiologie*, n°185-186, 38^e année, p. 103.

⁸⁰⁶ Dr. **FRIEMEL**, Françoise. 2002. « La vie de Société française de médecine du sport », *Science & Sports*, n°17, p. 206.

question de l'indépendance qui rend la médecine de terrain douteuse et illégitime aux yeux de la sphère médicale globale. Les médecins fédéraux et de clubs en sont d'ailleurs parfaitement conscients et cherchent à gagner en autonomie. Le syndicat national des médecins du sport a alerté le cabinet de la Ministre Roselyne Bachelot à ce sujet en 2008. L'enjeu est d'inventer de nouvelles orientations afin d'éviter la trop grande emprise des entraîneurs et des Directeurs Techniques Nationaux (DTN) sur des médecins ayant le sentiment de jouer le rôle de « fusible facile ». Le docteur Philippe Deymié devait s'occuper de l'équipe de France d'athlétisme aux Jeux olympiques de Pékin. Mis en cause juste avant les Jeux Olympiques, et suite à un conflit d'intérêts avec le DTN, il a préféré renoncer au voyage. Son collègue Jean-Pierre Paquet, lui, a quitté l'encadrement de l'équipe de France de football après avoir été critiqué dans sa gestion de la blessure du capitaine des Bleus, Patrick Vieira, qui n'avait pas joué un match durant l'Euro 2008. Enfin Fabrice Bryand, médecin historique du FC Nantes-Atlantique, a démissionné pour « entrave à la fonction », et poursuit les dirigeants du club qu'il accuse d'avoir incité les joueurs à consulter d'autres praticiens. Ces trois événements datent de 2008 et ne sont pas des cas isolés⁸⁰⁷.

De la même façon, la médecine du sport liée à la lutte contre le dopage, pourtant si active dans le domaine depuis 1965, semble ne pas pouvoir se soustraire à la marche funèbre de cette fin de siècle. Le 14 juin 1999, un décret porte nominations au conseil de prévention et de lutte contre le dopage. N'y figure aucune personnalité représentative de la médecine du sport. Le 30 septembre, le recrutement de 24 médecins compétents en santé publique auprès du directeur des sports et des directeurs régionaux de la jeunesse et des sports correspond à l'élimination des cadres compétents en médecine du sport⁸⁰⁸. Enfin, la création récente de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) par la loi n°2006-405 du 5 avril 2006 ne s'inscrit pas dans la voie d'une reconquête. A l'inverse, l'agence ouvre la réalisation des prélèvements urinaires aux étudiants de médecine de troisième cycle, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes jusqu'alors réservée aux seuls médecins titulaires d'une thèse. La politique de recrutement des agents de contrôle du

⁸⁰⁷ **BURNIER**, Damien. 2009. « Equipe de France : Médecins en colère », *Le Journal du Dimanche*, 13 janvier 2009.

CHARRIER, Pascal. 2009. « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance », *La Croix*, 23 janvier 2009.

⁸⁰⁸ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 133.

dopage n'est donc pas basée sur la certification des médecins et n'accorde aucun crédit particulier à la formation médicale liée au sport⁸⁰⁹.

Pourtant, dans ce paysage de désolation, la médecine du sport est parvenue à survivre grâce à la ténacité de certains de ses défenseurs. « Le SNMS a dû insister pour obtenir que l'examen médical des sportifs de haut niveau soit réalisé par un médecin qualifié en médecine du sport (arrêté du 11.2.04) »⁸¹⁰. De même, pour pallier à l'érosion de la médecine du sport hospitalo-universitaire et ainsi tenter de maîtriser l'hémorragie des médecins formés, l'arrêté du 20 juin 2002 a concrétisé la création d'un diplôme d'enseignement spécialisé complémentaire (DESC) en médecine du sport d'une durée de quatre semestres. « vingt-trois centres hospitalo-universitaires sont habilités pour assurer cette formation spécialisée et treize centres hospitaliers universitaires proposent ce diplôme depuis la rentrée de 2004 »⁸¹¹. Cette création est perçue par certains médecins comme le signe de la « résurrection de la discipline sur le plan hospitalo-universitaire » dans la mesure où une telle ouverture de diplôme peut être à l'origine d'un mouvement de réintégration institutionnelle et de création de nouvelles unités de médecine du sport dans les hôpitaux publics. C'est la conception de deux anciens présidents de la société française de médecine du sport, les docteurs Rieu et Monroche⁸¹². Mais de profondes dissensions divisent les esprits à ce niveau. Le docteur Henri Périé, ancien chef des services médicaux de la Jeunesse et des sports, ou le docteur Denys Barrault, actuel président du SNMS, ne soutenaient et ne soutiennent pas ce diplôme. Selon eux, le DESC, par son caractère non spécialisant, mais plus contraignant que la Capacité « induira dans le futur la raréfaction progressive, jusqu'à disparition, des effectifs en médecins du sport »⁸¹³. Le président du SNMS explique : « Je suis tout à fait contre ce projet parce qu'il n'apporte rien de plus. [...]. Le DESC projeté reprend strictement le même programme [que la capacité] et n'apporte rien de plus si ce n'est l'augmentation du nombre d'heures. La formation passe ainsi d'une à deux années. Par ailleurs, plutôt que d'assurer cette formation dans 18 facultés de médecine, on ne peut plus le faire que dans une seule ! En terme d'effectifs formés à la médecine du sport, on passera de 150 médecins à 20 chaque année. Est-ce

⁸⁰⁹ Se référer à la délibération n°115 du 13 novembre 2008 modifiant la qualification requise pour l'agrément des personnes chargées des contrôles, disponible sur : http://www.afl.fr/docs/page8_308_delib115.pdf

⁸¹⁰ Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « La valeur du certificat », *Cinésiologie*, n°226, 45^e année, p. 37.

⁸¹¹ **SALLE**, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 401.

⁸¹² Dr. **MONROCHE**, André. 2003. « Médecine du sport : le DESC créé dans treize CHU à la rentrée », *Le Quotidien du médecin*, 26 août 2003.

⁸¹³ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 138.

réellement un progrès ? [...]. On aura de moins en moins de médecins du sport et les sportifs vont solliciter des médecins parallèles. On peut donc considérer la création du DESC comme un problème »⁸¹⁴. Les propos tranchants du Docteur Barrault sont à la mesure de son désaccord avec les orientations prises par certaines figures de l'espace médico-sportif. Dans sa réponse au député Jarde, le message est très clair et résume avec réalisme la situation actuelle. « Les médecins du sport sont 5000 en France, disséminés sur l'ensemble du territoire national. [...]. Il est donc erroné de dire que la médecine du sport est une discipline introuvable, les sportifs savent la trouver. Elle a certes besoin d'une reconnaissance universitaire dans le domaine de la médecine et cela ne sera possible qu'au prix d'une très forte volonté politique que l'on ne perçoit pas actuellement. La médecine du sport devrait, bien sur, être représentée au Conseil National des Universités, non pas dans la rubrique Santé Publique comme certains universitaires l'avaient envisagé, mais à part entière au même titre que la pédiatrie ou la gériatrie qui sont des spécialités s'adressant à des populations particulières. [...]. Elle a besoin de formation. [...]. Le Syndicat national des médecins du sport s'était manifesté à plusieurs reprises pour que soit créé un DES en médecine du sport sur 4 ans. Il n'a pas été suivi par les universitaires, notamment le Professeur Rieu, qui se sont contentés d'un DESC non spécialisant en 2 ans. D'ailleurs, l'insuccès actuel du DESC permet de dire qu'il serait catastrophique que le DESC puisse remplacer la [Capacité], comme l'envisagent beaucoup d'universitaires »⁸¹⁵.

IV. Médecine du sport, médecine du travail. De périlleuses acrobaties

« Il n'y a scientifiquement aucune différence entre le labeur professionnel que le besoin impose au paysan ou à l'ouvrier, et l'exercice plus ou moins élégant auquel s'adonne un sportman. Le manœuvre qui scie du bois, et le gentleman qui fait des armes produisent tous les deux du travail musculaire ».

Dr. F. Lagrange. 1888⁸¹⁶.

⁸¹⁴ Propos du Docteur Denys Barrault cités dans SALLE, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 512.

⁸¹⁵ Dr. BARRAULT, Denys. 2006. *Op. Cit.*, p. 60.

⁸¹⁶ Dr. LAGRANGE, Fernand. 1888. *Physiologie des exercices du corps*, Paris, Alcan, p. 1.

« L'analogie avec la médecine du travail paraît évidente. La médecine du sport a, entre autres buts, de prévenir tout dommage qui serait la conséquence d'une activité physique, comme la médecine du travail vise à prévenir tout dommage qui serait la conséquence du travail ».

Dr. H. Périé. 2007⁸¹⁷.

Eloignée des organes en eux-mêmes et intéressée par l'usure de l'homme dans sa globalité, la médecine du travail entretient une proximité étonnante à la médecine du sport. Elle aussi s'exporte. A la sueur des gymnases et des stades, elle lui préfère celle des ateliers et des chaînes de production. Les figures du sportif et de l'ouvrier ne sont en rien comparables, leurs outils, leur hygiène de vie diffèrent totalement. Pourtant ils font l'objet d'une même surveillance médicale. Baskets et chaussures de chantiers peuvent être soumises au regard médical ; les consommations d'alcool et de tabac sont également dénoncées. Mais ces médecines ne sont pas proches que du point de vue de leurs exercices respectifs. Elles entretiennent une surprenante contiguïté historique. Nées ensemble à la fin du XIX^e siècle, la première guerre mondiale et l'entre-deux-guerres est le temps des premières formalisations de leurs domaines de compétences. La Libération et la vague des contrôles massifs de la population qui l'accompagne seront bénéfiques pour leurs stabilisations. « L'organisation de la médecine du travail est consolidée par la loi du 11 octobre 1946 succédant à la loi du 28 juillet 1942. Il est ainsi fait obligation aux employeurs du secteur privé d'organiser une surveillance médicale pour leurs salariés »⁸¹⁸. La médecine du travail, qui œuvre pour éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, trouve là les conditions d'un réel développement, mais n'accède pas pour autant au rang de spécialité (elle reste une compétence au même titre que la médecine du sport). Les décennies 1970-1980 sont des années fastes. La loi de 1973 « témoigne d'une volonté de l'Etat de mettre l'accent sur la "condition du travailleur manuel", dans un contexte social assez dur. C'est la promotion de la formule ACT (Amélioration des

⁸¹⁷ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 106.

⁸¹⁸ **DELLACHERIE**, Christian. 2008. *L'avenir de la médecine du travail*, Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, p. 9. « La loi du 30 octobre 1946 généralise la notion de "prévention", dans le cadre des attributions de la Sécurité sociale toute neuve. Elle astreint les employeurs à une cotisation modulée selon le coût réel ou pondéré des accidents survenus dans la branche ou dans l'entreprise elle-même ». Cité dans **DUCLOS**, Denis. 1984. *La santé et le travail*, Editions La Découverte, Collection Repères, Paris, p. 23.

conditions de travail) »⁸¹⁹. Cette fois, sur fond de scandale lié aux premières révélations des effets de l'amiante sur la santé, les années 1990 sacrent la reconnaissance institutionnelle de la médecine du travail par la mise en place d'un Diplôme d'études spécialisées (DES). « La loi du 18 janvier 1991 en a [ainsi] fait une spécialité »⁸²⁰. Leurs trajectoires ne sont pourtant pas si dissonantes que la différence de diplôme le laisse supposer. Le DES de la médecine du travail ne la protège pas en effet d'un véritable effondrement de son exercice à l'heure actuelle. Ces deux médecines, aux histoires si rapprochées, ont récemment fait l'objet d'un état des lieux officiel afin de répondre aux inquiétudes des autorités. Le rapport parlementaire d'Olivier Jarde sur la médecine du sport réalisé en 2005 évoque le déclin avéré d'une discipline introuvable et souhaite sa « nécessaire revalorisation »⁸²¹. De manière identique, le rapport réalisé par Hervé Gosselin en janvier 2007 sur l' « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives » ainsi que celui du Conseil Economique et Social sur « L'avenir de la médecine du travail » présenté par Christian Dellacherie en 2008, font état d'un système de surveillance inefficace qui « n'a empêché ni la catastrophe sanitaire de l'amiante, ni la véritable explosion des troubles musculo-squelettiques, ni même le développement inquiétant des pathologies psycho-sociales ». Là encore, pour éviter une « mort annoncée », les rapports soulignent la nécessité de revaloriser le rôle de ces spécialistes déconsidérés⁸²². Les constats réalisés sont étonnement identiques. Une démographie en chute libre qui témoigne de la baisse d'attractivité des formations, et un manque de reconnaissance due à une indépendance sans doute plus relative que dans les sphères consacrées de la médecine (cabinets libéraux, hôpitaux publics...). A propos des prochaines réformes de la médecine du travail, Christian Dellacherie expliquait ainsi dans un entretien accordé au journal *Libération* que « L'inscription de la santé au travail et du rôle du médecin dans la loi sera aussi une protection des médecins concernés, parfois soumis à la pression des employeurs »⁸²³. Pourtant, il se contredit lorsqu'il rappelle « que le processus de réforme en cours n'a pas encore permis de lever les ambiguïtés qui

⁸¹⁹ Idem, p. 24.

⁸²⁰ **DARRINE**, Serge & **NIEL**, Xavier. 2001. « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers », *DREES, Etudes et Résultats*, n°99, janvier.

⁸²¹ **JARDE**, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 32.

⁸²² **GOSELIN**, Hervé. 2007. *Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 149 pages.

DELLACHERIE, Christian. 2008. *Op. Cit.*, 44 pages.

⁸²³ **DELLACHERIE**, Christian. 2008. « La médecine du travail n'est plus adaptée », *Libération*, 27 février 2008.

caractérisent [la médecine du travail] depuis son origine, ambiguïté entre médecine de sélection et médecine de prévention, entre médecine d'entreprise et médecine de santé publique. Le médecin du travail est chargé de la protection de la santé du salarié »⁸²⁴. Mais dans le même temps, « il est également reproché à la notion d'aptitude d'être utilisée comme un outil non pertinent de sélection de la main d'œuvre »⁸²⁵. La problématique ainsi posée est transposable d'un exercice à l'autre selon le type de main d'œuvre recrutée (des travailleurs ou des athlètes). La citation est à peine transformée et suffit à produire un énoncé dont la justesse n'est plus à critiquer. Elle devient : les ambiguïtés qui caractérisent la médecine du sport depuis son origine sont toujours d'actualité, ambiguïté entre médecine de sélection et médecine de prévention, entre médecine sportive et médecine du sport. Là aussi, « pour les médecins du sport qui s'occupent de sportifs en les soignant et en évaluant leur aptitude physique, il y a un mélange de missions qui peuvent être incompatibles »⁸²⁶. Pas étonnant alors de constater l'homologie de discours des agents qui se réclament de la santé plutôt que de la rentabilité industrielle ou sportive (discours visibles et légitimes car conforme aux attentes de l'espace social global vis-à-vis d'un professionnel de santé). Leurs revendications sont similaires. Elles en appellent à l'adaptation du sport à l'homme et non de l'homme au sport⁸²⁷, et au passage de l'aptitude des individus à occuper un poste à l'aptitude d'un poste à être occupé par un salarié donné⁸²⁸.

En ce sens, médecins du sport ou du travail sont d'insoupçonnables acrobates. Sur la pointe des pieds, ils se déplacent en équilibre sur le fil tendu qui délimite des espaces sociaux variés. A chaque pas, selon le poids des biographiques, cet équilibre précaire se rompt et le médecin penche d'un côté ou de l'autre. Sur ce câble qui sépare rentabilité et santé, le médecin oscille « entre médecine d'entreprise et médecine de santé publique »⁸²⁹, entre médecine de l'exploit sportif et médecine du sportif... Ce schisme qui donne à voir des médecines aux deux visages est une donnée structurale d'une importance capitale. C'est autour de cette division que se répartissent les agents, qu'ils se définissent, et qu'ils

⁸²⁴ **DELLACHERIE**, Christian. 2008. *L'avenir de la médecine du travail*, Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, p. 10.

⁸²⁵ **GOSSELIN**, Hervé. 2007. *Op. Cit.*, p. 20.

⁸²⁶ Dr. **BARRAULT**, Denys. 2007. « Médecin du sport expert ou traitant ? », *Cinésiologie 2007*, n°233-234, 46^e année, p. 77.

⁸²⁷ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 106.

⁸²⁸ **CANNASSE**, Serge. 2008. « Réforme de la médecine du travail : l'avis du Conseil Economique et Social », *Carnets de santé, à propos...*, mars 2008, <http://www.carnetsdesante.fr>.

⁸²⁹ **DELLACHERIE**, Christian. 2008. *Op. Cit.*, p. 10.

organisent leurs pratiques. Pour le médecin qui s'éloigne par la pesanteur de sa biographie de l'espace médical dédié à la santé, le risque de collusion des fonctions s'élève à mesure que les distances s'agrandissent. A tel point que les rappels à l'ordre sont nombreux et récurrents. Le docteur Bertrand Hue rappelait récemment que « le médecin du travail n'est pas un gendarme. Même si, en fin d'examen, [il] signe un certificat d'aptitude, cela ne fait pas de lui l'exécuteur de directives patronales permettant une sélection des employés ». Mise au point utile lorsque l'on sait que récemment, « plusieurs syndicats, dont un syndicat de médecins du travail, ont déposé une requête auprès du Conseil d'Etat concernant le conflit qui les opposait à une grande entreprise de transport public pour excès de pouvoir. Dans une note interne, le directeur des ressources humaines de cette société confiait les examens d'aptitude aux médecins du travail qu'elle emploie, dans le cadre de missions de sélection du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur son réseau de transport »⁸³⁰. Un médecin lié à son entreprise d'une façon peu compatible avec la raison médicale, le parallèle avec les clubs sportifs est aisé. Là aussi, l'instrumentalisation de la médecine au service du projet sportif et de la performance a contraint le Syndicat National des Médecins du Sport (SNMS) à dénoncer cette « collusion de fonctions » et à reconnaître que « trop souvent, [les médecins du sport] se mettent dans des situations indéfendables en semblant ignorer, par exemple, le Code de déontologie »⁸³¹. Que penser en effet de ces médecins d'un pôle de Handball de l'Ouest de la France qui répondent favorablement à la demande du staff technique, et signalent lors des visites médicales préalables des jeunes athlètes les antécédents de rupture des ligaments croisés, tout cas répertorié devenant non prioritaire car statistiquement moins fiable physiquement que les autres ?⁸³² Périlleux est l'exercice du médecin funambule. Même si la signature d'un contrat est censée préserver l'indépendance médicale, peut-on réellement se mettre à distance des intérêts propres à un groupement sportif professionnel lorsque celui-ci nous emploie et que l'on partage le quotidien de ceux qui y travaillent ? Les médecines qui s'exportent, et qui ont pour tâche l'évaluation clinique globale de l'individu sain, semblent toutes également soumises à une même suspicion ; celle de la participation à une entreprise de sélection au service d'intérêts dépassant le cadre sanitaire. Les atrocités qui ont accompagné le triste épisode de la seconde guerre mondiale en Allemagne illustrent dans sa version la plus extrême un tel

⁸³⁰ Dr. HUE, Bertrand. 2007. *Prévention, aptitude et médecine du travail. Le médecin du travail n'est pas un gendarme*, Droit-medical.net, 30 janvier 2007.

⁸³¹ Dr. BARRAULT, Denys. 2007. « Médecin du sport expert ou traitant ? », *Cinésiologie 2007*, n°233-234, 46^e année, p. 77.

⁸³² VIAUD, Baptiste. 2009. « Lorsque l'intervention des médecins du sport dans le champ du sport de haut niveau pose problème... », *eJRIEPS*, n°16, janvier 2009, p. 113.

mécanisme. Certains médecins ont participé à la défense, parfois même à la dissimulation de confrères juifs, et ont œuvré dans la clandestinité afin d'apporter des soins aux populations déplacées et parquées. Le témoignage du « docteur » Félix Kersten, médecin officiel et intime de Himmler pendant le conflit international, est extrêmement riche d'enseignement. En soulageant les maux du Grand Inquisiteur de l'Europe d'Hitler par ses massages, seuls efficaces face aux thérapies plus conventionnelles, le docteur Kersten est parvenu progressivement à s'immiscer dans les affaires politiques de son patient et a su le manipuler afin d'épargner le destin tragique d'un nombre important de condamnés politiques et de juifs. Le secrétaire de Schellenberg, lieutenant de Himmler, reconnaissait après le conflit avoir entendu de la bouche même du faiseur de mort : « Le docteur Kersten m'arrache une vie à chacun de ses massages »⁸³³. Mais à l'inverse, les médecins-soldats du III^{ème} Reich ont su appliquer les théories nazies, parfois même avec une initiative et un zèle des plus terrifiants. Dans les camps de concentration, l'écart qui divise les services médicaux des infirmeries, souvent recrutés parmi les prisonniers politiques, des médecins-chefs S.S., est l'illustration macabre de ce douloureux funambulisme. Entre préservation de sa propre vie, et sauvegarde de la vie des autres, le déséquilibre est permanent. Entre obéissance à des ordres militaires et respect d'un idéal hippocratique, les biographies individuelles sont responsables de comportements variés. Certains prennent le risque de mourir, d'autres assument le fait de tuer. Le témoignage suivant, rescapé du camp d'Auschwitz, en est un exemple.

Philippe Aziz : *« Les médecins de la mort. Tome deuxième. Joseph Mengele ou l'incarnation du mal ».*

«Le “traitement” des épidémies :

A proximité du quartier tchèque, environ soixante mille hongroises sont parquées comme des bêtes : c'est la section C. Ici, la surpopulation est à son comble ; les dangers d'épidémie sont d'autant plus graves.

Un matin de 1944 une dizaine de femmes, habitant la même baraque, se présentent ensemble à l'infirmerie. Leurs malaises sont identiques, et les médecins détenus décèlent aussitôt les symptômes de la scarlatine. Malgré la discrétion du personnel médical, la nouvelle parvient très vite à la connaissance du médecin S.S. de service ce jour-là. Conscient de l'importance de l'information, et désireux de se concilier les bonnes grâces de son supérieur, il prévient Mengele sans retard. Il sait parfaitement que les épidémies sont la hantise du médecin-chef. Sélection et conservation du matériel humain sont les deux pôles de l'action du médecin S.S. dans les

⁸³³ **KESSEL**, Joseph. 1960. *Les mains du miracle*, Editions Gallimard, Collection Témoignages, 310 pages.

camps de concentration. Négliger l'une ou l'autre de ces tâches produit toujours une impression défavorable à Berlin. Or, le Dr. Mengele tient avant tout à rester dans le camp. Les âpres combats du front russe le terrorisent. [...]. Il importe, donc, de ne pas attirer l'attention de la direction centrale. [...].

A la tombée de la nuit, les habitantes des trois blocks hurlent de terreur quand elles perçoivent les bruits de moteur qu'elles connaissent trop bien. Les camions se rapprochent à vive allure. Ils s'arrêtent devant leurs portes. Elles ont compris. Leur destin est scellé.

Une heure après, quinze cent femmes ne sont plus que cendres qui volent... Telle est "la lutte intensive contre la propagation de l'infection" que mène à Auschwitz le Dr. Mengele. Tel est, en tout cas, la formule qui figurera dans le rapport qu'il fera parvenir le soir même à Berlin. Il est bon parfois de souligner, soi-même, sa vigilance et son efficacité... »⁸³⁴.

Le recours à de telles illustrations peut paraître abusif dans le cadre d'une réflexion sur la médecine du sport. Pourtant, cette zone de turbulences entre la médecine et l'armée qui s'actualise de façon variable selon les dispositions individuelles des médecins-soldats ne nous semble pas si éloignée d'un point de vue structurel de l'indécision des médecins sportifs face à deux espaces, la médecine et le sport, dont les valeurs peuvent être profondément antinomiques. Etre médecin des sportifs de haut niveau est par définition ambigu, dans la mesure où les conditions de vie des athlètes sont objectivement pathogènes. Ces tensions proviennent des conditions de l'exercice de ces médecines spécifiques, qui toutes sont susceptibles de s'expatrier sur des terrains qui échappent au contrôle médical traditionnel dont on sait qu'il est particulièrement fort dans la profession médicale. Stades, ateliers, camps de prisonniers..., autant de lieux qui mettent en danger le caractère libéral de professionnels soumis à des logiques et des codes dont le mélange peut être explosif. Des médecins S.S. vont d'ailleurs adopter lors de leur procès à Nuremberg un principe de défense entièrement basé sur cette position intenable. Leurs juges américains entendent les interroger et statuer de leurs responsabilités en tant que médecins. Les accusés dénoncent alors un procès à charge, un procès politique dans lequel on cherche à évaluer leur responsabilité d'hommes de science alors qu'ils évoquent collectivement avoir toujours agi en hommes de guerre. Le docteur Fischer, qui a expérimenté dans des conditions particulièrement sordides l'amputation d'omoplates sur des détenues polonaises, expliquait ainsi au procureur : « A cette époque, je n'étais pas un médecin civil

⁸³⁴ AZIZ, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome deuxième. Joseph Mengele ou l'incarnation du mal*, Editions Famot, Genève, p. 112-113.

libre, mais un soldat tenu à l'obéissance »⁸³⁵. Déplacer ainsi leur statut de médecin à celui de soldat permet de légitimer les expériences médicales sur des sujets humains par les besoins « exceptionnels » d'un conflit armé, et n'engage plus directement la responsabilité du médecin agissant mais bien celle du responsable hiérarchique d'un soldat exécutant. Ainsi, « de nombreux médecins expérimentateurs protestent de leur bonne foi, en déclarant à Nuremberg qu'ils n'ont accepté de procéder à ces expériences que parce qu'elles devaient sauver les soldats allemands. Et nul mieux que le médecin-général Handloser ne connaît les besoins de l'armée ». Le chef des services de santé de l'armée allemande, à l'origine de très nombreuses expériences criminelles, déclare ainsi : « Depuis 1904 jusqu'à la fin de la guerre, j'ai été officier d'active et, comme beaucoup d'hommes de mon âge, je pense que le soldat de métier, y compris le médecin, doit se tenir à l'écart de la politique de parti et de la politique tout court. Je ne me suis jamais occupé de politique et d'ailleurs je n'en ai jamais eu le temps : lorsque j'avais un peu de liberté, je l'utilisais à des études littéraires et à mon occupation favorite : la musique. [...] J'ai insisté dans ma déclaration finale au procès sur le fait que les officiers du service de santé militaire, conformément à une tradition vieille de plus de cent cinquante ans, ont été élevés d'après la devise *Scientiae humanitate patriae* (les Sciences par l'Humanité de la Patrie) et que moi-même suis demeuré fidèle à cette devise »⁸³⁶. C'est bien cette combinaison de valeurs et d'intérêts qui représente une menace potentielle à l'égard de l'indépendance médicale, et qui explique d'ailleurs les phénomènes de rejet et d'illégitimité dont souffrent ces exercices particuliers au sein de la sphère médicale. La réflexion menée conjointement sur le médecin du sport et le médecin du travail, permet donc de s'interroger sur la gestion ambiguë et variable d'un double code, à la croisée d'univers sociaux différenciés.

Là où nous utilisons la métaphore du funambulisme pour imaginer les acrobaties de médecins qui passent d'un univers social à l'autre, Alain Blanc dans sa réflexion sur les « Normes et handicap » repère ce qu'il appelle une « dissonance entre deux mondes normés ». Chaque univers produit un son spécifique dont l'audition est parfois difficile pour le monde opposé. Face à ce conflit de codes, il pose la réflexion générale suivante : « Finalement, deux mondes dissonants que l'on cherche à faire rentrer en consonance (par

⁸³⁵ AZIZ, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome troisième. Des cobayes par millions*, Editions Famot, Genève, p. 186.

⁸³⁶ AZIZ, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome premier. Karl Brandt, l'homme en blanc du III^e Reich*, Editions Famot, Genève, p. 189-191.

la loi par exemple) peuvent-ils y parvenir et à quel prix ? »⁸³⁷. Un tel questionnement est particulièrement bienvenu pour penser les écarts entre la sphère médicale et les univers sportif ou industriel. La loi a rendu obligatoire le contrôle médical dans les entreprises et les clubs sportifs. Médecine du sport et médecine du travail versent donc toutes deux dans une médecine de l'usure et de l'aptitude qui les place de fait dans une position délicate à tenir. La dissonance entre la santé du patient et les risques qu'un problème diagnostiqué est susceptible de représenter pour sa pratique (sportive, professionnelle ou autre) place le médecin dans un rôle par définition bancal⁸³⁸. Pour faire face à une exigence d'engagement, les individus « sont obligés de glisser d'un monde d'ajustement à un autre, d'une grandeur à une autre en fonction de la situation »⁸³⁹. Ces acrobaties inconfortables sont sources de multiples conflits d'intérêts. « Les médecins du travail ayant pour mission la non-altération de l'état de santé des salariés du fait de leur travail, se trouvent en contradiction avec les conséquences pour la santé du système socio-économique actuel »⁸⁴⁰. De la même façon, « l'objectif du médecin [du sport] c'est la maintenance et la sauvegarde de la santé. L'objectif prioritaire du mouvement sportif, c'est la performance sportive sur laquelle élus et entraîneurs sont jugés. Les situations résultantes ne peuvent être que complexes »⁸⁴¹. Effectivement, il est légitime de se demander comment des individus peuvent composer avec cette sorte de double identité sociale, deux visages aux traits si différents. Il n'y a pas lieu de parler *d'habitus clivé* pour qualifier cette dissonance de codes dans la mesure où cette contradiction est complètement intégrée par les individus qui la portent et qui ne la vivent pas sous la forme d'un conflit psychologique⁸⁴². Ce sera l'objet de la seconde partie de ce travail de thèse que d'apprécier finement les effets d'un tel funambulisme. Bien au-delà de la vision simpliste de médecins machiavéliques ayant vendus leur serment d'Hippocrate au diable, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre d'entre eux sacrifient allégrement certains des principes déontologiques qui organisent leur profession. Par le partage de la quotidienneté et des valeurs structurantes d'un espace

⁸³⁷ **BLANC**, Alain. 2008. « Normes et Handicap », *Congrès National des Sciences Humaines et Sociales des Facultés de Médecine*, Angers, 24-25 avril 2008.

⁸³⁸ Voir par exemple : **DODIER**, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, Collection Leçons de choses.

⁸³⁹ **BOLTANSKI**, Luc & **THEVENOT**, Laurent. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, p. 16. Cité dans **DODIER**, Nicolas. 1991. « Agir dans plusieurs mondes », *Critique, Sciences Humaines : Sens Social*, n° 529-530, p. 428.

⁸⁴⁰ Dr. **SEITZ**, Gilles. 1998. « Exercer la médecine du travail », in *Les médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Association Santé et Médecine du Travail, Paris, Syros, p. 111.

⁸⁴¹ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 116.

⁸⁴² Nous reprenons ici un terme utilisé par Pierre Bourdieu pour désigner un principe générateur de toutes sortes de contradictions et de tensions. **BOURDIEU**, Pierre. 2001. *Science de la science et réflexivité, Cours du Collège de France, 2000-2001*, Paris, Editions Raisons d'Agir, p. 214.

étranger, le risque pour le médecin est de finir par y adhérer naturellement. L'usure par la répétition de microtraumatismes, pathologie présente dans le sport comme dans le travail, peut alors s'inscrire dans la normalité de l'univers social qui l'accueille et le fait vivre. Si le docteur Petitjean, médecin d'une compagnie d'assurance, semble convaincu de la possibilité pour un manœuvre de poursuivre son activité sans nécessairement posséder l'ensemble de ses phalanges⁸⁴³, le docteur Pierre-Nadal explique face à la critique adressée aux accidents sportifs : « On reproche au sport tous les accidents dont il est l'occasion. Tous les modes d'activité n'ont-ils pas leurs aléas ? Et si le sport développe les qualités combatives, le courage, le sang-froid, le mépris de la fatigue et de la douleur physique, pense-t-on que ce soit sans les mettre jamais à l'épreuve ? [...]. Le prétendu caractère violent des exercices sportifs ne saurait, en aucun cas, constituer une contre-indication à leur emploi »⁸⁴⁴. Ainsi, c'est à la banalisation des dommages propres à un univers que les médecins qui y produisent s'exposent. Là où le médecin du travail était fatalement confronté aux « poumons noirs du ramoneur », à la maladie du « jeune meunier », où plus récemment aux « troubles musculo-squelettiques de l'informaticien », le médecin du sport découvrait la « cheville du footballeur » et le « rachis du cavalier ». Pathologies consécutives de l'espace de production contre lesquelles le médecin n'a que peu de pouvoir et qu'il finit lui-même par considérer comme « normales »⁸⁴⁵. De là leur vient cette critique commune de ne pas avoir pour objectif la santé, « mais une sorte de santé a minima qui suffit à faire tourner les machines »⁸⁴⁶. « La médecine n'est pas caractérisée par son universalisme et son souci unique du bien du patient : la profession médicale est considérée comme l'un des nombreux groupes d'intérêts existant dans la société. L'intérêt personnel du médecin peut s'opposer à l'altruisme véhiculé par sa rhétorique professionnelle »⁸⁴⁷. Ainsi, selon les dispositions individuelles et les relations entretenues avec son entourage professionnel, le médecin peut s'engager dans une voie dont les tenants

⁸⁴³ TARGOWLA, Olivier. 1976. *Op. Cit.*, p. 100.

⁸⁴⁴ Dr. PIERRE-NADAL, L. 1923. *Op. Cit.*

⁸⁴⁵ - « Docteur, j'ai mal et ça m'empêche de dormir ». [Le médecin contrôleur du travail, mandaté par l'employeur, consulte les radios et épiluche les ordonnances] - « Oui bah, vous avez mal, vous avez mal, que voulez-vous que je vous dise ?... Vous avez le dos d'un maçon de 37 ans, c'est tout ! Mais on ne va pas vous mettre à la retraite à 35 ans. C'est comme ça. Avec les médicaments, là, médicalement, vous pouvez travailler ! » [Le salarié proteste et explique au médecin qu'il ne l'a pas bien ausculté. Ce dernier met un terme à la discussion].

Ce témoignage est issu du reportage diffusé sur M6 en février 2006 dans l'émission « Zone Interdite » et intitulé « Fraudes aux arrêts maladies ».

⁸⁴⁶ C'est le crédo du journaliste Olivier Targowla qui, à l'issue de son enquête, accuse la médecine du travail. « Le patronat l'utilise ; les médecins se laissent faire. La tragédie est là. Sous nos yeux, on gère au rabais la santé des autres ». TARGOWLA, Olivier. 1976. *Op. Cit.*, 222 pages.

⁸⁴⁷ Cité dans ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. 2004. *Op. Cit.*, p. 83.

et les aboutissants ne lui auront jamais été enseignés sur les bancs de la faculté. En ce qui concerne la médecine du travail, il n'est sans doute pas innocent de constater, près de 20 ans après que cet exercice ait été reconnu en qualité de spécialité, que des rappels à l'ordre réguliers soient effectués à l'égard d'un jeu qui reste bien souvent trouble. Le docteur Bertrand Hue martèle ainsi en 2007 que « le patient-employé ne doit pas avoir à craindre qu'une visite de médecine du travail puisse le priver d'un poste qui ne fait pas courir de risque à sa santé ou à celle des tiers. [...] Que ce soit au moment de l'embauche ou au cours du suivi, la réalisation d'examens complémentaires ne doit pas inquiéter l'employé. Là encore, elle n'est pas synonyme de sanction. [...] L'inaptitude à un poste n'est pas synonyme de perte d'emploi. [...] Le médecin du travail est le garant de la santé de l'employé. Il n'est pas habilité à juger des compétences d'un salarié. Le Conseil d'Etat a rappelé que la médecine du travail n'était pas une médecine de sélection. En effet, si tel était le cas, il ne pourrait y avoir de confiance entre l'employé et le praticien, ce qui nuirait au bon fonctionnement du système »⁸⁴⁸. La médecine du sport, non spécialisée, est soumise à un souci exactement similaire de remise en ordre. Un groupe de travail mis en place par le Conseil de Prévention et de Lutte contre le dopage en 2002, avait pour mission de répondre à ce qu'il percevait comme une difficulté rencontrée dans l'exercice des médecins de club ou d'équipes professionnelles. Sa première conclusion est la suivante : « Un médecin ne doit pas accepter d'être expert et d'assurer des soins auprès des mêmes sportifs. Son rôle est d'assurer des soins. [...] Il ne doit donc pas être responsable de l'évaluation du sportif »⁸⁴⁹. Ces remarques autoritaires qui se veulent directives sont autant d'aveux de médecines qui peinent à perméabiliser leurs frontières. La porosité de leurs exercices respectifs en dit long sur l'incapacité de ses branches médicales à réguler les pratiques de leurs membres qui oscillent entre contrôle et expertise, entre médecine de santé publique et médecine de performance (qu'elle soit athlétique ou industrielle)... L'objet des rappels à l'ordre est finalement très simple. Il consiste en la défense du principe antédiluvien de l'indépendance des hommes de l'Art. Car l'éventuelle collusion des fonctions, assorties d'une multiplicité d'intérêts parfois peu compatibles aux principes hippocratiques, rend difficile le maintien d'un libéralisme médical total. Qui plus est, la détention de positions éloignées de « l'épicentre médical » entraîne une réaction immédiate

⁸⁴⁸ Dr. HUE, Bertrand. 2007. *Op. Cit.*

⁸⁴⁹ Dr. FRIEMEL, Françoise. 2002. *Op. Cit.*, p. 206. Preuve de la très faible écoute de cette commission, le docteur Barrault rappelait à nouveau en 2007 que « pour les médecins du sport qui s'occupent de sportifs en les soignant et en évaluant leur aptitude physique, il y a un mélange de missions qui peuvent être incompatibles ». Dr. BARRAULT, Denys. 2007. *Op. Cit.*, p. 77.

et automatique de suspicion à l'égard de praticiens dont l'intégrité semble nécessairement pervertie. Ici, on en appelle au « bon sens » des médecins. Il s'agit bien de se mettre au service de l'homme et non de l'entreprise ou du club. Autrement dit, l'intelligentsia médicale réclame de sa corporation qu'elle soigne des individus et non des espaces. Cette plaidoirie n'est évidemment pas destinée à la seule sauvegarde de patients sacrifiés ni à l'absolution des médecins égarés. Elle est un mécanisme de défense de l'espace médical dans son ensemble face à un dysfonctionnement qui ébranle ses bases. Lorsqu'Eliot Freidson « montre que les codes éthiques et les lois régulant l'exercice médical, loin d'être seulement institués pour protéger le public, sont aussi des mécanismes qui protègent la profession des interférences du public et de la concurrence d'autres professionnels », il ne faut pas oublier de préciser qu'ils protègent également des écarts réalisés par ses propres membres. Par la condamnation collective d'une attitude individuelle, c'est la sauvegarde même de l'espace qui est assurée. Car les médecins décriés n'ont bien souvent pas le sentiment d'avoir perdu en indépendance. Actifs sur un terrain qui comble leurs attentes (quelles qu'elles soient), les médecins sont au contraire satisfaits de leurs positionnements sociaux. Dans la petite guerre qui oppose les médecins du travail des services autonomes à ceux qui évoluent dans des centres interentreprises sensés protéger plus efficacement l'indépendance de ses membres, les premiers se vantent de leur meilleure intégration au sein de la société qui les emploie, gage d'efficacité et d'autorité⁸⁵⁰. Ainsi, face à des médecins qui y trouvent leur compte, l'intervention des autorités médicales témoigne de la volonté de contrôler ces placements ambigus dont la marginalité est perçue comme une source de fragilisation⁸⁵¹. D'autant que de nouvelles « affaires » de médecins « complaisants » viennent régulièrement défrayer la chronique. Médecins du travail ou médecins du sport, ils ont été dénoncés pour un usage abusif de leurs fonctions. La chasse aux médecins dopeurs est ouverte, tout comme sont traqués les médecins soupçonnés de délivrer de façon injustifiée de nombreux arrêts de travail. La très récente affaire du docteur Eufemiano Fuentes, soupçonné d'être impliqué dans un vaste réseau de dopage

⁸⁵⁰ « A la fausse antinomie intégration / indépendance, on substitue l'équation : intégration = efficacité. L'intégration renforcerait l'efficacité : disponibilité, moyens techniques et audience augmenteraient. On prétend même qu'une autorité ainsi accrue confère une plus grande indépendance ». TARGOWLA, Olivier. 1976. *Op. Cit.*, p. 73.

⁸⁵¹ C'est par un mécanisme comparable que les prêtres-ouvriers ont été condamnés en 1954 par les plus hautes autorités de l'Eglise. Ils représentaient, par l'expérience inédite de la transformation de leurs corps de prêtres en corps ouvriers, une menace pour les principes théologiques traditionnels. « C'est le prêtre qui fait l'ouvrier ; c'est l'ouvrier qui réalise, par son incarnation, les principes les plus forts de la rupture avec le monde dominant d'organisation et de fonctionnement de l'Eglise du moment ». SUAUD, Charles & VIET-DEPAULE, Nathalie. 2004. *Prêtres et ouvriers. Une double fidélité mise à l'épreuve. 1944-1969*, Paris, Karthala, Signes des Temps, p. 349.

sanguin dans l'univers du cyclisme, est extrêmement intéressante de ce point de vue. Preuves à l'appui, la justice réclame du médecin des explications. Avec aplomb, il précise que l'apport de produits dopants était indiqué afin de préserver la santé des athlètes. Selon lui, « le sport de haut niveau n'est pas sain, [et] bien qu'il y ait une loi antidopage très concrète, la finalité de certains traitements est d'aider ». Dès lors, « un médecin doit décider s'il préserve la santé du sportif ou s'il viole la loi sportive ». A cette question, le médecin doper avoue qu'il n'hésiterait pas à donner de l'EPO à son épouse, l'athlète Cristina Perez Diaz, si son état de santé l'exigeait⁸⁵². De la même façon, le récent combat politique mené contre les arrêts de travail abusifs éclaire le fossé qui existe entre des médecins prescripteurs au service des salariés et des médecins contrôleurs mandatés par le patronat⁸⁵³. La multiplication impressionnante des agences spécialisées dans le « contrôle médical employeur », même si elle n'est pas liée directement à la médecine du travail proprement dite, ne peut que renforcer la suspicion à son égard⁸⁵⁴. D'autant que de récentes affaires viennent obscurcir les liens réellement entretenus entre certains services de santé et des organismes patronaux⁸⁵⁵. La stigmatisation des médecins acrobates, ceux dont l'exercice les place de fait sur des positions en perpétuel déséquilibre et qui est responsable des multiples arrangements qui sont fait aux principes de la déontologie, est à l'origine des « crises » qui traversent leurs branches médicales respectives. Si l'association Santé et Médecine du travail évoque dans un ouvrage publié en 1998 « un présent problématique,

⁸⁵² Voir à ce sujet les très nombreux articles diffusés sur le net depuis 2006. La multiplication des annonces et les énièmes rebondissements en ont fait une des affaires majeures en matière de dopage sportif ces dernières années.

⁸⁵³ Roselyne Bachelot a annoncé récemment une série de dispositions visant à limiter les dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale, dont le déficit prévisionnel pour 2009 est catastrophique. Le gouvernement annonce la généralisation de la visite du médecin prescripteur en 2010, c'est-à-dire la possibilité pour une entreprise d'envoyer un médecin de l'Assurance maladie contrôler au domicile d'un patient la validité de son arrêt. La ministre annonce par ailleurs l'envoi de 1.000 lettres d'avertissement aux plus gros prescripteurs d'arrêts maladie, ainsi que la mise « sous accord préalable » de 150 médecins « au titre de la surprescription d'indemnités journalières ». La mise « sous accord préalable » signifie le placement sous tutelle des Caisses d'assurance maladie des médecins concernés, dont les arrêts seront systématiquement contrôlés.

⁸⁵⁴ Le reportage diffusé sur Tfi le 1^{er} mai 2007 dans l'émission « Le droit de savoir » et intitulé « Enquête sur la France qui triche » constitue à ce titre un témoignage intéressant. Il montre précisément l'écart de vision entre un médecin de famille ayant arrêté un jeune homme pour dix jours suite à un problème articulaire douloureux et un médecin contrôleur missionné par l'employeur pour vérifier la validité de son arrêt. Etant dans l'impossibilité d'évaluer objectivement des douleurs que lui seul ressent, mais le trouvant « en bonne forme », le médecin contrôleur indique au salarié ne pas avoir d'arguments pour justifier cet arrêt, et décide une reprise anticipée. Après le départ du médecin, le jeune homme se plaint de « la validité du contrôle, orienté par les décisions du patron »...

⁸⁵⁵ BATEMAN, Lucy & LEMAHIEU, Thomas. 2007. « Médecine du travail : l'arnaque du MEDEF », *L'Humanité*, 08 novembre 2007.

Non signé. 2007. « Les Liaisons dangereuses de la médecine du travail et du patronat », *LeMonde.fr*, paru le 04 décembre 2007.

[et] des inquiétudes pour l'avenir »⁸⁵⁶, le docteur Henri Périé, Ancien Chef des Services Médicaux au Ministère de la Jeunesse et des Sports rappelle en 2007 que « la médecine du sport connaît actuellement les heures les plus sombres de son histoire. Elle n'existe plus officiellement. Elle n'est plus coordonnée. Ses effectifs ont fondu »⁸⁵⁷. Leur situation est d'ailleurs suffisamment critique pour que les autorités s'en inquiètent ouvertement. La rédaction de rapports et d'avis officiels entre 2005 et 2008 délivrés pour chacune d'elle au nom du Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, du Conseil Economique et Social ou encore de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en dit long sur la très grande fragilité de ces pratiques professionnelles pour lesquelles tous les rapporteurs jugent nécessaire la tenue urgente de réformes. Ces avis sont un prisme privilégié pour lire l'écrasante domination dont sont victimes ses disciplines au sein de la sphère médicale globale. Si la médecine du sport est qualifiée par le député Olivier Jarde de « discipline introuvable », Christian Dellacherie évoque concernant la médecine du travail « une profession dévalorisée par rapport aux autres spécialités de la médecine »⁸⁵⁸. D'autres auteurs plus radicaux parlent même pour cette dernière d'une « sous-médecine émasculée », privée du droit fondamental de la prescription et mise aux ordres. « Maladie honteuse de la grande médecine, la médecine du travail a mauvaise réputation »⁸⁵⁹. La désaffection croissante des jeunes médecins en est la preuve tangible. Nous l'avions évoqué concernant la médecine du sport, le problème est identique en médecine du travail. « Les jeunes, en fin d'études de médecine, se désintéressent du métier. Pour eux, la médecine du travail est ce qui reste quand on a tout essayé et qu'il n'y a pas d'autres voies possibles »⁸⁶⁰. A tel point que « devenir médecin du travail » est aujourd'hui utilisé sur les campus des facultés de médecine comme un moyen de raillerie entre les étudiants. Le DES de médecine du travail, sensé ouvrir à cet exercice spécifique les voies de sa reconnaissance institutionnelle, ne semble donc pas bénéficier d'une réelle efficacité. Une étude de la DRESS datée de janvier 2009 montre ainsi, dans l'ordre de préférence des disciplines médicales choisies en fin de cursus universitaire, que la médecine du travail ferme la marche⁸⁶¹.

⁸⁵⁶ **Association Santé et Médecine du Travail**. 1998. *Les médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Paris, Syros, p. 111.

⁸⁵⁷ Dr. **PERIE**, Henri. 2007. *Op. Cit.*, p. 106.

⁸⁵⁸ **JARDE**, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 21. **DELLACHERIE**, Christian. 2008. *Op. Cit.*, p. 16.

⁸⁵⁹ **TARGOWLA**, Olivier. 1976. *Op. Cit.*, p. 127.

⁸⁶⁰ **TARGOWLA**, Olivier. 1976. *Op. Cit.*, p. 64.

⁸⁶¹ **VANDERSCHULDEN**, Mélanie. 2009. « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *DRESS, Etudes et Résultats*, n° 676, janvier 2009, p. 6.

Deux médecines aux destins étonnamment proches, destin funèbre marqué par une crise des vocations, signe tangible de leur domination au sein du champ médical. La très grande proximité de leurs exercices interroge d'ailleurs leur accès différencié au statut de spécialité. Le DES de médecine du travail n'a certes pas la valeur d'un DES de cardiologie par exemple, mais il reste un gage de légitimité plus fort que celui accordé au simple DESC de médecine du sport. Depuis plusieurs décennies maintenant, les défenseurs du sport d'élite en appellent à la reconnaissance de leur activité sur le mode du travail. Mais l'ingérence typiquement française de l'Etat dans les affaires sportives et la construction idéologique d'un système sportif pyramidal dans lequel loisir et performance ne sont que les étages différenciés d'un même ensemble basé sur la vision d'un *sport noble, pur et éducatif*, participe du déni de l'activité sportive dans sa forme laborieuse⁸⁶². L'idée même de « travail sportif » semble difficile à entendre et « le refus de considérer [les sportifs] comme des travailleurs à part entière crée les conditions de leur précarité »⁸⁶³. Dans la critique formulée à l'égard de l'entraînement sportif précoce, Jacques Personne parlait déjà d' « une forme de travail intensif, à base d'efforts prématurés et excessifs. Ses chaînes de production s'appellent les stades d'entraînement, et on doit constater que la jeunesse se trouve protégée dans le cadre de la production industrielle alors que, non seulement elle ne l'est pas dans le cadre sportif, mais caution et aide officielles sont données à l'ESIP »⁸⁶⁴. Aussi devient-il légitime de se demander si ce déni largement partagé d'un sport dont la direction doit être guidée par le plaisir et la passion en lieu et place de l'argent et l'économie, responsable de la fragilisation des sportifs d'élite, n'a pas été déterminant dans le non accès de la médecine du sport au statut de spécialité médicale. Ce dernier énoncé, dans l'affirmative, pourrait être lourd de sens. Il signifierait en effet que la médecine du sport souffre d'un sens commun qu'elle a elle-même contribué à forger depuis le début du XX^e siècle par l'entremise de ses multiples romances anthropologiques. Si le sport doit rester un jeu, on voit mal comment la médecine en ayant la charge pourrait prétendre sérieusement à la consécration médicale...

⁸⁶² Sur cette question, se référer par exemple aux travaux de **SLIMANI**, Hassen. 2000. *La professionnalisation du football français : un modèle de dénégation*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

⁸⁶³ **FLEURIEL**, Sébastien & **SCHOTTE**, Manuel. 2008. *Sportifs en danger. La condition des travailleurs sportifs*, Bellecombe-en-Bauges, les éditions du Croquant, 109 pages.

⁸⁶⁴ **PERSONNE**, Jacques. 1987. *Op. Cit.*, p. 104.

V. Conclusion sommaire

Ainsi, la médecine du sport telle qu'elle se donne à voir de nos jours est une branche médicale en pleine crise de légitimité. Elle survit néanmoins et de nombreux praticiens se réclament de cette discipline. Son maintien au rang de compétence depuis plus d'un demi-siècle contraint son développement et condamne ses partisans à une lutte incessante pour acquérir une reconnaissance institutionnelle. Sa non-accession à la qualité de spécialité est également responsable d'une multiplicité de statuts, de fonctions et de lieux d'exercice. Or, « Une science a partie liée avec la manière dont on l'accueille dans l'enseignement. L'écartier de l'Université ou la placer en position subalterne ou à la remorque d'une discipline aux méthodes constituées, est l'exposer au péril de perdre son identité »⁸⁶⁵. Au point d'ailleurs que certains s'interrogent : « Le médecin du sport ? Un être flou, sans identité sociale »⁸⁶⁶. Seule certitude, la médecine liée aux exercices corporels est une médecine plurielle et hétéroclite qui subit une double domination. Dans l'univers du sport, la place du médecin (bien que variable) reste secondaire. Le médecin hospitalier que l'athlète consulte une à deux fois par an, dans le cadre de son suivi légal, ne représente qu'une parenthèse inquiète dans une saison. Le médecin de terrain, celui là même qui partage le quotidien sportif, est un confident, un « ami », qui possède un rôle extrêmement important dans la gestion de la santé des athlètes mais dont l'autorité n'est que relative face au pouvoir emblématique de l'entraîneur et qui risque de voir son indépendance menacée. Dans la sphère proprement médicale cette fois, les pratiques liées au sport sont taxées d'illégitimité. Une médecine de l'homme total, une médecine de l'homme sain, une médecine du microtraumatisme, une médecine de gymnase et de bord de stade..., les motifs de rejet sont nombreux et variés. La place des médecins du sport dans l'espace médical global ne peut qu'en être fragilisée. Si le degré d'engagement dans les univers sportif et médical sera variable selon les biographies des praticiens – les médecins de l'exploit sont par exemple ceux qui seront le plus investis du « côté » sportif – la collusion des fonctions et la multiplicité des intérêts mobilisés est synonyme de marginalisation. L'espace médical entend défendre ses frontières et n'hésite pas à stigmatiser les pratiques susceptibles de les déstabiliser. Ainsi, avant d'étudier précisément

⁸⁶⁵ MONET, Jacques. 2006. « Construction historique d'une spécialisation médicale impossible : la kinésithérapie », *Kinésithérapie scientifique*, n°462, Janvier, p. 4.

⁸⁶⁶ JARDE, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 22.

les acteurs qui composent la médecine du sport hic et nunc, il était indispensable de montrer à quel point cette branche médicale hétérogène souffre d'une position peu confortable dans le paysage actuel de la médecine.

CONCLUSION GENERALE DE LA PREMIERE PARTIE :

La complexité d'analyse de la médecine du sport tient au très « faible degré de formalisation des filtres qui interviennent pour définir la profession »⁸⁶⁷. Cette latitude autorise en effet la multiplication des discours et des pratiques, et facilite l'intrusion de la morale dans la thérapeutique. Un espace plus fermé limiterait logiquement le champ des intérêts mobilisables en réduisant les prises laissées aux dispositions individuelles. La médecine du sport est un espace ouvert et poreux, dont l'existence même est sujette à caution. Peut-on réellement parler d'un espace médico-sportif, ce qui supposerait qu'il bénéficie d'une autonomie relative, ou bien doit-on simplement évoquer le champ sportif, qui fait appel aux médecins pour répondre à des besoins qui lui sont spécifiques, et le champ médical qui utilise l'activité physique dans une visée hippocratique ? La différence est de taille et la réponse n'a rien d'aisé. Ce qui apparaît clairement, c'est qu'en l'absence de cadre précis fixant les modalités de son exercice, « la médecine du sport est plurielle, variant selon les lieux, les structures, les pratiques et les appréciations de chacun. [...]. Ce qui génère, de fait, de grandes disparités entre les praticiens et, parfois, des pratiques médicales [jugées] délictueuses »⁸⁶⁸. Ce paysage contrasté est le résultat direct de la tension entre deux mondes, véritable fil rouge de l'histoire de la médecine du sport. Comment stabiliser cette branche médicale et discuter collectivement des modalités de son exécution si la question de la « bonne activité physique » n'a jamais été tranchée ? De ce point de vue, les grandes oppositions originelles, nées dès le début du XX^e siècle, sont toujours d'actualité et n'ont rien perdu de leur vigueur. La dichotomie performance / santé organise ainsi depuis plus d'un siècle la distribution des positionnements médicaux à

⁸⁶⁷ FLEURIEL, Sébastien & SALLE, Loïc. 2009. « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n°1, mars 2009, p. 94.

⁸⁶⁸ SALLE, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 278-279.

l'égard des pratiques physiques. Du médecin de l'exploit au médecin de la santé publique, les placements peuvent être antithétiques. Cette fracture primitive se vit au plus profond des corps et court dans les discours et les pratiques depuis plus d'un siècle. Le masque de la discorde se transforme à mesure que sont franchies de nouvelles étapes des processus de sportivisation et de médicalisation de la vie sociale, mais le visage qu'il dissimule reste le même. Du désaccord qui caractérisait les discours médicaux lors de la création du Collège d'Athlètes de Reims en 1913, dont les débats autour de la notion de spécialisation se sont ensuite poursuivis pendant plusieurs décennies, en passant par les très vives polémiques que la lutte contre le dopage ne manqua pas de produire dans les années soixante et qui alimentent toujours actuellement nombre d'affaires⁸⁶⁹, ou enfin les disparités de vues entre des praticiens favorables à l'encadrement des jeunes athlètes de haut niveau et ceux dénonçant un entraînement intensif précoce, véritable « massacre des innocents » dans les années quatre-vingt, la tension est toujours la même. Il s'agit là d'un véritable principe structurel. Le docteur Alain Garnier, président de l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) révèle cette ambivalence dans un entretien accordé à Loïc Sallé. Il distingue les médecins « privilégiant l'amélioration ou l'assistance à la performance » de ceux qu'il dénomme logiquement compte tenu de son statut « les vrais médecins du sport », orientés cette fois vers « la protection de la santé des sportifs »⁸⁷⁰. Partant de cette tension et de l'hétérogénéité qu'elle génère, Jacques Defrance évoque à juste titre le « problème d'analyse » que pose la qualification de la position « des médecins qui se présentent eux-mêmes comme “sportifs”. A quel type de lobby faut-il les rattacher ? Agissent-ils prioritairement en tant que médecins ou en tant que sportifs ? »⁸⁷¹. Ce flou perpétuel autour de l'identité d'un médecin suspecté de jouer double jeu va participer de la marginalisation des praticiens et contribue largement à la non spécialisation de cette branche médicale. « Un tel paysage, dans lequel les aspirations sportives [sont structurantes au même titre] que les déterminations du champ médical ouvre de fait à toutes les pratiques comme à toutes les définitions : en matière d'exercice médico-sportif, tout est possible, le meilleur comme le pire »⁸⁷². Finalement, d'un point de vue historique, il est possible de constater que la médecine du sport porte dans sa structuration les conditions de sa propre domination, celle-là même qui est responsable de son actuelle involution. Elle a donné aux

⁸⁶⁹ Un article du *Monde* titrait en 2003 de manière significative : « L'attitude ambivalente des médecins du sport face au dopage ». *Le Monde*, 25 décembre 2003.

⁸⁷⁰ Propos cités dans **SALLE**, Loïc. 2004. *Op. Cit.*, p. 278-279.

⁸⁷¹ **DEFRANCE**, Jacques. 1998. *Op. Cit.*, p. 458.

⁸⁷² **FLEURIEL**, Sébastien & **SALLE**, Loïc. 2009. *Op. Cit.*, p. 95.

enseignants d'EPS dont elle a longtemps convoité et un temps obtenu la formation, les instruments scientifiques de leur propre émancipation. Elle a participé, par l'entremise d'une lecture particulière de l'hygiénisme, à fabriquer le sport dans sa version la plus compétitive et est donc indirectement à l'origine d'une division du travail plus nette dans laquelle la place du médecin s'amenuise en même temps qu'elle se spécifie, et est désormais soumise à l'autorité de l'entraîneur. Enfin, les médecins du sport les plus visibles, ceux qui se trouvent au plus près de la raison hippocratique, sont parvenus à diffuser leur vision sociale d'un sport / santé guidé par le plaisir. En marquant ainsi le sens commun, vers le déni de la valeur travail du sport de haut niveau, ces médecins ont sans doute étouffé toutes possibilités pour la médecine du sport d'atteindre la consécration que représente la spécialisation médicale.

Hétérogénéité et domination semblent être les maîtres mots de cette première partie. Pour certains auteurs, cette fragilité s'explique par l'inaptitude de la médecine du sport à répondre aux exigences des espaces qui la supportent. La conséquence de cette double inscription, sportive et médicale, serait une « double négation : ni pleinement ancrée dans l'univers sportif, ni pleinement reconnue dans le champ médical »⁸⁷³. « Tout se passe comme si, compte tenu des conditions de sa création, [elle] n'avait pas répondu aux questions que se posait [par exemple] le monde du sport compétitif »⁸⁷⁴. Et si cette fragilité était au contraire le résultat d'un engagement entièrement voué aux besoins spécifiques de ces espaces diversifiés ? Autrement dit, n'est-ce pas l'implication totale et parfois exclusive des médecins du sport tantôt dans le champ sportif tantôt dans le champ médical, et la réponse express à leurs intérêts propres, qui sont responsable de l'impossible structuration d'un espace autonome ? L'exercice médical lié aux activités physiques et sportives devrait donc sa survie à cette double appartenance qui, dans le même temps, par l'opposition insurmontable qu'elle suppose, lui interdit toute existence propre... De tels questionnements nécessitent désormais de franchir une nouvelle étape de l'analyse. « Répondre à la question du champ de référence depuis lequel se pense et s'exerce la médecine du sport suppose de dresser un panorama aussi large que possible des praticiens, de leur contexte de travail et de leur registre d'exercice réels afin de mieux les situer dans leurs relations objectives, aussi bien à l'espace des sports qu'au champ médical »⁸⁷⁵. La

⁸⁷³ FLEURIEL, Sébastien & SALLE, Loïc. 2009. *Op. Cit.*, p. 74-75.

⁸⁷⁴ EL BOUJJOUI, Taïeb. 2004. *Op. Cit.* p. 103.

⁸⁷⁵ FLEURIEL, Sébastien & SALLE, Loïc. 2009. *Op. Cit.*, p. 75.

deuxième partie prendra donc un tour résolument ethnographique. « Le médecin du sport ? un être flou, sans identité sociale »⁸⁷⁶. Se cache derrière l'énoncé du problème la clef par laquelle il pourra être résolu. Dans la souffrance d'une branche médicale dominée et décriée, de nombreux médecins se reconnaissent une compétence mutuelle (même si elle est effectivement souvent différente dans les actes) et s'identifient aisément lorsqu'ils se côtoient dans des échanges divers. Il est désormais temps de les rencontrer, mieux..., de les observer.

⁸⁷⁶ **JARDE**, Olivier. 2005. *Op. Cit.*, p. 22.

Panser les deux mondes

Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances

THESE DE DOCTORAT

Ecole doctorale : Droit, Economie, Gestion, Sociétés, Territoires

Discipline : Sociologie

Présentée

et soutenue publiquement par

Baptiste VIAUD

Le 2 décembre 2009, devant le jury ci-dessous

M. **DEFRANCE**, Jacques. Professeur des Universités. Université de Paris X Nanterre.

M. **FAURE**, Jean-Michel. Professeur émérite. Université de Nantes.

M. **PAPIN**, Bruno. Maître de Conférences. Université de Nantes.

M. **PINELL**, Patrice. Directeur de recherche INSERM. CSE/CNRS Paris.

M. **ROGEZ**, Jean-Michel. Professeur des Universités – Praticien Hospitalier. Université de Nantes.

M. **SUAUD**, Charles. Professeur émérite. Université de Nantes.

M. **TERRET**, Thierry. Professeur des Universités. Université de Lyon 1.

Directeur de thèse : M. SUAUD, Charles.

Co-directeur de thèse : M. PAPIN, Bruno.

SECONDE PARTIE

**MEDECINS DU SPORT, MEDECINS
SORTIFS. LE TUMULTE DES
IDENTITES**

EXORDE (Bis)

« La croisière s’amuse ».

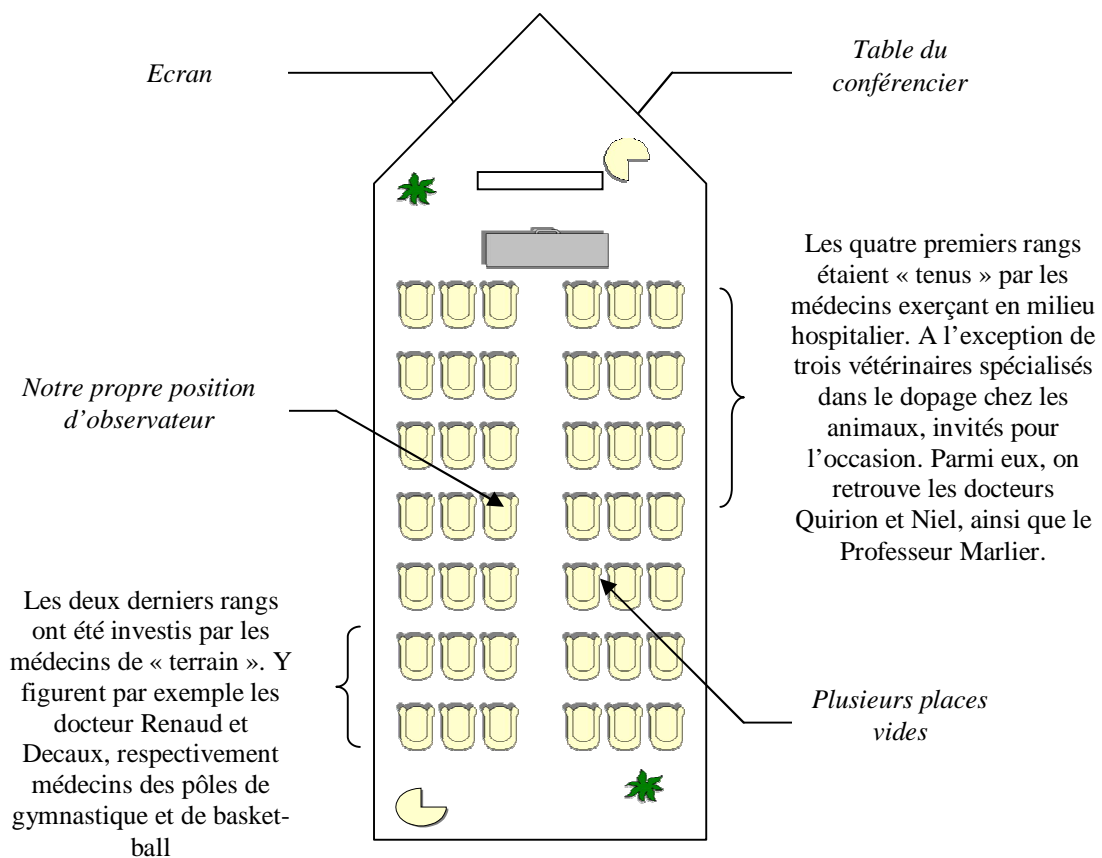
– Soirée de formation médicale continue –

Le 18 novembre 2004, nous sommes conviés à participer à une formation réservée aux médecins du sport et animée par deux conférenciers connus. Le premier est le professeur François Carré, cardiologue du sport qui fait autorité dans son domaine et figure parmi les spécialistes les plus reconnus à l'échelle nationale ; le second n'est autre que le bouillant Serge Simon, médecin du sport et ancien rugbyman de haut niveau. Le cardiologue entend discuter ici « des effets cardiogéniques des produits dopants » et l'ex-pilier international du « suivi psychologique longitudinal pendant et après la carrière chez les sportifs de haut niveau et professionnel ». L'affiche est prestigieuse et peut intéresser des médecins du sport aux profils variés dans la mesure où seront abordés au cours des interventions des données scientifiques très pointues, ainsi que des préoccupations d'un ordre plus pragmatique. Ainsi, près d'une trentaine de praticiens seront présents pour embarquer sur le bateau croisière qui accueille le cocktail et les conférences. Parmi eux, figurent des médecins de pôles (gymnastique, basket-ball, etc.) ainsi que des praticiens attachés ou hospitaliers employés par les divers CHU de la région. Pendant le cocktail, nous constatons que les médecins du sport engagés dans des structures sportives forment un groupuscule fermé de parole et se mettent à l'écart du rassemblement. A l'inverse, les médecins hospitaliers, plus nombreux, naviguent entre plusieurs îlots de discussion qui se forment et se déforment au gré des allers-venues. Le conférencier cardiologue participe aux échanges. A l'inverse, Serge Simon s'est mis à l'écart, passant quelques coups de téléphone ou faisant les « cents pas » au fond de la pièce. Après une ballade fluviale de plus d'une heure, nous revenons à quai et l'ensemble des invités quitte la salle de banquet et descend d'un étage, dans une salle de conférence (une dizaine de rangs de chaises avaient été dressés face à une tribune dominée par un large écran blanc). Les médecins prennent place et les groupes de discussion se reforment à l'identique. Les hospitaliers occupent les quatre premières rangées, là où les médecins de « terrain » investissent les

places situées au fond de la salle. Le premier orateur, fier de son expérience hospitalière, expose de manière très théorique « les risques cardio-vasculaires du dopage ». Sa communication entend faire la part des choses « entre ce dont on est sûr et qui a été prouvé scientifiquement et ce qui tient de la rumeur et du fantasme ». A ce titre, il reste convaincu que le dopage est un réel problème, mais dont on ne possède qu'un recul limité en termes d'investigations scientifiques. Dans son domaine, il montre par exemple que les autopsies de morts subites chez le sportif conduisent souvent à de mauvaises interprétations laissant planer l'ombre du dopage sans que rien ne puisse venir l'attester scientifiquement. Il est par exemple normal de constater un épaissement post mortem de la paroi du cœur car le sang dont il a été vidé n'exerce plus de pression. « Donc on ne peut pas dire que le cœur s'est développé par la prise de produits comme trop de gens aiment à se l'imaginer dans ce genre de situations ! ». Malgré ce discours prudent, le cardiologue conclut son intervention par un commentaire inquiet dans lequel il se demande si le pire n'est pas à venir compte tenu de l'incrémentation du dopage sportif et de l'augmentation de la durée de vie des individus. Le coordonateur de cette conférence, professeur et illustre spécialiste de médecine du sport, remercie son confrère pour sa « grande érudition » et ne manque pas de glisser sa propre opinion sur le dopage et les sportifs qui s'y adonnent. Par le biais de petites anecdotes « croustillantes » sur des « sportifs idiots » prêts à prendre tout ce qui leur tombe sous la main pour gagner, y compris les produits les plus farfelus, son monologue provoque le sourire de ses collègues des premiers rangs mais soulève dans le même temps un long murmure plaintif et diffus venant du fond de la salle, traduction bruyante de la grogne des médecins qui travaillent au plus près des athlètes et s'indignent de l'image bêtifiante que l'on en donne. L'intervention du second conférencier, le docteur Serge Simon, va apaiser pour quelques temps seulement cette agitation. Il « remercie sincèrement [son confrère] pour la qualité de son exposé ». Il lui est « d'autant plus reconnaissant que la démarche entreprise est rare. Faire la part des choses entre la rumeur et les faits n'est pas facile dans un domaine où tout s'emmêle et où la fantasmagorie prend le pas sur les données scientifiques ». Aussi, tout l'enjeu de sa communication va consister à déconstruire les liens trop directs que l'on établit entre le sport et la santé. « Le sportif n'est pas un modèle d'équilibre ! Contrairement à cette idée de l'épanouissement par le sport, les activités sportives ne sont pas bonnes pour la santé. Elles produisent logiquement de multiples formes d'addiction, souvent favorisées voire encouragées par l'entourage sportif et / où familial. Quand on dit ça, on vient heurter une vérité populaire extrêmement ancrée dans les esprits et également dans les esprits des médecins. Les valeurs sont

inversées dans l'univers sportif et on glisse facilement vers la pathologie ». Cette diatribe sert les intérêts du médecin qui est venu présenter un outil d'évaluation psychologique du sportif qu'il souhaite voir diffuser largement parmi ses confrères spécialistes du sport (il a créé et dirige le Centre de Prévention et d'Accompagnement pour les Sportifs depuis le 3 décembre 2001 au CHU de Bordeaux). Cette fois, de manière tout à fait inverse aux réactions qui ont succédé à la première allocution, son propos soulève de façon visible l'indignation des hospitaliers dont les chuchotements colériques cumulés finissent par créer un brouhaha sonore. Plus tard, lorsque nous discuterons avec l'un d'entre eux au sein du CHU dans lequel il travaille, il nous expliquera les raisons de ce mécontentement. C'est la vision pessimiste du champion et la destruction de l'idéal sportif qui leur étaient difficilement supportables dans le discours du médecin rugbyman. « Le sportif se doit d'être un exemple pour les jeunes ! Ni fumer, ni boire, ni rien... Cela fait justement partie du métier d'être intègre ! ». Les représentations diverses du sport et du sportif renvoient manifestement à des expériences individuelles fort différentes responsables d'un désaccord profond de vision.

Places assises et « géographie sociale »



CHAPITRE 5

SOCIALISATIONS MEDICALES ET RAISONS D'AGIR

« Quand tu fais un cursus de spécialité, le sport ça n'existe pas ! D'ailleurs le sport en médecine est mal perçu. Des médecins qui pratiquent du sport ?... Tu sais, le niveau sportif du médecin de base, c'est sédentaire. Très sédentaire ! Les mecs qui font du sport et de la médecine, c'est l'exception. C'est un extra-terrestre, oui. Le sport et la médecine, c'est presque antinomique parce que le sport, c'est pas bon pour la santé. Surtout en compétition... »

Dr. David. Praticien Hospitalier. Chef d'un service hospitalier de médecine physique, réadaptation locomotrice, et réadaptation gériatrique. Ancien footballeur de haut niveau (sélection en équipe de France des moins de 17 ans ; contrat promotionnel de trois ans dans un club professionnel).

Les tensions originelles qui accompagnent l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la troisième République en France, entre perspectives de santé et intérêts sportifs, sont responsables d'une hétérogénéité de pratiques. L'analyse socio-historique de la structuration progressive de cet espace permet d'éclairer la multitude des possibles professionnels sur lesquels vont venir se cristalliser autant de manières d'être et de penser, que de rapports au sport et à la médecine. Conseiller une activité physique régulière et modérée afin d'atteindre un niveau de forme optimale pour « bien vivre » au quotidien (le fameux *Men sana in corpore sano*), ou à l'inverse encadrer le projet de vie d'un athlète centré sur la performance afin de lui assurer une forme optimale pour réaliser un exploit sportif, sont deux réalités distinctes d'une même branche médicale. De contrôle, sociale, expérimentale ou du record, cette médecine se conjugue au pluriel et s'exerce dans d'innombrables lieux. L'intimité des cabinets libéraux cède parfois la place à l'inquiétant paysage mécanisé des services hospitaliers ou à la moiteur familière d'un vestiaire. Aussi, si la tension entre les deux mondes, principe structurant responsable d'une telle hétérogénéité, a désormais été objectivement repérée, des interrogations demeurent. Après avoir dégagé les fondations d'un tel édifice, il devient en effet nécessaire de rencontrer ceux qui l'entretiennent et le font vivre. Que signifie donc aujourd'hui pour un médecin de prendre place sur ces différents univers de pratiques ? Comment s'opère très concrètement la distribution de ces positions ? Se pose finalement ici en toile de fond un double projet.

Comprendre *qui sont ces médecins*, et analyser la façon dont *fonctionne le « marché » médico-sportif* par lequel se créent, évoluent ou disparaissent les placements repérés.

Cette entreprise ne peut faire l'économie du terrain. Dans la mesure où l'espace offre visiblement de nombreuses loges susceptibles d'héberger des profils médicaux dissemblables, le souci premier devant guider l'analyse sera celui de tous les embrasser indifféremment. Tâche complexe au demeurant si l'on considère d'après les données fournies par la Direction Nationale des Affaires Sanitaires et Sociales au 1^{er} janvier 2005 que le nombre de médecins du sport en exercice atteint sur le territoire français la somme non négligeable de 7621 praticiens... Saisir une réalité vaste et fuyante nécessite pourtant de dresser un tour d'horizon le plus exhaustif possible afin de ne pas amputer l'espace de ses membres les plus silencieux, les plus éloignés. « Tout phénomène d'ordre professionnel doit être rattaché théoriquement à la production et à la sanction sociales du savoir. Quoique à des niveaux différents et localisés, nous devions donc toujours trouver des pratiques et des codes de conduite qui se justifient par des discours "savants". La capacité différente qu'ont divers individus ou groupes professionnels de s'approprier ces discours "autorisés" et "autorisants" semble constituer une dimension caractéristique de l'inégalité sociale ». Dès lors, « au centre, les sujets parlants se différencient par leur relation avec le discours vrai lui-même, par l'autorité attachée à leur position ou à leur nom. Dans le cas des professions, le centre tend à correspondre au système de recherche et de formation ; en effet, nous y trouvons ceux qui "créent" le savoir (chercheurs ou spécialistes chargés de systématiser les connaissances pertinentes), entourés de ceux qui enseignent aux apprentis et, [plus] en périphérie, de ceux qui diffusent le savoir et rendent la profession visible dans la presse et les médias électroniques »¹. Il importe donc de ne pas se limiter à l'épicentre visible et bruyant d'un espace pour en comprendre les rouages, au risque de se faire complice des jeux de pouvoir qui y ont cours et ne ressortir ainsi de l'analyse qu'une vision idéologisée du monde. Entendre les présidents des sociétés savantes, les directeurs de syndicats, les professeurs est important bien sûr en ce qu'ils impriment par leurs discours et leurs pratiques la direction que prend cette branche médicale, mais n'est en rien suffisant lorsqu'il s'agit de dresser le panorama précis des praticiens, de leurs contextes de travail et de leurs registres d'exercices réels. N'écouter que ceux qui ont l'autorité de parler, c'est accorder *a priori* à cette fraction légitime une

¹ SARFATTI LARSON, Magali. 1988. « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, octobre 1988, p. 24 ; 34.

attention démesurée. « Il est aisé de prévoir que l'on ne peut obtenir de cette manière qu'une notion subjective et tronquée. Cette élimination, en effet, ne peut être faite que d'après une idée préconçue, puisque, au début de la science, aucune recherche n'a pu encore établir la réalité de cette usurpation, à supposer qu'elle soit possible. Les phénomènes choisis ne peuvent avoir été retenus que parce qu'ils étaient, plus que les autres, conformes à la conception idéale que l'on se faisait de cette sorte de réalité »². Difficile en effet dans une recherche que l'on désire sérieuse d'aboutir au constat pourtant parlant que parfois la médecine du sport, c'est de la médecine sans le sport... Nous le verrons par la suite, nombreux sont en effet les praticiens qui n'utilisent cette compétence que dans un unique souci d'affichage. Ils n'en font aucun usage spécifique dans la pratique de leur profession. L'envie serait grande de les mettre de côté. Très éloignés du centre de l'espace, ils ne disent rien et n'ont rien à dire. Faut-il pour autant ne pas écouter la spécificité de leur positionnement ? Non, à l'évidence. Habitants des zones d'ombre, passagers clandestins d'une frontière dont les contours sont mal dessinés, leur existence même est d'une incroyable richesse analytique. Toute la complexité d'une telle prétention empirique consiste à isoler précisément l'ensemble de la population enquêtée, avec son lot de stars et de fantômes. Dans un monde où le chiffre est roi, et dans lequel les statistiques ont le pouvoir triomphant d'épaissir le niveau de réalité des phénomènes sociaux mesurés, se mettre en quête de données quantifiées paraissait être un moyen privilégié d'amorcer la rencontre avec *les* médecins du sport. Cette étape préliminaire s'est pourtant rapidement transformée en épreuve initiatique. Voilà donc le sort réservé aux espaces dominés, ils ne « comptent » pas et ne sont pas « comptés ».

I. Lorsque domination rime avec invisibilité

- *Comment expliquez-vous que la médecine du sport ne soit pas une spécialité reconnue ?*

² DURKHEIM, Emile. 2004 [1937]. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, p. 39.

- “Spécialistes médecins du sport” ? C’est pas noble !
*Le cœur, c’est noble. Le cerveau, c’est noble... Tandis
que médecin du sport, [soupir], vous êtes sportifs
aujourd’hui, demain vous ne le serez plus...*

Dr. Jean-Louis **CLOUET**. Président du
Conseil de l’Ordre de Loire Atlantique.

I.1. Recherche désespérément médecins du sport

Les principaux instituts de mesure de la démographie et de l’activité médicale ne disposent d’aucune information concernant spécifiquement les praticiens compétents en médecine du sport. C’est bien d’un *vide statistique total* dont il s’agit ici. La Caisse Primaire d’Assurance Maladie du département de la Loire Atlantique (CPAM-44), dans sa volonté d’encadrer et de contrôler les dépenses de santé des professionnels n’a jamais isolé la médecine du sport pour en faire une catégorie d’analyse propre. De la même façon, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES), qui produit très régulièrement « l’état des lieux des professions de santé » en France, ne livre que peu d’informations concernant cet exercice. Pour cause, elle l’assimile à une « orientation complémentaire *a priori* proche de la médecine générale » et fait disparaître les médecins du sport dans la catégorie des omnipraticiens (ce qui exclut de fait un nombre conséquent de statuts et d’exercices)³. Le Rectorat possède pour sa part les renseignements relatifs aux origines sociales des étudiants inscrits dans le cursus universitaire de médecine. De nombreuses tractations ont rendu possible la consultation des chiffres escomptés. Bien maigre résultat, force est de le constater. En effet, ces mesures sont réalisées à partir d’un formulaire que les étudiants doivent remplir lors de leur inscription à l’Université. A Nantes, pour la rentrée universitaire de l’année 2003-2004, là où 40 étudiants du troisième cycle des études de médecine ont fait figurer sur le formulaire leur inscription à la capacité

³ Voir par exemple **DARRINE**, Serge & **NIEL**, Xavier. 2001. « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d’exercice particuliers », *DREES, Etudes et Résultats*, n°99, janvier.

de gérontologie et 56 à la capacité de médecine d'urgence (CAMU), seuls deux étudiants l'ont fait concernant la capacité de médecine et biologie du sport, et l'un d'eux a omis d'indiquer son origine sociale⁴... Le service de la scolarité de la Faculté de médecine, malgré une bonne volonté évidente, n'a guère pu éclaircir ce mystère. Disposant pourtant de nombreuses mesures statistiques, la médecine du sport, contrairement à d'autres disciplines médicales, n'a fait l'objet d'aucun relevé la concernant spécifiquement. C'est finalement au Conseil de l'Ordre départemental que nous avons enregistré nos premières avancées. Il disposait de la liste des médecins du département ayant indiqués sur leurs fichiers professionnels une qualification en médecine du sport, mais n'était pas légalement disposé à nous la fournir. Réorienté vers le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, c'est à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) que notre quête du Graal nous a mené. L'Etat tient en effet à jour un répertoire administratif ADELI au sein duquel les médecins sont tenus de faire état de leur pratique professionnelle (adresse, statut, type d'activité, diplômes, ancienneté...). Ainsi, en isolant l'occurrence « compétence [ou capacité] de médecine et biologie du sport » dans ce fichier informatisé, on accède fatalement à l'ensemble des médecins du sport (**Voir [encadré méthodologique n°2 p. 405](#)**). Mais cette démarche n'avait alors jamais été entreprise et cette population chiffrée restait à construire. Malgré la fronde des secrétaires qui auraient préféré en rester au constat sans appel que « la médecine du sport, c'est compliqué », à force d'escaliers et de guichets, la signature d'un contrat moral de confidentialité nous a ouvert les voies du fichier ADELI. La représentation de l'enquête ethnographique proposée par Stéphane Beaud prend un sens ténu. « [Elle] n'est pas un outil neutre de la science sociale. Elle est aussi l'instrument d'un combat à la fois *scientifique* et *politique*. L'ethnographe est par définition celui qui ne se contente pas de visions en surplomb, qui ne se satisfait pas des catégories déjà existantes de description du monde social. Il manifeste un scepticisme de principe à l'égard des analyses « généralistes » et des découpages préétablis du monde social. Il se soucie toujours d'aller *voir de plus près* la réalité sociale, quitte à aller à l'encontre des visions officielles, à s'opposer aux forces qui imposent le respect et le silence, à celles qui monopolisent le regard sur le monde »⁵. Une quelconque héroïsation de soi serait malvenue. Le détail de ces pérégrinations administratives n'est ici consigné

⁴ In « Doctorat 3^{ème} cycle 2003 par département-diplôme-spécialité ». Source : Rectorat DAGE DOC SSA.

⁵ **BEAUD**, Stéphane & **WEBER**, Florence. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, Collection Guides repères.

que parce qu'il est porteur de sens. Les difficultés pour rendre visible une réalité dissimulée est le témoin incontestable de la domination de l'espace enquêté.

Médecine du sport et tracasseries administratives :

Lorsque nous parvenons enfin au bureau des professions de la DRASS des Pays de la Loire, la secrétaire, suite à l'exposé de notre requête, prend la mesure des approximations qui caractériseront la population ainsi isolée.

« Les médecins du sport, c'est compliqué vous savez. Parce que je pense qu'ils n'indiquent pas toujours tous qu'ils ont un diplôme de médecine du sport. Normalement ils sont obligés de le faire, mais vous savez, la médecine du sport hein... Donc je ne peux pas vous promettre que cette liste soit tout à fait complète. Il en manquera sûrement un peu ».

Lorsque nous nous adressons pour la première fois au Conseil de l'Ordre du département, nous évoquons à la secrétaire notre désir de rencontrer un conseiller ordinal ou le président lui-même afin de discuter du rapport qu'une telle instance entretient localement avec la médecine du sport. La secrétaire disparaît et nous prie de patienter quelques instants. L'air visiblement gênée, elle nous rejoint finalement afin que nous expliquions à nouveau « très précisément » l'objet de notre visite. Sans même écouter véritablement notre réponse, elle ne tarde pas à souffler les quelques mots qui venaient de lui être transmis :

« Oui, mais le problème, c'est que la médecine du sport, c'est compliqué vous savez... Et puis, on n'a aucun conseiller ordinal qui est spécialisé en médecine du sport, alors bon... Le président va avoir bien du mal à vous répondre maintenant. Le mieux est d'envoyer un courrier avec vos questions de façon à ce qu'il puisse se préparer à vous recevoir... ».

Nous avons donc finalement obtenu du Ministère la liste précise des médecins ayant fait état de leur compétence en médecine et biologie du sport dans le fichier professionnel d'Automatisation des Listes. Malgré l'obligation à laquelle les médecins sont tenus, l'inscription reste une démarche individuelle et « une part non négligeable d'entre eux ne le fait pas, surtout en milieu hospitalier »⁶. Il s'agit d'un biais méthodologique important, difficilement contournable. Pour autant, les données recueillies, à défaut d'être exhaustives, ont un niveau de fiabilité satisfaisant. A l'échelle de la nation, seul le nombre total de médecins du sport par région nous a été fourni. Nous avons fait le choix délibéré de ne cibler qu'une région parmi les plus importantes en terme de densité médicale, afin d'élever par la suite notre degré de sévérité empirique en élargissant nos critères d'appréciation.

⁶ DARRINE, Serge & NIEL, Xavier. 2001. *Op. Cit.*

Démographie de la médecine du sport en France. Densités médicales par Régions.

Médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés, ayant une capacité ou une compétence en médecine et biologie du sport*		Estimations de la population au 1 ^{er} janvier 2005**	Densité médicale par habitant	Estimation de la population des licenciés sportifs***	Densité médicale par licenciés
Région d'exercice	Effectifs	Effectifs	1/10 000	Effectifs	1/10 000
Rhône-Alpes	827	5 958 000	1.39	1 604 301	5.16
Ile-de-France	765	11 399 000	0.67	2 203 597	3.47
Pays de la Loire	623	3 401 000	1.83	919 209	6.78
Provence-Alpes Côte d'Azur	595	4 751 000	1.25	1 114 597	5.34
Midi-Pyrénées	461	2 735 000	1.69	721 868	6.39
Bretagne	455	3 062 000	1.49	902 519	5.04
Aquitaine	381	3 080 000	1.24	781 098	4.88
Alsace	378	1 806 000	2.09	459 927	8.22
Centre	333	2 497 000	1.33	595 292	5.60
Nord Pas-de-Calais	311	4 032 000	0.77	870 386	3.57
Languedoc Roussillon	307	2 497 000	1.23	598 691	5.13
Poitou-Charentes	282	1 705 000	1.55	442 595	6.37
Basse Normandie	281	1 446 000	1.94	337 192	8.34
Haute Normandie	265	1 806 000	1.47	358 823	7.38
Lorraine	256	2 334 000	1.10	533 588	4.80
Auvergne	247	1 331 000	1.86	323 433	7.64
Bourgogne	205	1 623 000	1.26	338 996	6.05
Picardie	189	1 881 000	1.00	402 075	4.70
Champagne Ardennes	141	1 338 000	1.05	273 284	5.16
Limousin	140	724 000	1.93	180 011	7.78
Franche Comté	110	1 142 000	0.96	245 950	4.47
D.O.M.	58	1 813 000	0.32	N. R.	N. R.
Corse	11	277 000	0.40	67 636	1.63
Total France	7621	62 638 000	Moy = 1.3	14 275 069	Moy = 5.6

* Données fournies par la Direction Nationale des Affaires Sanitaires et Sociales au 1^{er} janvier 2005.

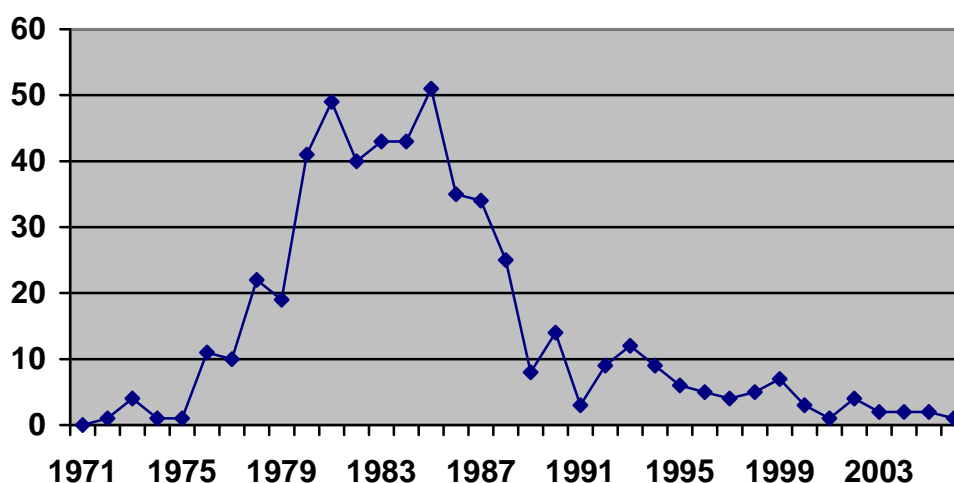
** Données issues du rapport de l'Insee construit sur la base des « enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 », au 1^{er} janvier 2005.

*** Données issues du recensement réalisé pour l'année 2006 par la Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques, auprès des fédérations sportives agréées par le Ministère de la Santé et des Sports (fédérations unisport olympiques et non olympiques ; fédérations multisports).

Pour des raisons de faisabilité, notre focale d'analyse s'est donc posée sur la région des Pays de la Loire. Avec 623 médecins du sport recensés en 2005, elle possède l'une des plus importantes densités médicales par licenciés sportifs (6.78 pour 10 000)⁷. La réponse à nos plus fortes exigences en matière d'extraction des données du fichier ADELI a nécessité un délai conséquent, et lorsqu'enfin une liste nous a été fournie en mars 2006, l'effectif des médecins du sport de la région avait fondu d'une dizaine membres (départ à la retraite ou décès). De 623 en 2005, la population concernée représentait donc 613 médecins en 2006. Cette fois, les critères renseignés ont permis d'envisager une évaluation plus fouillée des « forces en présence » et de donner enfin à cette population sa réalité chiffrée...

Le sport est une affaire d'hommes ? – Avec seulement 13.2 % de femmes, la population des médecins du sport possède un taux de féminisation extrêmement faible. En France métropolitaine, les femmes représentent en effet au 1^{er} janvier 2006 39.2 % des médecins en activité, proportion quasi-égale à la part des femmes dans les professions libérales (38.2%). Cette surreprésentation masculine (86.8 %) est à rattacher à la crise des vocations déjà évoquée (Chapitre 3), et qui se donne ici à voir par des indicateurs simples tel que l'évolution du nombre de diplômés à la compétence médico-sportive.

Evolution des diplômés à la compétence de médecine et biologie du sport de la région des Pays de la Loire depuis 1971 (sur 530 répondants)



⁷ L'Alsace, les Basse et Haute Normandie, l'Auvergne ou encore le Limousin possèdent une densité médicale plus élevée que l'ensemble des régions fortement peuplées. Les Pays de la Loire ont la densité la plus forte des régions de plus de 2 000 000 d'habitants.

En chute libre depuis la fin des années quatre-vingt, le recrutement médico-sportif est responsable en partie de la très faible représentativité des femmes dans la mesure où, dans le champ médical global, « la proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes, avec une majorité de femmes dans les effectifs médicaux de moins de 40 ans (54 %) »⁸. Mais le vieillissement de cette population spécifique de médecins n'est sans doute pas la seule cause explicative d'une telle discrimination de genre. Dans un espace si peu attractif pour les femmes, il est en effet légitime de penser que le jeu qui y est joué porte lui-même les attributs de la masculinité et rassemble les conditions de cette « répulsion symbolique ». De ce point de vue, la comparaison avec la médecine du travail est intéressante en ce qu'elle éclaire un phénomène inverse. Sur 339 médecins du travail en exercice dans la région des Pays de la Loire en 2005, il faut compter 241 femmes pour 98 hommes, soit un taux de féminisation record de plus de 71 %. Cette affluence est à imputer au mode d'exercice de la médecine du travail. Salariée, elle offre en effet aux femmes la possibilité de vivre leur profession sans pour autant sacrifier leur vie de famille. Le salariat permet de rétablir dans une certaine mesure la division sexuée des tâches par la réorganisation des temps. On admet avec beaucoup plus d'aisance la démesure du temps de travail chez les hommes. Aussi, peut-on émettre l'hypothèse que la très faible part de femmes dans la médecine du sport s'explique par les conditions de travail et le rapport spécifique au temps qu'elle suppose. Réputée pour être une « médecine bénévole », dans laquelle « les passionnés ne comptent heureusement pas leurs heures », elle n'est évidemment guère attractive pour des femmes dont le temps est culturellement plus contraint.

La médecine du sport, une spécialité de généralistes ? – Avec 85.6 % de médecins généralistes (soit 525 praticiens sur les 613 inscrits sur les fichiers ADELI), la médecine du sport livre l'une de ses principales caractéristiques. Elle est une médecine d'omnipraticiens et s'inscrit dans une démarche de renforcement de la pratique quotidienne. « L'Ordre des médecins rappelle que : "l'aptitude à la pratique sportive relève avant tout d'un examen médical courant, pratiqué par le médecin traitant habituel, dans le but d'éliminer une contre-indication qui serait à l'origine d'un risque plus ou moins grave. L'aptitude à la compétition, qui peut nécessiter des examens particuliers ou le recours à un avis spécialisé,

⁸ Dr. **KAHN BENSUADE**, Irène & Pr. **LANGLOIS**, Jean. 2006. « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006 », *Ordre National des Médecins, Etude n°39*, juin 2006, p. 26.

reste d'une façon générale du ressort du médecin habituel de l'intéressé" »⁹. Sur un marché concurrentiel, alimenté par la crainte perpétuelle de la pléthore médicale, la compétence médico-sportive représente une qualification abordable (une année d'étude seulement) susceptible de valoriser ensuite un exercice en cabinet. Pas étonnant alors de constater que 81.6 % de la population des médecins du sport de Loire Atlantique déclarent avoir pour activité principale une pratique libérale (pour 18.4 % de médecins salariés). C'est d'ailleurs cette très forte proportion de médecins généralistes exclusivement libéraux qui explique leur répartition géographique peu différenciée. Si la part des médecins installée en milieu urbain est plus importante que celle exerçant en milieu rural, cette distinction n'est en rien un élément caractéristique de la médecine du sport et ne fait qu'épouser une des caractéristiques de la médecine libérale en général. Un exercice spécialisé et salarié aurait à coup sûr donné à la médecine du sport une teinte plus urbaine. La proportion non négligeable de médecins installés dans des communes de moins de 5000 habitants est une nouvelle indication du caractère peu spécialisant de cette branche médicale. « Je considère que faire sa spécialité de généralités est un principe antiphilosophique et anti-scientifique »¹⁰. Loin de pouvoir juger de la justesse d'un tel énoncé, il apparaît néanmoins clairement que l'empreinte de la médecine générale dans l'exercice médical lié au sport est un handicap pour l'accès à sa spécialisation.

La médecine du sport dans la région des Pays de la Loire :
Généraliste, libérale et éclatée.

		Effectifs	%
Profil médical	Généraliste	525	85.6
	Spécialiste	88	14.4
Activité principale	Libérale	500	81.6
	Salariée	113	18.4
Taille de la commune d'exercice	Moins de 5000 habitants	166	27.1
	5000 / 20000 habitants	164	26.7
	Plus de 20 000 habitants	283	46.2

Source : Données extraites à notre demande du Fichier ADELI au 01/03/2006 par les services statistiques de la DRASS des Pays de la Loire.

⁹ HARICHAUX, Michèle & Pr. HARICHAUX, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 7.

¹⁰ Citation de Claude Bernard reprise dans DAGOGNET, François. 1998. *Op. Cit.*, p. 58-59.

Ces premières données ont le mérite de donner quelques grandes indications démographiques mais souffrent d'un manque évident de précisions. La référence à l'activité principale, libérale ou salariée, et le profil médical généraliste ou spécialisé ne nous renseigne pas sur le type d'activité exercé (exclusivement en cabinet, bénévole ou « indemnisé » par un club sportif, salarié d'une fédération ou d'une clinique privée, vacataire ou titulaire d'un poste au sein d'un service hospitalier, etc.), ni sur la part exacte de leurs pratiques qui est consacrée à une patientèle sportive. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de réduire à nouveau notre focale d'analyse. Cette fois, c'est à l'échelle du département de la Loire Atlantique qu'ont porté nos investigations. Bénéficiant via le fichier administratif ADELI de la liste complète des adresses des médecins ayant indiqué détenir une compétence liée au sport, un questionnaire de recherche a été diffusé auprès des 230 praticiens concernés (**Voir [encadré méthodologique n° 2](#) p. 405** pour la construction du questionnaire et **[annexe méthodologique](#) p. 632** pour trois exemplaires du document remplis par des enquêtés aux profils médicaux différenciés). Avant même l'envoi du questionnaire, nous disposions à leur sujet d'un certain nombre d'informations fournies par la DDASS qui, bien que plus détaillées n'ont fait que confirmer les évaluations réalisées à l'échelle de la région. Seuls 15.6 % des praticiens déclarent une activité spécialisée (soit 36 individus sur 230). Les spécialités les plus représentées sont la médecine du travail et la médecine physique et réadaptation (MPR), qui rassemblent chacune 6 individus sur le département, puis la cardiologie avec 5 praticiens, la psychiatrie et l'anesthésie avec 3 médecins chacune et enfin la chirurgie orthopédique, la radiologie, la stomatologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la pneumologie et la rhumatologie avec un ou deux représentants. Il n'est donc pas étonnant de constater que 79 % de la population générale des médecins du sport de Loire Atlantique déclarent exercer une activité libérale dans la mesure où les médecins généralistes, surreprésentés, pratiquent majoritairement la médecine du sport dans leur cabinet. Pour autant, la DDASS demande aux médecins d'indiquer leur activité principale sans préciser l'éventualité d'une pratique mixte. Ainsi, un médecin généraliste salarié d'un club professionnel de football (contrat stipulant 25 heures de présence hebdomadaire au sein du centre sportif) qui exerce le reste du temps au sein d'un cabinet, fera figurer sur les fichiers professionnels son activité libérale sans mentionner son activité salariée. Il en va de même pour un médecin généraliste qui effectue des vacations au sein d'un service hospitalier de médecine du sport. Pourtant, ces praticiens ne partagent sans doute pas les mêmes représentations du métier. Aussi est-il extrêmement difficile de mesurer l'étendue exacte de chacun des sous-groupes de

médecins du sport. Il est évident que la médecine hospitalière est celle qui regroupe le nombre le plus réduit de praticiens. Seuls 13 médecins indiquent avoir pour activité principale une pratique hospitalière (soit à peine 6 %), dont 6 généralistes, 3 cardiologues, un pédiatre, un stomatologue et un médecin rééducateur. 6 Spécialistes travaillent à temps plein en clinique (soit moins de 3 %), dont deux chirurgiens orthopédiques, deux anesthésistes, un stomatologue et un ophtalmologue. 4 praticiens (soit moins de 2 %) travaillent exclusivement dans des centres de thalassothérapie. Encore une fois, ne figurent ici que les médecins qui ont déclaré posséder une compétence en médecine du sport, tous ne l'ont sans doute pas fait et certains l'ayant fait n'en font dans la réalité qu'un usage extrêmement limité. Sur les 207 individus restant, 35 pratiquent la médecine dans des structures qui n'entretiennent que peu, voire pas de liens possibles avec cette compétence liée au sport, telles que la Mutualité Sociale Agricole, SOS médecin ou encore un Service Départemental d'Incendie et de Secours. Restent les 172 praticiens qui indiquent exercer de manière libérale, sans évoquer d'éventuelles pratiques mixtes, empêchant ainsi de différencier les médecins du sport qui restent en cabinet de ceux qui réalisent des vacations hospitalières ou encore de ceux qui se déplacent sur les terrains sportifs. Le questionnaire de recherche a été réalisé et diffusé afin d'éclaircir au mieux ses quelques zones d'ombres.

I.2. Des médecins du sport nombreux, aux degrés d'investissement variés

Après deux vagues successives d'envoi du questionnaire, nous avons obtenu 149 réponses susceptibles d'être exploitées, soit un taux de retour qui avoisine les 65 %. Les champs renseignés ont ouvert de nouvelles perspectives pour penser et caractériser les médecins du sport.

La médecine du sport, une médecine de cabinet ? – Le déplacement sur le terrain sportif est le témoin incontestable d'un engagement important à l'égard des pratiquants. Aller à leur rencontre sur les lieux d'entraînements, de compétitions, ou attendre leur venue lors de consultations en cabinet renvoie à des démarches opposées. De la même façon, exercer une fonction au sein d'une fédération ou d'une ligue suppose d'entretenir un rapport particulier

aux sports et plus particulièrement à la discipline concernée. Sur les 149 répondants, 81 praticiens n'entretiennent aucun lien avec une quelconque institution sportive, 42 indiquent travailler en collaboration avec un club, 23 dans une fédération, 15 dans une ligue, et 10 au sein d'un comité départemental (un même praticien pouvant occuper plusieurs de ces fonctions). Autrement dit, plus d'un médecin sur deux ayant été formé à la médecine du sport et déclarant cette compétence sur le fichier professionnel enregistré auprès de la DDASS n'en fait pas usage hors des locaux médicaux (soit 54.4 % des enquêtés). Parmi ces 81 praticiens, 14 indiquent d'ailleurs ne posséder aucune part de sportifs parmi leur clientèle. Finalement, c'est donc près de 10 % de la population globale des répondants qui ne donne aucune application à une compétence pourtant affichée. Il est important de noter à ce sujet que seuls 3 praticiens font état d'une clientèle composée de plus de 50 % de sportifs. La pratique exclusive d'une médecine appliquée aux activités physiques et sportives est donc extrêmement rare. Enfin, près d'un médecin sur trois déclare posséder une fréquence mensuelle d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport, si ce n'est même parfois annuelle, très occasionnelle ou inexistante.

Sport et Médecine : des engagements différenciés...

		Effectifs	%
Engagement médical au sein d'une institution sportive	Aucune	81	54.4
	Club	42	28.2
	Comité départemental	10	6.7
	Ligue	15	10.1
	Fédération	23	15.4
	Autres*	8	5.4
	Non réponse	6	4
	Total	185	124.2
Part des sportifs parmi la clientèle	Aucune part	14	9.4
	Moins de 25 %	100	67.1
	Entre 25 et 50 %	18	12.1
	Plus de 50 %	3	2
	Non réponse	14	9.4
	Total	149	100

Fréquence d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport	Jamais**	2	1.3
	Activité annuelle, occasionnelle	26	17.5
	Activité mensuelle	19	12.8
	Activité hebdomadaire	51	34.2
	Activité quotidienne	44	29.5
	Non réponse	7	4.7
	Total	149	100

* Les « autres » institutions sportives déclarées sont par exemple une section sportive d'un comité d'entreprise, une société de course de chevaux, ou encore la Direction Régionale de la Jeunesse et Sport.

** Il aurait été logique de retrouver ici les 14 praticiens n'ayant aucun sportif parmi leur clientèle. Mais il est effectivement possible d'utiliser les actes en lien avec les activités sportives dans un cadre différent (diététique, traumatologie, test d'effort...).

Les actes médicaux cités par les enquêtés révèlent l'écrasante domination d'une médecine du sport de cabinet, qui s'actualise dans « la délivrance des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive », dans les « conseils aux sportifs », ou dans la « petite traumatologie des gestes sportifs ». Mais les « bilans d'aptitude », les « échographies cardiaques ou musculaires », ou encore la « réalisation de tests d'effort » révèlent l'existence d'une médecine plus spécialisée qui nécessite un environnement mécanisé (disponible en règle générale dans les services hospitaliers ou certaines cliniques privées). Enfin, le « suivi de club », la « surveillance des compétitions ou des stages », le « suivi d'un centre de formation » ou « d'une équipe professionnelle » témoignent de la présence locale de médecins engagés sur le terrain sportif. Le diagnostic socio-historique d'une forte hétérogénéité spatiale semble se confirmer dès les premiers résultats du recueil quantitatif des données, et augure d'une nécessaire analyse ethnographique précise de chacune des branches médicales ainsi identifiées.

Les actes médicaux cités dans le cadre de la compétence médico-sportive...

Actes médico-sportifs réalisés*	Effectifs	%
Délivrance des certificats médicaux de non contre-indication	99	66.4
Traumatologie du geste sportif	23	15.4
« Conseils aux sportifs »	20	13.4
Surveillance de compétitions ou de stages sportifs	15	10.1
Médecin d'une structure de haut niveau (centre de formation, pôle)	10	6.7
Echographies cardiaques et musculaires	9	6
« Suivi de club »	9	6
« Suivi d'athlètes de haut niveau »	9	6
Réalisation de tests d'effort	8	5.4
Bilan d'aptitude	8	5.4
Médecin départemental CRDP	5	3.4
Chargé de cours / formation universitaire de médecine du sport	5	3.4
Médecin d'une équipe professionnelle	4	2.7
DRJS contrôle anti-dopage	4	2.7
Aucun	14	9.4
Non réponse	10	6.7
Total	252	169.1

* Réponse à la question ouverte : « Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (Soyez le plus précis possible, du type médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France, ou encore gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune, réalisation des tests d'effort en CHU, formateur à l'UFR de médecine, délivrance de certificats médicaux, etc.) ?

La médecine du sport, « l'Art du pauvre » ? – Face à une médecine surreprésentée par les omnipraticiens de sexe masculin, il n'est guère étonnant de constater, non pas la prépondérance très nette des catégories sociales supérieures dans l'ascendance de ce groupe, mais bien au contraire une origine sociale plus modeste. Toutes proportions gardées bien entendu, puisqu'il s'agit malgré tout d'une population de médecins, passée par toutes les phases de l'hyper sélection sociale qu'un tel cursus universitaire suppose. Au sein de cette population richement dotée en capitaux économiques, sociaux et culturels, une fraction importante des médecins du sport interrogés fait office de parent pauvre. Ainsi, moins de la moitié des enquêtés ont un père issu des professions libérales, des cadres supérieurs du privé ou du public (regroupés dans « catégories supérieures »), alors que l'on retrouve dans des proportions quasi identiques les enfants de pères agriculteurs,

artisans, commerçants et assimilés, techniciens, employés administratifs, d'usine, de service, ou encore ouvriers (regroupés dans « catégories modestes »).

CSP du Père	Effectifs	%
Catégories sup.	71	47,7
Catégories modestes	65	43,6
Non réponses	13	8,7
Total	149	100

Niveau de diplôme du père	Effectifs	%
Aucun, BEP, CAP, certificat d'études	60	40,3
Baccalauréat	11	7,4
Diplôme du supérieur	67	45,0
Non réponse	11	7,4
Total	149	100

Cette origine sociale, faible relativement au groupe professionnel d'appartenance, peut être directement corrélée à un parcours universitaire souvent lui-même plus modeste que les trajectoires scolaires traditionnellement suivies par les étudiants en médecine. Dans la très grande majorité des cas, les enquêtés sont « les premiers médecins de la famille »¹¹. Or le succès universitaire dépend fortement du degré d'information mobilisable ainsi que de la capacité et de la vitesse avec lesquelles un réseau efficace peut être constitué. L'équipe du MIRE 1998, dirigée par Anne-Chantal Hardy-Dubernet a réalisé une étude sur les conséquences de la réforme de l'Internat de 1982, extrêmement complète et argumentée sur la base de comparaisons et d'échantillons statistiques massifs. Les connaissances auxquelles cette équipe de recherche accède illustrent parfaitement le handicap réel que représente l'ouverture d'une nouvelle voie professionnelle au sein d'une histoire familiale. « Comme à chaque fois qu'il s'agit de constituer une élite il faut, pour former un médecin, commencer par le détacher des autres, le séparer du « commun » afin de donner à sa position une dimension « sacrée ». Le concours de première année remplit cette fonction symbolique par différents mécanismes. Le premier est relatif à la somme de travail qui impose à tous les étudiants de limiter, voire de supprimer toute vie sociale extérieure à la faculté. Le second, plus informel et moins explicite, se manifeste par l'apprentissage de règles informelles permettant de passer cette étape. C'est là que les différences entre les étudiants se repèrent, puisque les plus éloignés du « milieu » mettent un temps de retard (quand ils y arrivent) pour comprendre ces règles. Cette inégalité, visible dès le début des études, se renforce ensuite année après année, en particulier depuis la réforme de l'internat

¹¹ Seuls 12% (soit 18 individus sur 149) des médecins du sport enquêtés possèdent dans leur entourage familial proche des professionnels de santé.

[...]. Car, pour se donner le maximum de chances de réussir cette première année, il faut posséder des informations que seuls connaissent les pairs, redoublants ou aînés. Or ces informations ne circulent pas de façon ouverte puisque la solidarité est limitée [...] »¹². Innovateurs d'un « destin médical » au sein d'un schéma familial qui y est étranger, les médecins du sport qui constituent notre échantillon ont donc fait les frais de ce « temps de retard » (y compris ceux formés avant la réforme de 1982). Près d'un tiers d'entre eux ont ainsi échoué au moins une fois la première année et environ 15% ont redoublé ensuite plusieurs fois au cours du cursus universitaire.

Des origines relativement modestes cumulées à une évidente frustration universitaire (31 % des praticiens interrogés avouent leur désir initial de réaliser une spécialité à laquelle ils n'ont finalement pas eu accès) se traduisent implicitement par des stratégies de conservation et de maintien d'une position sociale durement acquise. L'impossibilité de réaliser l'internat a été compensée par l'inscription dans diverses formations leur permettant l'obtention d'un nombre élevé de diplômes complémentaires. Ce « rattrapage » offre la possibilité d'améliorer son identité professionnelle par des diplômes ayant un coût de formation relativement faible comparativement aux effets durables qu'ils sont susceptibles de jouer (des formations d'une année pour la possibilité d'inscrire ensuite la compétence acquise sur la plaque professionnelle ainsi que sur l'ordonnancier). La qualification étant la forme institutionnalisée d'un capital culturel, il inscrit donc des compétences dans la durée. « Avec le titre scolaire, l'alchimie sociale produit une forme de capital culturel qui a une autonomie relative par rapport à son porteur et même par rapport au capital culturel qu'il possède effectivement à un moment donné du temps ; elle institue le capital culturel par la magie collective... »¹³. Ainsi, ces médecins du sport, en proie à cette véritable « boulimie sociale » du diplôme, ont engrangé un nombre impressionnant de formations diverses, qui, finalement, ne leur sont souvent que d'une utilité très relative. Sur 149 médecins du sport, nous avons ainsi répertorié pas moins de 92 formations médicales différentes (DU, CES, Capacités). La trajectoire du docteur Gardet, médecin du centre de formation d'un club de football professionnel illustre idéalement ces propos et son récit dépasse le simple caractère anecdotique.

¹² **HARDY-DUBERNET**, A-C. ; **ARLIAUD**, M. ; **HORELLOU-LAFARGE**, C. ; **LE ROY**, F. & **BLANC**, M-A. 2001. *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Paris, MIRE, 165 pages.

¹³ **BOURDIEU**, Pierre. 1979. « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, novembre 1979.

Médecine du sport, origines sociales et choix professionnels : La trajectoire du Docteur Gardet¹⁴.

« Je suis fils de paysan. Dans ma famille, je suis le seul, l'unique médecin. Peut-être qu'un jour il y en aura d'autres, mes descendants...mais pour l'instant, je suis l'unique. »

« J'ai commencé médecine à vingt-deux ans puisqu'il a fallu que je travaille avant pour avoir un peu d'argent pour rentrer en médecine. Tout ça a fait que j'avais un peu plus de retard, donc j'avais déjà fondé une famille, des enfants, et finalement le choix était très simple. Il a fallu que je me dirige dans un premier temps vers la médecine générale pour gagner ma vie. C'est comme ça que le choix s'est fait. [...]. Mais bon, ma première idée, si j'avais pu financièrement faire face, c'était l'internat.»

Après un parcours universitaire difficile, le docteur Gardet adopte clairement une stratégie de conservation de sa nouvelle position sociale par l'obtention de nombreux diplômes complémentaires. Il justifie cet appétit insatiable par « le goût des études. J'avais toujours l'impression, et je suis toujours dans le même état d'esprit, de ne jamais en savoir assez. Mais je ne suis pas plus courageux qu'un autre, donc je me suis toujours motivé pour travailler, passer des diplômes. [...] Et c'est vrai que toutes ces formations là, ce sont des diplômes universitaires. C'est à dire pour la plupart reconnus sur le plan national et européen ! [...] Il faut être capable d'apporter tous les jours ce que l'on nous demande, sinon ça peut très vite aussi périliter, donc je suis conscient de ça. C'est pour ça que je reste à ma place, je fais mon travail du mieux que je peux, je continue à m'investir et à travailler parce qu'on ne sait jamais trop. Ça a toujours été mon leitmotiv, et ça continuera tant que j'aurai les capacités de travailler. Ça c'est clair ! Je pense que lorsqu'on s'épanouit dans une profession, il ne faut pas se contenter de son statut, en disant : "oh bah ça y est maintenant je suis arrivé...". Je considère que c'est un demi-échec à ce moment là. Ça veut dire qu'on voulait en arriver là, mais qu'après tout, basta..., c'est fini. Pour moi c'est..., ce n'est pas fini. Je veux dire que c'est..., et ceux qui me connaissent bien savent bien que ça ne sera jamais fini, tant que j'aurai les capacités de travailler et de m'investir. »

Le docteur Gardet possède aujourd'hui un CES de médecine et biologie du sport, un DU de traumatologie du sport, un DU de médecine manuelle et ostéopathie, un diplôme de mésothérapie et d'acupuncture, et enfin un DU de traitement et d'évaluation de la douleur.

La médecine du sport, exercice de sportifs ? – A la question « êtes-vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? », un fort taux de réponses positives était attendu. Pour une personne enquêtée sur sa pratique professionnelle liée au sport, il est en effet probable que la pratique ait été perçue comme une caractéristique « minimum », attendue

¹⁴ Extraits de l'entretien semi-directif de recherche réalisé dans le cabinet du docteur Gardet le 04 mai 2003.

légitimement par l'enquêteur. La marche, le vélo et la piscine sont alors autant d'alibis qui justifient d'une « pratique physique » et permettent de respecter à « moindre frais » cette idée largement partagée qu'il serait aberrant de faire de la médecine du sport sans faire de sport... Aussi, plus de 80 % de la population interrogée déclare avoir été et être toujours actuellement pratiquant sportif. Ce résultat dépasse très largement le taux de licenciés parmi la population française qui est inférieur à 25 %. La question des niveaux de pratiques atteints a été posée afin de contrôler la hauteur de l'engagement sportif. La pratique du sport en compétition, quel qu'en soit le niveau de performance, nécessite une préparation régulière et répétée dans le temps qui témoigne d'un investissement plus conséquent que la simple « pratique du vélo » ou de « la marche ». Question contrôle, elle permet donc de limiter les effets d'une surreprésentation logique.

Médecins du sport, pratiquants sportifs et niveaux de performances :

		Dans le passé		actuellement	
		Effectifs	%	Effectifs	%
Pratique sportive	Non réponse	13	8,7	5	3,4
	Oui	124	83,2	121	81,2
	Non	12	8,1	23	15,4
	Total	149	100	149	100
Niveau atteint	Non réponse	22	17,7	16	13,2
	Loisir*	36	29,1	85	70,2
	District / département	18	14,5	10	8,3
	Région / inter région	31	25,0	6	5,0
	National / international	17	13,7	4	3,3
	Total	124	100	121	100

* *Loisir sportif réalisé ou non dans le cadre d'une structure sportive institutionnalisée.*

Ainsi, sur cette population de médecins pratiquants, 70 % conservent actuellement une activité de loisir occasionnel. Seule une vingtaine de médecins reste engagée sur le mode compétitif (10 à un niveau égal ou supérieur au niveau régional¹⁵). Au plus fort de

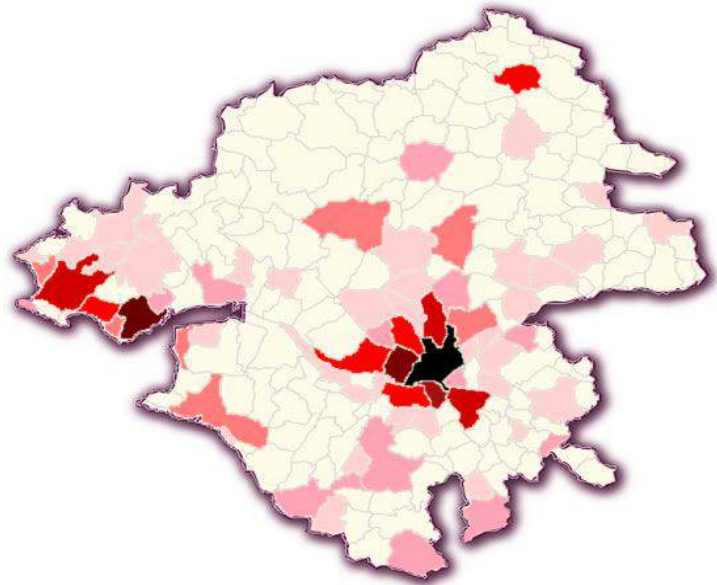
¹⁵ Pour être tout à fait pertinent, il nous aurait fallu rapporter les divers niveaux de compétition répertoriés aux activités sportives pratiquées. Le niveau « régional » en volley-ball n'équivaut par exemple en rien au niveau « régional » en athlétisme. Pour autant, compte tenu du propos, ces données nous semblaient suffisamment significatives pour être mentionnées ici.

leurs « carrières sportives », 18 médecins participaient à des compétitions de niveau départemental, et 41 médecins à des rencontres régionales, nationales voire même internationales. Autrement dit, lorsqu'ils étaient le plus engagés dans leurs activités physiques encadrées, près d'un médecin sur deux était investi sur le mode de la compétition et un médecin sur trois à un niveau élevé de performance. Ce ratio est élevé.

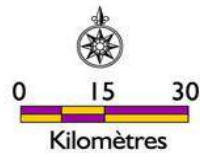
En outre, 16 % des 149 médecins interrogés indiquent avoir entretenu ou entretenir actuellement un rapport familial étroit à la pratique du sport de haut niveau. Le lien de parenté concerne dans 71 % des cas un membre du noyau familial intime (le père, le conjoint, les enfants). Cette proximité culturelle colore les visions du sport de ces médecins et influencent très certainement leurs pratiques de la médecine liée aux activités physiques (dans des proportions qu'il reste à définir).

Constat doit donc être fait d'un rapport au sport diversifié selon les parcours de chacun. Si les médecins interrogés se déclarent sportifs dans une très large majorité, le niveau atteint dans les compétitions sportives et l'éventuelle proximité culturelle à la haute performance laissent entendre des modes d'engagement distincts dans la pratique. Cela suppose une incorporation elle-même très diversifiée des valeurs proprement sportives qui vont conditionner ou non l'orientation vers la médecine du sport. La question « peut-on faire de la médecine du sport sans avoir jamais été soi-même sportif » ne se pose plus. Pas plus d'ailleurs que celle de la compatibilité entre sport de haut niveau et pratique de la médecine. Non pratiquants et sportifs d'élite se partagent cette même compétence médico-sportive. Ces questionnements ouvrent de nouvelles interrogations autour des intérêts particuliers mobilisés et des voies par lesquelles la rencontre entre la médecine et le sport a pu s'opérer dans la spécificité de chaque trajectoire. La représentation cartographique de la démographie des médecins du sport à l'échelle départementale ne nous apprend rien (si ce n'est qu'il s'agit bien d'une médecine éclatée, dont l'exercice ne se limite pas aux zones urbaines, et que le volume de médecins du sport installés est fortement corrélé au nombre d'habitants). Le recueil quantitatif des données atteint donc ici ses limites et doit être désormais suppléé par la conduite d'entretiens, au plus près de la pratique des médecins du sport enquêtés.

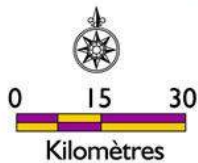
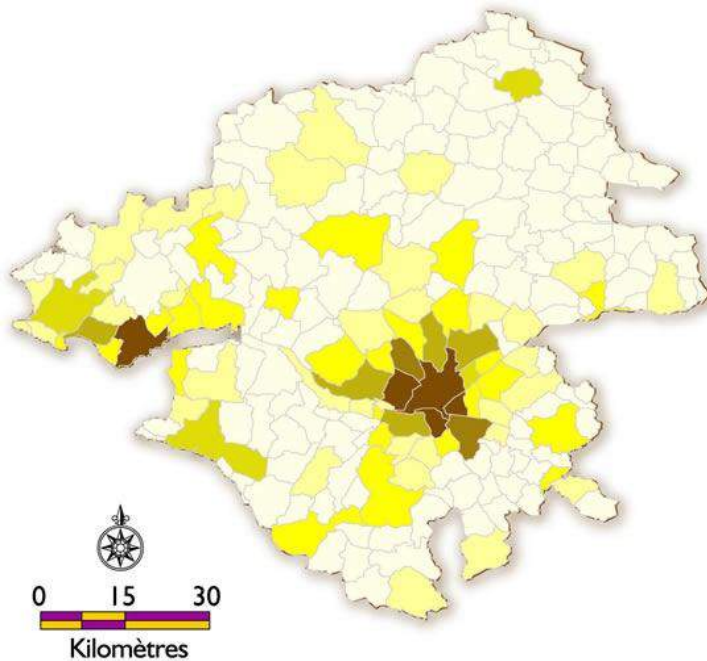
Département de Loire Atlantique.
Répartition démographique des médecins du sport.



Carte réalisée à partir d'un fond de carte présenté sur le site web de la région des Pays de la Loire, et modifié grâce au logiciel « Adobe photoshop 7.0 ».



LEGENDE	
	Limites communales
	Pas de médecin du sport
	1 médecin du sport
	2 médecins du sport
	3 médecins du sport
	4 médecins du sport
	5 médecins du sport
	8 médecins du sport
	10 médecins du sport
	12 médecins du sport
	95 médecins du sport



Département de Loire Atlantique.
Armature urbaine.

Source Région des Pays de la Loire /
IGN BD CARTO. Cartographie :
D.A.T. : Cellule Cartographie – Sylvie PERRAUD.

LEGENDE	
	Moins de 3 000 hab (1322)
	3 001 - 5 000 hab (87)
	5 001 - 10 000 hab (58)
	10 001 - 15 000 hab (15)
	15 001 - 20 000 hab (8)
	20 001 - 25 000 hab (2)
	Plus de 25 001 hab (11)

Encadré Méthodologique n° 2

Modes de recueil et temporalités de la recherche...

Entretiens exploratoires. Choix des enquêtés ?

Les premiers entretiens de recherche menés en compagnie de médecins du sport ont été réalisés en avril 2003, dans le cadre d'un rapport d'initiation à la recherche (*Licence 3 – éducation motricité – UFR STAPS de Nantes*). Véritables entretiens exploratoires, il s'agissait alors d'aller à la rencontre d'un terrain, de saisir l'extraordinaire complexité d'un quotidien, d'une pratique, d'un discours afin de poser les bases d'un questionnement sociologique.

Le choix des enquêtés avait alors été réalisé sur la base de nos propres socialisations. Notre médecin traitant, le docteur Simonneau, ami de la famille, fait état de sa compétence liée au sport sur sa plaque ainsi que sur son ordonnancier. Premier enquêté, il est très vite devenu une personne ressource que nous avons sollicité à de nombreuses reprises au cours de cette recherche (entretien du 10 avril 2003). Puis, nous avons logiquement interrogé le docteur Raulo, médecin du sport intervenant en qualité d'enseignant en « traumatologie du sport » au sein de l'UFR STAPS de Nantes afin de recueillir des éléments de compréhension de sa pratique professionnelle. Médecin des équipes de France de Handball, salarié à plein temps de la fédération française de cette discipline, cet entretien ne pouvait être qu'instructif ! (Entretien du 22 avril 2003). Enfin, un membre de notre entourage ayant recours à la mésothérapie dans le cadre d'un traitement local de la douleur, il nous a été permis de rencontrer le docteur Gardet. Utilisant sa compétence en mésothérapie et acupuncture dans son cabinet, il n'en demeure pas moins que ce praticien avait également la fonction de médecin du centre de formation d'un célèbre club professionnel de football inscrit en Ligue 1 (entretien du 4 mai 2003).

Cette première incursion dans l'univers médico-sportif nous a convaincu de l'extrême diversité des pratiques médicales qu'il recouvre. Dès lors, la compréhension et

l'analyse d'un espace éclaté se sont logiquement imposées comme fil directeur d'un travail de maîtrise réalisé en 2003-2004. Les entretiens exploratoires ont été poursuivis afin de compléter un paysage médico-sportif dont certains des personnages principaux n'avaient pas encore été identifiés. C'est donc sur le versant hospitalier que s'est dirigée notre attention. Par la voie institutionnelle « classique », nous avons ainsi rencontré le professeur Marlier, ancien directeur d'un service hospitalier de médecine du sport et d'effort physique, ainsi que le docteur Niel qui en est l'actuel directeur (entretiens réalisés le 10 avril et le 11 mai 2004). Conscient du fossé insondable qui opposait les pratiques des médecins hospitaliers de celles des docteurs Raulo et Gardet, nous avons en outre décidé d'étendre le panel des médecins œuvrant sur le terrain sportif. Bénéficiant du capital social de notre directeur de mémoire, nous avons ainsi eu la possibilité de discuter longuement avec le docteur Renaud, médecin d'un pôle espoir masculin de gymnastique artistique (entretien réalisé le 24 avril 2004).

Plusieurs des médecins qui ont guidé l'exploration primitive de leur espace professionnel prendront par la suite une place extrêmement importante dans nos investigations et analyses.

Questionnaire de recherche. Les contraintes d'une population médicale ?

Face au constat d'une hétérogénéité de profils médicaux, il était nécessaire de se faire une idée beaucoup plus précise de la réalité de cette population spécifique et ainsi de quantifier la part relative de chacun des « sous-groupes » de praticiens. Sans une évaluation préalable des forces en présence, le discours sociologique sur la pratique des médecins du sport n'a en effet que peu de valeur. C'est le service statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales qui nous a livré les premiers renseignements chiffrés issus du fichier ADELI. Ce fichier recense tous les professionnels de santé qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la D.D.A.S.S. de leur département d'exercice. Le Code de la Santé Publique précise d'ailleurs l'obligation pour les professionnels de santé dont l'exercice est réglementé, de faire enregistrer auprès du Préfet leur diplôme ou leur autorisation d'exercer. Ce répertoire est géré par les D.D.A.S.S. et la coordination régionale (échelon statistique D.R.A.S.S.) permet de centraliser les informations auprès de la D.R.E.E.S. (Département des Méthodes et des Systèmes

d'Information). Une mise à jour permanente est assurée d'après les renseignements donnés par les inscrits eux-mêmes et la collecte auprès de certains établissements publics du département. Un contrôle systématique de chaque fichier est prévu tous les deux ans par l'envoi à chaque praticien d'une fiche à corriger extraite du répertoire. Ainsi, les médecins, lorsqu'ils doivent « remplir la feuille de renseignements correspondant à la profession », doivent faire figurer les divers diplômes médicaux obtenus. C'est donc par le biais de ce feuillet professionnel contenu dans les fichiers ADELI que nous avons eu accès aux informations souhaitées. Suite à un contrat moral de confidentialité, et avec l'appui écrit de l'UFR STAPS de Nantes, la D.D.A.S.S. nous a en effet fourni la liste de tous les médecins du département 44 « ayant une compétence liée au sport ». Cette liste recensait le nombre impressionnant de 230 praticiens en activité.

C'est donc sur cette population recensée par les fichiers ADELI au niveau du département de la Loire Atlantique que nous avons décidé de faire porter notre enquête par questionnaire ([annexe méthodologique p. 632](#)). Il faut en effet rappeler que les feuillets d'information les concernant sont remplis par les médecins eux-mêmes, qui, dès lors, font le « choix » volontaire d'y faire figurer leurs éventuelles compétences en médecine du sport et les divers diplômes obtenus. Le questionnaire n'a donc pas été distribué de façon arbitraire par le chercheur à un groupe plus ou moins étendu d'agents pensés comme étant de « bons représentants » d'une réalité idéalisée, mais, bien au contraire, à un groupe d'agents déterminé, qui fait objectivement vivre la médecine du sport en Loire Atlantique. Pour autant, il nous faut indiquer ici un des biais méthodologiques importants de cette enquête, malheureusement incontournable. En effet, comme nous venons de le préciser, ce sont les médecins eux-mêmes qui remplissent les fichiers ADELI, et qui sont libres de présenter ou non leurs diverses compétences médicales. Il est donc à craindre qu'un certain nombre de médecins du sport n'aient pas indiqué leurs compétences liées au sport au sein de ce fichier, et que la population ainsi dénombrée soit incomplète.

Afin d'éviter au maximum l'indifférence des enquêtés, le questionnaire a été construit avec le souci de coller au plus près des caractéristiques culturelles d'une population médicale aux trajectoires scolaires et sociales favorisées. Conscient du rapport au temps extrêmement tendu manifesté traditionnellement par les professions libérales, nous avons ainsi favorisé une version relativement courte du document (4 pages sur deux feuillets). Un nombre de pages trop élevé aurait très certainement augmenté les risques de

désintérêt, de lassitude et finalement de non réponse. Pour autant, face à un groupe au capital culturel élevé, une telle entreprise ne pouvait à l'inverse selon nous se limiter à une série de questions fermées. Partant de l'idée sans doute surfaite que les classes les plus favorisées, parce que maîtrisant les outils du langage et possédant un statut social autorisé ont souvent des « choses à dire », nous avons décidé d'introduire un certain nombre de questions ouvertes susceptibles d'attiser un ego social parfois élevé. Le risque d'imposition de problématique était ici évident. Mais il devient un outil très intéressant lorsqu'il est maîtrisé. La question « *que représente le sport pour vous ?* » est une interrogation que les médecins du sport sont en droit de ne jamais s'être posé. Elle n'en perd pas pour autant son intérêt ici. Elle permet de visualiser très précisément les registres de sens commun auxquels les médecins selon leurs profils spécifiques font appel et livre des indications précieuses sur leurs identités (dans le paysage des réponses types, le « *men sana in corpore sano* » n'équivaut pas au « sport comme lieu de dépassement de soi » ou au « sport comme lieu de rencontres et de diversité sociale »...).

Le questionnaire a été testé une première fois auprès des docteurs Simonneau et Renaud. Leurs commentaires ont permis la clarification de certaines formulations ainsi que des améliorations concernant la forme du document. Une première vague d'envois postaux, suivie d'une relance après trois mois ont permis le retour de 155 documents dont 149 exploitables sur 230 médecins interrogés, soit un taux avoisinant les 65 % (6 questionnaires nous sont revenus vierges, 5 pour des raisons liées à un récent décès ou un départ à la retraite, 1 pour un refus clairement notifié de réponse). Le traitement informatique des données recueillies par l'utilisation du logiciel Moda Lisa a permis de confirmer la structuration spécifique de l'espace. L'investissement variable de chaque médecin du sport renvoie à un continuum de positionnements, dont la distribution ne peut être objectivée qu'au prix d'une catégorisation issue de l'analyse. Les résultats de l'enquête permettent ainsi de distinguer clairement trois pôles distincts et de poids variable, qui divisent l'espace autour des différents lieux d'exercice déjà identifiés. Les médecins du sport de cabinet, qui travaillent régulièrement avec les associations sportives locales (sur le mode du « bon service rendu entre voisins » et dans une logique de démonstration de soi qui n'est pas sans lien avec des stratégies de conquête ou de renforcement sur un territoire local), représentent sans conteste le groupe le plus étendu. Viennent ensuite ceux qui mettent leur compétence médicale au service des filières sportives de sélection et d'encadrement des athlètes d'un bon niveau d'expertise (il s'agit des médecins de pôles, de

centres de formations, d'équipes, etc.). Puis, dans un dernier temps, la médecine du sport hospitalière est celle qui regroupe le nombre le plus faible de praticiens (malgré la réalisation de vacations par des médecins généralistes). La mise en lumière de ces univers médico-sportifs si différents, chacun porteur d'une vision du monde opposée et de pratiques spécifiques, interroge les logiques de formation et de recrutement. Le diplôme de médecine du sport est une compétence que les médecins, à l'issue de leur thèse, et ce quelle que soit leur spécialité, peuvent « ajouter » à leur savoir-faire médical disponible. Il est donc possible de retrouver dans cette population des anesthésistes, des cardiologues, des rhumatologues..., et bien évidemment nombre de médecins généralistes. Au-delà des différences de cursus proprement médicaux qui opposent ces professionnels de santé, et qu'il ne faudrait pas sous-estimer, il nous paraît déterminant d'interroger les motivations qui ont conduit ces médecins vers une compétence liée au sport, et donc de comprendre, expliquer et décrire les modes d'insertion professionnelle qui les caractérisent. Le recueil de données quantitatives, s'il pourra apporter des informations importantes sur les trajectoires sportives et professionnelles des médecins du sport doit ici céder la place à une analyse plus fine. Des entretiens approfondis ont donc été entrepris dans chacun des groupes de médecins préalablement identifiés.

Campagne d'entretiens semi-directifs de recherche. Profils identifiés et grilles d'entretiens ?

A la liste des médecins ayant volontairement laissé leurs coordonnées au sein du questionnaire afin de poursuivre cette enquête par un entretien de recherche, nous avons ajouté, suite à une campagne de « recrutement téléphonique », un certain nombre de praticiens dont le profil spécifique intéressait l'analyse. Nous parlons bien sûr ici en termes de tendances puisque les différents types d'exercices ne sont pas nécessairement exclusifs les uns des autres. Dans ce cadre, nous avons ainsi rencontrés 16 médecins du sport de cabinet qui possèdent la compétence de médecine et biologie du sport, mais l'utilisent quasi-uniquement dans le contexte libéral ; 12 praticiens ayant une fonction dans un pôle, centre de formation, fédération ou encore club professionnel ; et enfin 9 médecins exerçant en milieu hospitalier (voir [annexe méthodologique](#) p. 644 pour un tableau récapitulatif du profil des médecins interviewés). L'enjeu était double : découvrir d'éventuelles récurrences dans les intérêts, les manières d'être, d'agir et de légitimer chacune de ces

positions, puis tester leurs perméabilités. Peut-on être à la fois praticien hospitalier et médecin dans une structure sportive de haut niveau ? Si tel est le cas quels sont les effets produits ? Inversement, en cas d'incompatibilité, quels sont les déterminants responsables d'une telle exclusivité de placement ?

Les entretiens ont tous été préparés de manière spécifique. Les informations fournies sur les questionnaires dont l'anonymat avait été volontairement levé par certains enquêtés eux-mêmes, ont en effet permis de préparer les débats et d'anticiper les relances. Gain particulièrement appréciable pour des enquêtés dont le temps est compté, au sens propre du terme ! (les entretiens ont été réalisés dans la majorité des cas sur le lieu de travail, parfois même entre des consultations, ce qui contraignait bien évidemment la durée des discussions. Ainsi, avec une durée moyenne située aux alentours d'une heure et quart, il était extrêmement rare de réaliser des entretiens de plus de deux heures). Des exemples de grilles d'entretiens ont été consignés dans les annexes méthodologiques. Y figurent la première grille d'entretien utilisée pour la rencontre avec le docteur Simonneau en 2003, puis deux grilles plus récentes utilisées en 2008 pour le Professeur Landais et le Docteur Alberti (**Voir [annexe méthodologique](#) p. 649**). La totalité des entretiens de recherche a été retranscrite verbatim (soit 1173 pages). Nous avons fait le choix de ventiler les données issues de ces discussions sous forme d'extraits dans le corps de l'analyse, sans fournir les entretiens en annexe afin de ne pas alourdir le document.

L'ensemble des agents dont nous avons personnellement recueilli la parole possèdent des noms fictifs, inventés par le chercheur. Notre intégration au sein de leurs lieux de travail et l'enregistrement audio de leurs réponses ont reçu un accueil favorable à condition que soit respecté et préservé l'anonymat des personnes enquêtées. Ces médecins du sport sont donc protégés par le secret. Pour certains praticiens dont la fonction est unique, le maintien d'un tel principe peut paraître illusoire et naïf. Pourtant nous persistons à camoufler leur identité nominale et réaffirmons que toute tentative menée pour percer ce secret serait stérile et engagerait la seule responsabilité de son auteur.

II. Entrer dans le métier. La préservation de la santé à l'épreuve des intérêts particuliers

Partant du principe déjà bien connu que l'obtention du diplôme ne joue qu'un rôle extrêmement limité dans la construction sociale des carrières¹⁶, il est particulièrement intéressant d'analyser les voies par lesquelles un médecin en vient à mettre sa compétence au service de la performance athlétique, au service de la recherche clinique en centre hospitalo-universitaire, ou enfin au service de son propre exercice dans le cadre unique de sa pratique libérale. Pour l'ensemble des médecins interrogés, les raisons d'agir évoquées renvoyaient essentiellement et logiquement à la préservation de la santé. Pour les uns, travailler à l'hôpital est un gage de meilleure prise en charge sanitaire des sportifs car il s'agit d'un espace neutre, dégagé des pressions de l'entourage sportif. Pour les autres, compte tenu de l'urgence du calendrier sportif, un athlète, pour être bien soigné, doit être vite soigné, ce qui suppose la présence du médecin au plus près du quotidien du sportif et sa mise au service de la structure qui l'encadre. Enfin, pour les derniers, la pratique de la médecine du sport en cabinet renvoie à des problématiques générales de santé publique ; les conseils, l'évaluation de l'aptitude, la prescription, la modification ou parfois même l'interdiction de la pratique physique étant perçus comme autant de missions salutaires à l'échelle de la population¹⁷. Ainsi, s'ils se défendent tous de respecter leur serment d'Hippocrate, on perçoit sans difficultés les fossés qui les séparent. Différences d'autant

¹⁶ P. Malherbe et H. Slimani, dans leur étude sur la relation « formation-métier » dans le secteur de l'encadrement des activités équestres, ont par exemple montré que « sans la mise en place de stratégies annexes, qu'elles soient familiales ou matrimoniales, l'insertion professionnelle était quasiment vouée à l'échec ». MALHERBE, Patrick & SLIMANI, Hassen. 2002. « La relation "formation – métier" dans le secteur de l'encadrement des activités équestres », *Rapport de recherche*, Carif-Oref des Pays de la Loire, 60 pages. De façon plus générale, Claude Dubar éclaire la notion de construction sociale des trajectoires individuelles en s'intéressant aux dimensions historiques, contextuelles et stratégiques de l'insertion professionnelle. DUBAR, Claude. 2001. « La construction sociale de l'insertion professionnelle », *Education et Sociétés*, n°7 / 2001 / 1, p. 23-36.

¹⁷ Au point de retrouver dans les discours de ces praticiens des thématiques proches de celles développées par les « romanciers anthropologues de la race humaine » dans le cadre de « l'hygiénisme social » français du début du siècle. Sur une toile de fond où la science se confond avec la morale, là où les activités physiques devaient servir à combattre l'alcoolisme, la dépravation, la neurasthénie ou la phtisie par exemple, elles sont aujourd'hui appelées au secours des fléaux sociaux modernes que sont l'obésité, la sédentarité et certaines formes de diabète. Le docteur Amazan, « ennemi du gros », après avoir beaucoup réfléchi à la façon d'amener massivement les personnes obèses à la pratique sportive (ce à quoi elles sont selon lui « souvent opposées »), en conclura, non sans dépit, que l'unique solution serait de les payer...

plus identifiables que les occupants de chaque position entretiennent dans leurs pratiques discursives des rapports de dérision réciproques, rapports dont la finalité n'est autre que l'imposition de la définition légitime de la « bonne médecine du sport ». Dans le jeu croisé entre carrières médicales et sportives, la certification en médecine du sport peut ne représenter qu'un « passage obligé » pour certains médecins dont la trajectoire les a antérieurement inscrits dans l'univers sportif, ou au contraire une véritable socialisation primaire aux « choses du sport » pour ceux dont le passé sportif reste vierge. Bien évidemment, ce rythme calendaire et ordonné des socialisations soulève et induit la question des intérêts poursuivis. Entre des médecins qui utilisent la médecine pour se faire une place dans le milieu sportif, et ceux qui investissent l'objet sportif pour bénéficier d'une légitimité dans le milieu médical, ou s'assurer de l'élargissement d'une clientèle, les univers de possibles semblent infinis. Pour accéder aux fondements de chacun de ses exercices médicaux particuliers, il est apparu utile d'interroger la (ou les) voie(s) par lesquelles le praticien justifie son placement. Sur cette question, les écarts se creusent et mettent au jour des logiques fort différentes.

II. 1. Se faire une place à l'hôpital

A. Boccage est étudiant en dernière année de médecine et prépare une thèse de médecine générale. Il est interne dans le service d'exploration fonctionnelle et vasculaire du docteur Alberti. Il y réalise un DESC de médecine du sport et est à ce titre l'un des très rares étudiants à bénéficier d'une telle formation complémentaire en France (on estime entre 15 et 20 le nombre d'étudiants inscrits chaque année depuis la création de ce DESC en juin 2002, soit approximativement aujourd'hui un peu plus d'une centaine de praticiens formés). C'est d'ailleurs ce sentiment de posséder un parcours exceptionnel dans le domaine qui a poussé A. Boccage à venir spontanément nous rencontrer afin de nous faire partager son expérience (« C'est bien toi qui fait une thèse où tu compares la médecine du sport de terrain et celle à l'hôpital ? »¹⁸). Brillant élève, il s'est toujours beaucoup plus intéressé aux choses de l'esprit qu'à celles du corps, avouant même une méconnaissance

¹⁸ Cette comparaison n'ayant jamais été évoquée d'une telle façon dans les diverses présentations de nos travaux au sein de ce service hospitalier, la présentation qui en est faite par l'étudiant en dit long sur sa propre représentation de l'espace médico-sportif et augure d'une volonté de jouer le jeu de la distinction.

quasi-totale des activités sportives. La première année de médecine a été d'une violence absolue et son corps en a payé le tribut. Une prise de poids très importante va ainsi bouleverser le rapport entretenu à son corps et lui imposer une nouvelle hygiène de vie. Très en peine, il « commence donc à courir en 3^{ème} ou en 4^{ème} année de médecine pour éliminer cet excès ». Les résultats sont encourageants et l'étudiant se prend au jeu. Curieux de comprendre les mécanismes physiologiques par lesquels les activités sportives ont eu raison d'une morphologie jugée disgracieuse, il entreprend de se familiariser, hors cadre universitaire, à la littérature concernant l'entraînement et la physiologie sportive. La surprise fut totale, il découvrit alors « tout un champ extrêmement intéressant et dense, mais dans lequel [il] était une vraie "bille" ». Après des demandes appuyées, il a « finalement réussi à se faire prendre en externe en médecine du sport ». Les épreuves d'effort, la spirométrie, les mesures de lactatémie, etc., ont été autant de révélations qui très vite se sont transformées en évidences dans son esprit : « c'est ça que je veux faire ! ». Engagé dans un cursus de médecine générale, le sport lui permet en outre d'aspirer à une pratique mixte. Généraliste en cabinet bien sûr, « en milieu rural de préférence car les pathologies sont plus intéressantes », et médecin du sport à l'hôpital. « Mais uniquement à l'hôpital ! ». A. Boccage fait part de son aversion pour le terrain et la « médecine de club ». Le milieu sportif est « un milieu qui [l'] impressionne ». Son intérêt se porte uniquement sur le versant très physiologique de l'exploration fonctionnelle. « Faire des tests, apprécier les réactions cardiaques à l'effort, éprouver la résistance musculaire... », il admet sans mal avoir un goût certain pour la recherche. Sa thèse est à ce titre révélatrice de cette volonté de garder un pied dans l'institution hospitalière. Le docteur Alberti lui avait soufflé un premier sujet qui a été refusé au prétexte que le travail prenait « une orientation trop recherche pour une thèse de médecine générale ». Qu'à cela ne tienne, l'étudiant trouve la parade et engage une réflexion sur « l'utilisation des services d'urgences par les sportifs traumatisés ». Son hypothèse de départ est simple. « Les gens en souffrance psychologique se blessent plus gravement ». Sur la base d'une échelle de gravité des blessures et suite à la passation de questionnaires capables de déceler des souffrances mentales et d'établir des scores d'estime de soi, les faits sont venus très exactement contredire son postulat. Ce sont finalement les sportifs qui consultent pour de la « petite bobologie » qui présentent les signes les plus nets de souffrance mentale. A. Boccage voit immédiatement l'intérêt d'une telle étude dans le cadre de sa future pratique de médecin généraliste, mais précise que cette analyse doit également ouvrir une réflexion interne aux services hospitaliers.

Un tel portrait est utile pour penser dans un cadre plus général les liens qui rassemblent sport et hôpital. Dans une telle institution, faire valoir son éventuel passé sportif n'a pas de sens. Le capital sportif n'est en rien un levier efficace pour « entrer dans le métier » (ce qui ne signifie évidemment pas qu'un médecin sportif soit condamné à ne jamais être praticien hospitalier). Il est d'ailleurs significatif de constater le rapport très faible, voire parfois même inexistant, que les médecins du sport hospitaliers entretiennent pour la plupart aux activités sportives. S'il faut reconnaître aux docteur David et professeur Landais, respectivement chefs d'un service de rééducation fonctionnelle et d'un service de chirurgie orthopédique, une pratique sportive de haut niveau en football (Equipe de France des moins de 17 ans) et en volley-ball (Nationale 1, Champion de France Espoir), force est de remarquer la très grande distance de bon nombre de leurs confrères aux compétitions sportives. Le « service régional de médecine du sport » d'un important CHU fonctionne avec un praticien hospitalier titulaire de son poste, le docteur Alberti, deux praticiens attachés vacataires, les docteurs Quirion et Amazan, et enfin un interne en médecine, A. Boccage¹⁹. Aucun des professionnels de santé présents ne possède de liens particuliers avec la sphère sportive d'élite.

Sport et Médecine à l'hôpital

L'équipe médicale du service de médecine du sport d'un important CHU

	Profil médical	Pratique sportive « préférée » et niveau de performance atteint	Proximité familiale au sport de haut niveau	Commentaires
Dr. Alberti	Spécialiste Praticien hospitalier Cardiologue HDR Physiologie	Cyclotourisme Loisir	Aucune	« j'ai pratiqué plusieurs activités, mais toutes plus mal les unes que les autres, et toutes pendant des durées relativement courtes... »
Dr. Quirion	Généraliste Vacations service médecine du sport et d'exploration vasculaire	Danse Classique et contemporaine	Aucune	« Ma mère était plutôt anti-sport. C'est pour ça que je n'en ai pas fait. [...]. Mais j'adorai regarder le sport à la télévision ».

¹⁹ A ces figures cadres, il faut bien entendu rajouter l'incontournable infirmière / secrétaire du service, ainsi que le flux continu d'étudiants stagiaires qui apportent une main d'œuvre non négligeable. Nous y reviendrons lors de la description des lieux d'observation ethnographique.

Dr. Amazan	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Praticien hospitalier service médecine générale Praticien attaché service médecine du sport	Aucune (Sport scolaire)	Aucune	« Je suis fils d'agriculteur, donc quand on fait du sport, c'est qu'on est feignant. Il y avait du travail à la maison. [...]. J'ai découvert le sport à 14 ans. Pour la première fois j'ai eu une prof de gym. Ça a été une révélation pour moi parce que je me croyais handicapé... ».
A. Boccage	Interne Médecine générale DESC médecine du sport	Football Loisir	Aucune	« Je me suis mis à pratiquer une activité physique régulière vers 24 ans pour perdre du poids ».

Se former à la médecine du sport ne renvoie donc pas ici à la volonté ou au besoin de faire coller sa pratique professionnelle au plus près d'un ensemble de dispositions sportives antérieurement constituées. Il ne s'agit pas de retrouver la familiarité d'un espace durablement côtoyé et le confort de valeurs faites corps. Tous ont pourtant en charge le suivi d'athlètes engagés à un niveau élevé de compétition²⁰. Cette orientation médicale tient dans la majorité des cas à la volonté de s'inscrire et de se faire une place dans un espace hospitalier dont les logiques d'insertions professionnelles sont relativement verrouillées du fait sans doute de la rareté des postes à pourvoir. Ce sont bien les opportunités médicales qui sont à l'origine du « choix » médico-sportif. Le mode de recrutement répond aux normes classiques des milieux hospitaliers et universitaires. La titularisation des praticiens hospitaliers ou des maîtres de conférences et l'engagement à la vacation de praticiens attachés sont soumis à un certain nombre de principes dans lesquels la trajectoire sportive du candidat n'a qu'une place anecdotique. Les performances sportives personnelles ne jouent aucun rôle. Les diplômes et les « faits d'armes » proprement médicaux sont les seuls éléments valeureux. Si le sport ne vaut rien, la certification médico-sportive elle, peut devenir le « petit plus » qui décidera de l'évolution d'une carrière hospitalière. Logiquement, on trouve ici un nombre beaucoup plus élevé de spécialistes tels que des cardiologues, physiologistes, etc., bien que les vacations soient réalisées majoritairement par des médecins généralistes. Les motivations évoquées

²⁰ En effet, pour l'ensemble des athlètes, « nul ne peut être inscrit sur la liste des Sportifs de Haut Niveau s'il n'a fait l'objet d'examens médicaux. [...] Il était prévu par le décret du 1^{er} juillet 1987, qu'à la différence des contrôles préalables d'aptitude au sport, la surveillance médicale de ces sportifs devait être exercée par des médecins titulaires du certificat d'études spéciales en médecine du sport [...]. Cette exigence est formellement reprise dans l'arrêté du 11.01.04 ». La nature de certains examens réclamés (les épreuves d'effort par exemple) rend difficile la réalisation des tests ailleurs que dans une institution hospitalière ou un plateau technique.

dépendent bien sûr du profil et de la situation du médecin concerné, mais le principe fondamental reste le même : le sport n'est pas une fin en soi, uniquement un moyen mis au service d'un projet médical. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils sont nombreux à n'avoir passé cette compétence que tardivement, parfois bien après leur cursus universitaire, dans le cadre d'un virage biographique.

Le Professeur Landais – Pour se consacrer pleinement à la préparation du très sélectif concours de l'internat auquel il sera reçu en 1967, le professeur Landais met un terme à sa pratique du volley-ball à haut niveau. Assistant des hôpitaux dans un service d'orthopédie à partir de 1972, sur la base de ses anciennes relations sportives, de nombreux athlètes viennent le consulter pour des problèmes de traumatologie. Or, au début des années 70, dans ce même hôpital commence à se développer un service très dynamique de physiologie du sport fondé et dirigé par le Professeur Marlier. Ce dernier, soucieux de répondre à l'ensemble des besoins de la population sportive et ainsi faire « tourner la boutique », s'est adressé au service d'orthopédie afin de trouver un praticien pour assurer des consultations de dépistage sur le plan locomoteur et assurer la prise en charge des sportifs traumatisés. Le « sportif de l'ortho » était tout désigné. Très vite, il est invité à intervenir parmi les enseignants qui animent la Capacité de médecine et biologie du sport pour partager sa connaissance très pointue de l'appareil locomoteur. Pour des questions de procédure, le Professeur Marlier a jugé bon de demander au Professeur Landais de s'inscrire en tant qu'étudiant dans la formation qu'il contribuait à professer. Situation cocasse dont le chirurgien orthopédiste rit encore aujourd'hui. « C'était du pipeau bien sûr ! Juste histoire de régulariser une situation... ». Il n'en reste pas moins qu'il se pliera aux exigences de la Capacité et effectuera un mémoire sur « les pubalgies du footballeur ». Partageant le réseau social de l'un des dirigeants du Club professionnel de football de la ville, il opère quelques footballeurs connus. Il fait pression sur le club pour faire venir le chirurgien yougoslave dont les dirigeants s'étaient attachés les services afin d'observer précisément cette opération miracle si onéreuse, réputée pour remettre sur pied les footballeurs traumatisés en un temps record. Dans son service, le Professeur Landais s'aperçoit ainsi que le chirurgien des stars n'effectue finalement qu'une intervention de base. Il l'interrompt et finit l'opération. Ce coup d'éclat ternira définitivement la notoriété de son confrère de l'Est, mais lui ouvrira toutes grandes les portes de la reconnaissance. Certains des plus grands footballeurs français lui confieront alors leurs corps meurtris, finissant ainsi d'asseoir sa réputation de chirurgien. « Ce n'est pas la peine de publier dans des revues

médicales ou scientifiques, il vaut mieux faire *Ouest-France*, *Presse-Océan*, voire *l'Equipe*, et puis vous avez un recrutement ! Ça a été le véritable point de départ. Parce que les gens lisaient “le Professeur Landais a vu untel et untel”... et ça a provoqué un véritable effet boule de neige. Les consultations qui avaient été mises sur pied se sont amplifiées. D'une petite consultation le lundi matin où on voyait trois ou quatre patients, on est passé très vite à plus de vingt patients et on a été obligé de refuser du monde ». Lorsqu'il fait le bilan de sa carrière, sa plus grande fierté est d'avoir réussi à s'imposer sur ce registre sans pour autant faire partie de l'élite parisienne. Car « à cette époque-là [les années 1980], un sportif de haut niveau se faisait opérer sur Paris ».

Le Docteur Alberti – Parisien d'origine, il est reçu au concours de l'internat et son classement l'amène à s'installer dans le Grand Ouest. A la fin d'un internat de cardiologie, le docteur Alberti rejoint une équipe de médecine vasculaire et devient rapidement Chef de clinique. Le patron de ce service, à qui la direction de l'hôpital avait fait part de son souhait de voir se développer une activité de médecine du sport, s'est naturellement tourné vers son interne cardiologue pour réaliser les toutes premières épreuves d'effort. La Capacité de médecine du sport était une formalité dont le docteur Alberti s'est acquitté sans grand enthousiasme. Embryonnaire pendant deux ou trois ans, cette petite activité médicale hébergée dans un service de médecine vasculaire a profité de la soudaine notoriété du chirurgien vasculaire de l'hôpital, qui à l'époque, venait de développer des connaissances inédites sur l'endofibrose. En seulement quelques années, il est devenu la référence mondiale pour le traitement de cette pathologie. Or, par une heureuse coïncidence, le docteur Alberti dans son laboratoire de médecine vasculaire « faisait de la pathologie vasculaire de sportif de haut niveau ». L'endofibrose étant la maladie par excellence des cyclistes, l'effet d'affichage fut radical. Pour le cardiologue qui avait entre temps réalisé un doctorat puis une HDR de physiologie, ce nouvel afflux de patients sportifs représentait une véritable aubaine pour développer sa carrière scientifique. Après une intense activité de publication, le docteur Alberti s'est fait un nom, et est aujourd'hui responsable d'un service d'exploration fonctionnelle et d'exploration vasculaire.

Le docteur Quirion – Elle soutient sa thèse de médecine générale et se forme à la médecine du sport dans la même année 1991. Elle « ne voulait pas [s'] arrêter à la médecine générale »... Mais, elle ne se rappelle pas précisément la raison pour laquelle son « choix » s'est orienté vers la médecine du sport. Ce dont elle se souvient en revanche,

c'est qu'en 1991, elle était déjà enceinte du premier des 4 enfants qu'elle aura en 6 ans. Elle réalise donc des remplacements de médecine générale jusqu'en Novembre 1993. Date à laquelle elle quitte Paris pour venir habiter avec sa famille dans le Grand Ouest. Son mari, lui aussi médecin généraliste, s'installe alors à son compte dans un cabinet aménagé sur le lieu même de son domicile. « Et un seul libéral dans la famille, ça suffit ! ». Elle décide donc de se présenter dans le service de médecine du sport du docteur Alberti afin de lui faire part de sa volonté d'y réaliser des vacations. Dès 1994, elle intègre l'équipe. Malgré le traitement quasi-bénévole qui lui sera réservé pendant longtemps (« payée une demi-journée par mois pour une ou deux journées effectives par semaine, soit ¼ de vacation... »), elle se réjouira de pouvoir concilier une activité professionnelle à sa vie familiale. D'autant que le statut de praticien attaché en milieu hospitalier lui apparaît particulièrement gratifiant. Petit-à-petit, avec le développement du service, les vacations se sont multipliées au point aujourd'hui de lui assurer un emploi qu'elle limite volontairement à un mi-temps, afin de s'occuper de ses enfants et « de ne pas laisser tout le travail » à son mari. Très récemment, un bon ami vient d'être nommé « nouveau patron du service de chirurgie orthopédique ». Celui-ci, contrairement à son prédécesseur, aimerait développer une activité de traumatologie du sport et ainsi monter une collaboration avec le service du docteur Alberti. L'achat d'un appareil isocinétique appelé « cybex » permettrait de proposer des consultations médico-chirurgicales au sein du service de médecine du sport. Il s'agit là bien sûr d'une très belle occasion d'ouvrir un marché et de développer l'Unité. A la dernière réunion interne à laquelle nous avons assisté, le docteur Alberti présentait ce projet à l'équipe et faisait du docteur Quirion le futur « médecin référent du cybex ».

Le docteur Amazon – Reçu au concours de kinésithérapeute l'année même de son baccalauréat, cette occupation professionnelle n'était, pour ce fils d'agriculteur, qu'un « moyen de vivre socialement sans être dans le besoin ». Sitôt le diplôme obtenu, il s'engage dans des études de médecine et réalise pendant chaque période de congés des remplacements de kinésithérapie. Les études longues étaient un réel besoin et cultivaient en lui le sentiment de se hisser vers un « réel pouvoir de décision ». Lors de son stage d'internat, il pratique pendant 18 mois la médecine physique et réadaptation, qui fait écho à sa formation initiale de kinésithérapeute. « Pour moi, cela devenait évident ». Thésé en 1992, il occupera diverses fonctions en Bretagne. « Durant mon périple breton, j'avais pris pour décision de faire des formations sans cesse. Je voulais faire une autre discipline qui est le bilan urodynamique. Mais mon chef de service était urodynamicien et voyait mal une

concurrence directe, d'autant qu'il travaillait avec sa femme ». Mais l'achat d'une maison avec son épouse et ses enfants dans la région des Pays de la Loire à partir de 1995 va le pousser à trouver des solutions pour rapprocher son exercice professionnel de son domicile. « Je voulais vraiment rentrer..., parce que je souffrais de l'éloignement ». Il souhaite en outre « travailler avec des confrères d'autres disciplines, des chirurgiens vasculaires, orthopédistes, rhumatologues... ». Habitant la ville où se situe le centre hospitalier dans lequel travaille le docteur Alberti, le docteur Amazan cherche à se faire recruter dans le service de rééducation. En délicatesse avec la personne en charge de sa direction, le médecin a vite compris que son profil ne correspondrait jamais à celui recherché... C'est à ce moment qu'il a fait le « choix » de la capacité de médecine du sport. Formé par le docteur Alberti, il réalisera alors quelques vacations dans un centre médico-sportif situé en Bretagne. En 1997, après des demandes répétées, le responsable d'Unité, heureuse victime de son succès, lui propose de devenir praticien attaché du service afin d'assurer une vacation chaque mercredi après-midi (journée où le docteur Quirion ne travaille pas). Une journée de gagnée auprès de sa famille donc... Enfin, le docteur Amazan, après avoir passé le concours de praticien hospitalier, a été recruté en tant que médecin rééducateur titulaire dans le centre hospitalier d'une ville voisine. Le docteur Amazan, pourtant las d'une activité qu'il perçoit comme très répétitive, conserve cette demi-journée de vacation dans le service de médecine du sport du docteur Alberti. Le mercredi est une journée où il rentre plus tôt à la maison.

Ce tour d'horizon, qui n'a pas la prétention d'être exhaustif, éclaire le mécanisme par lequel des praticiens usent stratégiquement d'une compétence pour servir des intérêts qui bien souvent sont éloignés voire étrangers de ceux qui animent le milieu du sport d'élite. Pour le Professeur Landais, si son ancienne pratique sportive lui a assuré un temps une importante surface sociale de visibilité, il s'est ensuite emparé des opportunités proprement médicales que lui offraient l'institution hospitalière afin d'ouvrir une voie jusqu'alors inoccupée et ainsi construire sa légitimité. Sa fierté n'est pas d'avoir été celui qui a opéré tel grand joueur de football, mais bien d'être devenu *le* chirurgien des champions, dont la réputation nationale a largement dépassé la seule sphère sportive. Cette compétence en traumatologie du sport lui a ouvert les voies de la consécration dans l'univers de la chirurgie, pourtant soumis à rude concurrence. Cette sorte de « transfert de prestige » d'un monde à l'autre, du sport vers la médecine, est également le mécanisme dont use encore le docteur Alberti pour « faire tourner le service ». S'il est lui aussi

parvenu, sans avoir la possibilité de mobiliser un quelconque capital sportif, à se faire un nom par le biais de cette compétence en s'inscrivant dans une course aux projets de recherche, à leurs éventuels financements et aux publications scientifiques, il reste parfaitement conscient du grand intérêt de recevoir un maximum d'athlètes de haut niveau pour le bien-être du service qui doit rendre des comptes à la direction de l'hôpital. Au-delà du véritable effet publicitaire que peut représenter la venue d'un médaillé olympique par exemple, relayé par de multiples affiches dédicacées qui viennent orner la salle d'attente comme autant de trophées, il s'agit bien là de préoccupations purement financières où la valeur sportive s'inscrit clairement sur une échelle de rentabilité. D'où cette discussion étonnante entre le docteur Alberti et la secrétaire du service, convaincus face au nombre croissant des consultations qu'il est « nécessaire de revoir les priorités ». « Ce qui rapporte, c'est le sport de haut niveau, ce ne sont pas les sections sportives départementales [SSD] ! Donc c'est vite vu ! ». L'idée alors exposée consisterait à ne plus effectuer qu'un seul contrôle annuel pour les SSD, en transférant le second contrôle vers un centre médico-sportif, et ainsi être en mesure de se recentrer sur les sportifs d'élite²¹. En salle de pause, la secrétaire tente de nous en persuader en griffonnant ainsi son calcul au dos d'une serviette en papier. La logique semble implacable.

Sport de haut niveau : Epreuve d'effort = 86 euros + Consultation médicale = 22 euros + Entretien psychologique = 22 euros + Bilan diététique = 25 euros. Soit un total de 155 euros par athlète. Avec deux consultations en une demi-journée, c'est **310 euros** de rapportés.

Section sportive départementale : Consultation médicale = 22 euros + Tests variés (ECG, vision, audition, taille, poids...) = 25 euros. Soit un total de 47 euros par jeune. Avec cinq consultations en une demi-journée, c'est seulement **235 euros** de rapportés.

Se faire un nom, faire tourner un service hospitalier, ne sont pas les seules motivations qui orientent les hommes de l'Art vers la pratique hospitalière de la médecine

²¹ Jean Peneff remarque ainsi que « les institutions de la Santé ont développé une extraordinaire capacité à maintenir leur existence face à toutes les évolutions ». PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 131.

du sport. Comme en témoignent les trajectoires des docteurs Quirion et Amazan, l'utilisation de cette compétence peut s'inscrire dans des logiques extrêmement éloignées des questions de prestige médical et de reconnaissance scientifique. Dégager du temps pour sa famille en refusant une installation libérale, se rapprocher de son domicile par des voies détournées sont autant de stratégies mobilisées qui éclipsent l'intérêt sportif. La compétence de médecine du sport, choisie initialement pour compléter une pratique généraliste, peut alors devenir providentielle lorsque la « bonne occasion » se présente. D'ailleurs, pour bon nombre de médecins vacataires, la plupart du temps généralistes, le simple fait de travailler à l'hôpital est un gage de réussite professionnelle. « En effet, il existe souvent un complexe des généralistes vis-à-vis des médecins hospitaliers. La formation scientifique qu'ils ont reçue en tant qu'étudiants, l'approche théorique des questions médicales telle qu'enseignée à l'hôpital public a ancré dans leur esprit l'idée que la médecine la plus avancée, donc la plus performante, est l'apanage des CHU »²².

II. 2. « Faire partie à nouveau de la grande famille »

Le docteur Bouguen est médecin généraliste dans un quartier vieillissant de centre ville. Agé de 34 ans, son installation en cabinet libéral remonte à dix-huit mois environ, date à laquelle il a racheté la clientèle d'un médecin partant à la retraite. Lors de son résidanat, il effectue 6 mois de stage en CHU et passe deux semestres dans un service d'urgences. Le grand nombre de patients sportifs traumatisés, « cassés de partout », fait immédiatement naître en lui un intérêt certain. Il replonge avec bonheur dans sa propre histoire sportive familiale. Son père cumulait en effet une double profession, professeur d'EPS en collège et kinésithérapeute en cabinet libéral. Il a côtoyé en outre la sphère du handball d'élite, évoluant un temps à un niveau international de compétition. Autant dire pour citer les propos du médecin lui-même qu'il a « baigné dedans depuis qu'il est tout petit ». Pas étonnant dans ces conditions de constater qu'il est lui-même rapidement devenu un sportif confirmé. Pratiquant le handball depuis de nombreuses années, il est sélectionné dans l'équipe régionale de Bretagne. Il décide de mettre un terme à sa pratique sportive intensive lorsqu'il rentre en première année de médecine. Il regrette aujourd'hui

²² VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 113.

amèrement ce choix, convaincu qu'il aurait été capable de mener les deux de front et reste profondément déçu de ne pas avoir réussi à construire une carrière sportive. Aussi, se former à la médecine du sport pendant son cursus de médecine générale est devenu une évidence. « Je l'ai fait pour essayer d'avoir ensuite un suivi rapproché des sportifs, rentrer dans une fédération, faire du suivi d'équipes, faire du terrain quoi... Bref, pour être dans ce milieu-là. Puisqu'en tant que sportif, je n'ai pas pu le faire, je ne me suis pas donné les moyens de le faire plutôt, et bien je vais essayer de le faire au niveau de ma profession de médecin. C'est pour ça que j'ai fait la médecine du sport ». Dans le cadre de son diplôme universitaire de traumatologie du sport, le docteur Bouguen sollicite de sa propre initiative le docteur Beaugendre, responsable des services médicaux du club professionnel de football de la ville, en quête d'un sujet de mémoire. Il choisit un sujet parmi les deux que ce dernier lui a soumis et réalise l'étude médicale d'un joueur évoluant en Ligue 1. Véritablement séduit par la fonction, il tient un discours admiratif et enchanté sur la pratique de son aîné. « Au-delà des paillettes, des 40 000 personnes par match, d'un passage à la télé, c'est un métier difficile ! Mais c'est hyper intéressant. Le médecin est aussi important que l'entraîneur. Moi ce que je recherche, c'est ça. C'est un travail d'équipe avec un kiné et un entraîneur pour mettre toutes les connaissances au service d'un joueur, d'une équipe, d'un club. Et essayer de faire avancer tout le monde ». Conscient de la très grande pression que le milieu sportif d'élite fait peser sur le médecin d'une équipe, le docteur Bouguen reprend les propos du docteur Beaugendre avec qui il a gardé depuis sa formation des contacts réguliers et qu'il considère comme un ami : « Il le dit très bien, c'est dur, mais la passion est là ! Quand une équipe gagne un match, quand le joueur que l'on vient de soigner marque le but du vainqueur, c'est une récompense. C'est ça qui fait avancer le médecin ! [...] L'intérêt c'est ça. C'est d'avoir des sportifs qui ont envie de gagner, un club ambitieux, et ce quel que soit le sport. Le but en fait, c'est de potentialiser les performances de l'équipe avec l'aspect médical ». De telles déclarations enflammées ne sont pas que pures velléités. Après quatre années de remplacements en médecine générale, satisfait de la liberté que ce statut supposait, il s'est finalement décidé à se sédentariser. En partie pour satisfaire son envie de suivre une équipe. « Parce qu'il faut quand même un lieu pour examiner les gens. Il faut être joignable tout le temps au même endroit ». Installé depuis seulement 18 mois, il a ainsi multiplié les démarches auprès du milieu sportif. Il est devenu du fait de sa relation avec le docteur Beaugendre, le « médecin d'astreinte » du club professionnel de football et assure la surveillance des matches de l'équipe réserve lorsqu'aucun des deux médecins de la structure ne peut être présent. Mais il a surtout pris

contact avec le président de la ligue de Handball des Pays de la Loire et s'est fait récemment élire médecin régional. « C'est purement administratif, ça n'a rien de passionnant, mais votre nom est ensuite distribué dans tous les clubs et à tous les entraîneurs. Donc après, les équipes de hand sont sans doute plus à même de venir consulter le médecin de la ligue que d'autres médecins ». Enfin, le jeune médecin généraliste a entamé des démarches auprès du président du club de handball professionnel de la ville. Sans réponse au moment de l'entretien, il s'apprêtait à relancer le club pour offrir ses services²³.

Un tel portrait est utile pour penser dans un cadre plus général les liens qui unissent la médecine au sport de haut niveau. Il apparaît avec évidence que les praticiens qui exercent au cœur des structures sportives s'engagent dans la pratique sur le mode de la vocation sportive. Le registre passionnel est logiquement le premier évoqué lorsque l'on tente de mettre à jour leurs motivations professionnelles. Cette empathie sportive intense résulte d'une longue incorporation des normes et des valeurs de l'espace de la haute performance. Il est en effet particulièrement significatif de constater que ces médecins entretiennent dans la majorité écrasante des cas un rapport biographique étroit avec le sport d'élite. Ils ont été souvent eux-mêmes athlètes de haut niveau, ou possèdent dans leur entourage familial des proches qui l'étaient ou le sont devenus. Ici, l'enjeu est clairement de garder un pied dans un univers pour lequel le médecin possède des affinités antérieurement acquises. Le mode de recrutement de ces praticiens est souvent assez obscur, et les illusoire appels à candidature affichés parfois dans les locaux départementaux de l'Ordre des Médecins ou diffusés via les sociétés savantes ne sont pas suffisamment efficaces pour camoufler des pratiques de cooptation. Chose peu originale, si ce n'est que dans ce cas, le sésame est donné par le passé sportif des professionnels de santé, ou par le « palmarès médico-sportif » (avoir été le médecin d'une équipe consacrée est considéré comme un gage de compétence et possède à ce titre une valeur certaine sur le marché du recrutement). Les diplômes médicaux complémentaires n'ont ici qu'un intérêt limité. A la recherche d'un médecin pour son centre de formation et la surveillance des matches à domicile, le Lille Olympique Sporting Club (LOSC) diffuse en septembre 2007

²³ Depuis cet entretien réalisé en avril 2005, nous avons appris par voie de presse que le docteur Bouguen avait été recruté sur les recommandations du docteur Beaugendre au sein d'un très important club de football amateur du département. Plus récemment, suite à la démission du docteur Beaugendre, il a été pressenti pour le remplacer au sein du club de football professionnel. Les journalistes spécialisés ont laissé entendre que cette ascension était le résultat du parcours exceptionnel de l'équipe première du club amateur dont il avait la charge lors d'une récente Coupe de France.

une annonce dans laquelle sont explicitées les contraintes spécifiques liées à la fonction. Dans le profil médical ainsi décrit, figurent ensemble la nécessité de détenir la Capacité de médecine du sport ainsi qu'une « expérience dans le sport ». En revanche, dans un « appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral national » du squash, parue dans une importante revue professionnelle, il est indiqué que le candidat devra être « *si possible* titulaire d'une capacité en médecine du sport »²⁴... Dans les faits, il apparaît très nettement que les principaux arguments de démonstration de soi sont issus de la trajectoire sportive du médecin (et de ses « résultats » médico-sportifs) bien plus que de sa carte de visite professionnelle (ce qui est logique dans la mesure où les personnes en charge du recrutement n'ont bien souvent pas compétence à juger de la qualité purement médicale du ou des postulants). C'est la raison pour laquelle nombre des médecins qui exercent au sein d'une structure sportive se sont spécialisés dans la discipline sportive dans laquelle ils étaient eux-mêmes pratiquants ou entraîneurs. On trouve donc ici toute sorte de praticiens, spécialistes ou généralistes. Les conditions d'exercice et les modes de rétribution sont extrêmement variables selon les contextes sportifs. Salariés dans les sports professionnels, les médecins peuvent également être bénévoles dans certains clubs de très haut niveau, ou encore indemnisés sous forme de vacations dans certains pôles.

Dans une réflexion menée sur les motivations des médecins à l'égard du sport, la question de la rétribution doit être abordée. Malheureusement, plus le niveau de performance sportive s'élève et plus l'omerta sur les salaires des médecins est de rigueur. Les praticiens salariés évoluant parmi l'élite sportive restent tous très évasifs mais s'accordent à dire que la rétribution accordée reste inférieure à celle à laquelle ils pourraient prétendre en libéral.

Médecine et sport de haut niveau, la mine d'or ?

Dr. Beaugendre (médecin salarié à mi-temps pour le suivi d'une équipe professionnelle de football): « Je n'ai pas un salaire extraordinaire, je gagne plus d'argent à mon cabinet qu'en étant ici ! Mais c'est correct, très correct ! Mais ça n'a rien à voir avec les entraîneurs, avec les joueurs, on est à 10 000 lieues de ça... Moi, je suis un administratif, donc les gens voient les salaires dans le football et se disent : "oh putain, le doc, ça doit être exceptionnel, mirobolant" ..., pas du tout ! ».

²⁴ **PLUSQUELLEC**, Vincent. 2006. « Rubrique professionnelle : Appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral au sein du comité directeur », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année, p. 58.

Dr. Raulo (médecin des équipes de France de handball salarié à plein temps par la fédération) : « Mon salaire par rapport à un contexte libéral ? Il n'y a pas photo ! Cette situation ne comporte aucun avantage. C'est uniquement du passionnel. Etre médecin du handball, c'est du passionnel. Peut-être que dans d'autres sports il peut y avoir des avantages financiers, mais pas ici ».

Dans son annonce pour recruter un médecin à plein temps, le LOSC évoque une rémunération pouvant « avoisiner les 3500/4000 euros par mois sur 13 mois (brut) ». Mais ce traitement ne nous renseigne pas véritablement sur la hauteur des sommes perçues. Elles varient selon la structure et sont bien souvent améliorées par un système obscur de bonus. De façon générale, ils se défendent tous de toucher des primes de matches, autrement dit de recevoir des rétributions supplémentaires en fonction des résultats sportifs. Pourtant, sans pouvoir ici le démontrer, il semble que cette pratique soit largement répandue. Comme nous le confiait l'un de nos enquêtés, proche du milieu : « généralement, les médecins de l'élite perçoivent un fixe, puis sont ensuite rétribués sous la forme de primes en fonction du nombre de points gagnés par l'équipe encadrée. On parle actuellement de 600 euros du point ». Ce flou s'accompagne de profondes inégalités de traitement selon les disciplines sportives et les hommes en place. « C'était la situation de Pierre Sébastien, longtemps attaché à l'équipe de France masculine de handball. Il n'a pas apprécié de ne pas avoir droit à une prime après la médaille d'or remportée par les Bleus, contrairement à d'autres membres de l'encadrement. "Ce n'est pas une simple question d'argent, explique-t-il. C'est une question d'équité et de justice. Sur les dix premiers mois de l'année 2008, j'en ai passé quatre avec l'équipe de France. Je le faisais par passion. Mais il y a des limites. Un préparateur physique touche une prime parce qu'il est salarié, pas un médecin parce qu'il est vacataire". Résultat : [il] a rendu son tablier »²⁵.

Entre les médecins salariés de l'élite professionnelle et les médecins vacataires du haut niveau amateur, il y a un monde. Pour le docteur Renaud, médecin d'un pôle espoir de gymnastique artistique masculine, la vacation qu'il réalise chaque semaine au sein du gymnase où s'entraînent les athlètes lui rapporte 22 euros 87 (pour environ deux à trois heures bloquées par cette activité). Comme il se plaît à le dire : « avec un seul patient en cabinet, financièrement, j'ai déjà fait ma vacation... Donc il n'y a pas photo. Tu n'y vas pas pour l'argent. Au contraire. Ça te coûte même plus d'argent qu'autre chose. Mais tu

²⁵ CHARRIER, Pascal. 2009. « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance », *La Croix*, 23 janvier 2009.

n'y vas pas pour ça... ». Si certains médecins persistent donc dans cette voie, c'est parce qu'elle les met au diapason de leurs propres dispositions. Ils y retrouvent ce qui les a faits et qui continue d'attiser en eux une sensibilité particulière pour le sport dans sa version la plus compétitive. Quelles que soient les conditions d'exercice et de rétribution, le mode de légitimation de leurs pratiques est ainsi toujours issu du milieu sportif. La victoire sportive apporte bien souvent le sentiment du devoir accompli, et le médecin bénéficie au même titre que l'équipe technique du prestige sportif. « Etre le médecin d'une équipe de France championne du monde n'est pas rien ! », nous expliquera ainsi le docteur Raulo. Les participations aux grandes compétitions qui ponctuent les calendriers spécifiques de chacune des disciplines sportives sont ainsi les événements marquants de la « carrière médico-sportive » de ces praticiens. « J'étais aux Jeux de Moscou » est par exemple un gage indéniable de valeur et de réussite professionnelle. Pour le docteur Renaud, dont la satisfaction personnelle est de permettre à des jeunes de réaliser des performances dans les meilleures conditions possibles, « quand tu suis un gamin depuis deux, trois ans, et qu'il devient Champion de France, c'est pas rien ! ».

Le docteur Paget – « Mes parents n'ont pas voulu que je fasse partie d'un club civil, donc je n'ai fait que du sport scolaire. Mais à partir du moment où j'ai eu mon bac, je me suis lancé comme un forcené dans la compétition. J'ai commencé le vélo en première année de médecine, en bas de l'échelle, en 4^{ème} catégorie. Au bout de trois ans, j'étais en première catégorie, donc le meilleur niveau amateur, et j'avais déjà gagné pas mal de courses ! ». Pour le docteur Paget, la médecine du sport n'était pas simplement une évidence, c'était une nécessité et un véritable projet professionnel. « Moi, j'ai toujours adoré la performance. Il me fallait être au contact des sportifs. Et la médecine du sport est un élément pour améliorer la performance des sportifs ». Sûr de ses convictions, dès la fin de ses études médicales, il ouvre ce qui restera sans doute en France l'un des seuls cabinets libéraux uniquement dédié à la médecine du sport. « Il n'était pas vraiment reconnu dans le sens où c'était une spécialité qui n'existait pas vraiment. Je devais être le seul, au moins à 300 km à la ronde, à ne faire que ça ». En fait, plutôt que d'une médecine du sport, il s'agissait quasi-exclusivement d'une médecine du cyclisme. Très connu dans le milieu (sa passion pour le cyclisme ne s'arrête pas à la course, il est également Commissaire B, organisateur de courses et président d'un club qu'il a fondé avec son frère), les gens se déplaçaient de toute la région pour bénéficier de ses consultations. Il s'agissait principalement d'un suivi, et de conseils au niveau de l'entraînement. Très rapidement, sa

réputation de médecin du sport se diffuse et s'accompagne de nouvelles propositions. Il s'engage ainsi comme médecin de l'équipe de France d'aviron et aura la fierté de les accompagner aux Jeux Olympiques de Moscou et à un championnat du monde en Nouvelle Zélande. De la même façon, il devient médecin de l'équipe de France de patins à roulettes. Son plus beau souvenir reste un championnat d'Europe où l'entraîneur avait eu un empêchement de dernière minute, le laissant seul aux commandes de l'équipe. « Et ça, ça me plaisait ! Ah oui ! Parce que moi, je suis médecin du sport, d'accord, mais j'ai aussi mon brevet d'entraîneur, un BE 1^{er} degré en cyclisme. Et honnêtement, moi, ce qui m'intéresse, c'est surtout d'être entraîneur ». Persuadé qu'un « champion, ça se fabrique », il applique naturellement à ses deux fils ses techniques d'entraînement. « Il faut travailler, travailler, travailler pour essayer de garder une certaine concentration. [...] Et on peut être champion en sport sans avoir des qualités extraordinaires. Il faut donner les bons préceptes dès le départ, pour les choses rentrent et soient imprimées dans le cerveau. Les sœurs Williams, elles ont été typiquement fabriquées par leur père ! Moi j'aurai d'ailleurs bien aimé avoir une fille parce qu'au niveau du sport, c'est quand même mieux parce que la concurrence est moins forte. Mais j'ai eu deux garçons, donc c'est plus dur ». Il est d'ailleurs particulièrement fier d'avoir lui-même entraîné son ex-femme, coureuse cycliste de niveau international, pendant toute sa carrière. Courir aux côtés de Longo sur plusieurs championnats du monde, être championne de France de poursuite, etc., étaient autant de victoires partagées. Pourtant, le docteur Paget sera contraint de mettre la clef sous la porte et d'envisager une nouvelle orientation professionnelle. Son cabinet de médecine du sport atypique n'était pas du goût de la Sécurité Sociale et ne survivra pas aux « petits ennuis » que ces conflits vont générer. Elle trouvait injustifiée les feuilles de soin réalisées par le médecin pour une activité essentiellement préventive. Ainsi, après un peu moins d'une vingtaine d'années consacrées exclusivement à la médecine appliquée au sport, le docteur Paget, qui avait également passé une compétence de médecine du travail, est aujourd'hui médecin dans deux entreprises, et n'a plus aucune activité médico-sportive. Il poursuit cependant l'entraînement de ces deux enfants.

Le docteur Renaud – Gymnaste de bon niveau évoluant à son apogée en Nationale 2, le docteur Renaud est resté fidèle au club de ses premières acrobaties et a foulé le praticable de 7 à 27 ans. C'est là qu'il s'est formé à la fonction de juge, toujours occupée aujourd'hui. Ce sont des blessures à répétition qui l'ont contraint à mettre un terme à sa pratique. « C'est simple, je suis complètement cassé des épaules, je ne peux plus rien faire. Mais

bon, au moins, depuis que j'ai arrêté la gymnastique, je n'ai plus mal nulle part... C'est un peu dérangeant de dire ça, mais c'est comme ça ! La gym, c'est un sport où il faut aimer se faire mal, et on aimait ça ! ». C'est d'ailleurs parce qu'il a fait les frais d'un encadrement médical très aléatoire durant sa propre carrière sportive qu'il a décidé de se former à la médecine du sport pendant son cursus universitaire. « Ça bricolait pas mal. T'étais médecin, tu faisais du sport, donc tu étais médecin du sport. Sans formation. Du coup ils ne connaissaient pas bien les pathologies, ne savaient pas les diagnostiquer et donc pas les traiter ». C'est toute sa pratique médicale qui porte les marques de son passé sportif. Spécialisé en médecine physique et réadaptation, il reçoit dans son cabinet un très grand nombre de sportifs traumatisés. Il réalise également à l'hôpital une vacation de traumatologie du geste sportif en compagnie du Professeur Landais. D'ailleurs, avant même d'être installé, il avait officieusement mis sa compétence médicale au service de son club et du club concurrent dans lequel, après bien des années de compétitions, il avait lié de nombreuses amitiés. Vingt ans plus tard, il s'y déplace toujours pour réaliser les certificats de non contre-indication ou pour assurer la surveillance des compétitions, « contre une bonne bouteille bien sûr ». Aussi, lorsque le médecin du pôle espoir de gymnastique artistique masculine a quitté ses fonctions, c'est tout naturellement au docteur Renaud que le Comité Régional s'est adressé pour assurer sa succession. « Moi, ça faisait longtemps que ça m'intéressait. Les pauvres mecs, ils se blessent, ce serait bien de pouvoir leur rendre service. Moi, j'en ai souffert quand j'étais gymnaste, de voir des types qui te plantent des aiguilles dans les épaules avec de l'encens et puis basta. Il y a un moment où ça va bien. C'est un peu... comment dire ?... un juste retour des choses ». Mais que les choses soient bien claires. Il met un point d'honneur à préciser qu'il est médecin du pôle mais en aucun cas médecin de son club support. « J'y vais pour les gymnastes ! Pas pour [le club] ! ». Cette distinction est le résultat direct de très vieilles rancœurs sportives. Entre son club d'origine et le club support du pôle, les deux structures les plus performantes du département, s'actualisaient en permanence les profondes querelles de clochés qui opposaient leurs fédérations respectives d'appartenance ; la Fédération Sportive et Culturelle de France (FSCF) et la Fédération Française de Gymnastique (FFG). « Bon, maintenant on s'entend bien, mais c'est pas des potes ! Et puis c'est pareil, eux ne m'ont jamais rien demandé non plus... ». Depuis seize ans maintenant qu'il occupe cette fonction, sa motivation n'est en rien entamée. D'autant que cette année, « avec deux champions de France parmi nos gars, c'est une belle réussite ! ».

Ces deux portraits, qui n'ont pas la prétention d'épuiser l'ensemble des mécanismes par lesquels un médecin est susceptible de se rapprocher de la sphère du sport d'élite, apportent des éclairages incomplets mais utiles pour comprendre la façon dont se construisent certaines trajectoires médico-sportives. Bien loin d'utiliser le sport dans l'unique but de servir un projet médical, il s'agit bien plus ici d'utiliser la médecine dans un objectif typiquement sportif (une grande majorité détient d'ailleurs des fonctions dans l'univers sportif). Il est par exemple étonnant de constater dans le cas du docteur Renaud, la manière dont son histoire sportive – inscrite dans des tensions associatives historiques mais toujours vivantes localement – définit l'univers des possibles de son activité médico-sportive actuelle. Le choix de se former à la médecine du sport a été pris de façon précoce, le passage du diplôme s'inscrit dans la temporalité du cursus universitaire et cette compétence est toujours recherchée dans le but explicite de pouvoir ultérieurement suivre des athlètes d'un bon niveau et ainsi rester dans le milieu sportif. Se former pour s'ouvrir des perspectives professionnelles, la logique est donc fort différente de celle évoquée pour certains hospitaliers qui à l'inverse, se sont formés tardivement afin de régulariser un virage biographique et ainsi valider de nouvelles orientations professionnelles qui n'avaient pas été anticipées.

Les médecins du sport d'élite

Sportifs de niveau élevé, « fidèles » à leur discipline et engagés dans l'univers sportif

	Profil médical	Pratique sportive « préférée » et niveau de performance atteint	Fonctions sportives	Proximité familiale au sport de haut niveau
Dr. Beaugendre	Généraliste Salarié (1/2 temps) Club <u>football</u> professionnel (L1) Chef des services médicaux Cabinet libéral	<u>Football</u> Equipe jeune club professionnel (arrêt définitif pour pathologie de croissance)	Entraîneur <u>football</u> Club amateur régional	N.R.
Dr. Boyer	Généraliste Vacations : centre médico-sportif contrôle antidopage permis de conduire pôle espoir <u>natation</u> <u>synchronisée</u>	<u>Natation</u> National <u>Natation</u> <u>synchronisée</u> Internationale	Entraîneur salarié (1/2 temps) Club <u>natation</u> <u>synchronisée</u> National Juge	Sœur Entraîneur équipe de France <u>natation</u> <u>synchronisée</u>

Dr. Renaud	Spécialiste Cabinet libéral Médecine physique et réadaptation Médecin du pôle espoir de <u>gymnastique</u> artistique masculine	<u>Gymnastique</u> Nationale 2	Juge <u>gymnastique</u>	Beau-frère <u>gymnastique</u> International
Dr. Paget	« Médecin du <u>cyclisme</u> » puis spécialiste en médecine du travail Médecin équipe de France aviron Médecin équipe de France patins Médecin club de <u>cyclisme</u> contrôle antidopage	<u>Cyclisme</u> 1 ^{ère} catégorie Champion de France universitaire cyclisme International militaire en cyclo- cross Marathon 2h39	BE <u>cyclisme</u> Commissaire B <u>cyclisme</u> Co-fondateur et président d'un club de <u>cyclisme</u>	Ex-femme <u>Cyclisme</u> international Frère <u>Cyclisme</u> 1 ^{ère} catégorie Nièce Course à pied Championne de France
Dr. Raulo	Généraliste Médecin des équipes de France de <u>handball</u> Salarié à plein temps de la fédération française de handball Suivi de l'équipe de France féminine A	<u>Handball</u> Nationale 3	Entraîneur <u>Handball</u> Nationale 3	N.R.
Dr. Niger	Généraliste Cabinet libéral Médecin pôle espoir féminin <u>volley-ball</u> Médecin SSR masculine <u>volley-ball</u> Médecin équipe Pro-B basket-ball Médecin courses en montagne/Trek	<u>Volley-ball</u> Nationale 1	N.R.	Mari <u>Volley-ball</u> Nationale 1

II. 3. Renforcer sa pratique généraliste

Le docteur Mériot est médecin généraliste dans une commune périurbaine. Agé de 35 ans, son installation à son compte remonte à une douzaine de mois, date à laquelle il a racheté la clientèle d'un médecin partant à la retraite. Il s'est formé à la médecine du sport après avoir terminé son cursus médical, alors qu'il effectuait des remplacements. « J'avais

envisagé assez vite de le faire ». Il invoque logiquement son attrait pour les activités sportives afin d'explicitier ce choix, et fait le récit de ses nombreuses années de pratique du football et de l'athlétisme, toujours sur le mode compétitif mais jamais à un niveau élevé de performances. Suite à un accident au genou survenu, il a été contraint d'abandonner le football au profit de l'équitation. Inscrit en qualité de médecin du sport dans l'annuaire et faisant figurer sur sa plaque ce statut spécifique, le docteur Mériot avoue n'avoir qu'une pratique limitée de la médecine liée aux activités physiques. « Pour l'instant j'ai peu de sportifs. Comme j'ai repris une clientèle à un médecin qui est parti en retraite, j'ai beaucoup de personnes âgées. Donc les sportifs ne sont pas les patients les plus nombreux. Mais j'en ai quelques-uns, et quand c'est un problème relatif au sport, j'aime bien leur apporter un peu d'informations, un peu plus que quelqu'un qui ne s'intéresse pas au sport ». Il perçoit donc la capacité de médecine du sport comme un moyen utile de renforcer sa pratique généraliste. « Parce que je pense que les généralistes ne sont pas toujours très bien formés à la traumatologie. Du sport, mais aussi la traumatologie en général ». Ainsi, ce jeune médecin se sent-il plus à l'aise dans la prise en charge de la petite traumatologie du genou et de l'épaule depuis sa formation. Mais en ce qui le concerne, l'activité médico-sportive qui prédomine dans sa pratique est la délivrance des certificats médicaux de non contre-indication à la compétition sportive. « C'est vraiment un moment privilégié pour examiner les patients, pour les informer et puis pour les orienter si il y a besoin ». C'est dans ce cadre qu'il donne parfois des conseils d'entraînement, d'échauffement, ou qu'il évoque les volumes d'entraînement réalisés afin de discuter des excès éventuels et des risques cardio-vasculaires qu'ils représentent. Mais ce qu'il considère comme l'essence même de son activité de médecin du sport, c'est l'incitation à la pratique sportive lors des visites en cabinet. « Je les incite à faire du sport. Le sport, cela peut être aussi un petit peu de marche active, du vélo, des choses comme ça. Pour des gens qui ont soixante-dix ans, c'est toujours intéressant. Et pour leur corps, et pour leur esprit. J'essaie de leur faire passer ma passion du sport ! Parce que c'est génial. Mais ça fait aussi partie de mon rôle de médecin généraliste, parce que cela contribue à la santé physique et mentale. Pour être bien dans sa peau et dans sa tête, il faut être bien dans son corps. Moi, quand je vois parfois des gens qui se traînent, qui ne sont pas bien dans leur corps, je trouve ça triste, franchement triste. Donc j'essaie de leur dire... (Sourire) ». Ce jeune médecin, qui réalise au détour de consultations médicales classiques quelques actes médicaux liés aux activités physiques, ne possède aucune fonction médico-sportive sur le terrain. Il a surveillé quelques concours hippiques, mais de façon très ponctuelle et limitée,

pour rendre service à son club dont les dirigeants savent pertinemment qu'il est médecin et n'hésitent pas à le solliciter. Proche d'une médecine d'urgence, les actes réalisés ne sont pas spécifiques au sport et s'adressent finalement en priorité aux spectateurs (crise d'asthme, piqure de guêpes, malaise...). Il existe bel et bien une pathologie du cavalier, mais le docteur Mériot ne semble pas y être familier. « Je ne la connais pas très bien parce que je ne suis pas du tout impliqué dans ce milieu ». D'ailleurs, « le monde du haut niveau n'est pas un milieu qui [l'] attire forcément ». C'est un milieu dont il se méfie. « [Je pense que] c'est facile de confondre son rôle avec celui de l'entraîneur ou avec celui du compétiteur. Je crois que c'est assez vite fait, parce que quand on est impliqué dans une équipe, c'est..., c'est un peu pour ça que je suis assez méfiant justement dans le monde du sport de haut niveau, c'est que à mon avis on change, on devient rapidement plus un médecin quoi. Quand il y a une pression, et puis qu'en plus on est investi affectivement avec un club, je pense qu'il devient possible de faire des erreurs ». Bénéficiant d'un partenariat passé entre un CHU et les services médicaux d'un club de football professionnel, il a réalisé le mémoire qui valide la formation sous la direction du docteur Beaugendre. Le discours qu'il tient à son sujet n'a rien de la vision enchantée développée par le docteur Bouguen. « Le docteur Beaugendre, lui, il est confronté à cette pression. Et je ne sais pas comment il le vit au quotidien, pour moi c'est un mystère. Parce que quand on voit dans le journal qu'un joueur s'est fait un traumatisme, qu'il passe une IRM, et puis qu'on le revoit courir quinze jours plus tard où le week-end d'après, moi, ça m'échappe toujours un peu. J'ai du mal à comprendre ». « Mais moi, j'en suis loin parce que je ne suis pas assez impliqué. *J'exerce surtout dans mon cabinet, je suis avant tout un médecin* ».

Ce portrait esquisse les rapports complexes que peut entretenir la médecine libérale de cabinets avec une compétence professionnelle liée au sport. De très nombreux médecins généralistes se réclament en effet de cette qualification mais n'en font qu'un usage limité et confidentiel, inscrit dans l'intimité de leur cabinet. Ce versant spécifique de l'exercice de la médecine du sport éclaire une des évolutions récentes de la médecine généraliste qui se doit de plus en plus de faire la preuve de son poly-exercice. Ces praticiens se forment donc à la médecine du sport sur le mode du « une corde de plus à mon arc dans ma pratique quotidienne »²⁶, qui sert d'évidentes stratégies de valorisation de soi dans un espace concurrentiel. Il est à ce titre significatif de constater que nombre d'entre eux se forment à

²⁶ Pour reprendre les propos du docteur Simonneau.

cette compétence l'année qui précède leur installation. Dans une logique de maximisation de sa propre valeur sur un marché redouté, ils s'engagent d'ailleurs bien souvent dans de multiples formations susceptibles d'ouvrir ensuite en cas de « coup dur », de nouveaux champs d'activités. A ce titre, le CES de médecine du travail ou de médecine tropicale par exemple sont des compétences prisées. Elles offrent aux jeunes médecins peu aguerris l'assurance d'un à côté, la satisfaction d'avoir la possibilité de « faire autre chose ». Ainsi, la médecine du sport est considérée comme une ligne utile sur son curriculum vitae. Parmi leurs futures clientèles, ils sont en effet sûrs d'avoir à traiter des pratiquants sportifs. La qualité de médecin des activités physiques prend alors toute son importance. Bien souvent, cette compétence n'est qu'à peine utilisée en cabinet. Pourtant les généralistes n'hésitent pas à faire figurer cette « spécialité » sur leurs plaques professionnelles, sur leurs ordonnanciers et font les démarches pour figurer dans la rubrique « médecine du sport » des pages jaunes. « La médecine du sport et l'annuaire, c'est une centaine d'euros par an. Tu paies pour être inscrit. Après, ça vaut le coup parce que les gens peuvent trouver ton nom aussi bien en médecine générale qu'en médecine du sport ». Dans les déclarations, certains d'entre eux précisent même *attendre* de cette démonstration publique d'éventuelles transformations ou augmentations de la clientèle. Sans une étude très précise de l'évolution des clientèles dans le temps, il est difficile de mesurer la véritable force de cet affichage. Les effets semblent néanmoins bien réels tant cet aspect revient en permanence dans leurs discours et représentations. Le docteur Gouraud, médecin généraliste, a « passé la médecine du sport en même temps que le monitorat de plongée ». Passionné de plongée et côtoyant dans sa pratique de nombreux sportifs, il sait pertinemment que cette activité nécessite l'obtention d'un certificat médical signé de la main d'un médecin affilié à la fédération de plongée. C'est dans cette logique qu'il s'est formé à la médecine du sport, préalable nécessaire à l'accès au titre de « médecin fédéral de la plongée ». Non engagée dans des associations sportives, sa pratique médico-sportive se limite exclusivement au cabinet. Il nous explique précisément la façon dont cette activité a progressivement transformé sa clientèle. « J'ai beaucoup de gens qui du fait de mon rôle spécifique auprès de la fédération de plongée, viennent en médecine du sport alors que je ne suis pas leur médecin traitant. Et ceux que tu vois comme ça, et qui s'aperçoivent que contrairement à ce qu'ils ont vu ailleurs, tu ne fais pas un coup de stéthoscope, 30 flexions, et "au revoir monsieur", et bien dès qu'ils ont une question ou un problème liés à leur activité sportive, et bien ils reviennent te voir. Parce qu'ils ont remarqué que pour la plongée, je regardais les genoux, les rotules et les chevilles qui grincent, l'intérieur des

cuisses... A partir du moment où tu leur apportes quelque chose qu'ils n'ont pas trouvé ailleurs, que tu les regardes complètement, et bien ils reviennent ensuite te voir en consultation ».

A l'évidence, l'acte médical le plus réalisé dans ce contexte libéral est la visite d'aptitude. Un praticien nous précisera même : « les certificats médicaux de non contre indication à la pratique du sport, c'est un sacré fond de commerce ! ». Le rapport à l'économie de ces médecins du sport de cabinet est prégnant dans chacun de leurs entretiens. Ils aiment suffisamment le sport pour avoir eu l'envie de se former à une médecine qui y était intéressée, mais ne sont pas passionnés au point de sacrifier leur temps et leur argent. Pour le docteur Devise, faire une médecine du sport de terrain, « ça veut dire qu'il faut supprimer une partie de [son] activité et supprimer des plages horaires de consultations », ce dont il n'a « pas très envie ». Chacun le sait donc, s'expatrier du cabinet représente en médecine du sport une perte importante de revenus. « 20 ou 30 euros pour une surveillance le dimanche après-midi..., c'est sans commune mesure avec une journée normale de travail au cabinet ! ». Tous sollicités par des clubs locaux, ils en ont bien souvent fait l'amère expérience et refusent désormais au maximum les excursions. Le docteur Gouraud explique ainsi : « en fait, tu faisais ça gratuitement, pour dépanner le club. Ça évitait aux licenciés de prendre un rendez-vous chez leur médecin. Moi, je faisais ça bénévolement, aussi parce que personne n'a jamais proposé de me payer... Moi toute la médecine en dehors du cabinet, ça se faisait bénévolement. Mais on s'est vite aperçu qu'on ne pouvait plus se permettre. La majorité de la population médicale a compris que si tu voulais offrir un vrai service médical, ça nécessitait de bonnes conditions, donc pas dans les vestiaires, et qu'il s'agissait d'un temps professionnel méritant rémunération. Moi je ne le fais plus, même si on me téléphone régulièrement... J'ai clairement scindé les deux. Sport et médecine. Tout ce qui est médical, c'est dans le cabinet, et tout ce que je fais à côté ce n'est plus médical ». Mais cette propension élevée des médecins généralistes à se déplacer, en début de carrière, sur le terrain sportif local, ne doit pas être lue que dans une perspective humaniste et désintéressée. La surveillance des compétitions locales est un moyen très utile et efficace de se montrer publiquement et de faire la démonstration de sa compétence devant un parterre de patients potentiels. Cette forme d'engagement « est typique des libéraux des petites villes [...] où il faut asseoir socialement sa notoriété, en

raison, entre autres, de la forte densité médicale et de la concurrence qui en découle »²⁷. C'est d'ailleurs très certainement la raison pour laquelle ces engagements se tarissent à mesure que les réputations se forment et que les clientèles se stabilisent. « Il faut laisser faire les jeunes ! » conclut logiquement le docteur Lecoq. Seules certaines compétitions majeures conservent une valeur symbolique forte qui suffit à inscrire l'engagement d'un médecin dans le temps. Le docteur Burot, médecin généraliste de 53 ans, qui utilise sa compétence en médecine du sport uniquement dans son cabinet, a progressivement abandonné la surveillance des petites compétitions locales « qui prennent beaucoup de temps pour pas grand-chose ». A l'inverse, il conserve avec fierté son rôle de responsable de la sécurité sur une compétition internationale d'équitation. « Un des plus gros événements mondiaux, connu dans le monde entier. Personne ne peut ignorer une telle rencontre ! ». Ici, le recrutement médico-sportif dans les clubs et les compétitions locales se fait par connaissances interposées, souvent même lors des consultations en cabinet. Il n'est pas rare de constater chez un médecin généraliste un regain d'intérêt lorsque ses propres enfants sont pratiquants sportifs et atteignent un certain niveau de compétition. C'est de cette façon que le docteur Devise a été « démarché » dans un premier temps par un club de course à pied dans lequel il « connaît des gens qui font partie de [sa] patientèle » et pour qui il a accepté de réaliser très ponctuellement quelques surveillances d'épreuves. Rapidement, la présence de ce médecin sur le terrain a été relayée dans le milieu sportif local, provoquant des sollicitations diverses. A l'exemple « des gens de la boxe [qui] sont venus [le] voir, parce qu'ils ne trouvaient pas de médecins pour surveiller leurs combats ». Par « manque de temps », il déclinera pendant plusieurs années ces propositions. Puis ces deux fils se sont lancés dans le handball, et sa fille dans l'équitation. Les dirigeants de chacun de leurs clubs se sont rapidement tournés vers lui pour bénéficier de conseils, ainsi que de son aide dans l'encadrement médical des compétitions. Difficile de refuser dans ces conditions, il est désormais le référent d'un tournoi de Sand-ball de grande réputation, et encadre plusieurs compétitions de horse-ball par an. Dans un cadre exactement similaire, le docteur Burot reconnaît lui aussi « ne pas avoir été recruté pour [ses] compétences ». « Ce sont mes relations sociales avec des gens du club qui ont fonctionné. Dans les clubs sportifs, c'est parce qu'on vous connaît qu'on vous recrute. C'est affreux mais c'est comme ça ». Le docteur Niger, très investie dans le monde du volley explique d'ailleurs qu'elle contourne habilement les sollicitations de la ligue.

²⁷ PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 183-187.

Prétextant une non disponibilité, elle oriente les demandes vers un autre confrère. « Moi ils me connaissent et sont tellement habitués à me voir bénévolement qu'ils ne me payent pas. Mon confrère, lui, ils le payent ! C'est pas normal, mais c'est le milieu qui est comme ça. Parce que tout marche à la relation ». Le récit de l'installation du docteur Bachelot dans une petite commune rurale de 1800 habitants, dans laquelle seul le football avait le droit de cité (« c'était foot ou rien à l'époque ») est symptomatique de la pression comme de l'intérêt que suppose le jeu médico-sportif à une échelle locale. « Un jour, peu de temps après mon installation, je vois arriver un client qui me dit après la consultation : venez voir, j'ai quelque chose pour vous dans le coffre de ma voiture. Je me retrouve sur le parking. Dans le coffre, j'avais une caisse de 12 bouteilles de vin, et par-dessus, j'avais toutes les licences du club de foot à signer ! Alors au début, quand on vient de s'installer dans une commune comme ça, c'est clair que c'est un peu difficile de refuser, c'est comme si on vous mettait le couteau sous la gorge ! Alors je l'ai fait. Pendant plusieurs années. Mais je n'étais quand même pas très à l'aise avec ça. C'est pour ça que je me suis formé à la médecine du sport. Et puis un jour, à une réunion de la commission médicale du comité départemental de football, le président s'est levé et a évoqué le problème sérieux des licences, ayant eu écho de la récente déclaration d'aptitude d'un unijambiste. Le médecin s'était fait coincer et du coup, collectivement, on s'était mis d'accord pour faire front et éviter les discordes pour que les clubs ne se rendent pas tous chez celui qui accepte la caisse de vin ». La médecine du sport à l'échelle locale répond donc autant à une demande sociale qu'à des intérêts proprement professionnels. Satisfaire la demande des « gens du coin », c'est aussi s'assurer du recrutement d'une clientèle pour un cabinet récemment acheté ou installé²⁸.

Le docteur Lecoq – Pour ce généraliste, « la médecine du sport est arrivée par hasard ». Lorsqu'il s'installe dans une petite commune très touristique du littoral atlantique, il est jeune et doit affronter la concurrence des quatre médecins déjà installés depuis de nombreuses années. Or, « au début des années 1970, il devenait presque automatique de devoir passer devant le médecin de médecine sportive pour avoir son certificat de non contre-indication ». Conscient du nombre encore limité de médecins pouvant se réclamer

²⁸ A ce titre, le docteur Clouet, président du Conseil de l'Ordre des médecins 44 reconnaissait avoir lui-même dans sa pratique généraliste signé des licences sportives dans des conditions plus que limites. A tel point qu'il refuse désormais cette activité. Il est en outre conscient de l'étendue de ce problème et est inquiet de constater le nombre important de confrères qui prennent de ce point de vue « des risques inconsidérés en terme de responsabilité médicale ». « Encore trop souvent, les licences de sport se font au cul du camion ».

de cette spécificité face à l'énorme besoin que représentaient déjà la population sportive, le docteur Lecoq y voit très rapidement l'intérêt de se former. « J'avais déjà avant été faire une formation de planning familial parce qu'avec la fameuse loi Veil, le planning familial montait en puissance et ils cherchaient des médecins. Moi j'étais jeune, je sortais de la faculté, et bien j'allais partout hein. J'avais même commencé la médecine du travail mais je ne m'étais finalement pas présenté à l'examen. Et la médecine du sport, c'est pareil, c'est comme ça que j'en ai fais ». Ce n'est pas son activité personnelle qui l'y a en effet poussé. N'ayant pratiqué que le judo pendant 5 ans dans un cadre universitaire, ce n'est que très récemment, soit plus de trente ans après son installation, qu'il s'est pris de passion pour la plongée sous-marine. D'ailleurs la façon dont il a choisi son sujet de mémoire qui validait sa formation en médecine du sport illustre le rapport distant qu'il entretient aux activités sportives. « C'est un copain non-médecin qui était abonné à une revue sur le cheval qui m'avait dit qu'il y avait lu des articles sur la rééducation par l'équitation. Alors on avait pris les revues existantes et j'avais fait mon mémoire sur la rééducation des handicapés par le cheval ». Les motivations du docteur Lecoq n'avaient alors que peu à voir avec sa biographie. « Au moment où je me suis installé, et c'est encore vrai aujourd'hui, j'étais et je suis le seul à faire ça dans la commune. Les autres, c'était des médecins qui étaient plus âgés que moi, et qui n'étaient plus du tout battant pour quoi que ce soit. Moi, j'étais battant au départ, parce que j'arrivais d'internat, et à la sortie de l'internat, on sautait sur tout ce qui bougeait ! ». Pendant longtemps, sa pratique médico-sportive se limitera à la délivrance des certificats, à de la petite traumatologie et à du « conseil sportif », sans jamais quitter son petit cabinet de bourg. C'est seulement depuis une dizaine d'années que ce médecin aujourd'hui proche de la retraite est devenu « médecin fédéral de la plongée sous-marine » après avoir lui-même découvert cette activité en tant que pratiquant. Désormais, il « reçoit forcément tous les plongeurs du coin dans son cabinet » et ne se déplace sur le terrain que pour réaliser les visites de ses camarades d'entraînement, directement à la piscine dans laquelle ils plongent et nagent ensemble une fois par semaine. Il s'étonne lui-même de constater que des sportifs de discipline différente, « en particulier des cyclistes » viennent le consulter spécifiquement en sa qualité de médecin du sport, et reconnaît finalement que sans avoir jamais été « un grand sportif », cette compétence aura servi avec bénéfice sa pratique généraliste.

Le docteur Simonneau – Le docteur Simonneau est généraliste et est installé depuis près de trente ans dans un petit village de moins de 2000 habitants. Il s'est formé à la médecine

du sport pendant son cursus médical parce qu'il était attiré par les activités sportives. Ayant pratiqué le rugby, le tennis, et le ski en compétition mais jamais à un niveau très élevé, il a en revanche un frère « qui a fait beaucoup de gymnastique à un bon niveau », et un second « qui a joué en équipe de France de jeux à treize ». « A l'époque, des copains de la fac se sont dit que ce serait sans doute bien de faire cette formation qui était courte et réputée pour ne pas être très compliquée. Du coup, comme j'aimais bien le sport, je me suis dit que ça valait le coup d'approfondir pour mettre une corde de plus à mon arc ». Lors de son installation dans un petit village où tout le monde se connaît et dans lequel exerçait déjà un médecin généraliste plus âgé, le docteur Simonneau a très vite perçu l'intérêt d'une telle compétence. Sur sa plaque professionnelle, la mention médecine du sport a été gravée, à la différence de sa qualité de médecin généraliste, en caractères gras majuscules. Très vite sollicité par les diverses associations sportives locales, il réalise pendant sept ans le suivi médical du concours hippique qui regroupait les pratiquants de la commune, il assure régulièrement la surveillance des combats organisés par l'association de boxe française du village, et enfin, il a « aussi fait pendant longtemps les courses cyclistes, quand elles se faisaient avec l'école publique (du village), qui organisait une épreuve du championnat départemental de cyclo-cross ». L'inscription géographique de ses interventions témoigne de sa volonté de se distinguer de son confrère, pour sa part non disposé à répondre aux demandes sportives. C'est là une des voies par lesquelles il a su « renforcer [sa] clientèle » et ainsi faire sa place sur un territoire « occupé ». A 54 ans, cela fait déjà de nombreuses années que le docteur Simonneau s'est désengagé d'une médecine du sport de terrain et qu'il se consacre pleinement à la médecine générale au sein de son cabinet, pratiquant à l'occasion des actes liés aux activités physiques (Certificats d'aptitude, petite traumatologie, conseils aux sportifs). Il explique de la manière suivante son retrait : « Je suis vieux... Donc j'ai autre chose à faire que d'aller perdre mon temps. Quand je faisais les courses hippiques, je partais le dimanche matin à sept heures et je revenais le soir à vingt deux, vingt trois heures... Je faisais donc seize heures sur le terrain. Hop, dès qu'un mec se casse la gueule, il faut courir, le soigner, s'occuper aussi des spectateurs qui se faisaient piquer par une guêpe, un mec qui a glissé, qui a avalé un truc de travers, qui faisait une crise d'asthme. Non au fil du temps, il faut laisser les jeunes faire ». Mais le docteur était encore jeune lorsqu'il a décidé de mettre un terme à ses excursions. Bien plus que d'une usure, c'est d'un manque d'intérêt dont il s'agit là. Connus, reconnus et désormais bien établis localement, les sorties sur le terrain n'avaient plus véritablement de raison d'être.

La transformation des clientèles est particulièrement visible pour certains des médecins très impliqués dans le sport et qui conservent une pratique mixte, entre la médecine générale de cabinet et la pratique médico-sportive au sein des structures de formation des élites athlétiques. Le recrutement des patients par « la radio vestiaire » semble en effet particulièrement opérant (plus encore que le médecin généraliste engagé dans les associations sportives locales). Le jeune docteur Bouguen est convaincu d'avoir réussi à rajeunir sa clientèle en fidélisant de jeunes familles par le simple affichage de sa qualité de médecin du sport sur sa plaque et ses ordonnances. « J'ai racheté une clientèle à un jeune médecin qui était spécialisé en gériatrie. Donc il s'était orienté vers une clientèle très âgée. Moi, quand je suis arrivé, j'ai beaucoup rajeuni la clientèle justement en proposant autre chose. Il y a des gens qui sont venus me voir uniquement pour la médecine du sport, et qui du coup emmènent ensuite leurs femmes et leurs gamins. A la fin, vous vous retrouvez à suivre toute une famille alors qu'à la base vous avez juste vu un gars pour un problème de genou lié au sport ». Mais il doit bien le reconnaître, cet afflux de clients sportifs ne doit rien au hasard. Le docteur Beaugendre, médecin d'un club professionnel de football avec qui il est ami, est victime de son propre succès et ne peut répondre à la demande sportive que son statut provoque. Des footballeurs de tous niveaux affluent de toute la région pour bénéficier de son diagnostic, et ce, de l'avis du médecin lui-même : « bien souvent pour des choses qui n'ont rien à voir avec le football et qui pourraient être soignées par n'importe quel confrère généraliste. Mais ils me voient le samedi soir à la télé, alors ils pensent que je suis différent des autres... ». Aussi, n'ayant pas la capacité de recevoir de nouveaux patients, il les adresse à son jeune confrère. Le docteur Bouguen lui en est reconnaissant. « J'ai eu grâce à lui beaucoup de sportifs. Qui sont arrivés dès que je me suis installé. Il m'avait dit : "écoutes, dès que tu t'installes, moi je te les envoie". Et c'est incroyable, mais des gens viennent d'un peu partout, parfois de loin. Autant dire que j'ai la pression, parce qu'au lieu de voir le docteur Beaugendre, ils viennent me voir moi, donc j'ai intérêt à leur apporter ce qu'il faut ! ».

III. Conclusion sommaire

Force est de constater la grande variété des attentes et des intérêts que recouvre la certification en médecine du sport. La non stabilité de cet exercice particulier, qui s'accomplit dans des lieux divers et selon des objectifs distincts, éclaire la valeur plus que relative de la formation. Incapable de produire un espace de pratiques et de discours dont les logiques et les rapports de force puissent être communément partagés, elle est au contraire traversée par des intérêts multiples et devient le support de possibles professionnels extrêmement variés. Dès lors, si le diplôme est source d'intérêts, la formation par sa porosité empêche au segment médico-sportif de posséder les attributs propres à un « marché du travail fermé ». Sans véritable contrôle « de l'accès aux postes de travail, qui filtre les candidats en fonction des qualités considérées comme nécessaires à l'activité professionnelle », la clôture du marché est impossible²⁹. Dans un espace où le recrutement semble dominé par des formes multiples de cooptation (scientifique, politique, sportive, familiale), les raisons d'agir ne peuvent être que fortement disparates. Qu'elles soient économiques (remplir un service hospitalier, transformer ou fidéliser une clientèle de cabinet...), scientifiques (engager des protocoles de recherche, mettre au point de nouvelles techniques chirurgicales...), familiales (saisir une opportunité professionnelle pour se rapprocher de son foyer, suivre ses enfants...) ou enfin sportives (être le médecin d'une équipe de France, aller aux JO de Pékin...), ces raisons d'agir différenciées ne se croisent pas nécessairement et justifient que l'on s'intéresse aux faits susceptibles de les déterminer. Les médecins quels que soient leurs profils, se réclament tous logiquement d'un attrait pour le sport, si ce n'est même d'une véritable passion. Mais il est désormais clair que sur ce marché mouvant et peu défini, le capital sportif des agents peut varier du tout au tout, et est diversement mobilisable et utile dans cette volonté de se faire une place. L'exemple des deux jeunes médecins généralistes et de l'interne en médecine générale inscrit au DESC de médecine du sport, qui viennent d'entrer ou qui s'apprêtent à entrer dans le métier et qui aspirent à une carrière de médecin du sport est à ce titre particulièrement révélateur. Leurs biographies sportives servent leurs aspirations et participent de la construction des carrières. Finalement, si la médecine du sport à l'hôpital ne nécessite pas la valorisation d'un capital sportif important et dépend plus largement

²⁹ PARADEISE, Catherine. 1988. « Les professions comme marché de travail fermé », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, p. 13.

d'intérêts et d'enjeux propres à la médecine, une pratique physique minimale reste à l'origine du « choix » des médecins généralistes souhaitant diversifier leur pratique médicale de cabinet, et la pratique sportive à un niveau élevé représente le trait commun le plus caractéristique des médecins du sport mettant leur compétence au service de l'amélioration des performances. Chacun y trouve alors le moyen de se démarquer dans son propre espace de légitimité. « Sortir un champion de France » ; « Faire tourner un service en recrutant dans la clientèle un champion olympique » ; « Afficher en trophée dans la salle d'attente de son cabinet libéral les autographes des champions soignés » sont par exemple autant de manières d'user du prestige sportif pour mettre en lumière et ainsi développer une pratique médicale. « Avoir son nom dans une rubrique supplémentaire de l'annuaire » ; « Afficher sa compétence médico-sportive sur sa plaque ou sur les feuillets de son ordonnancier » ; « Rendre service aux associations sportive locales » offrent cette fois la possibilité de bénéficier dans sa pratique libérale des effets « publicitaires » que représente la démonstration publique d'une telle compétence. La distinction établie par Pierre Bourdieu et Luc Boltanski entre le titre et le poste est ici particulièrement fonctionnelle. Les médecins du sport qui effectuent la quasi-totalité de leur activité en cabinet sont ceux qui utilisent clairement le *titre* et lui seul pour donner à voir une compétence spécifique. A l'inverse les médecins les plus investis sur le terrain du sport de haut niveau, délaissent le titre au profit du *poste*. Le docteur Beaugendre n'est plus simplement un médecin du sport, mais bien *le* médecin du club professionnel de football qui l'emploie. De la même manière, le docteur Raulo ne peut se désigner autrement que comme *le* médecin des équipes de France de handball. Or, « la distance sémantique est une expression transformée de la distance sociale »³⁰.

Les médecins du sport possèdent à ce titre une conscience très aiguisée des placements. Ils partagent une sorte de taxinomie des positions qui leur permet d'identifier et de classer les médecins entre eux. Et ce, dès le début de carrière. En reprenant respectivement les propos des docteurs Bouguen et Mériot ainsi que ceux de l'interne A. Boccage, c'est à une description relativement précise de l'espace avec ces cloisonnements et ces fossés que nous accédons³¹.

³⁰ BOURDIEU, Pierre. 1975. « Le titre et le poste : rapport entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°2, mars 1975, p. 105.

³¹ Cette conscience des placements s'accompagne logiquement d'une hiérarchie des compétences estimées et organise en partie les trajectoires de soin. Ayant été pratiquant sportif à un niveau relativement élevé de compétition, nous souffrons régulièrement de vieux traumatismes mal soignés. Au cours de ce travail, il nous

Médecines du sport et oppositions sémantiques

A. Boccage: « Moi, la médecine du sport que je veux faire c'est celle à l'hôpital. En cabinet je suis généraliste, je peux donner des conseils mais ce n'est pas pareil. Moi ce qui me plaît c'est cette exploration fonctionnelle que les appareils hospitaliers permettent. Réaliser des tests d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique est d'un point de vue scientifique très intéressant. J'adore la recherche. Mais surtout pas de médecine de club ! Le milieu sportif est un milieu qui m'est inconnu et qui m'impressionne un peu. Médecin de terrain, ce n'est pas ce que je veux être ».

Dr. Mériot: « Il y a plusieurs façons de faire de la médecine du sport. Soit on utilise ça simplement comme je le fais, comme une compétence en plus pour se sentir plus à l'aise dans sa pratique quotidienne, soit on s'investit complètement et on devient médecin d'une équipe professionnelle ou d'un centre de formation, soit enfin on fait la médecine du sport à l'hôpital. Je n'ai jamais évolué dans le haut niveau donc je ne connais pas suffisamment pour juger, mais c'est un monde un peu spécial, qui me fait un peu peur. Avec toute la pression que cela suppose, je ne sais pas si on y fait de la bonne médecine quoi ! Je ne suis pas sûr ».

Dr. Bouguen: « Moi je n'ai jamais voulu faire de la médecine du sport à l'hôpital ! Je n'aimerai pas faire ça. Je préfère le côté humain et concret, que le côté physiologique et appareil. Faire passer des épreuves sur tapis roulants et enregistrer la fréquence cardiaque, pfff, non. Je préfère le terrain, essayer de remettre en piste des sportifs, de les voir s'éclater plutôt que de leur faire passer des tests. Moi, je me vois plus sur le stade, sur la piste ou à l'entraînement. Parce que j'aime le contact avec les gens et ça fait plaisir de voir quelqu'un que tu as soigné et qui fait ensuite une belle performance. Ça me rend heureux. Mais à l'inverse : bonjour monsieur, déshabillez-vous, respirez là-dedans, et puis on pédale, on pédale, on pédale... C'est sans doute indispensable mais moi, je ne me verrais pas faire ça ».

Reste à identifier maintenant les dispositions et les manières d'être qui accompagnent ces placements et organisent le rapport au monde des médecins enquêtés.

a fallu consulter pour un problème de cervicalgies chroniques. Dès lors, nous avons fait fonctionner l'espace que nous étions précisément en train d'étudier. Notre médecin traitant, le docteur Simonneau, qui possède exclusivement une activité de cabinet semble ne pas être en mesure de régler ce souci. Il décide alors de nous adresser au docteur Renaud dont l'engagement sportif et la réputation en traumatologie du sport lui accordent un crédit certain. « Lui, c'est un vrai médecin de terrain. Il est très fort pour diagnostiquer et traiter les pathologies liées aux gestes sportifs ». Ainsi, dans la lettre qu'il lui envoie, peut-on lire simplement : « Je t'adresse Mr. Baptiste VIAUD, 24 ans, qui a des cervicalgies chroniques avec point C5 droit ; baptiste pratique le badminton après avoir eu longuement pratiqué le volley-ball ».

CHAPITRE 6

JOGGING OU BLOUSE BLANCHE ?... AU CŒUR DES PRATIQUES

*« Faire l'inventaire de tous les caractères qui
appartiennent à un individu est un problème
insoluble. Tout individu est un infini,
et l'infini ne peut être épuisé ».*

DURKHEIM, Emile.

Décrire, comprendre et analyser l'espace médico-sportif est un projet qui suppose de franchir une nouvelle étape de la recherche et qui nécessite de se rendre sur le terrain des pratiques. Les mots et les actes ne sont jamais immédiatement superposables et la situation d'entretien est elle-même une première phase de retranscription de la réalité par l'enquêté qui par le simple fait de se raconter prend une distance avec le monde. Le recours à l'observation ethnographique est utile pour tester les diverses positions identifiées et ainsi repérer d'éventuelles spécificités dans les usages, les manières d'être, de se tenir et de se présenter qui les caractérisent. Dans les clubs sportifs, les cabinets de généralistes ou les bureaux d'un service hospitalier, les profils médicaux sont différenciés. Faire l'hypothèse que les attitudes seront-elles aussi variées selon les contextes d'exercice ne semble donc pas risqué. Encore est-il nécessaire de le démontrer.

Il aurait été de ce point de vue important de mener des observations dans l'intimité des cabinets de praticiens qui utilisent leur compétence liée au sport dans le strict cadre de leurs pratiques libérales. Mais la part déclarée de sportifs parmi leur clientèle (85 % des médecins libéraux possédant cette compétence indiquent avoir moins de 25 % de « sportifs » dans leur patientèle), ainsi que la fréquence peu élevée d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport (66 % des praticiens évoqués déclarent faire usage de cette compétence moins d'une fois par semaine), impliqueraient l'observation d'un nombre très important de pathologies extra-sportives. Cet exercice, trop minime dans la pratique globale de ces médecins libéraux, ne justifiait pas le déploiement d'une enquête ethnographique contraignante. Il a donc semblé nécessaire de recentrer l'analyse sur les

médecins plus engagés dans l'univers sportif, ceux dont les pratiques sont clairement orientées vers les activités physiques et s'inscrivent sur des lieux qui y sont entièrement consacrés (le service médical d'un club sportif, un service hospitalier de médecine du sport, etc.). Notre regard s'est donc posé de façon privilégiée sur les pratiques des médecins du sport hospitaliers ainsi que sur celles des médecins possédant une activité au sein d'une structure sportive (**voir [encadré méthodologique n°3](#), p. 451**).

La prudence est pourtant de mise. Nos propos ont en effet tendance à rigidifier une réalité beaucoup plus mouvante que ces catégorisations ne donnent à voir. Dans le cadre du double processus d'instrumentalisation de la médecine par le sport ou du sport par la médecine, il existe des mécanismes complexes qui brouillent les régularités précédemment évoquées. En effet, comment comprendre qu'un praticien hospitalier, dont le rapport au sport de haut niveau est extrêmement distant, puisse être le médecin d'un pôle espoir de handball ? Inversement, les déterminants sociaux mis au jour doivent-ils être remis en cause dans la mesure où certains praticiens, qui n'ont de sportif que la compétence en médecine du sport, acceptent malgré tout de sacrifier plusieurs week-ends par an pour assurer l'encadrement médical de compétitions importantes à la demande du milieu sportif ? En fait, cette perméabilité n'est qu'apparente, et représente l'issue extrême du phénomène d'instrumentalisation. Le moyen le plus efficace d'augmenter son emprise et de renforcer sa légitimité n'est-il pas d'investir d'autres terrains ? Ainsi faut-il comprendre les raisons pour lesquelles le docteur Alberti, responsable d'une unité de médecine du sport, a été pendant six ans le médecin de l'équipe de France de course en ligne en canoë-kayak. Malgré un passé sportif inexistant, c'est par le biais d'un collègue travaillant dans un autre CHU et déjà investi dans la fédération de ce sport, que ce poste lui a été proposé. Au moment où le service se stabilisait et recevait majoritairement de jeunes athlètes de niveau modéré, il était extrêmement intéressant, stratégiquement, de commencer à côtoyer la sphère du haut niveau, d'autant qu'à cette époque, il y avait un centre de formation de la fédération française de kayak géographiquement proche du CHU. L'équipe venait ainsi régulièrement dans le service. De même, le docteur Quirion n'a jamais pratiqué le sport en compétition et son activité principale se déroule à l'hôpital. Elle est le médecin d'un pôle de handball depuis plusieurs années. Retracer l'historique de l'encadrement médicalisé de cette structure sportive de formation des élites permet d'en comprendre les raisons. Ce pôle était encadré médicalement par un jeune remplaçant en médecine générale qui, lors de son installation en cabinet, a mis un terme à cette collaboration. Suite à plusieurs tentatives

infructueuses de recrutement d'un médecin dans les alentours du centre d'entraînement, les dirigeants se sont tournés vers le service de médecine du sport du CHU le plus proche, dans lequel les athlètes venaient déjà réaliser les batteries de tests obligatoires. Le docteur Alberti, responsable du service et conscient des enjeux du moment (il était question que ce pôle déménage dans une ville voisine qui possédait un service concurrent de médecine du sport), a demandé au docteur Quirion d'en prendre la charge. Pas franchement convaincue de l'intérêt d'une telle fonction, « [elle s'est] finalement attachée aux jeunes du pôle », et prend aujourd'hui la mesure du service rendu : « ça nous fait quand même quarante personnes qui viennent deux fois par an au CHU ! Et ça nous fait en gros dix VO2 [*mesure du débit d'oxygène consommé lors d'un effort*] par an ! ». Enfin, en ce qui concerne les médecins choisis par le milieu sportif d'élite en dépit d'une appétence reconnue pour les valeurs qui le caractérisent, le principe est identique. Le nombre de médecins « ajustés » aux attentes sportives n'étant pas par définition extensible à l'infini, le milieu de la haute performance cherche le médecin providentiel et n'hésite parfois pas à éclaircir les rangs des médecins généralistes au tamis à grandes mailles. C'est de cette façon que le docteur Devise a été « démarché » dans un premier temps par un club de course à pied dans lequel il « connaît des gens » et pour qui il a accepté de réaliser ponctuellement des surveillances d'épreuves. Rapidement, la présence de ce médecin sur le terrain a été relayée dans le milieu sportif local, provoquant des sollicitations diverses. A l'exemple « des gens de la boxe [qui] sont venus [le] voir, parce qu'ils ne trouvaient pas de médecins pour surveiller leurs combats ». Par « manque de temps », il déclinera nombre de ces propositions. Puis ces deux fils se sont lancés dans le handball, et sa fille dans l'équitation. Les dirigeants de chacun de leurs clubs se sont rapidement tournés vers lui pour bénéficier de conseils, ainsi que de son aide dans l'encadrement médical des compétitions. Difficile de refuser dans ces conditions, il est désormais le référent d'un tournoi de Sand-ball de grande réputation, et encadre plusieurs compétitions de horse-ball par an. Ainsi, sans que ce praticien ait lui-même incorporé « l'habitus du champion », la présence de ses propres enfants dans l'espace sportif suffit à justifier son placement et permet aux dirigeants sportifs de l'utiliser comme ressource. Pour autant, cette hyper-instrumentalisation qui mélange biographies sportives et lieux d'exercices en faisant fi des règles courantes dans l'espace médico-sportif, n'est pas sans produire certaines résistances de la part des individus eux-mêmes. Ces sortes de montages sociologiques dans lesquels des individus prennent place sur des positions mal ajustées à leurs dispositions sont nécessairement difficiles à tenir. Des conflits éclatent et des transformations s'opèrent. Le docteur Alberti, responsable de l'unité

hospitalière, médecin de l'équipe de France de course en ligne, a décidé de mettre un terme à cette activité (« de mon point de vue, ils ne m'ont pas viré, c'est moi qui suis parti »), parce qu'il « commençait à être un peu mal à l'aise avec [ses] compétences médicales qui n'étaient plus du tout adaptées ». « Avec le travail que je faisais ici [à l'hôpital], il était devenu impossible pour moi de continuer à faire ce travail. Parce que je me suis axé sur des perspectives de recherche très spécialisées, [...] qui m'ont fait passer dans un autre domaine, à un autre niveau. Ce qui fait qu'à la fin, je crois que je n'étais même plus bon pour faire ce travail. Donner des antibiotiques pour une angine, je ne suis même plus sûr de savoir faire ça encore correctement, quoi ». De même, le docteur Quirion dont l'activité principale se déroule à l'hôpital, et qui a accepté de suivre le pôle de handball, menace, « depuis deux ou trois ans déjà », les dirigeants de la structure de mettre un terme à leur collaboration. Cette fois, c'est sûr, le praticien ne se rendra plus dans le lycée des jeunes athlètes, se plaignant de l'exigence beaucoup trop forte du milieu sportif (les demandes répétées de déplacements et d'augmentation du temps de présence de la part des cadres du pôle, doublée d'une sur-sollicitation téléphonique sont vécues comme un véritable harcèlement), de son aspect trop compétitif (le médecin comprend le projet basé sur la recherche de performance, mais n'adhère pas à un système dans lequel la rentabilité sportive prend le pas sur l'humain), ainsi que du manque de poids de sa parole médicale (ses consignes n'étant effectivement pas toujours respectées). Les relations avec le pôle sont tendues. Les dirigeants savent qu'ils ne trouveront pas d'autre médecin dans l'immédiat et laissent traîner la situation, espérant ainsi un apaisement.

Du côté hospitalier, le docteur Alberti, lors d'une réunion de service, explique qu'il ne souhaite pas que le médecin stoppe son activité au pôle (qui accélérerait le départ de la structure vers un autre CHU et leur ferait perdre 40 individus. « Il ne faut pas lâcher le pôle, ces jeunes sont des sportifs de haut niveau, ils nous rapportent énormément ! »). Les négociations s'engagent. Le docteur Quirion précise qu'elle n'est pas contre l'idée de s'occuper des jeunes du pôle, mais à l'unique condition que ce suivi soit réalisé exclusivement à l'hôpital, seul endroit où « on fait de la bonne médecine ». Là aussi, la forme de la relation se transforme, pour aboutir à un montage plus acceptable pour un individu en position inconfortable. La forme se conforme aux réalités biographiques et professionnelles. Le pôle se résigne, accepte cette idée d'un suivi uniquement hospitalier (un des cadres techniques du pôle expliquera en aparté : « encore une fois, ce sont les jeunes qui vont en pâtir, car l'incompatibilité des emplois du temps signifiera le sacrifice

du temps scolaire »), et décide de se mettre à la recherche d'un kinésithérapeute susceptible de se déplacer deux fois par semaine de façon à combler sur place le départ du médecin. Enfin, en ce qui concerne les médecins peu impliqués sportivement dans leurs histoires individuelles, ayant été démarchés par le milieu sportif, et qui pour diverses raisons ont accepté de suivre une équipe ou de se déplacer sur des compétitions, il est également difficile de tenir le rôle sur la longue durée. Dans la plupart des cas rencontrés, cette mise à disposition se clôt par un abandon. Et toujours, c'est le rapport au temps qui pose problème. La distance avec les normes et valeurs de la haute performance rend la chronophagie du milieu sportif et le manque à gagner rapidement insupportables. Le docteur Devise s'en fait l'écho : « Surveiller une compétition de course à pied le dimanche, je le fais de façon anecdotique parce que je connais les gens d'un club. Mais très vite, on vous demande d'être là tous les dimanches, et tout ça pour 20, 30 euros ? C'est sans commune mesure avec ma journée normale ! Donc j'ai dit stop ».

Ces légers « défauts de placement », qui produisent le sentiment de « ne pas être à l'aise », de ne pas « se sentir à sa place », témoignent d'un ensemble de « caractères auxiliaires » attendus qui varient selon le statut social. « Everett Hughes a proposé une théorie pour rendre compte du fait que tel ou tel statut social peut se voir doté d'un faisceau de “caractères de statuts auxiliaires” qui font que nous attendons par exemple, d'un prêtre catholique américain qu'il soit “d'ascendance irlandaise, athlétique et un brave type qui a du mal à ne pas proférer un juron en présence du mal et peut envoyer son poing dans la gueule de quelqu'un si le service du seigneur l'exige” ». Les efforts produits pour modifier son engagement afin de le rendre plus conforme à ce que l'on est un indicateur fort de cette idée que « nous sommes socialisés de façon à confirmer nos propres hypothèses sur notre nature »³². « Dans ces conditions, être “réellement” un certain type de personne, ce n'est pas se borner à posséder les attributs requis, c'est aussi adopter les normes de la conduite et de l'apparence que le groupe social y associe »³³. Autrement dit, à chaque position son « physique de l'emploi ». Dans ce paysage bigarré de positions, nous interrogerons donc les dispositions repérables de chacun des acteurs selon la vision du monde qu'il est la sienne. Dans la mesure où ce mélange complexe de socialisations médicales et sportives s'actualise dans les pratiques et sur les lieux d'exercice différenciés

³² **GOFFMAN**, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 28.

³³ **GOFFMAN**, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit, p. 76. Cité dans **DETREZ**, Christine. 2002. *La Construction sociale du corps*, Paris, Le Seuil, p. 155.

des professionnels de santé, les oppositions entre les différents médecins du sport repérés deviennent visibles dès lors que sont observés leurs quotidiens. Les écarts se creusent sous l'angle de rapports variés. *Le langage* est à ce titre un indicateur privilégié de la sensibilité d'un médecin au jeu sportif et en dit long de son identité sociale. Le tutoiement, l'utilisation des prénoms en lieu et place des noms, l'aisance dans la manipulation d'un vocabulaire sportif technique, sont autant de marques distinctives qui témoignent de l'incorporation de valeurs extra-médicales. *Le code vestimentaire* adopté participe d'un même principe. Entre le port d'une blouse blanche et celui d'un jogging aux couleurs de la structure sportive qui nous emploie, les effets ne doivent pas être sous-estimés. Si l'accoutrement contribue à marquer une identité pour soi, il participe également à la définir auprès de ceux qui composent l'entourage direct. La perception d'un costume produit un ensemble d'attentes, comme s'il portait en lui-même des attributs sociaux. La vision d'une blouse blanche pour de jeunes sportifs s'accompagne à n'en pas douter d'un ensemble de suppositions et d'attentes vis-à-vis de celui qui la porte, quel qu'il soit. *Le partage des temps et des espaces* est lui aussi symptomatique de rapports au monde variés. Se déplacer, être sur place, donner de son temps, sont autant d'indicateurs d'une certaine forme d'allégeance au « Roi sportif », et s'opposent à l'attitude inverse qui consiste à refuser le déplacement hors du cabinet ou du service hospitalier, et pour laquelle l'urgence sportive ne rime pas avec urgence médicale. Dans ce panel nuancé de conjugaisons des temps sportifs et médicaux, *le rapport au secret professionnel* est lui-même variable. Selon la sensibilité du médecin aux enjeux de performance, les liens entretenus avec l'entourage sportif sont plus ou moins forts. Travailler avec, travailler sans... Cette inclination à se penser ou non comme partie prenante de l'équipe sportive d'encadrement des athlètes, au même titre que l'entraîneur ou le préparateur physique, sous-tend une vision de la « bonne » médecine là aussi largement influencée par les biographies individuelles. L'attitude face au secret professionnel en est une conséquence directe. Dans une volonté commune de préservation de la santé de l'athlète, on rencontre aux extrêmes d'un continuum de visions du partage de l'information, un « secret médical absolu », où il s'agit d'éviter au maximum le contact avec l'entourage sportif susceptible de contaminer la relation soignant / soigné, et son opposé, qui cette fois consiste en un « secret sportif totalement partagé », où l'ensemble des informations médicales fait l'objet d'un traitement collectif. Enfin, pour clore ce tour d'horizon non exhaustif des marques rendues visibles dans les manières d'être, de parler et de se penser, et qui sont autant de signatures de profils sociaux différenciés, nous évoquerons *leurs publications respectives*, ainsi que les

modes de gratification qui justifient leurs placements. Dans cet espace médico-sportif, même si elles épousent les oppositions entre médecins spécialistes et médecins généralistes, les stratégies de publication sont elles aussi traversées des pesanteurs déjà évoquées. Le volume de publications et le type d'écrits présentés sont particulièrement significatifs des enjeux poursuivis par chacun. A ce titre, ils sont une porte d'entrée utile pour discuter des modes de justifications des pratiques. Si certains utilisent l'objet sportif dans une logique de construction d'une carrière hospitalo-universitaire, et se lancent dans course effrénée à la découverte scientifique, d'autres n'y perçoivent qu'un intérêt réduit, et possèdent une activité d'écriture limitée, voire nulle. De la même façon, certains se félicitent d'un but marqué, de la montée d'une équipe dans un championnat de niveau supérieur, de la conquête d'une médaille ou d'un podium, et justifient leurs pratiques médicales par la gratification proprement sportive.

Encadré Méthodologique n° 3

Au cœur des pratiques professionnelles

Observations ethnographiques. Accueil et implication

« Lorsque des anthropologues et des sociologues se lancent dans une recherche sur le terrain, ils ont très souvent du mal à établir et à maintenir avec les gens du cru le type de rapport qui leur permettra pendant une période prolongée d'observer ce qu'ils veulent. Les retards occasionnés et les obstacles rencontrés lors de la négociation des arrangements nécessaires peuvent être décourageants. Mais les chercheurs chevronnés savent que ces difficultés mêmes fournissent des indices précieux quant à la nature de la collectivité sociale qu'ils veulent comprendre. Les réactions d'un groupe face à l'étranger qui veut l'étudier disent quelque chose de sa manière de vivre et de s'organiser »³⁴.

Endosser la blouse blanche...

Nous avons rencontré le 11 mai 2004 le chef du service de médecine du sport et de l'effort physique du CHU d'une importante ville de l'Ouest de la France. Il s'agissait d'un entretien semi-directif de recherche enregistré. Conformément à son désir, la version retranscrite de cette discussion lui a été envoyée le 22 juin (sans que cela ne donne de suites particulières). Nous l'avons sollicité à nouveau au mois de septembre de cette même année 2004 afin d'évoquer l'éventuelle possibilité de réaliser un stage d'observation au sein du service. Nous obtenons rapidement un accord de principe à la condition de ne pas assister aux colloques singuliers entre les patients sportifs et les praticiens du service. Sans réponse définitive pour « se laisser le temps de la réflexion », le responsable du service ne nous recontactera finalement pas. Après plusieurs semaines d'attente et l'envoi d'un document attestant de la réalité de nos travaux signé par nos directeurs de recherche, nous décidons de le contacter. Après de nombreux appels infructueux au cours desquels les secrétaires désolées se faisaient le relais de son indisponibilité à notre égard, c'est

³⁴ **BECKER**, Howard. 2004. *Ecrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Economica, p. 69-70.

finalement de la bouche même de l'une d'entre elles que nous apprenons que le responsable du service refuse de nous accueillir. Le message qu'on lui a demandé de transmettre est lapidaire et brutal : « la sociologie n'est finalement pas la bienvenue dans le service ». Nous n'aurons, malgré nos demandes, aucune explication supplémentaire. Près de 6 mois se sont écoulés depuis notre première rencontre et il nous faut repartir de zéro. Engagé sur d'autres terrains, nous abandonnons temporairement le versant hospitalier de la médecine du sport. En juin 2007, par chance, nous côtoyons le responsable du service de médecine du sport du CHU de la ville voisine lors de réunions scientifiques auxquelles nous participons tous deux. L'exposé de nos travaux et le récit du premier refus essuyé le convainquent de nous ouvrir les portes de son Unité. Le règlement administratif de notre incursion à l'hôpital prendra plusieurs mois. Accord des hiérarchies est donné, nous bénéficions enfin du statut de stagiaire hospitalier. Après une ultime mise au point avec le praticien hospitalier qui nous rappelle les engagements éthiques auxquels nous sommes logiquement soumis, nous avons carte blanche pour observer le service, discuter avec les médecins présents ainsi qu'avec les patients, et nous disposons en outre de la plus grande liberté pour organiser notre emploi du temps. Les investigations vont se dérouler du mois de décembre 2007 au mois de mai 2008, à raison de deux à trois journées de présence hebdomadaire.

Dès la première journée, nous nous apercevons de la très grande importance de la « tisanerie », salle de pause aux odeurs de café qui est un haut lieu de socialisation. C'est dans cette petite salle que nous rencontrons la plupart des acteurs hospitaliers et que de très riches discussions se construiront sur toute la durée de nos observations. C'est en outre le lieu où sont dressés les « casiers » et où l'on quitte son identité civile (manteau, besace...) au profit d'une identité médicale marquée par le port de la blouse. Ce sera là un rituel qui ne nous abandonnera plus, sitôt rentré dans le service, nous enfilons pour la journée notre blouse blanche. Cette tenue, en plus de la crédibilité qu'elle nous donnait auprès des patients, a également permis notre très rapide intégration dans le service (renforcée par la vocation universitaire de cette institution, habituée de recevoir des étudiants en son sein). Les deux principaux médecins du sport étaient au courant de notre statut et étaient satisfaits des raisons de notre visite ; « comprendre l'organisation professionnelle de la médecine du sport en France ». Nous avons assisté ainsi en leur compagnie aux épreuves d'effort dans les grandes salles mécanisées, mais également aux consultations dans l'espace intime d'un bureau médical. Seul un des deux praticiens, après quelques jours passés dans le service et

à l'issue de plusieurs consultations cliniques en compagnie de jeunes filles, a voulu bénéficier de précisions sur notre travail. Inquiet de notre présence et soucieux du devenir des notes prises lors des consultations (« vous citerez mon nom ? »), nous le rassurons sur nos intentions. Il accepte notre présence à ses côtés mais pense qu'il serait judicieux désormais que nous nous présentions au début de chaque nouvelle consultation afin de ne pas embarrasser les patients. Notre statut « d'étudiant qui mène une recherche sur la médecine du sport » a fait figure d'explication et restait suffisamment évasif pour ne pas dévoiler aux patients la distance que nous entretenons au milieu médical. Bref, les patients nous ont tous pris pour un étudiant en médecine, certains même pour un jeune médecin. En effet, dans le fonctionnement du service nous avons été finalement traité au même titre que les étudiants du service (futurs médecins pour leur part), avec interrogations devant les patients par le médecin (« tu as trois secondes pour me dire ce qu'est la supination » ; « Qu'est-ce que je fais quand j'appuie là ? »...), et réalisation de certains actes (pesée des patients, mesure d'envergure, test de vision, test de Ruffier, test d'Astrand, utilisation d'un tensiomètre automatique...). Nous nous sommes à ce titre retrouvé dans des situations inconfortables lorsque nous étions par exemple incapable de répondre au questionnement médical d'un médecin mandarin (« quand je tire sur l'articulation de cette façon là, je fais quoi exactement ? » ; « Quel protocole tu appliquerais pour l'épreuve d'effort de ce patient ? » ; « Ce n'est pas grave de ne pas savoir, on est justement là pour que tu sois compétent »...). Et d'inconfortables, ces situations devenaient parfois périlleuses, lorsque seul avec des patients, ces derniers nous demandaient par exemple des précisions ou des explications sur les chiffres affichés par certains appareils de mesure (« docteur, à quoi correspond le chiffre du bas ? »). En outre, c'est également dans ce contexte que nous avons pu mesurer à quel point l'orientation scientifique d'un tel service était prégnante. La recherche étant gourmande des pré-tests et des comparaisons, les études sur des sujets sportifs ne peuvent être validées qu'après un certain nombre d'essais dans lesquels le personnel (et en particulier le petit personnel constitué des étudiants) fait office de volontaire désigné. C'est dans ce cadre que nous nous sommes fait raser les mollets pour mesurer grâce à des électrodes l'activité de nos muscles lors d'une épreuve de marche sur tapis roulant, que l'on nous a fixé un casque permettant de mesurer les variations de notre pression artérielle transcrânienne lors de l'exercice physique, etcetera. Ce partage de l'expérience hospitalo-universitaire en compagnie des étudiants présents nous a permis de nous intégrer parfaitement dans l'équipe.

Les données issues de l'observation étaient consignées dans un carnet de terrain que nous avons en permanence avec nous (les larges poches de la blouse semblent avoir été inventées pour cela). Cet outil est passé inaperçu dans un espace où les médecins et les étudiants sont eux-mêmes équipés de calepins et de crayons. En plus de cette activité de prises de notes qui nous a permis de retranscrire nombre de consultations et de discussions informelles réalisées en compagnie de « l'infirmière/secrétaire », des étudiants stagiaires, de la diététicienne et bien évidemment des patients du service, nous avons également réalisé lors de cette période 7 entretiens de recherche avec le responsable du service, les deux praticiens attachés et l'interne.

Enfin, dans la mesure où un des médecins du service était également médecin d'un pôle espoir de handball, nous avons eu le privilège de l'accompagner dans son activité. Au départ du CHU, elle nous emmenait ainsi vers le lycée où étaient scolarisés les jeunes sportifs. Dans les locaux scolaires, nous avons assisté aux consultations que ce médecin réalisait dans le cadre du suivi médical du pôle. Nous avons rencontré à ce titre les cadres techniques du pôle et de nombreux athlètes. Cette opportunité s'est révélée particulièrement riche d'enseignements, car elle nous a permis d'apprécier la complexité des relations entretenues entre une structure sportive de haut niveau et un CHU.

Au terme de cette observation, les relations entretenues avec les médecins enquêtés étaient devenues plus que cordiales. Notre présence n'a troublé que de façon mineure une institution habituée à recevoir des étudiants. Quelques mois après notre départ, nous recevions une lettre de félicitations signée par l'ensemble des praticiens du service pour la naissance de notre fille.

Fouler le praticable...

Nous avons rencontré le docteur Renaud pour la première fois en avril 2004. Dans le courant de l'année 2006, nous reproduisons l'expérience et avons même le privilège de le suivre sur l'une de ses interventions au sein d'un pôle espoir de gymnastique. Nous assistons alors aux consultations réalisées avec les jeunes gymnastes d'élite. Nous lui exposons notre désir de systématiser ses observations pour la saison sportive 2006-07. Il accepte sur le principe mais s'assure du droit de mettre un terme à cette collaboration dès lors que notre présence deviendrait problématique. Nous lui tiendrons compagnie sur

chacune de ses venues au pôle du mois d'août 2006 au mois de juin 2007 (soit pendant près d'une année). Chaque mardi, nous l'avons rejoint de 16 h 00 à 18 h 00 environ au gymnase dans lequel s'entraînaient les 12 jeunes sportifs du pôle. Agés de 11 à 18 ans, ils respectent tous scrupuleusement un même rituel médico-sportif ; la visite hebdomadaire du médecin. Pendant la séance d'entraînement du mardi, ils passent un à un devant le praticien, qu'ils aient ou non un problème d'ordre médical. La scène est immuable. Les consultations ont toujours lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs, directement attenante à la salle d'entraînement. Le docteur Renaud s'assoit et pose son sac sur la petite table où il n'est pas rare de trouver quelques tasses vidées de leur café et un cendrier plein de mégots. Les gymnastes prennent place en face de lui. C'est à un état des lieux général que le praticien procède pour chacun d'eux. Pépines physiques, sommeil, alimentation et moral sont ainsi passés en revue et les résultats sont inscrits sur une petite fiche de suivi personnel que le médecin conserve afin de repérer les évolutions d'une semaine à l'autre. En cas de douleurs et de traumatismes, il est courant de voir le médecin se lever pour manipuler les gymnastes et ainsi se faire une idée de la gravité des pathologies (la tenue vestimentaire très légère des gymnastes, toujours torsos nus, l'y incite d'autant plus).

Les cadres techniques du pôle n'ont vu aucun inconvénient à notre présence et nous ont au contraire ouvert chaleureusement les portes de leur gymnase. Il nous est ainsi arrivé à plusieurs reprises de venir assister à un entraînement, sans que le médecin ne soit présent. Les discussions avec les gymnastes et les entraîneurs ont ainsi été multipliées. Nous avons réalisé en outre un long entretien avec le coordonnateur du pôle. Particulièrement réceptif à nos demandes diverses, il y répondra toujours positivement, nous donnant par exemple accès à de nombreux documents relatifs au fonctionnement interne de la structure ou nous livrant les adresses des familles des gymnastes afin que nous puissions diffuser un très bref questionnaire relatif à l'encadrement médical de leurs enfants. L'enjeu d'un tel outil de recherche était d'établir avec précision le paysage médical propre à chacun des gymnastes et ainsi évaluer leur consommation médicale. Après envoi électronique du document, sur onze familles (un gymnaste est sorti du pôle en cours de saison, avant la diffusion du questionnaire), huit ont joué le jeu ([Voir exemples de questionnaires remplis par des familles en annexe méthodologique p. 653](#)).

En ce qui concerne spécifiquement l'observation du suivi médical au sein du pôle, nous avons été initialement présenté aux gymnastes par le médecin comme « un étudiant

venu pour l'observer », sans préciser notre champ disciplinaire. Il est évident que les jeunes sportifs m'ont accordé de fait une identité médicale. Nous n'avons pas trouvé nécessaire de plus clarifier la situation dans la mesure où notre présence dans la petite salle de pause était assurée. Assis sur la même table que le médecin, toujours du côté des gymnastes, nous étions équipé de notre carnet de terrain. Les prises de notes pendant chaque consultation nous ont permis de retranscrire très précisément les colloques singuliers partagés entre le médecin et les sportifs. Mais notre présence dans cet espace restreint doit être interrogée. En effet, « une des difficultés inhérentes à la méthode anthropologique, impliquant une immersion dans la situation étudiée, voire parfois une participation, est effectivement que la présence même de l'observateur peut modifier les conditions de l'observation et produire certains effets. Toutefois, cela fait partie des conditions de l'enquête et doit être intégré à l'analyse. En effet, les difficultés que la présence de l'anthropologue représente sur les plans méthodologique et heuristique sont, par contrecoup, productrices d'information »³⁵. Ainsi, le docteur Renaud prend vite l'habitude de s'adresser à nous pendant les consultations pour justifier ou préciser son examen clinique, ses manipulations ou enfin ses diagnostics. Là aussi, tout se passe comme si nous étions effectivement étudiant en médecine. Autant dire que les consultations prennent une autre coloration lorsque nous sommes présent. Mais cette posture qui produit de l'information ne nous a pas semblé problématique et servait même avec bonheur nos projets. Véritable mine d'or du point de vue des informations recueillies, le rapport ainsi établi s'est rapidement transformé en une relation amicale où le tutoiement était de rigueur. De discussions d'abord uniquement médicales, le contenu des propos échangés s'est progressivement diversifié et enrichi (résultats sportifs, vacances, familles...). Ainsi, la longue durée de cette collaboration a favorisé le relâchement par les personnes enquêtées de leurs propres conduites, et les effets de notre présence sur les gymnastes et sur le médecin se sont progressivement atténués. A terme, nous avons eu accès à la réalité des pratiques et avons eu le privilège de saisir la véritable épaisseur des liens interpersonnels. Cette dernière remarque concerne également les relations entre le médecin et les entraîneurs de la structure dans la mesure où nous étions présent sur chacune de leurs interactions (de la première poignée de main jusqu'au traditionnel bilan médical de la semaine réalisé auprès du coordinateur du pôle sitôt les consultations terminées ...).

³⁵ **FAINZANG**, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies, p. 21.

Franchir les grilles...

C'est par le biais d'un sociologue ayant mené des travaux dans le domaine du football de haut niveau et qui connaît bien le docteur responsable des services médicaux d'un très grand club professionnel que nous avons eu la possibilité de nous en approcher. A la fin du mois d'août 2006, le docteur Beaugendre nous reçoit ensemble dans son bureau médical au centre sportif. Nous lui exposons notre projet de recherche et lui faisons part de notre désir d'observer sa pratique professionnelle. De longues tractations s'engagent. Ne pas assister aux consultations ; conserver un devoir de discrétion à l'égard des joueurs professionnels (pas d'effusion passionnée de sentiment) ; et surtout respecter le secret professionnel (ne faire sortir aucune information interne) ont été les conditions préalables d'un accord de principe. La rédaction d'une convention de stage fut une étape longue et difficile. Aidé en cela par les services juridiques de l'Université de Nantes, la version définitive verra le jour à la fin du mois de novembre, après plusieurs modifications exigées par le Club professionnel (qui a cherché en permanence à contrôler et à réduire nos possibilités de restitution des données issues de l'observation). (Voir [convention de stage en annexe méthodologique p. 663](#)).

Nos observations vont se dérouler au cœur du centre sportif du 18 décembre 2006 au début du mois de juin 2007, à raison de deux à trois demi-journées de présence hebdomadaire. Mais nous poursuivrons cette collaboration au-delà de l'échéance indiquée sur la convention. Plusieurs entretiens seront ainsi réalisés dans les bureaux médicaux du club au mois de septembre 2007, et nous accompagnerons le médecin du centre de formation sur un match de l'équipe CFA le 11 novembre 2007. Equipé d'une carte magnétique nous permettant de franchir les deux sas de sécurité du centre sportif, puis ayant connaissance du code à quatre chiffres qui ouvre la porte des locaux, notre badge de « stagiaire médical » accroché au col fut à peine suffisant pour nous sauver de la poigne brutale d'un vigile zélé. Nous serons en outre régulièrement contrôlé par les « gens du club », visiblement habitués aux infiltrations de journalistes non invités ayant déjoué les systèmes de sécurité. Comme convenu, nous n'avons aucune possibilité d'assister aux consultations entre le médecin et les footballeurs dans le bureau médical, qui restait toujours fermé dès lors qu'un joueur se présentait pour un entretien individuel. En revanche, nous étions libre (une fois que notre visage était connu de tous) de circuler dans les locaux, sur les terrains d'entraînement et de discuter avec qui nous le souhaitions. Très

vite nous avons pris position dans le couloir qui fait office de salle d'attente pour les joueurs qui souhaitaient consulter ou qui avaient été convoqués chez ceux que tout le monde appelle les « doc » (docteur Beaugendre pour l'équipe professionnelle, et docteur Gardet pour le centre de formation). Les bureaux des deux médecins sont voisins. Passage obligé des pros, des jeunes et des entraîneurs à la sortie des entraînements, ce couloir était une position extrêmement bénéfique pour nous faire connaître d'abord, puis pour nous faire oublier (le jour où nous avons pu enlever notre badge sans que personne ne soit étonné de nous voir...), condition *sine qua non* pour recueillir des données de valeur. Dans ce milieu extrêmement méfiant, toute une première phase de l'observation a donc consisté à montrer que nous « étions de la maison ». La machine à café était un lieu parfaitement adapté à cet effet. Il permettait de « croiser du monde », de saluer et de toucher quelques mots. Petit à petit, des liens privilégiés se sont tissés avec certains jeunes joueurs du centre de formation, avec l'entraîneur des gardiens professionnels, et surtout avec certains membres du personnel tel que le responsable des équipements. Véritable mémoire du Club et figure incontournable du centre sportif, la sympathie qu'il nous témoigne alors publiquement va accélérer notre intégration. A terme, notre position « d'homme du couloir » nous a permis de consigner un grand nombre de discussions informelles en lien avec la médecine et la santé des joueurs (discussions entre joueurs sur leur pathologies respectives, discussions joueurs entraîneurs, discussions joueurs médecins dans le couloir, discussions médecins entraîneurs...). Pourtant, il nous a fallu du temps pour commencer à récolter quelques informations intéressantes. Les données coûtent cher dans un tel espace, où on a constamment le sentiment de déranger. Les propos tenus par Stéphane Breton lorsqu'il tente avec peine d'intégrer la vie d'un village indonésien, ont fait écho ici plus qu'ailleurs. « Je suis un emmerdeur ? Tant pis, je les aurai à l'usure ! »³⁶. Retenue, discrétion, cafés et poignées de main ont finalement eu raison « à la longue » des méfiances, des discussions murmurées et des portes hermétiquement closes.

Nous nous sommes rapidement aperçu de la nécessité d'utiliser le carnet de terrain avec parcimonie. En effet, assimilé directement par les sportifs au travail journalistique, ce mode de recueil des données ne servait pas notre intégration. Nous avons donc eu recours à une utilisation beaucoup plus dissimulée des prises des notes, ne notant que quelques mots ou fragments de conversation dès lors que nous étions seul afin de pouvoir reconstruire a

³⁶ BRETON, Stéphane. 2001. *Eux et moi*, ARTE Vidéo, France, 63 min., couleurs.

posteriori les discussions sur la base de nos souvenirs immédiats. Contrairement à l'hôpital où au pôle de gymnastique au sein desquels nous avons une position active clairement identifiée par les patients sportifs, l'inactivité qui caractérisait notre position dans le club professionnel n'a pas facilité la compréhension par les joueurs des raisons de notre présence (« si tu bosses avec le doc, pourquoi tu restes dans le couloir ? Y a rien à voir ici »). Malgré cela, dans l'ensemble et en particulier chez les jeunes joueurs, notre statut a été assimilé à celui d'un étudiant en médecine (certains ont même tenté de se rapprocher de nous afin de bénéficier de notre avis à l'égard de pathologies dont ils souffraient alors).

Monter dans le bus...

Nous avons déjà rencontré le docteur Raulo lorsque nous l'avons sollicité pour un nouvel entretien et l'observation de sa pratique professionnelle. Salarié à plein temps de la fédération française de handball, il est le médecin des équipes nationales et assure le suivi de l'équipe féminine A. Il est également responsable de la gestion et du recrutement des médecins vacataires pour les équipes jeunes et l'équipe de France masculine. Au téléphone, il nous propose de le rejoindre directement sur les lieux d'un stage de la sélection nationale à Saint Malo, le 29 octobre 2007. L'entraînement ne devant débuter qu'à 10h00 ce matin là, le médecin nous propose de nous retrouver dans le hall du prestigieux hôtel de l'équipe de France vers 9h00 afin de discuter de sa pratique. Mais sur place, nous constatons rapidement que le programme a été modifié et l'entraînement avancé. Le médecin nous propose de retarder l'entretien et de l'accompagner sur le lieu d'entraînement des internationales. C'est de cette façon que nous nous sommes retrouvés assis dans le bus de l'équipe de France en direction d'un gymnase, après avoir été présenté à l'entraîneur national. Nous passerons en fait toute la journée en compagnie du médecin, du staff technique et des joueuses. Pendant l'entraînement, nous sommes assis à côté du docteur Raulo, sur le banc qui longe le bord du terrain. Plusieurs fois au cours de la séance, le praticien interviendra. Nous sommes donc là au plus près de l'activité médico-sportive. L'après-midi étant réservée à des soins de thalassothérapie, nous en profitons pour mener un long entretien avec le médecin, à la fin duquel nous lui faisons part de notre grand intérêt de le suivre sur une compétition de haut niveau. Il ne semble pas y être opposé dans le principe.

Ainsi, il nous invite quelques semaines plus tard à le rejoindre sur une compétition officielle organisée à Dunkerque, qui oppose les sélections française, brésilienne, polonaise et tunisienne. Cette rencontre fait office de préparation au mondial et se déroule du 21 au 26 novembre 2007. Lorsque nous évoquons la question des possibilités de recherche qui nous seront offertes sur place, le médecin est très clair. Il nous donne accès à l'ensemble des entraînements de l'équipe de France, nous invite à le rejoindre à l'hôtel pour « voir comment ça se passe et répondre à nos questions », et enfin nous propose l'accès privilégié et gratuit aux six rencontres internationales grâce aux billets « VIP » dont il dispose personnellement à chaque match. En revanche, le secret médical est invoqué en ce qui concerne les soins, et nous ne pourrions pas accéder à l'envers du décor sur les matches (vestiaires, réunions techniques, bancs) car le nombre de personnes autorisées est strictement limité (seules deux personnes sont autorisées pour la partie médicale : ici, le médecin et un kinésithérapeute). Nous le rejoindrons sur place et nous resterons en sa compagnie sur la totalité de la compétition. Le déroulement de l'observation suivra très exactement les consignes annoncées. Plusieurs rendez-vous sont organisés à l'hôtel où nous rencontrons, outre le médecin lui-même, les entraîneurs et les joueuses. C'est l'occasion de nombreuses discussions. Nous suivons l'effectif sur chaque entraînement (assis sur un banc jouxtant le terrain), ainsi que sur chaque rencontre. Armé de notre carnet de terrain, nous avons le loisir d'y consigner de nombreuses données. Comme pour le club de football professionnel et à l'inverse de l'hôpital et du pôle de gymnastique, nous ne pourrions accéder ici à l'intimité des consultations. Seule l'activité médico-sportive en situation d'entraînement et de compétition a donc été observée minutieusement.

Comme sur chacun des terrains observés, nous réalisons un dernier entretien avec le médecin qui a pour objectif de le confronter aux données de l'observation qui ont retenues notre attention. Ce retour aux allures de bilan permet en outre de marquer de façon spécifique la sortie du terrain. Cet entretien téléphonique a eu lieu le 30 novembre 2007.

(Voir [tableau récapitulatif des terrains observés en annexes méthodologiques p. 652](#))

Observations ethnographiques. Comment écrire sans trahir ?

Dans son travail sur la survivance de quelques communautés hippies bien au-delà de la période historique qui a été favorable à une telle mouvance, Bennett Berger « voulait

comprendre comment les communautés géraient le décalage inévitable entre ce qu'elles prênaient et les comportements qui émergeaient quand elles étaient amenées à adapter leurs croyances aux circonstances de leur vie ». L'écart inexorable entre le code et les actes est une expérience à laquelle est confronté chaque anthropologue. Mais ce constat prend une teinte particulière dès lors qu'il doit être couché sur le papier. Bennett Berger a ainsi eu beaucoup de difficultés à mettre son travail par écrit, car la posture scientifique de la sociologie, basée sur la recherche de la démystification, l'amenait à adopter une attitude cynique, voire méprisante par rapport aux observés, ceux là mêmes avec qui il s'était forgé des liens d'amitié³⁷. C'est sans doute la difficulté méthodologique majeure à laquelle nous avons été confronté dans notre propre travail. Les médecins rencontrés se réclament tous de principes idéologiques communs, guidés par les préceptes hippocratiques, le code de déontologie et le code de la santé publique. Pourtant, et c'est bien là l'enjeu de l'observation, dans les faits, leurs comportements médico-sportifs sont extrêmement différents, marqués cette fois par des contraintes biographiques et spatiales. Comment ne pas « trahir » des enquêtés appréciés qui nous ont accordé leur confiance et ouvert les portes d'une intimité professionnelle, lorsque nous évoquons publiquement ces écarts ? L'anonymat est bien sûr un outil puissant de préservation des identités, mais n'est sans doute pas suffisant. C'est par un effort soutenu de clarté et de neutralité dans l'ensemble du manuscrit que l'on pourra éviter au maximum ce sentiment de dénonciation au profit d'une unique volonté de compréhension. « Un des principes de la sociologie est de récuser le fonctionnalisme du pire : les mécanismes sociaux ne sont pas le produit d'une intention machiavélique ; ils sont beaucoup plus intelligents que les plus intelligents des dominants »³⁸. Mais dans le même temps, « la sociologie ne mériterait pas une heure de peine si elle avait pour fin seulement de découvrir les ficelles qui font mouvoir les individus qu'elle observe, si elle oubliait qu'elle a affaire à des hommes, lors même que ceux-ci à la façon de marionnettes, jouent un jeu dont ils ignorent les règles, bref si elle ne se donnait pas pour tâche de restituer à ces hommes le sens de leurs actes »³⁹.

³⁷ **BERGER**, Bennett. 1981. *The survival of a counterculture : ideological work and everyday life among rural communards*, Berkeley, UCP. Cité dans **BECKER**, Howard. 2004. *Op. Cit.*, p. 70-72.

³⁸ **BOURDIEU**, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 111.

³⁹ **BOURDIEU**, Pierre. 2002. *Le bal des célibataires*, Paris, Seuil, p. 255.

« *La correspondance étroite entre les usages du corps, de la langue et sans doute aussi du temps, tient au fait que c'est pour l'essentiel à travers des disciplines et des censures corporelles et linguistiques qui impliquent souvent une règle temporelle que les groupes inculquent les vertus qui sont la forme transfigurée de leur nécessité et que les choix constitutifs d'un rapport au monde économique et social sont incorporés sous la forme de montages durables et soustraits pour une part aux prises de la conscience et de la volonté* »⁴⁰. P. Bourdieu. Été 1980.

« *Le corps est le lieu où se réalise l'alchimie la plus secrète du social* »⁴¹. J-M. Berthelot. 1983.

I. Langage et présentation de soi, un entretien vraiment singulier⁴²

Parler le *même langage*, c'est l'assurance de se faire comprendre de son interlocuteur. Pour des médecins dont la profession les place dans un éternel colloque singulier, la question de la communication est déterminante. C'est de cette capacité à répondre précisément à une demande sociale que les praticiens seront en mesure d'alimenter et de renouveler un besoin médical. Ils sont nombreux à avoir parfaitement assimilé ce mécanisme et à user de stratégies de séduction en faisant la publicité de leur capacité à comprendre et se faire entendre d'une population spécifique de patients. Pourtant, une fois dépassé cet outil marketing de façade, la connaissance de l'hétérogénéité des positions médico-sportives interroge les véritables rapports de communications qui s'établissent avec les sportifs selon les profils des professionnels de santé. Doit-on avoir été soi-même sportif de niveau élevé pour s'adresser de façon adaptée à un champion ? Selon les biographies individuelles, les réponses divergent et les arguments invoqués sont

⁴⁰ BOURDIEU, Pierre. 2001. *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Editions Fayard, Collection points essais, p. 131.

⁴¹ BERTHELOT, Jean-Michel. 1983. « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV, p. 121.

⁴² Ce point est la version complétée d'un chapitre d'ouvrage actuellement sous presse. VIAUD, Baptiste. Sous presse. « Blouses blanches et survêtements, ce que "parler sport" veut dire... ».

tous recevables. Ainsi, pour le docteur Renaud, ancien gymnaste de haut niveau et médecin d'un pôle espoir, cet avantage « est certain ! Quand un athlète nous explique qu'il ne peut pas s'arrêter parce qu'il a une grosse compétition à venir, on comprend. Et on en a vu nous des médecins du sport qui visiblement n'ont jamais été sportifs, et bien on voit bien que cela ne passe pas auprès des sportifs. C'est un avantage d'avoir vécu ça soi-même. On sait ce que c'est de s'entraîner, on sait ce que c'est que d'en chier, on sait ce que c'est que d'enchaîner les compétitions, et ça, ça change tout ! Alors que le médecin qui n'a jamais fait de sport, il dit : mais attend, pourquoi il s'énerve ?, pourquoi il s'entraîne comme un dingue ?, pourquoi il est stressé avant la compétition ? Là, tu ne peux pas comprendre ça si tu n'as pas vécu les compétitions de l'intérieur ». A l'inverse, le docteur Niel, chef d'un service de médecine du sport et de l'effort physique, qui n'a jamais pratiqué d'activités sportives autrement qu'en loisirs et qui avoue « détester la compétition », pense que si « le contact est sans doute moins bon avec les athlètes de haut niveau, cela permet de ne pas être trop impliqué dans la relation. Ça permet de rester neutre, parce que l'ennui, quand vous êtes pris dedans, c'est que vous risquez de confondre votre motivation avec celle des athlètes ».

Sport et médecine. Langage et marketing

Médecins et pros du sport : une même langue

C'est une formation continue originale, dispensée à Angers. Elle vise à rapprocher le monde de la santé et celui du sport.

« La médecine doit être au service des athlètes. Pas de celui des entraîneurs. » Mine de rien, la nuance est de taille dans la bouche du Dr André Monroche. Cet Angevin, aussi médecin fédéral de la boxe française, a lancé avec d'autres, l'an dernier, un « diplôme européen interprofessionnel santé et sport » (1), « unique en France ».

L'objectif ? « Développer un langage commun entre tous les professionnels qui interviennent autour du sport. » Car, entre le monde médical et l'univers sportif, on n'a pas toujours la même culture, surtout dans un contexte de course à la performance.

Exemple : « La diététique vue par les entraîneurs est tournée vers la performance, pas vers la santé de l'athlète. Notamment dans les sports avec différentes catégories de poids, constate

André Monroche. Pourquoi, alors qu'un athlète de haut niveau a déjà subi des tests d'effort en laboratoire, son entraîneur lui fait-il passer le test navette, un test d'effort violent sur le terrain ? »

Cette formation continue, qui s'adresse entre autres aux kinés, entraîneurs, athlètes de haut niveau, professeurs d'éducation physique ou encore aux médecins, vise au final un meilleur encadrement des sportifs, amateurs ou de haut niveau. Au menu, des cours et interventions : la physiologie du sportif, la préparation à l'effort, la récupération, le surentraînement, la traumatologie, la psychologie et le sport, les conduites déviantes, etc.

(1) Les cours de cette formation privée reconnue par l'État se déroulent, à raison de sept modules de deux jours, en grande partie à



Le Dr André Monroche, l'un des responsables de l'enseignement.

la clinique Saint-Léonard, à Trélazé, près d'Angers. Droits d'inscription : 1 200 €. Rens. au 06 86 08 94 18 ou sur monroche@sport-medical.org.

Ouest France. Edition du 23.09.2008

Le langage, en tant « que philosophie pratiquée du social », porte la marque des trajectoires individuelles et des expériences passées. Ainsi, dans la mesure où les biographies sportives jouent un rôle déterminant dans l'accès des médecins aux différents lieux de pratiques de la médecine du sport, il est intéressant de s'interroger sur l'impact que ces différents rapports aux sports seront susceptibles d'avoir sur les processus de communication. Les échanges linguistiques qui s'établissent entre les sportifs de haut niveau et les médecins du sport sont-ils réellement si différents que l'opposition soulevée entre les docteurs Niel et Renaud le laisse entendre? L'observation et la retranscription des consultations, rétablies dans leurs contextes, peuvent être ici utilement convoquées.

Docteur Amazon – Praticien attaché d'un service hospitalier de médecine du sport.

Il intervient une fois par semaine dans le service régional de médecine du sport dans lequel nous menons des observations. Préposé au suivi des jeunes sportifs inscrits en sections départementales et régionales, ainsi qu'à celui de sportifs de haut niveau, il réalise des consultations et des examens cliniques dans un bureau de l'hôpital. Dans sa relation aux sportifs, ce médecin, qui n'entretient qu'un rapport très éloigné avec le sport d'élite, ne cesse de déconstruire le mythe sportif. Il expliquera d'ailleurs n'avoir jamais voulu pratiquer la médecine au sein d'un club, désireux « de rester médecin avant tout ». L'idée étant de « ne pas être médecin pour un club, mais bien médecin pour l'individu... ». Dans cette logique, même s'il se défend d'être un « expert froid », le niveau de technicité du langage employé de façon systématique contraint de fait le sportif à ne pas saisir certains de ses commentaires.

Consultation du 19 / 12 / 07 :

Entretien individuel avec Julien, basketteur de 13 ans évoluant au sein d'une section sportive départementale. Le médecin est curieux de connaître la discipline scolaire préférée du jeune homme. Assez logiquement, Julien évoque sa passion pour le sport.

Dr. A. : « *Mais ce n'est pas une vraie matière ça, le sport ! (Rires). Non, je rigole. Mais t'as d'autres loisirs que le sport quand même ? Il faut bien que tu comprennes que le sport, ce n'est pas tout dans la vie hein ! Faut faire autre chose dans la vie que du sport !* ».

[...]

Dr. A. : « *Pour t'amuser d'accord. C'est bien. C'est comme ça qu'il faut voir les choses* ».

Consultation du 16 / 04 / 08 :

Entretien individuel avec un marathonien de 47 ans, qui réalise 5 heures d'entraînement par semaine en club, plus une grosse sortie le dimanche lors de laquelle il « travaille à 85% du seuil, soit une fréquence cardiaque indiquée à 156 battements par minute ». La raison de sa présence est simple, il veut « faire un marathon en dessous des 3 heures et demi » et souhaite donc « voir si [il] peut encore améliorer la machine ». Il désire bénéficier des conseils d'un « spécialiste du sport » afin « d'adapter et d'améliorer [son] programme d'entraînement ». Après un examen clinique où le docteur Amazan repère « une petite bascule du bassin », une différence de morphologie entre les deux mollets du patient (il se propose de prendre une photo afin de lui montrer la différence), et enfin un genou qui lui semble moins stable que l'autre, sans d'ailleurs que l'ensemble de ces commentaires ne soit suivi d'effets, le marathonien est invité à réaliser une épreuve d'effort sur tapis roulant. A l'issue de l'exercice, le médecin pense qu'une « petite amélioration est possible, mais pas énorme ».

Dr. A. : « *Il ne faut peut-être plus vraiment regarder le chronomètre maintenant. Il faut surtout regarder le plaisir pour vous-même. Je pense que c'est surtout ça le sport* ».

Patient : « *Oui, mais mon plaisir à moi, c'est justement de faire un marathon en moins de 3h30. C'est dans la performance que je prends mon plaisir* ».

Dr. A. : « *Vous êtes bien entraîné, mais si vous voulez atteindre cet objectif, il faudra faire des sacrifices et en particulier au niveau diététique. Vous ne pourrez pas réussir en maintenant cet entraînement là* ».

Patient : « *Donc concrètement, vous me conseillez quoi ?* ».

Dr. A. : « *Bah c'est à vous de voir si vous voulez rentrer dans cette secte...* ».

Finalement, le médecin ne donnera que de simples conseils évasifs sur l'alimentation et la musculation. Le patient remercie poliment mais semble assez peu satisfait des deux heures qu'il vient de passer à l'hôpital.

Consultation du 09 / 01 / 08 :

Entretien avec Chloé, jeune sportive de 13 ans inscrite en section sportive départementale d'escalade, qui se prépare pour les championnats de France et va prochainement entrer en

section sport-études. Elle est accompagnée de son père qui tient à assister à la consultation. C'est une discussion à trois voix qui s'engage et où la parole de Chloé est bien souvent couverte par celle de son père. Après avoir détaillé ensemble les antécédents familiaux, le docteur Amazan procède comme à son habitude à l'examen clinique. En soutien-gorge, la jeune fille se prête gentiment aux examens articulaires, aux tests de tonicité musculaire et de réflexes, à un bref examen dermatologique (« tiens, tu as des névus. Il faudra faire surveiller celui-là ! »), puis est invitée à monter sur le podoscope (« Tu as un valgus assez prononcé. Tu n'as pas besoin de semelles, ne t'inquiètes pas ! Il y a par contre une petite bascule du bassin, pas grand-chose »). Après avoir ausculté le cou, les yeux et les oreilles, le médecin décide d'examiner à nouveau le dos de la sportive. Il conclut devant une jeune fille un peu perplexe : « Oui, tu as une ensellure lombaire assez prononcée ». Puis il mesure enfin la masse grasse de l'athlète, écoute son cœur et ses poumons. Lorsqu'il se rassoit pour écrire son rapport, une discussion s'engage sur le poids de Chloé.

Dr. A. : « *Et tu grignotes un peu ?* »

Patiente : « *Non, pas vraiment* ».

Dr. A. : « *Tu ne prends rien entre les repas ? Le soir, après manger, tu ne grignotes rien ?* ».

Patiente : « *Non* ».

Dr. A. : « *Tu es réglée depuis combien de temps ?* »

Patiente : « *Un an* ».

Dr. A. : « *Tu te rends compte que tu as pris un peu de masse grasse ?* ».

Patiente : « *Non* ». [Le médecin regarde le père, qui se sent obligé de rentrer dans la conversation]

Père : « *Oui, c'est vrai, peut-être un peu* ».

Dr. A. : « *Il faut que tu fasses attention. L'escalade, ce n'est pas un sport d'endurance, donc il faut que tu en fasses à côté* ».

Père : « *Oui, on va courir de temps en temps le week-end, mais elle fait déjà beaucoup d'activité sportive dans la semaine donc on ne voudrait pas la fatiguer* ».

Dr. A. : « *Mais ce n'est pas un problème. Elle ne sera pas fatiguée car ce qu'elle fait la semaine, ce n'est pas de l'endurance. Il ne faut pas hésiter. C'est dommage le sport, si c'est pour ne pas être bien. Non ?* ».

Patiente : « Si... » [*La jeune fille, debout en soutien-gorge devant son père, le médecin et nous-mêmes, rougit et baisse les yeux au sol*]

Docteur Alberti – Praticien hospitalier, responsable du service régional de médecine du sport (supérieur hiérarchique du docteur Amazan).

Particulièrement reconnu pour ses compétences dans le domaine de l'exploration vasculaire et en particulier pour ses grandes qualités d'expertise de pathologies telles que l'artériopathie, ce praticien hospitalier, très engagé dans le milieu de la recherche médicale (direction de mémoires et grand nombre de publications) voit en consultation une population de malades (en majorité non sportifs). Pour autant, spécialisé dans la médecine du sport, il conserve une activité de diagnostic de diverses pathologies susceptibles de rendre difficile, voire impossible la pratique sportive. Tout comme le docteur Amazan, sa pratique de la médecine du sport se déroule exclusivement à l'hôpital et il n'est engagé dans aucune structure de haut niveau. Le milieu de la haute performance lui est d'ailleurs étranger du point de vue biographique. Une nouvelle fois, les pratiques discursives de ce médecin face aux sportifs portent la marque de ce rapport distant au sport d'élite.

Consultation du 17 / 12 / 07 :

Damien, 20 ans, est footballeur dans un club local engagé à un niveau régional de compétition. Il réalise environ 6 heures de football par semaine. Nous avons appris par l'infirmière que ce patient avait pris rendez-vous pour « troubles cardiaques à l'effort ». Cette information se vérifiera lors de l'entretien individuel entre le médecin et le sportif. Dans le questionnaire sur les antécédents familiaux, le sportif fait part au docteur Alberti de son inquiétude liée au récent infarctus de son père à l'âge de 52 ans. La discussion porte quasi-intégralement sur des aspects médicaux (description poussée des symptômes et des effets ressentis par le patient) et techniques (consignes et injonctions pour réaliser correctement l'exercice). Pour autant, en fin de consultation (l'examen s'est avéré « d'une absolue normalité »), lorsque le médecin cherche à converser de façon détendue avec le sportif, il nous livre de façon magistrale sa méconnaissance du milieu sportif.

Dr. Alberti : « Et vous jouez à quel poste ? ».

Patient : « Je suis numéro 10 ».

Dr. Alberti : « [Le médecin cligne des yeux pour indiquer qu'il a compris, mais ne poursuit pas sur cette voie] ».

Dr. Alberti : « *Bien, on fait ça donc. A la douche! Pour moi, aujourd'hui, il n'y pas de raisons d'aller plus loin* ».

Le patient sort de la salle, nous nous retrouvons seuls avec le médecin. Il nous regarde et demande en souriant :

Dr. Alberti : « *Il joue où le numéro 10 en Foot?* ».

Nous le lui expliquons en évoquant l'exemple incontournable de l'un des héros sportifs nationaux : Zinedine Zidane...

Dr. Alberti : « *Ah oui, c'est bien ce que je pensais, mais bon... Ils me font souvent le coup. Les rugbymen, c'est pareil, « je suis numéro 2... » Bon, d'accord... (Rires). Non, mais..., le principe, c'est de toujours donner aux sportifs l'impression de savoir de quoi ils nous parlent!* ».

Inversement, les médecins dont les biographies sportives leur ont autorisé l'accès et la pratique de leur art au plus près des sportifs, et qui se déplacent sur le lieu de l'entraînement, du stage, et / ou du match selon leurs attributions, ont incorporé les valeurs et les codes de l'espace du sport de haut niveau. Convertis aux normes de cet univers séparé, le partage d'une même « culture sportive » va transformer le déroulement du colloque singulier entre le médecin et l'athlète. Cette fois, c'est l'adhésion du médecin aux enjeux proprement sportifs (performance, victoire) qui va transparaître dans les structures langagières.

Docteur Renaud – Spécialiste Médecine physique et réadaptation installé en cabinet libéral ; médecin d'un pôle espoir de gymnastique artistique masculine.

Le docteur Renaud possède un cabinet libéral dans le centre d'une grande ville de l'Ouest de la France. Il y reçoit une clientèle composée d'un nombre important de sportifs. Il est en effet connu et reconnu pour ses compétences en traumatologie sportive. Ancien gymnaste de bon niveau (il a pratiqué ce sport de 7 ans à 27 ans, sans jamais quitter son club d'origine), son entourage familial et amical est issu de ses relations passées et actuelles dans le « petit monde de la gymnastique ». Il joue le rôle de « médecin officieux » pour le club dans lequel il a réalisé sa carrière sportive, et chaque année, « contre une bonne bouteille », il remplit bénévolement les certificats médicaux des pratiquants désireux

d'obtenir une licence sportive. Il est également le médecin officiel du pôle espoir de sa région. Il y assure le suivi hebdomadaire des jeunes athlètes de haut niveau. Nous avons assisté pendant l'intégralité d'une saison sportive à ces consultations, qui avaient pour vocation de repérer et résoudre les éventuels « pépins physiques » susceptibles de mettre en danger l'intégrité physique des jeunes gens, ou plus simplement de rendre difficile voire impossible la poursuite de l'entraînement. Les entretiens et examens cliniques ont lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs du pôle. Un par un, au cours de l'entraînement, les gymnastes viennent à la rencontre du médecin. Cette fois, le contenu des échanges langagiers atteste de la familiarité du médecin à l'égard de l'univers sportif. La technicité du vocabulaire ne concerne cette fois plus les pathologies rencontrées mais bien les conditions dans lesquelles les douleurs et accidents sont survenus. Les ensellures lombaires, les gibbosités et autres récurvatum du docteur Amazan laissent ici la place aux Thomas, Kovacs, et autres figures gymniques. Les propos prennent donc une coloration très différente, qui semble se rapprocher au plus près de cette idée d'un *langage commun*. A tel point que les premières semaines, un certain nombre de discussions nous étaient inaccessibles. Par défaut de vocabulaire gymnique, nous ne comprenions pas certains des échanges verbaux entre le médecin et les jeunes sportifs lors des consultations : « *j'ai senti mon muscle s'étirer en faisant un Thomas* »...

Consultation du 12 / 12 / 2006 :

Timothée a 11 ans et effectue sa première année au sein du pôle. C'est le plus jeune sportif de la structure. C'est aujourd'hui le huitième gymnaste à se présenter devant le docteur Renaud. Les mains encore pleines de magnésie et le torse nu, le jeune homme arrive en courant et s'assoit à nos côtés. La discussion s'engage.

Dr. Renaud : « *Bon alors ?* ».

Gym : « *Je me suis fait mal à la hanche gauche* ».

Dr. Renaud : « *En faisant quoi ?* ».

Gym : « *En lune vrille. J'ai mal géré ma récep', je me suis retrouvé sur une jambe et je me suis écrasé sur ma hanche* ».

Dr. Renaud : « *Depuis quand ?* ».

Gym : « *Jeudi. Et après j'ai fait la compèt' et depuis j'ai mal* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation] *Qu'est-ce qui te fait mal ?* ».

Gym : « *Quand je m'étire comme ça [il montre le geste], et quand je cours* ».

Dr. Renaud : « *Ouais, t'as du prendre un petit jeton sur le moyen fessier. Ça n'a pas l'air trop méchant. Bon, tu fais gaffe sur les percussions. Tu ne fais pas trop ce qui te fait mal* ».

Gym : « *Et puis j'ai mal au doigt. J'ai chuté aux parallèles* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation]. *C'est bon. C'est une petite entorse, mais il n'y a pas de soucis. Et pour la hanche, on surveille ça et on voit si ça persiste ou pas* ».

Le gymnaste acquiesce et part en courant vers le gymnase afin de reprendre l'entraînement.

Consultation du 09 / 01 / 2007 :

Allan a 15 ans. Cela fait déjà plusieurs années qu'il évolue au sein du pôle. Les compétitions importantes approchent mais il ne semble pas au mieux de sa forme.

Dr. Renaud : « *Quoi de neuf ?* ».

Gym : « *Bah, en fin de semaine dernière, vendredi [le gymnaste bafouille sur ce terme, ce qui provoquera dans la suite de la discussion un malentendu, le médecin ayant compris "en vrille"], j'ai commencé à avoir la même douleur qu'avant* ».

Dr. Renaud : « *Mais où ?* ».

Gym : « *Toujours sur la clavicule. Comme d'hab'* ».

Dr. Renaud : « *En vrille ?* ».

Gym : « *Non, en soleil à la fixe. Mais j'ai arrêté la fixe parce que j'avais mal* ».

Dr. Renaud : « *Toujours à la clavicule ? Bizarre ton truc. [Manipulation]. Oui, il y a un petit surmenage de la clavicule. Mais ça, on ne va pas pouvoir faire grand chose. [Lève les bras pour marquer son impuissance]. Faut attendre mon pauvre gars. Il n'y a que le temps qui peut faire quelque chose* ».

Gym : « *Ok* ».

Le gymnaste sort de la salle de pause et reprend l'entraînement. Le médecin nous confie en aparté :

Dr. Renaud : « *Bon... On va bien voir comment il est en compèt'. Allan, il est toujours bon dans les compèt', et nettement moins aux entraînements. C'est une habitude* ».

Consultation du 05 / 06 / 2007 :

Les gymnastes du pôle viennent de rentrer de compétition. Il s'agissait des plus grosses échéances de l'année. Avec deux champions de France dans des catégories d'âge différentes, il règne dans le gymnase une belle euphorie. Timothée, lui, n'est pas satisfait de ces résultats. D'autant qu'il en est revenu blessé.

Dr. Renaud : « *Alors toi ?* ».

Gym : « *J'ai encore mal au pied gauche sous la malléole. Et je me suis fait mal en compèt' au gros orteil et à la cheville droite* ».

Dr. Renaud : « *Ben voyons ! Et à part ça, les résultats ?* ».

Gym : « *Pfff, j'ai tout raté... Je fini 14^{ème} en Avenir* ».

Dr. Renaud : « *Donc pas terrible. Et donc à gauche, c'est toujours pareil ?* ».

Gym : « *Oui* ».

Dr. Renaud : « *Fais voir. Comment tu as fait pour l'orteil ?* ».

Gym : « *Sur un échauffement avant un passage, le tremplin était dur. Et quand je me suis engagé sur ma rondade, c'est pas sorti, et j'ai fini mon salto arrière sur la table de saut. C'est le doigt de pied qui a tapé en premier* ».

Dr. Renaud : « [Eclat de rires] *Ah bah c'est original ! [Manipulation de l'orteil] Oui, c'est là, sur la dernière phalange. Ça va, ce n'est pas grand-chose ! Et autrement ?* ».

Gym : « *Bah il y a la cheville* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation de la cheville droite] *C'est où ? Là ?* ».

Gym : « *Non... Je ne sais pas trop en fait* ».

Dr. Renaud : « *Oui, écoutes, ça doit pas être trop méchant. Et l'autre cheville alors ? [Manipulation de la cheville gauche]. Oui, toujours pareil. Essayes de ne pas trop faire d'impulsions. Ne fais pas trop de sol* ».

Le jeune gymnaste acquiesce et part rejoindre ses camarades.

Les colloques singuliers médecin / patient, dont Boltanski a montré depuis longtemps que leur déroulement variait fortement selon le « contexte social », sont ici très

clairement différenciés⁴³. Selon le profil médical et les conditions d'intervention, la forme des échanges langagiers n'est pas la même et trahit des rapports au monde variés. D'ailleurs, sans que la démonstration en soit aisée car il s'agit de données non « quantifiables », il est possible de repérer d'autres caractéristiques qui témoignent de la position des médecins dans l'univers sportif. Dès lors que l'on s'attache à étudier « l'ordre des interactions, les formules et les formes qui font que les gens ont des relations qui s'imbriquent et s'engagent dans un comportement de face à face coordonné », il devient intéressant de constater certaines récurrences selon le type de médecin observé⁴⁴. Ainsi, dans les manières dont les sportifs s'adressent aux médecins, il est frappant de constater d'immenses différences. Dans le contexte hospitalier, le médecin « n'a pas de nom ». En effet, les sportifs évitent curieusement d'avoir à le dénommer au cours de la consultation, où, lorsqu'ils ne peuvent y échapper, l'appellent avec déférence « docteur ». Le vouvoiement est ici automatique. A l'inverse, sur le terrain sportif, les noms triomphent des titres. Dans une écrasante majorité des cas, le médecin est appelé par son prénom, voire même souvent par un surnom. A l'évidence, le tutoiement est de rigueur. Au pôle de gymnastique, lorsque des jeunes gymnastes rentrent pour la première année au sein de la structure et s'initient au suivi médical hebdomadaire du docteur Renaud, ils conservent tous le réflexe de vouvoyer le praticien. En à peine quelques semaines, l'attitude se renverse, le médecin est tutoyé et appelé par son prénom. Les plus anciens font en effet figure de modèle pour les plus jeunes (« salut Bernard, je voulais te voir parce que je me suis fait mal au genou en faisant du foot l'autre jour »). De manière identique, le docteur Raulo est tutoyé par l'ensemble de la délégation française de handball (staff et joueuses) et est affectueusement appelé par un surnom (diminutif de son prénom). Il est également possible de constater des gestions différentes du contact physique entre les médecins et leurs patients sportifs. Au sein du service hospitalier de médecine du sport, ces contacts se limitent aux actes techniques réalisés lors des examens cliniques ou des épreuves d'effort (réaliser un examen articulaire en manipulant à mains nues les membres inférieurs, poser des électrodes sur un torse nu, etc.). Il est d'ailleurs presque rare d'observer des poignées de main entre le médecin et son patient lorsque celui est invité à sortir de la salle d'attente pour se diriger vers un bureau médical. A l'inverse, l'univers sportif est le théâtre du perpétuel ballet des mains serrées. Dans le club de football professionnel, au pôle de gymnastique où en équipe de France de handball, les médecins sont au centre de multiples

⁴³ BOLTANSKI, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, février 1971.

⁴⁴ GOFFMAN, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 12-13.

accolades et embrassades chaleureuses. Il n'est pas rare cette fois de surprendre une petite tape amicale sur l'épaule d'un « patient ». On pourrait être tenté de penser qu'il s'agit là uniquement d'un effet d'établissement, indépendant du médecin lui-même (avec cette idée que l'hôpital est par définition un lieu inquiétant, et que c'est précisément cette caractéristique qui produit les comportements observés). C'est là tout l'intérêt d'avoir suivi le docteur Quirion dans son activité au sein d'un pôle de handball. En répondant aux exigences du docteur Alberti afin de « faire vivre » le service hospitalier dans lequel elle est attachée, le docteur Quirion se retrouve sur une position peu ajustée à ses dispositions et sur laquelle elle ne se sent pas toujours à l'aise. Elle se rend une fois tous les quinze jours sur le lieu d'entraînement des athlètes pour réaliser un suivi médical. A l'occasion de l'une de ses visites, elle voit ce jour-là 14 handballeurs sur 45 en un midi. Sur ces 14 athlètes, quand la nécessité de nommer le médecin s'impose, tous la vouvoient et l'appellent « docteur ». Pourtant, sur le trajet retour vers l'hôpital, le médecin nous confie spontanément avoir « trouvé amusant que certains jeunes [l'aient] cette fois tutoyée ». Nous lui expliquons ne pas l'avoir remarqué. « Si, si, il y en a un qui a commencé par me vouvoyer et qui à un moment m'a tutoyé (rires). Je laisse faire, ils font comme ils veulent... ». Relever un tel détail, en discuter et en rire est le témoin incontestable que cet évènement ne la laisse pas si indifférente que cela.

Ces comportements langagiers, traduction objective de dispositions inscrites sur des espaces, ne sont qu'un élément parmi de multiples autres qui forment ensemble des profils médicaux complexes. L'habillement, qui influe sur les manières de se présenter et de se représenter au monde, constitue à ce titre un moyen supplémentaire d'explorer les identités médicales. La réflexion théorique menée par Charles Suaud sur l'habillement religieux est une véritable base de réflexion. « Moins qu'un stimulus, il est plus qu'un simple indicateur de dispositions acquises [...]. Produit de l'habitus, l'habillement est à mettre au compte des conditions objectives de sa mise en œuvre et agit sur le comportement des prêtres. Pour comprendre complètement par exemple comment l'habitus d'un prêtre intégriste peut engendrer les prises de position radicales que l'on sait en matière de dogme et de rites, il est indispensable de savoir comment les sensations, y compris et peut-être surtout physiques, que procure le port de la soutane viennent renforcer [...] la conviction chez le prêtre d'être quelqu'un de "séparé". "L'expérience concrète du port de la soutane impose un changement d'allure: pour ne pas s'entraver dans sa soutane, il faut prendre l'habitude de la lancer légèrement en avant par une avancée du genou; il faut trouver une contenance:

les mains ne peuvent plus se cacher dans les poches, trop petites, simples goussets... ; mais ces changements sur le corps même du porteur de la soutane sont peu de choses en comparaison de ce que le costume entraîne dans le changement du milieu humain. Tout l'environnement humain est immédiatement modifié : les appellations, le langage, les regards et tout ce que les sympathies et les antipathies brusquement éveillées, peuvent provoquer en de subtils comportements" »⁴⁵. Nous avons personnellement fait l'expérience d'une telle transformation lors de l'observation ethnographique d'un service hospitalier. Pour des raisons d'asepsie autant que de conformité aux normes de l'espace, le port de la blouse blanche s'est imposé de lui-même. Cette sensation de séparation par rapport à une quotidienneté et un ordinaire procure de fait un agréable sentiment de distinction, immédiatement renforcé par le regard plein de déférence que les patients posent sur vous. On se sent « grand » lorsqu'on enfile pour les premières fois sa blouse blanche. D'autant que la forme du vêtement impose une attitude extrêmement longiligne. Tombant d'une seule pièce des épaules jusque sous les genoux, les poches très basses et profondes contraignent les médecins à adopter une posture bras croisés ou mains rejointes derrière le dos qui ne fait que souligner un effet de droiture. L'étiquette cousue sur la poche pectorale où sont inscrits le nom et le statut du praticien, le port d'accessoire autour du cou (stéthoscope, câblage électrique pour l'ECG), où dans les poches en bas de la blouse (marteau réflexe, pince à plis cutanés, otoscope) viennent parfaire le tableau. A l'inverse, l'ensemble des médecins qui œuvrent sur le terrain sont en habits civils. Le docteur Renaud, en blouse dans son cabinet quitte ce vêtement lorsqu'il réalise les consultations au pôle de gymnastique. Certains sont même habillés aux couleurs de leurs clubs. Il n'est pas rare de voir les médecins du club professionnel de football, les docteurs Beaugendre et Gardet, arriver au sein du centre sportif habillés de la longue parka marquée du blason de la structure, que chacun des membres du staff technique porte quotidiennement. C'est d'ailleurs le vêtement qu'ils sont tenus d'arborer lorsqu'ils accompagnent les équipes sur les rencontres. Au cours de la saison, il leur arrive de chausser les crampons et d'enfiler le maillot du club pour suivre sur le gazon un joueur en rééducation. De façon identique, le docteur Raulo est régulièrement en tenue de sport et participe activement à la rééducation de certaines joueuses (courses, jeux de ballon). Sur chaque rencontre officielle, il porte la veste de jogging sur laquelle est inscrite en lettres capitales la mention « France ». Là aussi, il ne faut pas sous-estimer les effets d'une telle tenue sur la représentation que les

⁴⁵ **SUAUD**, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 97.

patients se font des médecins. Entre blouses blanches et survêtements, stéthoscopes et crampons, les identités médicales sont diversifiées et les sportifs reconnaissent sans mal l'existence de plusieurs « types » de médecin du sport.

Sport et médecine à l'hôpital



« La forme de la blouse impose une attitude extrêmement longiligne. Tombant d'une seule pièce des épaules jusque sous les genoux, les poches très basses et profondes contraignent les médecins à adopter une posture bras croisés ou mains rejointes derrière le dos qui ne fait que souligner un effet de droiture »⁴⁶.

II. Rapports aux espaces et aux temps

⁴⁶ La blouse de la personne la plus à droite est plus courte car il ne s'agit pas d'une étudiante en médecine mais d'une élève infirmière.

Les photographies ont été prises par nos soins, après accord du responsable du service ainsi que du personnel de santé. Le sportif ici photographié a signé une autorisation écrite dans laquelle il accepte que son visage apparaisse sans que soit cachée son identité. (Voir autorisation d'utiliser les photographies en annexe méthodologique p. 667).

Les formules et les formes qui accompagnent les relations médico-sportives sont donc profondément marquées par les « savoirs êtres sociaux » des médecins⁴⁷. Les traces laissées par des expériences passées, sportives pour certains, expliquent en partie les rapports au monde très différents qui émergent dans les pratiques médicales liées à l'encadrement des activités physiques. Mais il ne faut pas sous-estimer le pouvoir socialisateur du *ici et maintenant*. Le partage des temps et des lieux peut représenter une source puissante d'actualisation ou de construction des dispositions. Le sport de haut niveau est « un espace agonale séparé et hautement socialisé », qui favorise le repli sur un entre-soi contrôlé⁴⁸. Accéder et vivre dans cette sphère au quotidien, c'est déjà se mettre à distance du reste du monde. Tutoiement et familiarité sont des marques objectives de reconnaissance et d'appartenance. En interrogeant les rythmes calendaires et les propensions à se déplacer sur les terrains sportifs, nous allons poursuivre et compléter la description d'un paysage médico-sportif éclaté.

Le docteur Amazan considère être « expert » en son domaine et refuse l'idée même de pouvoir un jour mettre sa compétence au service d'un club sportif. « Je suis trop orgueilleux ! Soit on a une attitude experte, soit on va se prostituer au sport. Ce sont deux métiers différents. Je pense qu'on perd nécessairement son intégrité quand on est dans les clubs. Moi, je ne suis pas une nounou ! ». Sa médecine, il ne la conçoit donc pas ailleurs qu'à l'hôpital. Il apprécie particulièrement la phase « d'interrogatoire » du patient dans l'intimité de son bureau médical. Le suivi légal des sportifs de haut niveau ou des athlètes inscrits en sections sportives départementales et régionales impose selon les cas une à deux visites annuelles dans le service de médecine du sport du CHU. Le docteur Amazan qualifie cette fréquentation « d'optimale » dans la mesure où elle permet selon lui de conserver un suivi régulier et finalement « de bien connaître ces jeunes gens ». Malgré sa très faible attirance pour la compétition sportive, il réalise à contre cœur et très ponctuellement quelques surveillances de compétitions équestres afin de rendre service à des connaissances issues de ses « racines agricoles ». Lorsque sont évoqués les éventuels liens entretenus avec les cavaliers présents, il explique : « Maintenant je commence à les connaître, ils me domestiquent eux aussi, je suis dans le paysage. Mais sans plus. Ils savent

⁴⁷ Le « savoir être social », c'est cette sorte de matrice non consciente qui fait que chacun est à sa place et se comporte comme il doit se comporter pour que le monde qui les environne continue à fonctionner. Voir Z Aidman, Claude. 2002. « Ensembles et séparés », in Goffman, Erving, *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 9.

⁴⁸ Suaud, Charles. 1996. « Les états de la passion sportive. Espaces sportifs, espaces médiatiques et émotions », *Recherches en communication*, n°5, p. 29-44.

qu'ils peuvent compter sur moi, mais c'est tout. C'est un peu curieux les rapports, parce que quand on est sur un terrain, comme ça, et bien vous êtes quand même associé un peu au père la poisse. Mais en même temps, ce qui est passionnant, c'est l'organisation d'un concours ». Faisant filer la métaphore hippique, on peut dire que « le naturel » du docteur Amazan revient au galop : « Monter sur des chevaux, c'est quand même extraordinaire quoi ! (Rires). Comment se fait-il qu'en France il existe autant de haras ? [...]. C'est un peu surréaliste. Bon les polonais depuis qu'ils se sont faits écrasés par Hitler, on a compris que cela ne servait plus à grand-chose pour la guerre hein ! ». La très forte ironie d'un médecin qui déclare posséder à l'égard du sport la vision de « l'honnête homme du XVII^e siècle », « comme quelque chose de valorisant et d'épanouissant, centré sur les sensations et les plaisirs partagés », est autant le résultat que la cause d'un rapport plus que distant à l'univers du sport d'élite. Ce médecin ne partage finalement ni la géographie, ni le calendrier des champions examinés.

A l'inverse, les docteur Renaud, Beaugendre ou encore Raulo se sont toujours déplacés sur le terrain sportif, et ce dès le début de leurs carrières médico-sportives. Tous trois anciens pratiquants sportifs, ils ont tous assumé des fonctions sportives (deux ont été entraîneurs, un est encore actuellement juge). Ils réalisent le suivi médical des athlètes au cœur même de leurs lieux de vie. Le docteur Renaud est dans le gymnase, le docteur Beaugendre possède un bureau médical dans une pièce directement attenante aux vestiaires des joueurs professionnels et le docteur Raulo suit les joueuses de l'équipe de France dans leurs déplacements, improvisant dans chaque nouvel hôtel une « chambre médicale ». C'est là qu'ils se sentent à leur aise. Le docteur Renaud, lors de notre toute première visite au sein du pôle de gymnastique, nous explique que les cadres techniques lui avaient d'abord proposé de s'installer dans l'infirmerie du complexe sportif. Mais cette pièce n'est pas directement placée dans le gymnase. Aussi, rapidement, le médecin déserte les lieux pour s'installer dans la petite salle de pause des entraîneurs du pôle, qui donne directement sur le praticable. « Je préfère nettement être là, dans le gymnase, c'est plus sympa !... Je discute avec les gars [les entraîneurs] et je vois un peu l'entraînement, l'ambiance ». A ce titre, le fait que la porte de cette salle reste régulièrement entrouverte lors des consultations avec les gymnastes est symboliquement fort. Le médecin partage ici complètement l'espace sportif. Mais il est nécessaire de noter la grande variabilité du temps passé sur le terrain selon les médecins. Deux heures par semaine au pôle, de nombreuses surveillances de compétition les week-ends, et quelques services rendus à des clubs tenus par des

« copains » représentent le volume horaire consacré par le docteur Renaud à la gymnastique dans sa pratique professionnelle. Pour le docteur Beaugendre, son contrat prévoit 25 heures de présence hebdomadaire et il doit assurer la surveillance des matches de l'équipe professionnelle lorsqu'ils se jouent à domicile. Enfin, pour le docteur Raulo, son rythme de travail ne s'évalue pas en heures mais bien en journées de déplacements. Actuellement, sans compter son travail administratif réalisé à domicile, cela représente entre 100 et 135 jours de déplacements par an. Pour autant, quel que soit le temps effectif passé sur le terrain, ils possèdent tous un point commun ; celui de partager avec le petit monde du sport qu'ils côtoient des temps extraprofessionnels. Le docteur Beaugendre entretient des relations extrêmement étroites avec certains footballeurs professionnels, au point de les voir en dehors du centre sportif ou, lorsque leurs familles sont en visite, d'embrasser femme et enfants tout en les appelant chaleureusement par leurs prénoms. De même, le médecin du pôle de gymnastique s'est forgé une véritable sphère amicale dans ce milieu, en témoignent ses actuels voyages au ski « avec les gens du club », ainsi que les nombreux repas et sorties partagés avec cette « grande famille ». Les liens qui le rattachent à cet univers sont quasiment viscéraux. Il s'est littéralement construit dans ce monde. Sa complicité avec son beau-frère, ancien gymnaste de niveau international qui a laissé son nom sur une figure acrobatique, a été déterminante. Plusieurs fois, au cours de nos observations ethnographiques de sa pratique, des « amis de la gym » sont passés à la salle. L'un d'eux est par exemple photographe spécialisé dans le milieu sportif. Les deux hommes se connaissent bien. « On a fait deux championnats du monde ensemble, à Rotterdam et à Stuttgart. Oh là là, la java ! Ah bah c'est un phénomène lui, il t'emmène au bout de la nuit ! C'était bien. Comme il y avait mon beau-frère qui faisait partie de l'équipe de France, on squattait leur piaule. On dormait à 15 dans un petit dortoir (Rires)... Ah les supers souvenirs ! ». Les deux comparses se mettront finalement d'accord pour organiser un repas prochainement avec « un autre couple d'amis de la gym ». La vie dans l'entre soi sportif est ici manifeste. C'est cette intimité qui explique que l'on retrouve chez ces médecins une forte inclination à la pratique d'un humour piquant à l'égard des athlètes et de l'encadrement sportif (qui est une composante du milieu sportif où il habituel « de chambrer et de se faire chambrer »). Karl, jeune gymnaste du pôle, s'est blessé à la main sur un exercice aux anneaux. L'entraîneur explique au médecin qu'il « s'est fait un gros steak » (ce qui renvoie à une plaie caractéristique de la main sur les exercices aux agrès), et qu'en se laissant tomber dans la fosse suite à cette déconvenue, il s'est mal réceptionné dans la fosse et son genou est venu heurter très violemment son œil. Lorsque le

jeune homme rentre dans la salle de pause afin de consulter le médecin, ce dernier s'exclame à la vue du visage tuméfié : « Tiens, voilà celui qui s'est battu avec je ne sais pas qui ! Ça fait mal un genou hein ! », ce qui ne manque pas de faire rire les entraîneurs présents. Nous sommes loin des politesses pratiquées à l'hôpital. D'ailleurs, le traitement réservé aux grands champions éclaire des phénomènes exactement opposés. Le service est en ébullition. Ce matin, un célèbre basketteur professionnel américain vient réaliser des tests d'effort. Les stagiaires sont sur le pied de guerre, c'est l'évènement de la semaine à ne pas manquer. C'est le docteur Quirion qui assure sa prise en charge, ce qui n'empêche pas le docteur Alberti, responsable du service, de venir s'essayer à quelques mots d'anglais auprès du patient. Un jeune stagiaire prend des photos et tente de parler du championnat NBA. L'examen se déroule sans incidents. Sur le départ, le docteur Quirion s'empresse de rejoindre « le géant » dans le couloir du service. Elle lui souhaite une bonne saison et lui demande finalement un autographe. Pour son fils, « fan de basket ». Le joueur s'en va. L'euphorie retombe immédiatement. La vie du service est ainsi ponctuée des « visites importantes ». « Tu n'as pas regardé le planning ? Ce matin, on a un médaillé olympique ! ». Mais le sportif tarde à arriver et c'est tout le service qui devient fébrile. Ce « lapin » là prendrait une teinte plus catastrophique que les nombreux et habituels désistements de sportifs tout venants. Pendant l'épreuve d'effort du patient précédent, encore en plein pédalage sur une bicyclette ergométrique, le médecin se fait la remarque à voix haute « C'est bizarre qu'il ne soit pas là ». Le médaillé d'Athènes arrive finalement. Une fois n'est pas coutume, le chef se déplace dans la salle d'attente pour le saluer (« Vous allez bien ? »). Il le convie même à rejoindre l'équipe médicale dans la petite salle de pause, à l'occasion de la galette des rois. Le docteur Quirion, peu habituée à voir ainsi un patient dans la pièce sacro-sainte où le personnel médical se relâche à l'abri des regards, nous confie en souriant : « On voit que c'est un champion olympique hein ! ». A la fin des tests et des entretiens médicaux, au moment de partir, le médecin salue le sportif et lui lance en prévision des Jeux Olympiques de Pékin : « Bon courage ! On vous soutiendra, on sera tous derrière vous ! » (Elle s'était ainsi refusée de lui demander un autographe afin de « ne pas lui porter malheur »).

Porter les couleurs d'un club sportif, en partager l'histoire, pratiquer le tutoiement mutuel systématique et ne pas hésiter à manifester un humour piquant à l'égard des athlètes ; Porter la blouse blanche, ne pas se déplacer sur le terrain, pratiquer le vouvoiement mutuel systématique et respecter une distance polie entre deux individus qui

se connaissent peu : les oppositions ainsi soulevées témoignent de paysages médicaux dont on a bien du mal à se persuader qu'ils sont issus d'une même palette d'enseignements et de stages. Là encore, la valeur socialisante de la formation en médecine du sport paraît bien faible. Ces différences peuvent ne résulter que de situations elles-mêmes divergentes. Tantôt le sportif se déplace à la rencontre d'une équipe médicale, tantôt c'est le médecin qui partage le quotidien d'une équipe sportive. La couleur que prend le rapport entretenu au sport et au sportif dépend-il uniquement du contexte dans lequel se déroule l'intervention médicale ? La position mal ajustée du docteur Quirion au sein du pôle de handball est là encore très intéressante pour interroger cette hypothèse.

La problématique du partage du temps et de l'espace est au centre des réflexions du docteur Quirion sur sa propre pratique de médecin de pôle. Le praticien a fini par s'attacher aux jeunes, mais n'aime décidément pas se déplacer jusqu'au lycée où ils s'entraînent et étudient (une demi heure de route depuis le service hospitalier). Depuis quelques années, elle a donc fait en sorte d'adapter les conditions de travail pour rendre cette fonction plus vivable. Elle ne se déplace qu'une fois tous les quinze jours. Sinon, c'est le cadre technique qui emmène les jeunes au CHU grâce au minibus de la structure. Elle compte également sur son confrère généraliste qui exerce dans la petite ville où est implanté le centre de formation des handballeurs. « Il y a d'autres médecins quand même, faut pas exagérer ! S'il arrive un problème pendant l'entraînement, je ne vais pas courir, ils vont d'abord chez le généraliste [le docteur Quirion est elle-même médecin généraliste] et je les vois éventuellement ensuite si il y a besoin ». Les besoins médicaux du pôle l'étouffent littéralement. « Les entraîneurs sont hyper exigeants. Ils veulent tout gérer. Ils commencent à m'énerver ! Attends, cette semaine, ils m'ont appelé tous les jours, plusieurs fois par jour... A chaque fois pour un nouveau cas. Attends, ça va ! A tel point que maintenant, des fois, je ne réponds plus quand je vois que c'est eux qui appellent... ». « Même sur les pistes de ski ils m'appellent, alors qu'ils savent très bien que je suis en vacances ! Là, je ne réponds pas hein ! C'est plus du travail, c'est de l'esclavagisme ! Pour eux, il faudrait toujours être disponible... ». D'ailleurs, c'est décidé, l'année prochaine elle n'ira plus sur place. Les déplacements sont une perte de temps trop importante pour elle et « la médecine est forcément meilleure quand elle se fait à l'hôpital car on peut prendre le temps. Autrement, c'est de la débrouillardise ». Nous l'accompagnons sur l'une de ses interventions au lycée. Il est surprenant de voir la manière avec laquelle le médecin

applique une sorte de contrôle non conscient du déroulement des consultations pour déroger le moins possible aux cadres spatio-temporels incorporés. Il est hors de question qu'elle fasse un crochet par la salle d'entraînement, « pour ne pas tout mélanger ». Elle se contente de décrocher dans le hall du lycée la feuille de « rendez-vous chez le médecin » qui est épinglée sur un tableau en liège. N'y figurent que les athlètes blessés. Ainsi, contrairement au docteur Renaud qui passe automatiquement l'ensemble des gymnastes en revue chaque semaine, le docteur Quirion possède avec elle un trombinoscope afin de mettre un visage sur les noms qui lui sont moins familiers (elle avoue même n'avoir jamais vu certains d'entre eux). La pièce où se déroulent les consultations médicales se trouve dans une aile du lycée un peu plus isolée, à l'étage, dans une infirmerie. Une porte double-battant « coupe-feu » ferme la partie du couloir où attendent les sportifs ayant pris rendez-vous, et l'écriteau qui y est fixé annonce aux éventuels curieux : « visite médicale avec le médecin ». Cette petite pièce est très clairement destinée à un usage médical et est équipée d'un brancard, d'une toise, d'un test de vision et du bureau sur lequel s'installe le praticien. Entre chaque sportif, un soin particulier est pris pour que la porte du bureau médical soit refermée. Cette fois, le docteur Quirion va examiner 11 athlètes. En rangeant ses affaires deux heures plus tard, elle nous fait remarquer à quel point les cadences sont différentes de l'hôpital. « Ce n'est pas de la bonne médecine, c'est de la débrouillardise ». Elle nous dévoile alors un raisonnement qui intéresse tout particulièrement cette problématique des espaces. « En plus, ce n'est pas bon de venir sur place, sur leur lieu à eux. Là, c'est moi qui me déplace chez eux. Ils sont chez eux ! Et ce n'est pas du tout le même esprit. Ce n'est pas la même chose d'aller voir un médecin à l'hôpital. Du point de vue de l'impact psychologique sur le sportif, à l'hôpital, tout seul sans les copains à l'attendre, ce n'est pas pareil ! Ça l'aide je pense à prendre conscience le cas échéant qu'il est vraiment malade ou blessé. Ça l'aide à prendre la vraie mesure des choses... C'est pour ça aussi que je préférerais que cela se fasse à l'hôpital, mais les entraîneurs n'ont pas l'air de m'entendre... Pourtant, même si les consultations sont sur le temps de l'entraînement, il y a trois entraîneurs pour deux équipes et ils ont un minibus, donc il pourrait bien y en avoir un qui fasse le déplacement... Mais non. Ils ne comprennent pas et sont trop exigeants. Parfois ils voudraient même presque faire la médecine à ma place ». Finalement, dans le trajet retour vers l'hôpital, le docteur Quirion nous confiera être « sans doute plus sur une position hospitalière ». Elle ne se sent pas du tout partie prenante de l'équipe sportive et n'est pas intéressée pour développer plus en avant ses relations avec l'encadrement. « Je ne veux pas le faire. On peut le faire éventuellement avec un entraîneur, mais on ne peut pas

le faire avec les sportifs de haut niveau si on est amené à les revoir. Ce n'est pas bien. Après, on n'aurait pas l'objectivité pour les revoir comme il faut. On ne soigne pas ses amis ! ».

Ce dernier aphorisme, dont la logique semble indéfectible, n'a pourtant pas valeur d'évidence pour l'ensemble des médecins observés. Le docteur Raulo ne se contente pas du suivi des joueuses de l'équipe de France, il est aussi le médecin de la délégation française. Sur les compétitions, il soigne donc également ses collègues et amis du staff technique. En plein entretien, l'entraîneur adjoint nous interrompt et sollicite les compétences du médecin afin de venir à bout d'une migraine débutante. Ce dernier n'a qu'à se saisir de sa mallette argentée pour en sortir les cachets adéquats. De la même façon, au sein du Club professionnel de football, les docteurs Beaugendre et Gardet sont les médecins de l'ensemble de la structure. Il n'est pas rare de voir les entraîneurs s'adresser aux médecins dans leurs bureaux médicaux afin de se faire soigner sur place si les médecins disposent de la médication appropriée ou de bénéficier d'une ordonnance après que le diagnostic ait été établi. Enfin, au sein du pôle espoir de gymnastique, la logique est la même. Nous aurons le loisir d'observer plusieurs consultations « sauvages » à l'arrivée dans le gymnase au profit des entraîneurs (pour un problème de peau ou une douleur musculaire), mais nous constaterons surtout que le docteur Renaud, en plus d'être le médecin du centre de formation des élites, est également le médecin de tout l'espace gymnique local. Il n'hésite pas à répondre positivement aux sollicitations d'un entraîneur du club support qui héberge le pôle et accepte de recevoir en urgence sa femme qui vient d'avoir un accident de ski. Il appelle ainsi personnellement sa secrétaire devant l'entraîneur afin de placer un rendez-vous deux jours après.

La logique est donc fort différente. Les docteurs Alberti, Amazan mais également le docteur Quirion, ne sont les médecins que des sportifs qui les consultent et ne répondent à aucune autre sollicitation, du simple fait sans doute qu'ils n'en ont pas. A l'inverse, les docteurs Beaugendre, Raulo et Renaud partagent les temps et les espaces de cet univers séparé et n'hésitent pas, sur le mode du « service rendu », à répondre aux nombreuses demandes de l'espace dans son ensemble.



Sport et Médecine à l'hôpital



« Un couloir interminable dont les flancs sont percés de nombreuses portes. Derrière elles, des salles d'effort ou des bureaux médicaux. Dans la première les sportifs rencontrent une bicyclette qui à défaut d'avancer reste branchée sur des moniteurs. Comme aime le répéter le docteur Alberti, ici, « le vélo gagne toujours ». Dans la seconde, les sportifs sont examinés et interrogés par les docteurs Quirion ou Amazan. Brancard, podoscope et tableau lumineux agrémentent le paysage ».



« Au sein d'un pôle espoir de gymnastique, le docteur Renaud se rend une fois par semaine sur le lieu d'entraînement des athlètes. Les consultations ont lieu dans la salle de pause des entraîneurs. La porte entrouverte sur le gymnase, les jeunes sportifs passent un à un devant le praticien pendant une séquence d'entraînement. Le dernier passé appelle le suivant, qui stoppe son activité le temps de la consultation, avant de reprendre son effort. Le médecin abandonne l'asepsie de son cabinet pour cette petite salle exigüe, aux odeurs de café et de tabac, dans laquelle tout semble recouvert d'une légère poussière blanche de magnésie ».



Sport et Médecine dans un pôle espoir de gymnastique





Sport et Médecine dans un pôle espoir de Handball

« Le docteur Quirion ne souhaite pas réaliser les consultations sur le lieu d'entraînement des jeunes handballeurs. Si elle se déplace donc au lycée qui héberge le pôle, elle reçoit les blessés dans l'infirmierie qui se situe dans une partie plus isolée du bâtiment. Tout est fait pour que soient reproduites les conditions d'exercice qu'elle met en œuvre à l'hôpital. Les sportifs attendent à l'extérieur de la salle et respectent l'ordre de passage indiqué sur la « feuille des rendez-vous médicaux ». Cette petite pièce est très clairement destinée à un usage médical et est équipée d'un brancard, d'une toise, d'un test de vision et du bureau sur lequel s'installe le praticien. Entre chaque sportif, un soin particulier est pris pour que la porte du bureau médical soit parfaitement refermée ».



III. Le temps des secrets

« La tension entre le secret et la diffusion de la connaissance de l'objet est toujours présente car aucun objet ne peut échapper à la dialectique du secret et de l'information. [...]. [Ainsi] hésite t'on sur l'équilibre à conserver entre la garde du secret médical, que l'on dit inexpugnable, et les impératifs de santé publique et de protection d'autrui, que l'on approuve tout autant »⁴⁹.

« Le secret devrait devenir absolu lorsqu'il est lié à l'exercice de certaines professions ; pourtant rien n'est moins sûr »⁵⁰.

Des pratiques et représentations variables d'une même compétence médicale sont responsables d'interprétations déontologiques singulières et d'implications circonstanciées dans les dispositifs d'encadrements médico-sportifs. En nous appuyant sur une notion fondamentale de la norme médicale, le secret professionnel, il va désormais s'agir de montrer comment un conflit de codes éthiques (entre sport et médecine) peut en faire varier la signification (parfois de façon extrêmement contrastée), sans qu'aucun médecin n'ait le sentiment de dépasser les limites convenues de l'intervention. Le devoir de discrétion est un élément constitutif de l'ethos médical et s'actualise dans le Serment d'Hippocrate ainsi que dans l'article 4 du code de déontologie médicale⁵¹. « De manière générale, les médecins sont liés par la nature de leur activité et par des principes éthiques solidement établis qui leur commandent de garder secrètes les informations communiquées par leurs patients, même après la mort de ces derniers »⁵². L'article 50 du code de déontologie admet « que le secret puisse être partagé entre professionnels de santé, mais seulement dans

⁴⁹ **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 16 ; 24.

⁵⁰ **BONELLO**, Yves-Henri. 1998. *Le secret*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, p. 53.

⁵¹ L'histoire de la médecine est d'ailleurs intégralement traversée par cette problématique de la conservation des informations. Voir par exemple : **VILLEY**, Raymond. 1986. *Histoire du secret médical*, Paris, Robert Laffont, 241 pages.

⁵² **FOMBAD**, Charles Manga. 2001. « La crise du secret médical dans le cadre de la lutte contre la pandémie de VIH/sida au Botswana », *Revue internationale des sciences sociales*, 2001/4, n° 170, p. 703-717.

l'intérêt du malade, afin de faciliter à ce dernier l'obtention d'avantages sociaux ». Sur le terrain sportif, le médecin du sport est amené à travailler avec des professionnels non médicaux, dont l'activité dépend expressément de l'état physique des sportifs qu'ils encadrent. « Le médecin du sport, obligé de respecter le secret médical, a donc une mission difficile compte tenu des pressions qu'il subit, car à tout moment, “dirigeants et entraîneurs sollicitent le médecin pour connaître l'état physique, physiologique, pathologique, psychologique de leurs athlètes afin de mener à bien l'entraînement, d'effectuer recrutements et sélections”. Le médecin du sport doit résister à ces demandes pour préserver le secret et doit “se limiter à des conseils pratiques, de niveau qualitatif et quantitatif, relatifs à la poursuite de l'entraînement et de la compétition” »⁵³. On l'aura donc compris, d'un point de vue déontologique et juridique, le médecin du sport est tenu de garder le secret sur les informations médicales et ne peut les partager avec des confrères que dans l'intérêt du sportif et avec son accord préalable. Cette grille de conduite ne résiste pourtant que peu de temps à l'épreuve des faits. Si certains médecins s'y tiennent fermement, d'autres réinterprètent la norme, et relisent ce format moral avec leur propre filtre de lecture biographique. La forme se conforme, et les pratiques non déontologiques ne sont plus vécues comme telles. Ainsi faut-il comprendre les différents rapports au secret entretenus au sein d'une même sphère professionnelle.

Le secret total

Ce premier idéal-type renvoie aux médecins du sport qui s'engagent dans une pratique médicale complètement étrangère aux structures sportives d'élite. Dans la grande majorité des cas, ils désirent se mettre volontairement à distance de l'entourage sportif de façon à protéger la relation avec le patient. Les enjeux sportifs sont vécus comme des menaces à l'indépendance du médecin. Se définissant eux-mêmes comme extérieurs à l'équipe sportive, la nécessité du corps performant est pensée comme une contrainte imposée au jeune sportif par son environnement direct. Il s'agit alors de sortir l'athlète de cet univers clos, seule condition pour une prise en charge médicale salutaire. Ces médecins entretiennent un rapport biographique distant avec le sport de haut niveau (n'ont pas été sportif de niveau élevé eux-mêmes, n'occupent pas de fonctions « sportives » telles que juges, entraîneurs, ou plus simplement membre du bureau d'une association), et mettent en

⁵³ **HARICHAUX**, Michèle & Pr. **HARICHAUX**, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 13.

œuvre cette compétence médicale spécifique au sein de structures « périphériques » (relativement au référentiel sportif), telles qu'un service hospitalier de médecine du sport, ou une antenne médicale de prévention et de prise en charge des conduites dopantes (AMCD) par exemple. Symboliquement, il est important de noter que dans cette configuration d'intervention médicale, c'est le sportif qui se déplace et vient à la rencontre de la sphère médicale. Les consultations sont ici imposées par la législation. Ces médecins n'éprouvent pas d'attirances particulières pour cet univers qui leur paraît pathogène et ne cherchent pas le contact avec d'autres agents que le sportif lui-même. Inversement, l'entourage sportif vit cette médecine comme traditionnelle, rigide, d'une utilité limitée. Patrick Laure montre dans une étude sur l'observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains, que les athlètes eux-mêmes entretiennent un rapport distant avec cette médecine du sport (qui se traduit par une « importante inobservance »)⁵⁴. Dans le colloque singulier entre le médecin et le sportif, le vocabulaire utilisé est très médicalisé, sans références à la « culture sportive » du patient. (« Tu as une cyphose lombaire très prononcée, tu le savais ? » « Tu as un léger récurvatum mais qui n'entraîne pas d'instabilités »).

« Le secret dont certaines professions ont été dotées était destiné, à l'origine, à protéger la confidentialité des informations dont elles disposent et donc à respecter l'intimité de la vie privée des personnes physiques ou morales. [C'est] sous les coups de boutoir d'un environnement social sans cesse plus exigeant [que] ce principe a dû accepter des exceptions de plus en plus fortes »⁵⁵. Dans ce cas, l'entretien médico-sportif est placé dans un rapport d'expertise qui se situe volontairement à distance de l'environnement sportif. Logiquement, la relation médecin – patient est donc ici garantie d'un secret sans failles.

Le docteur Amazon – Praticien attaché au service régional de médecine du sport d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), il réalise le suivi médical des athlètes (examen clinique, entretien psychologique, rendus obligatoire par le décret du 6 février 2004) ainsi que quelques consultations de traumatologie du sport. « [Sa] façon de pratiquer la médecine du sport [lui] paraît passionnante ». En explicitant les raisons d'un tel

⁵⁴ LAURE, Patrick ; IHABBANE, L. 2007. *Op. Cit.*

⁵⁵ KLING, Didier. 1999. « Le monde des affaires et le secret », in FRISON-ROCHE, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 175.

contentement, il évoque le rapport distant qu'il entretient à l'entourage sportif et nous convainc finalement que la question d'un éventuel partage du secret ne se pose même pas. « Jamais en clubs ! J'ai voulu rester médecin avant tout ! Les sportifs sont des malades ! (Rires). Non, je rigole..., mais bon..., j'ai tout fait pour ne pas y être ! [...] Je crois qu'on fait vite comprendre qu'on ne sera pas disponible pour ça. [...] Soit on a une attitude experte, où soit on va se prostituer au sport. De vouloir chercher une reconnaissance par ce biais là... Je pense que ce sont deux métiers différents. Je pense qu'on y perd son intégrité quand on est dans les clubs comme ça. Ça ne peut pas être autrement. [...] On n'est pas la nounou du club ». Ce médecin voit un grand nombre de sportifs en consultation, mais n'entretient pour autant que peu de contacts avec l'entourage sportif. « Les seuls qui font cette démarche sont les gens du basket féminin, avec qui on organise chaque année une réunion, et c'est d'ailleurs les seuls avec qui cela se passe mal ! » (La source de conflits étant le poids des jeunes basketteuses). « Il ne s'agit pas d'être médecin pour le club, mais bien médecin pour le sportif ! ».

Le secret sportif

Les médecins du sport qui évoluent au plus près des sportifs d'élite, au sein même de leurs structures de formation sont en revanche intégrés dans le staff sportif et comprennent les projets individuels orientés vers la recherche de l'efficacité en vue de la performance. Il s'agit bien également pour eux d'exercer leur compétence médicale au profit de la santé des sportifs, mais dans le cadre d'interventions ne « dérangeant pas » les exigences de l'entraînement sportif. Contrairement aux résistances évoquées supra, ces médecins ont incorporé les normes et les valeurs de cet espace « extra-ordinaire »⁵⁶. Dans ce cadre, qu'il s'agisse d'un médecin de pôle, ou du médecin d'un centre de formation d'un club professionnel par exemple, les praticiens travaillent en relation directe avec l'entourage sportif. Symboliquement, il n'est pas neutre de constater que cette fois, c'est le professionnel de santé qui se déplace, ou mieux, qui est sur place. L'échange verbal entre le médecin et le sportif se caractérise en outre par un vocabulaire médical parsemé de références à la pratique sportive. (« Oui, il y a peut-être un petit quelque chose sur l'ischio. Tu t'es fait mal en faisant quoi ? [Sur la réception d'une double vrille] Tu passes déjà la double vrille ? Chapeau ! »). Ici, logiquement, le rapport entretenu au secret professionnel

⁵⁶ PAPAN, Bruno. 2007. *Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive*, Paris, L'Harmattan.

est à l'opposé de celui évoqué précédemment. Dans l'urgence du calendrier sportif, et face au risque que représente une blessure grave dans la carrière sportive d'un athlète, le médecin considère comme « naturel » de partager le secret avec l'entourage sportif⁵⁷. Le bon fonctionnement de l'espace en dépend... La vision traditionnelle du secret comme liant d'un « corps professionnel » ne tient plus dans un tel contexte. « Comment des professionnels pourraient-ils travailler sans mettre en commun leur savoir ? Parce qu'il y a une culture d'appartenance à un même corps professionnel, le secret doit pouvoir circuler en son sein, dès l'instant qu'il ne s'enfuit pas vers l'extérieur, vers le non-professionnel, vers le professionnel d'un autre ordre, [l'entraîneur] par exemple »⁵⁸. Ici, le secret ne consacre pas une profession, mais bien une communauté d'intérêts orientée vers la réussite sportive. Si la limite entre la connaissance acquise à l'intérieur et la connaissance inaccessible pour l'extérieur forme la clôture par laquelle on reconnaît une profession, elle peut tout autant caractériser un collectif fermé autour d'un intérêt commun. Finalement, « partout où les intérêts de pouvoir d'une structure vis à vis de l'extérieur sont en jeu, nous trouvons du secret »⁵⁹. Le projet sportif est donc plus fort que le cadre déontologique, et fait dériver la notion de secret partagé, le transformant comme « nécessairement partageable » par l'ensemble de l'équipe sportive, non pas seulement médicale, mais aussi et surtout technique. Le secret médical devient secret sportif.

Notons que ce partage ne vaut que pour les informations médicales susceptibles d'avoir un impact sur le déroulement sportif. Tout se passe donc comme si ces informations avaient un statut différent de celles ayant trait à la santé plus globale de l'individu. Une laxité ligamentaire est une information à transmettre contrairement à une maladie de peau par exemple. Ce mécanisme ne peut exister que dans la mesure où la logique sportive est dominante, et exerce pleinement sa domination. Ce partage « naturel » de l'information, seul garant du succès sportif, rend finalement les praticiens complices d'une domination symbolique massive des athlètes qui se voient déposséder de leur droit le plus fondamental : le respect de leur vie privée. Tout se passe comme si le corps sportif était un corps public, offert aux yeux de tous.

⁵⁷ Nous sommes alors très loin de la divulgation du secret professionnel par « la contrainte » ou « l'effraction ». Ici, la divulgation se fait par adhésion, et les informations médicales circulent « naturellement ». **LECLERC**, Henri. 1999. « Les secrets de l'avocat », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 216-217.

⁵⁸ **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 64.

⁵⁹ C'est un principe énoncé par Max Weber, cité dans **BECKER**, Howard. 2004. *Op. Cit.*, p. 152.

Le docteur Renaud – Médecin du pôle espoir de gymnastique sportive masculine, il réalise le suivi médical des 12 athlètes âgés de 11 à 18 ans. Lors d'un entretien de recherche effectué en toute fin d'observation ethnographique de sa pratique, soit à l'issue d'une collaboration de près d'une année, le docteur Renaud nous livre sa représentation du secret médical dans le contexte très particulier de son exercice. « Tu ne peux pas te contenter du secret professionnel habituel. Si tu veux que ça se passe bien, il faut que les gens qui côtoient les gymnastes, soient au courant de la pathologie. C'est normal. Bon, en sachant qu'il n'y a pas de partage du secret professionnel pour des pathologies qui sont différentes, qui n'ont rien à voir avec la gym. Mais pour le bien du gymnaste, il est normal que l'entraîneur sache la pathologie que son jeune a. C'est d'une certaine façon un partage du secret médical. Mais ça reste des maladies quand même..., on n'est pas dans des cancers, des dépressions. Evidemment, là, c'est différent. Moi je trouve que c'est bien que les entraîneurs soient au courant de ce qu'ont les mêmes. Alors après, tu peux chipoter, tu peux trouver un juriste qui va te dire mais non, ce n'est pas normal ! Mais pour le bien du même, c'est quand même mieux que chacun sache un petit peu ce qu'il y a, ce qu'il peut faire. Tu ne peux pas te contenter de dire : alors lui il n'a pas le droit de faire d'impulsions pendant trois mois quoi. Mais autrement, il y a un secret professionnel hein ! Il y a des pathologies qui n'ont pas besoin d'être connues des entraîneurs, ça c'est évident. Un même qui a..., je ne sais pas moi, un syndrome fébrile..., ils n'ont pas besoin de savoir ce qu'il a. Il a une infection, et voilà, point. [...] Nous, on n'en a jamais vraiment eu. Mais il pourrait y en avoir ! Mais quand ce sont des petites blessures, ça a des conséquences, et l'entraîneur doit être au courant, parce que..., en gym, on ne les arrête jamais quasiment. C'est plutôt une adaptation de l'activité qu'un arrêt complet. Alors il faut quand même que l'athlète sache où il a mal, ce qu'il a à peu près, ce qu'il peut faire, et ce qu'il ne peut pas faire. Sinon, tu ne peux pas..., c'est impossible quoi. Non, non..., moi ça ne me..., je crois que ça ne perturbe personne ».

Après chaque visite hebdomadaire au pôle, le rituel est le même. Le docteur Renaud rejoint au milieu du gymnase le coordonnateur du pôle qui dirige l'entraînement et lui fait un petit compte rendu des consultations. Il lui faut pour cela traverser des tapis et éviter des agrès (« Ah, ça donne envie hein, quand on est là ! »). Jamais prolix, il partage néanmoins régulièrement des informations d'ordre médical afin de permettre au technicien de poursuivre son activité dans de « bonnes » conditions.

Consultation du 19 / 12 / 2006 :

Dr. Renaud : « *Pour l'épaule d'Allan, on ne trouve pas hein !* ».

Coordonnateur : « *Oui, c'est bizarre son truc* ».

Dr. Renaud : « *Moi, je pense que c'est une ostéochondrose, un truc comme ça* ».

Coordonnateur : « *Pfff, ça faisait un moment qu'on n'en avait pas eu !* ».

Consultation du 04 / 01 / 2007 :

Coordonnateur : « *Bon, tu as vu Morgan ?* ».

Dr. Renaud : « *Oui, bah c'est une entorse bénigne hein ! Il n'y a rien d'alarmant !* ».

Coordonnateur : « *Ok* ».

Consultation du 20 / 03 / 2007 :

Coordonnateur : « *Alors, ton diagnostic ?* ».

Dr. Renaud : « *Oh, bah c'est une entorse hein !* ».

Coordonnateur : « *Donc il n'y a pas d'arrachements ?* ».

Dr. Renaud : « *Non* ».

Le docteur Beaugendre – Médecin de l'équipe professionnelle de football, il est également responsable de l'ensemble des services médicaux et paramédicaux. Accompagné du docteur Gardet qui a en charge le suivi du centre de formation, les deux médecins ne sont pas toujours présents dans l'enceinte du centre sportif au même moment. En cas d'urgences, il est donc entendu qu'ils puissent chacun s'occuper des patients de l'autre. Ainsi, le 3 mai 2007, le docteur Beaugendre est seul présent sur la structure. Le jeune Adam, âgé d'une quinzaine d'années, s'est blessé gravement à la cheville et vient de rentrer de l'hôpital. Plâtré et en béquilles, il se présente à la demande de son entraîneur devant le bureau médical du médecin afin de lui présenter les radios. Après avoir reçu quelques joueurs professionnels, toujours prioritaires sur les plus jeunes dans l'ordre des consultations, le jeune homme est invité à rentrer dans le bureau. Chose rarissime durant

nos 7 mois d'observation, cette fois la porte reste ouverte et nous pouvons assister à la consultation. Le médecin sort la radio et l'appose sur le tableau lumineux. L'entraîneur du jeune homme, accompagné du responsable du centre de formation, passent dans le couloir et entrent tous deux dans le bureau médical. Le médecin ne tarde pas à exposer son diagnostic à Adam, devant les deux techniciens qui restent silencieux. « Bon, tu vois, c'est là qu'il y a un problème [il montre du doigt sur la radio]. C'est une fracture articulaire. Et je ne sais pas quoi faire par rapport à ça. Donc je vais donner le dossier demain matin à [prénom du docteur Gardet], et on va consulter ensemble le chirurgien. J'aimerais avoir son avis sur une opération. Mais c'est délicat. Parce qu'il faudrait enlever ça [montre sur la radio], mais ça voudrait dire ensuite que tu aurais une moins bonne surface d'appui pour reposer ta cheville. C'est une fracture qui n'est pas forcément très grave, mais c'est quand même très embêtant ! Et je veux que tu saches la vérité. Parce qu'il peut y avoir des risques pour après. Tu pourrais avoir une cheville plus raide. Vu que tu es gaucher, ça veut dire qu'il pourrait y avoir un impact sur la force de tes frappes, sur la qualité de tes passes... C'est préoccupant. Mais pour te rassurer, j'en ai déjà vu d'autres qui sont aujourd'hui pros et qui n'ont pas de problèmes. Mais bon, ça m'embête. Mais vu ton âge et vu ce que tu veux faire comme carrière ensuite [Adam fait partie des jeunes pressentis pour une carrière professionnelle brillante], moi je suis assez partisan de l'opération. En tout cas, on va se battre pour réparer ça correctement. Mais ce n'est pas un problème facile à gérer et je veux avoir l'avis du chirurgien. As-tu mal là ? ». « Oui [ce sera là la seule intervention du jeune homme]. « Il faut que tu mettes de la glace ». Les deux coaches sont restés dans le bureau médical pendant la totalité de l'entretien sans jamais intervenir. Tout le monde sort, Adam s'éloigne en claudiquant, l'air abattu. Un troisième entraîneur rejoint ses collègues dans le couloir, et demande des nouvelles de la blessure. Une discussion s'engage avec le responsable du centre de formation. « Alors ? C'est une fracture ? ». « Oui, mais une fracture articulaire » « Et c'est encore plus chiant ? » « Bah oui, oui... » « Pff ». Les techniciens s'éloignent à leur tour dans une atmosphère pesante. En entretien, le médecin évitera de revenir sur cet évènement qui ne fait pourtant pas figure d'exception.

Enfin, dans les deux cas, au pôle de gymnastique comme au sein du club professionnel de football, il n'est pas rare que plusieurs patients consultent ensemble. Parce que ce processus de fermeture progressive sur un entre soi restreint, les athlètes ont parfois tendance à se construire des soutiens dans l'entourage sportif direct. Le « bon copain » remplace alors la famille et fait office d'accompagnateur. Deux joueurs professionnels

consultent ainsi régulièrement le docteur Beaugendre ensemble. Pour ce dernier, rien d'illogique. « Ce sont des gens qui sont arrivés quand ils avaient 14 ans. Tous les deux. Donc quand tu les a vus, ça faisait déjà 15 ans que l'on vivait ensemble. Donc ça dépend des pathologies, mais c'est vrai que parfois, il y a une certaine complicité par rapport à ça. Ils ont tous les deux un truc à montrer, ils viennent ensemble et ça ne pose pas de problèmes. Mais bon..., ce sont les seuls. Ça fait 15 ans que je les suis. Et puis là, c'est aussi un milieu particulier où le rapport au corps est un peu différent et où le sentiment de gêne n'existe plus vraiment entre eux ».

Le secret inquiet

Ecrire la réalité, c'est déjà la pervertir. La catégorisation qui vient d'être présentée est utile pour « mettre de l'ordre » et rendre intelligibles les situations que nous avons étudiées à partir de deux idéaux-types. Cependant, son caractère dichotomique écrase dans le même temps les singularités de ces situations, occulte le « désordonné » et prive la description du dynamisme et de la complexité qui caractérisent le monde social. De fait, les figures respectives du médecin du sport « santé » et du médecin du sport « performance », n'épuisent pas la description des différentes formes d'intervention en médecine du sport. Nous concevons plutôt ces deux figures comme les deux extrémités d'un continuum de placements professionnels. Il est en effet possible de rencontrer une multitude de représentations et de rapports au secret médical dans cette sphère médico-sportive. Entre le secret intégralement préservé, et celui totalement partagé, on trouve des nuances, des compromis. Là encore, la position du docteur Quirion, profondément hospitalière mais qui pour des raisons liées à la bonne marche du service dans lequel elle travaille, a accepté la fonction de médecin d'un pôle espoir de handball, illustre parfaitement cette idée de positionnement « intermédiaire ». Loin d'être le miroir d'une simple exception, elle rend compte d'un mécanisme plus global de recomposition biographique des positions dans l'espace social.

Le docteur Quirion – Eloignée culturellement de l'univers du sport d'élite (pratique unique de la danse sur le mode du loisir), ce praticien a donc été amenée à prendre en charge la gestion médicale d'un pôle sur la demande du Responsable de son unité hospitalière pour des raisons stratégiques de captation de population. Le départ du précédent médecin du pôle a en effet été perçu comme un risque éventuel de migration des

40 jeunes de la structure vers un autre CHU, et donc comme une potentielle perte économique et symbolique. Dès lors, le docteur Quirion se retrouve dans une position délicate, un pied à l'hôpital (dans lequel les normes médicales traditionnelles sont plus rigides car quotidiennement réactualisées), et un pied dans l'univers du sport de haut niveau (dans lequel il est nécessaire de composer avec l'entourage sportif). Témoin vivant du conflit de codes qui existe entre les deux espaces, le grand écart inconfortable réalisé par ce praticien est responsable de certaines hésitations sur sa propre représentation du rôle à jouer, particulièrement visibles dans son rapport inquiet au secret médical.

Ce professionnel de santé revendique sa position de « médecin du sport hospitalier ». Ce qui signifie dans sa représentation qu'il « ne fait pas partie de l'équipe sportive et ne prend pas part à la performance ». Mais après des années passées au pôle, le docteur Quirion s'est « finalement attachée à ce milieu ». Elle « comprend donc le projet sportif basé sur la recherche de la performance, mais n'y adhère pas ». Dans sa pratique, ce rapport ambivalent se traduit par une disponibilité importante à l'égard du sportif et des dirigeants du pôle (report d'un diagnostic pour ne pas arrêter un jeune la veille d'un « match important », utilisation de sa fonction et de son statut pour obtenir des rendez-vous médicaux dans l'urgence, etc.), mais se plaint dans le même temps de l'attitude consumériste du « milieu sportif » (« Alors que je suis déjà dans la négociation, contrairement à d'autres confrères avec qui on ne peut même pas discuter, ce n'est pas suffisant, ils en veulent toujours plus. Ils sont trop exigeants ! »). Le praticien distribue alors l'information médicale dont il est détenteur avec parcimonie. Cette fois, la préservation du secret se fait hésitante. Le médecin fait le tri et partage selon les circonstances. Son paradoxe (vécu difficilement) est de vouloir protéger l'individu, tout en ayant assimilé le besoin pour ses individus d'aller au bout de leur projet sportif. Ainsi, s'il diffuse certaines données médicales auprès des entraîneurs du pôle pour leur permettre d'individualiser les entraînements (pratique adaptée pour certains blessés...), il hésitera par exemple à transmettre une information médicale concernant une jeune handballeuse, conscient que cette nouvelle peut remettre en cause sa participation future à un stage de sélection nationale (« ce qui serait terrible pour cette jeune fille. Or moi, je pense d'abord à mes petits jeunes avant de penser à l'équipe de France ! »). De la même façon, dans le cadre du suivi des sportifs de haut niveau à l'hôpital, le docteur Quirion examine des athlètes susceptibles de participer aux Jeux de Pékin, et nous fera part à plusieurs reprises de ses « cas de consciences concernant les sportifs qui posent problème ». Les comptes

rendus médicaux doivent être transmis aux médecins fédéraux en charge de la discipline sportive concernée. Or, « cette année, avec la sélection pour les Jeux, j'hésite vraiment à écrire mes doutes sur un athlète aux médecins fédéraux, parce que comme je ne les connais pas, je le dis honnêtement, j'ai peur d'un manque d'intégrité, et j'ai peur de l'utilisation qui sera faite de mes propos ! Je ne veux pas être responsable de la non-sélection d'un individu qui attend ça depuis toujours... ».

Langage, tenue vestimentaire, partage des temps, des espaces et des informations, la gestion différenciée du secret professionnel s'inscrit dans cet ensemble et participe à la constitution des identités médicales. Afin de clore ce tour d'horizon non exhaustif des caractéristiques repérables selon les placements médico-sportifs observés, il semble légitime de s'arrêter un instant sur les sources de plaisir et de gratifications qui rendent vivables leurs engagements par l'amélioration du sentiment de leurs propres valeurs.

IV. Petits plaisirs et gratifications

« Nous entendons par ascension dans un champ social tout changement qui entraîne pour le ou les intéressés une amélioration de leurs chances de prestige social et du sentiment de leur valeur »⁶⁰. Norbert Elias. 1985.

L'activité d'écriture et de publication bénéficie dans la sphère hospitalière d'une très forte légitimité dans la mesure où elle sert directement les stratégies d'élévation du prestige scientifique nécessaires à l'évolution des carrières. C'est donc logiquement parmi les spécialistes en blouse blanche que se trouvent les médecins les plus attirés par l'encre et la plume. Au plaisir de la découverte scientifique se rajoute la gratification évidente d'une forte reconnaissance par les pairs. Les équipes médicales s'inscrivent alors dans les jeux de concurrence locale, nationale voire internationale qui caractérisent plus globalement le monde de la recherche. La sphère médico-sportive n'échappe pas à ce principe. Les

⁶⁰ ELIAS, Norbert. 1985. *La Société de Cour*, Paris, Flammarion.

médecins hospitaliers manifestent un appétit insatiable à l'égard des publications scientifiques. Il s'agit d'un de leurs principaux leitmotivs. Dans le service du docteur Alberti, l'encadrement médical des patients est toujours l'occasion de recruter de nouveaux sujets d'expérimentation afin de faire avancer les recherches cliniques engagées.

Consultation du 19/03/08 :

Le docteur Alberti réalise une mesure transcutanée de la pression en oxygène (TCPO2) sur un patient souffrant d'une « ischémie sévère » dans chaque jambe, qui remonte jusqu'au niveau des fesses. Le spécialiste est très étonné de le voir marcher avec une telle pathologie, ne se plaignant que d'une douleur dans le mollet gauche. Ce patient rentre dans la population cible d'un protocole de recherche engagé dans le service et qui consiste à faire marcher des individus atteints de tels troubles vasculaires en extérieur afin d'évaluer précisément leurs capacités réelles de marche. Très vite, pendant la consultation, le praticien hospitalier entame un long discours convaincant sur l'intérêt de la recherche médicale et parvient sans difficultés à le recruter. Sitôt le test de marche terminé, le docteur Alberti l'installe dans la salle de pause du personnel de santé afin qu'il remplisse la fiche de consentement éclairé (présentée comme une assurance en cas de problème, « comme une morsure de chien par exemple »). Il lui offre un café. Il l'aide même à remplir le dossier lorsque la personne qui vient le chercher arrive dans le service. Les signatures sont apposées, les documents sont paraphés. Le patient part. Nous rejoignons le docteur Alberti qui venait de nous demander de faire une photocopie du document. Il le classe dans un dossier, se retourne et dit en se frottant les mains avec un grand sourire: « Et un de plus!... ».

Les publications réalisées respectent les normes des sciences expérimentales et possèdent une très forte rigueur méthodologique. Ainsi par exemple, le docteur Alberti a pour projet de mener une étude nationale, en partenariat avec « plusieurs grands CHU », sur « la détection des maladies artérielles chez l'ancien coureur cycliste de très haut niveau par la méthode des index de pressions » (développée dans une thèse soutenue quelques années auparavant au sein du service). De la même façon, le docteur Amazan, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui œuvre au niveau hospitalier auprès des diabétiques afin de favoriser leur orientation vers une pratique sportive adaptée, s'inscrit

dans des perspectives de recherche proprement médicales. Ainsi, en 2007 et en 2008, ce praticien proposait dans des congrès scientifiques d'audience nationale, des réflexions sur « l'orthèse de décharge de l'avant-pied à lame carbone – Alternative à l'hospitalisation du pied diabétique », ou sur le « Système ODAP pour pieds diabétiques »⁶¹. Logiquement, pour ces professionnels de santé dont le quotidien hospitalier et l'appétence scientifique les sensibilisent plus fortement aux pathologies « intéressantes » que les médecins de cabinet ou les médecins des structures sportives, l'activité physique intensive est perçue comme objectivement pathogène et doit être limitée, en particulier chez les sujets les plus jeunes. Le docteur Amazan explique ainsi : « Je suis contre la fibromyalgie sportive ! Le mal-être multidolore permanent. Les sportifs sont toujours cassés. Ils sont toujours au-dessus ou en dessous de leur forme optimale. C'est une passion qui consume ! ». Finalement, à bien y regarder, on s'aperçoit que les tensions médicales nées dans les années 1980 avec la véritable structuration en France du sport de haut niveau, entre les partisans des centres de formation et leurs détracteurs, sont toujours opérantes actuellement. Car si les médecins hospitaliers, par cette intense activité d'écriture qui les rend audibles et visibles, sont au centre de l'espace médico-sportif, d'autres praticiens prennent la plume et résistent aux logiques dominantes. Bien sûr, il ne s'agit pas des médecins du sport de cabinet qui n'ont qu'un intérêt limité à afficher des convictions n'ayant qu'un impact réduit sur leurs pratiques médicales effectives. Les « médecins résistants » sont ceux dont l'engagement sportif prend une dimension plus importante et s'inscrit sur le terrain. Ecrire la médecine ; écrire le sport, les publications éclairent donc à nouveau l'opposition historique fondamentale qui sépare deux univers.

Le docteur Renaud fait partie de ces médecins subversifs. Extrêmement consciencieux dans son travail au sein du pôle de gymnastique, il réalise pendant quelques années un suivi statistique systématique des pathologies rencontrées par les athlètes. Il présente ses résultats lors de réunions organisées par la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports afin d'établir les budgets médicaux. La réaction de ses confrères hospitaliers présents ne se fait guère attendre. Ils le rappellent à l'ordre, considérant la fréquence des pathologies trop élevées. Le docteur Renaud claque la porte et met un terme à sa participation à ces réunions. Ce qu'il juge rétrospectivement dommage, car il trouvait bénéfique de se retrouver ainsi afin de partager des expériences. Particulièrement énervé

⁶¹ Les publications citées dans cette partie seront non référencées afin de ne pas livrer d'éléments permettant l'identification des enquêtés.

par les propos incriminants tenus sur la gymnastique par ses mêmes confrères dans des revues scientifiques, il décide de mener une contre-offensive. Il participe ainsi en 2002 au Congrès scientifique d'une des sociétés savantes les plus reconnues en France dans le domaine médico-sportif. Le médecin gymnaste use des armes scientifiques et concurrence ses confrères hospitaliers sur leur propre terrain. Sa communication, qui fera l'objet d'une publication dans une revue professionnelle, est un plaidoyer en faveur de « sa » discipline sportive et un pied de nez magistral à ses détracteurs.

Sport et médecine, mutinerie scientifique : *« La Gym empêche-t-elle de grandir ? »*

Dr. Renaud.

“Si t'es petit, c'est la faute à la gym !”. Cette réflexion, maintes fois entendue, nous a incité à faire le point sur la taille des gymnastes. Pour cela, nous avons d'une part étudié une population de gyms et d'autre part effectué une revue de la littérature sur ce sujet.

Les résultats de cette étude personnelle qui a porté sur 150 gyms en gymnastique artistique masculine (GAM) et féminine (GAF) ainsi qu'en gymnastique rythmique (GR) montrent une taille des GAM et des GAF plus petite que la moyenne. Les GR sont par contre plus grandes que la moyenne. L'étude de la littérature retrouve des chiffres semblables pour les 3 catégories de gymnastes. Les différentes causes de ces résultats ont été analysées à partir de la littérature mondiale sur ce sujet : facteurs génétiques, effet de l'entraînement, sélection naturelle.

Pour les facteurs génétiques, on retrouve pour la GAM et la GAF, la petite taille des parents (père et/ou mère), la petite taille du gymnaste dans la prime enfance (2-4 ans). Pour la GR, le phénomène est inverse.

L'effet de l'entraînement sur la croissance se fait ressentir sur le déclenchement de la puberté qui est retardé par la pratique intensive par rapport aux autres adolescents. Cet effet est proportionnel au volume d'entraînement hebdomadaire (surtout au-delà de 15 heures par semaine), à l'ancienneté de la pratique intensive mais ne dépend pas de l'âge de début de la gymnastique. Cet effet est identique pour tous les gymnastes (GAM, GAF, GR).

L'effet de l'entraînement sur la taille définitive n'est pas encore clairement connu. Peu d'études, souvent contradictoires, ont été publiées sur ce sujet. Cependant, la plupart des études mettent en avant le facteur génétique ainsi que le facteur sélection naturelle et ont tendance à rejeter l'hypothèse d'un effet nocif de l'entraînement intensif sur la taille définitive. En effet, la GAM et la GAF favorisent les petits gabarits, plus aptes à effectuer les acrobaties ; la GR nécessite des morphologies plus longilignes.

Schématiquement, on pourrait dire que la gym en GAF et GAM sélectionne dès le début de la pratique des individus plus petits que la moyenne, puis favorise au cours de la pratique les petits gabarits. Cette sélection naturelle est encore aggravée par l'entraînement intensif qui, en retardant la puberté, maintient plus longtemps cette petite taille alors que les autres enfants font leur poussée de croissance à cette période. Cependant, les gym finissent par grandir et atteindre leur taille définitive conformément à leur programme génétique, c'est

à dire légèrement en dessous de la taille moyenne. Pour les GR, le raisonnement est le même mais la sélection favorise les individus au capital-taille légèrement supérieur à la moyenne.

Il est donc aussi ridicule de dire que la gym rend petit que le basket fait grandir »⁶².

Le médecin gymnaste possède un engagement total envers son activité de prédilection. Au point de mettre sa compétence et ses connaissances médicales au service de la gymnastique. Non, cette activité ne stoppe pas la croissance et n'est donc pas mauvaise pour la santé des jeunes athlètes (« contrairement aux radiations qu'ils subissent suite aux multiples radios préventives du rachis lombaire préconisées par les instances médicales dirigeantes »). Mais le docteur Renaud n'est pas le seul médecin de terrain qui s'engage dans une activité d'écriture au service de sa propre discipline sportive. Le docteur Paget, « médecin du cyclisme » passionné d'entraînement et de performance, qui a été pratiquant, commissaire, entraîneur, organisateur de courses ou encore président de club, s'est également lancé dans des perspectives éditorialistes. Très loin des recherches spécialisées et des mises en garde contre l'entraînement sportif intensif, le médecin fait imprimer à compte d'auteur un ouvrage intitulé *les aspects médicaux du cyclisme* dans lequel il détaille les améliorations à apporter en matières d'hygiène de vie, de diététique et d'entraînement dans l'objectif d'optimiser les résultats sportifs. Après une présentation remarquée dans un magazine sportif d'Antenne 2, ce livre sera vendu à plus de mille exemplaires, principalement dans le monde du vélo. Ainsi, face à l'écrasante domination des médecins hospitaliers dans la littérature médico-sportive et au silence logique de leurs confrères généralistes exerçant en cabinet, quelques médecins de terrain parviennent à rendre visibles d'autres formes de discours et à se faire l'écho de logiques dissonantes⁶³. Ils apportent là la preuve que selon les positions médico-sportives détenues, les modes de gratification et de justification des placements sont différents. Face à la reconnaissance médicale que procure la publication d'un article dans une revue scientifique, se joue la reconnaissance d'une compétence professionnelle dans la réussite sportive. Entre la satisfaction de la découverte scientifique et celle de la victoire sportive, le sentiment du devoir accompli, bien que tout aussi réel dans les deux cas, est fort différent. Si le docteur Alberti attend dans un mélange de crainte et d'excitation la réponse de certaines

⁶² Souligné par nous.

⁶³ Ce phénomène semble ainsi avoir traversé l'histoire dans la mesure où nous avons repéré ce même mécanisme dès les années 20, avec les écrits « dissonants » des docteurs Bellin du Coteau et Richard par exemple (Chapitre 2).

fédérations nationales de cyclisme pour ouvrir un projet de recherche international, le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball, est pour sa part guidé par « deux échéances majeures : le Mondial 2007 et les Jeux Olympiques 2008 ». Médecin généraliste de formation, son appartenance à la délégation française et la médiatisation qu'elle suppose sont d'intenses sources de gratification. Partageant l'entre-soi fermé de l'espace du sport d'élite, il justifie logiquement son placement selon un référentiel très éloigné des valeurs médicales traditionnelles. Se déplacer à l'international, chanter l'hymne national et gagner des rencontres sportives à l'échelle mondiale sont autant de marques de réussite professionnelle pour ce médecin, ancien pratiquant et entraîneur de handball. D'ailleurs, l'évolution de sa carrière médico-sportive au sein de la fédération de handball tient exclusivement des bons résultats sportifs de l'équipe de France féminine. D'une activité sous forme de vacations, le titre de vice-championne du monde et la première sélection olympique lui offre un poste à temps partiel. Plus récemment, le médecin de l'équipe de France masculine stoppe son activité. Le docteur Raulo devient médecin des équipes nationales et est employé à temps plein. Il refuse de quitter l'équipe féminine au profit de l'équipe masculine dont il confie le suivi à un confrère vacataire, car il « s'était engagé auprès de l'entraîneur et qu'ils étaient déjà sur un projet de Mondial ». L'observation de ce praticien lors de compétitions officielles en compagnie de la délégation française suffit à convaincre de l'importante rémunération symbolique que peut représenter pour un ancien sportif de bon niveau une telle position. Surmédiatisé, il est régulièrement interviewé par des magazines professionnels « de terrain » telle que la revue *Médecins du sport* et s'est véritablement construit un nom dans le milieu sportif. La rareté de sa fonction et les bénéfices qu'elle accorde (chanter la Marseillaise, porter les couleurs de la France, côtoyer quotidiennement le fleuron national du handball) suffisent à légitimer son placement. Le propos reste inchangé en ce qui concerne le docteur Beaugendre, médecin d'une équipe professionnelle de football engagée dans le championnat de Ligue 1. Là aussi, l'impact médiatique est énorme pour un médecin généraliste. Porter les couleurs du club et fouler le gazon le samedi soir, devant plusieurs dizaines de milliers de supporters et mille fois plus de spectateurs, n'est pas rien du point de vue psychologique. Les multiples sollicitations de la presse favorisent le sentiment d'importance et participe de la reconnaissance. Sa légitimité est d'autant plus renforcée que les résultats de l'équipe sont positifs. Ce qui explique d'ailleurs que le professionnel de santé, sur le banc avec l'ensemble du staff technique n'hésite pas à investir le bord du terrain pour sauter dans les bras du joueur qui vient de marquer un but. Nous verrons ainsi lors d'un match de Coupe

de la Ligue un joueur du club ouvrir la marque sur coup de pied arrêté, et courir débordant de joie vers le docteur Beaugendre. Il lui saute dans les bras et les deux hommes s'embrassent mutuellement. Si les docteurs Beaugendre et Raulo évoquent tous deux le versant « passionnel » de leur activité, on perçoit sans difficultés les multiples sources de glorification. En ce sens, par la valorisation du sentiment de sa propre valeur, être médecin sur le terrain peut représenter pour certains individus une véritable gratification sociale. Pas étonnant alors de constater la volonté exprimée par certains d'entre eux de défendre l'espace qui leur assure une reconnaissance, autrement dit leur « propre » discipline sportive.

V. Conclusion sommaire

L'observation ethnographique des pratiques professionnelles ne peut venir à bout des caractères qui définissent la position d'un individu dans le monde social. Emile Durkheim avait d'ailleurs repéré là un problème insoluble. « Tout individu est un infini et l'infini ne peut être épuisé ». Pour autant, il ne faut pas que cette difficulté méthodologique réelle soit le prétexte à la démission scientifique. Les manières de parler et de se présenter, le partage des temps et des espaces, le rapport entretenu au secret professionnel et à la déontologie médicale, ou encore les voies par lesquelles se créent du plaisir et de la gratification, sont autant de pièces qui composent le puzzle des identités médico-sportives. En détaillant ainsi chacun de ses axes pour les différents médecins observés, de profondes oppositions apparaissent entre les praticiens hospitaliers et ceux qui exercent sur le terrain du sport de haut niveau. Le sport pour la médecine ; la médecine pour le sport, l'instrumentalisation se joue dans un double sens selon le lieu de l'exercice. Nous rejoignons en ce sens l'analyse délivrée par Eliot Freidson qui « montre que le milieu de travail exerce sur l'activité professionnelle une influence beaucoup plus importante que les connaissances et la déontologie officielles apprises dans les Ecoles de médecine »⁶⁴. Il est clair, en interrogeant par exemple le rapport au secret, que la formation universitaire en médecine du sport et plus généralement le cursus médical global, ne résistent que peu de

⁶⁴ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, p. 196.

temps face à la réalité des pratiques en situation. L'hôpital assure la permanence des principes médicaux les plus conventionnels là où le terrain sportif oppose des normes qui lui sont propres et qui peuvent interférer avec la déontologie médicale. Mais il faut se prémunir d'y voir un mécanisme automatique, comme si le comportement humain ne dépendait finalement que des pressions de son milieu. Pour le sociologue américain, « à tout moment et constamment, c'est aux pressions de la situation où l'on se trouve qu'on réagit ; ce que l'on est relève davantage du présent que du passé ; et ce que l'on fait est moins le résultat d' "intériorisations" antérieures que du poids de la situation »⁶⁵. L'observation de la position « désajustée » du docteur Quirion permet d'appréhender cet énoncé avec circonspection. En effet, si ce médecin semble répondre aux pressions de la situation (elle se déplace sur le terrain, partage certaines informations sanitaires avec l'encadrement technique, etc.), il devient vite évident qu'elle cherche par tous les moyens à modifier sa pratique pour la rapprocher d'un exercice médical conforme à ses dispositions (ne va pas sur les lieux de l'entraînement, met une distance volontaire avec l'encadrement, ne répond pas systématiquement à son téléphone, etc.). Aussi, il serait sans doute trop rapide et erroné de dire que « c'est le lieu d'exercice qui fait le médecin ». Nous persistons à penser que les dispositions antérieurement acquises jouent un rôle déterminant dans les pratiques professionnelles. Dans ce cas précis, le passé sportif est un élément explicatif extrêmement efficace pour comprendre la survie et l'efficacité d'un médecin dans l'univers sportif. Les professionnels de santé les plus investis et les plus reconnus dans la sphère du sport d'élite sont pour une majorité écrasante d'entre eux d'anciens pratiquants de niveau élevé. Ce qui ne signifie en aucun cas que les médecins champions n'ont pas leur place à l'hôpital. Néanmoins, les médecins qui ont un rapport distant au sport de haut niveau et qui ont été placés dans une structure de formation des élites, du fait des contraintes particulières d'un espace sportif qui peine à trouver l'encadrement médical suffisant pour répondre à la législation ou de celles d'un espace médical qui cherche à bénéficier d'un transfert de prestige par le recrutement de champions reconnus, seront ceux qui souffriront le plus des pressions imposées par la situation. Le présent de la situation ne doit effectivement pas être minimisé par le poids du passé, mais force est de constater ici qu'il ne fait qu'actualiser et renforcer des dispositions antérieurement acquises. Le docteur Quirion veut stopper son activité au pôle, ou accepte de poursuivre à la condition de transférer intégralement sa pratique dans le contexte hospitalier (ce à quoi l'encadrement sportif est évidemment

⁶⁵ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, p. 99.

réticent). Ce n'est donc pas tant le lieu d'exercice qui fait le médecin, mais tout autant le médecin qui porte en lui les valeurs collectivement partagées au sein d'un espace de pratiques. Finalement, les écarts de vues et d'exercices trouvent leurs fondements dans les effets cumulés du mélange entre des espaces professionnels et des dispositions antérieurement acquises.

Loin de rechercher la « vraie » médecine du sport, comme s'il nous appartenait de définir la manière légitime d'encadrer médicalement le sport de haut niveau, il n'en reste pas moins que chacune de ces médecines a des effets propres. Une vision normée du monde social possède toujours son pendant normatif. Il s'agit désormais de réfléchir aux conséquences normatives de ces placements professionnels normés, et à leurs implications respectives du point de vue de l'intervention. Quand le prestige sportif devient moteur de l'activité médicale, la question des effets induits sur les pratiques professionnelles des médecins se pose légitimement. De la même façon, qu'advient-il lorsque le suivi hospitalier légal des athlètes de haut niveau est assuré par des professionnels de santé complètement étrangers aux valeurs de ce milieu extra-ordinaire ?

CHAPITRE 7

ADHERER OU S'OPPOSER ?

LES EFFETS D'UNE POSTURE

« Moi, j'attends qu'on me dise que c'est dangereux, 24 heures par semaine, c'est dangereux pour la santé, donc on n'a plus le droit de s'entraîner 24 heures. Mais à ce moment-là, il faut dire aussi, on n'aura plus de médailles ! [...]. Si on veut des médailles, il faut s'entraîner ! Voilà. [...]. En gym, on a un peu de chance parce que soit c'est le haut, soit c'est le bas qui ne va pas. Donc si c'est le haut, bah on essaye de ne pas s'en servir. Il y a suffisamment d'agrès et de choses à faire pour pouvoir continuer l'entraînement... »

Docteur **Renaud**. Médecin du pôle espoir de gymnastique artistique.

« Les sportifs sont des malades. Je suis contre la fibromyalgie sportive ! Le mal-être multidolore permanent. Les sportifs sont toujours cassés. Ils sont toujours au-dessus ou en dessous de leur forme optimale. C'est une passion qui consume ! On ne peut adopter qu'une posture préventive vis-à-vis de ça. Moi, ce qui m'a animé, c'est l'après-sport. D'anciens sportifs qui deviennent obèses, qui évoluent mal, avec tous les problèmes d'addictologie et tout ça... »

Docteur **Amazan**. Praticien attaché du service régional de médecine du sport.

L'espace du sport d'élite est le théâtre d'un rapport au corps paradoxal. S'il est nécessaire de le pousser à son maximum pour réaliser des performances de valeur, il est aussi important de le ménager pour éviter qu'une méforme ou une blessure ne viennent interrompre la rentabilité sportive. Entraîneurs et athlètes composent avec ce principe et inscrivent la santé dans l'urgence du calendrier sportif. Entre la normalisation de la douleur et l'apprentissage d'une sur-écoute de soi, la gestion sanitaire des corps dans l'univers du sport d'élite peut donc revêtir des formes antinomiques. Tout l'intérêt va être de questionner l'intervention médicale pour chacune des positions préalablement identifiées. Les médecins du sport, selon leurs biographies respectives et leurs lieux d'exercices, réagissent-ils de manière identique à ce paradoxe du double corps, dans le sens d'une préservation de l'intégrité physique des athlètes ? Le praticien qui est à distance du jeu sportif va effectivement peser de tout son pouvoir médical sur cet enjeu de prévention et de protection des corps face à des conditions de vie jugées malsaines et pathogènes. A l'inverse, celui qui adhère aux exigences de la haute performance produit et reproduit un rapport au corps ambivalent dans lequel il contribue à banaliser certaines douleurs mais offre dans le même temps au sportif la possibilité de se constituer une véritable compétence médicale, utile pour poursuivre son activité. Chacune de ces positions médico-sportives sera bien évidemment détaillée dans sa relation aux acteurs principaux de l'espace, étant entendu que la forme d'un placement dépend des interrelations qui le rendent signifiant. L'entourage sportif et les athlètes ont une vision acérée des rôles très différents joués par les professionnels de santé dans un paysage médical complexe. A coup

de rétentions et de dissimulations d'informations, de négociations des thérapeutiques, d'inductions des diagnostics, les élites instrumentalisent les rapports aux médecins selon les lieux où s'effectuent les consultations, l'idée qu'ils se font du professionnel de santé et leurs intérêts propres. De même, la relation à l'entourage sportif et plus particulièrement aux entraîneurs conditionne à des degrés divers les placements médicaux. Coopérations, méfiances et conflits seront les ingrédients d'une recette toujours originale selon le rôle et le statut du praticien.

I. Sport d'élite : le paradoxe du double-corps⁶⁶

« Le corps se forme parce qu'il se conforme à des savoirs, à des valeurs, et les effets de ce corps "idéal" ont des effets concrets sur le corps réel, par les techniques de soin et d'entretien qu'ils entraînent, au sens large du terme. Or, par les mécanismes d'incorporation, de naturalisation [...], les normes qui font le corps, font également corps, deviennent naturelles ».

« Il s'agit [...] de restituer à l'existence corporelle la dimension culturelle de ce qui semble le plus naturel. Ainsi, le corps, condition matérielle de la venue au monde est aussi celle de l'être au monde. Par le fait même d'exister dans telle ou telle société, par l'action répétée de son travail, le corps se définit comme organisme spécifique, historiquement et géographiquement situé »⁶⁷.

L'organisation de vie du sportif de haut niveau qui met l'investissement sportif au centre de ses activités quotidiennes a pour corollaire un rapport au corps finalisé et ajusté à

⁶⁶ VIAUD, Baptiste & PAPIN, Bruno. A paraître. « Temps sportif, santé du champion et logique de l'urgence », *Revue STAPS*.

⁶⁷ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 19 ; 75.

la performance⁶⁸. La manière dont les marathoniens multiplient les procédures pour exercer le corps, pour le transformer alternant le travail fractionné, le sprint et la musculation décrite par Jean-Michel Faure et Charles Suaud illustre l'acharnement auquel s'adonne sans relâche l'athlète à muscler, assouplir, modeler son corps et anticiper ses performances par son travail⁶⁹. Si la régularité et l'intensité de l'entraînement conditionnent l'accès à l'excellence sportive, un excès de préparation ou encore une préparation physique ou technique non adaptée aux dispositions et caractéristiques du champion sont susceptibles d'engendrer des blessures plus ou moins graves dans l'instant ou dans la durée. Autrement dit l'un des principaux paradoxes auquel est soumis le sportif est de *devoir user de son corps sans l'user*. Le sportif navigue donc entre « deux écueils également dangereux, d'autant plus qu'ils sont invisibles, variables dans le temps et en grande partie subjectifs : d'un côté un excès de préparation qui dilapide vainement les ressources et raccourcit inutilement la carrière ; de l'autre un défaut de discipline et d'entraînement qui accroît les risques de blessure grave et compromet les chances de succès (sur le ring) en laissant inexploitées une partie de ses capacités (de combattants) »⁷⁰.

Nous pouvons voir dans la gestion de cette contradiction le principe directeur de l'action conjuguée des dirigeants, des entraîneurs, des préparateurs physiques ou mentaux et de toute l'équipe médicale. Pierre-Emmanuel Sorignet montre notamment comment la rationalisation de l'entretien du corps se présente comme une condition de préservation de l'instrument de travail qu'est le corps du danseur professionnel et se constitue ainsi en une compétence sociale⁷¹. Cependant, l'observation des pratiques quotidiennes des sportifs de haut niveau interroge cette perspective. Pour produire de la performance, il est indispensable de fournir un travail, dont la charge importante sera source d'une multitude de douleurs et blessures de gravités variables. Dès lors, la résistance aux diverses blessures se présente comme un élément fondamental constitutif du « savoir-être corporel » des sportifs de haut niveau. Sylvia Faure utilise la notion de savoir-faire défini comme « un concept dispositionnel plus spécialisé que la disposition comme propension à agir, percevoir et penser d'une certaine façon, parce que directement en lien avec une pratique

⁶⁸ PAPIN, Bruno. 2001. « La violence symbolique de l'institution sportive dans le processus de production de ses élites », in BODIN, Dominique, *Sports et Violences*, Editions Chiron, p. 95.

⁶⁹ FAURE, Jean-Michel & SUAUD, Charles. 2003. « Des marathoniens à la poursuite du temps », *Revue internationale de psychosociologie*, n°20, p. 112.

⁷⁰ WACQUANT, Loïc. 1989. « Corps et âmes », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°80, p. 33-67.

⁷¹ SORIGNET, Pierre-Emmanuel. 2006. « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163, p. 46-61.

particulière »⁷². Nous développons ici l'idée de savoir-être corporel pour désigner, en adaptant le concept de savoir être social proposé par Claude Zaidman, les comportements, les attitudes, les postures du corps des sportifs de haut niveau dans et en dehors du stade et du gymnase adoptés de manière inconsciente mais qui s'ajustent selon un équilibre structurel finalisé par la performance⁷³. Ce rapport au corps « n'est cependant ni le produit d'une attitude délibérément maximisatrice guidée par des décisions individuelles prises en pleine connaissance de cause, ni l'effet mécanique de contraintes externes agissant sans médiation sur l'organisme, mais l'expression d'un sens pratique (pugilistique), d'un sens de l'épargne corporelle acquis insensiblement au contact durable des autres athlètes et des coaches, au fil des entraînements et des combats, et qui reste en tant que tel inaccessible à la maîtrise consciente et délibérée (...) »⁷⁴. Produit de l'intériorisation de l'espace de la haute performance, le traitement que les sportifs font subir à leur corps s'inscrit dans une perspective de santé définie dans l'urgence, celle-là même qu'impose la logique du temps sportif. Le savoir être corporel qu'ils ont intégré inclut un rapport à la santé et au bien-être physique qui prend sens dans l'urgence propre au calendrier des compétitions, sans qu'ils considèrent leur équilibre corporel à plus long terme au-delà des échéances sportives.

I. 1. Temps sportif et valeur du travail

L'accès au sport de haut niveau est conditionné par l'intégration à un moment de la formation sportive d'un centre spécifique d'entraînement (Pôle Espoirs, Pôle France, Centre de formation,...). « L'ensemble du processus de sélection par lequel les futurs pensionnaires des centres spécialisés d'entraînement pour la pratique [du sport de haut niveau] sont préalablement repérés et évalués confère à l'institution sportive toutes les garanties de n'avoir à prêcher qu'à des jeunes [sportifs] qui ont intériorisé l'idée d'un projet de vie centré sur la performance »⁷⁵. Prêcher des convertis permet la construction technique et physique du sportif, dont le corollaire direct consiste en une augmentation de

⁷² FAURE, Sylvia. 2000. *Apprendre par corps, socio-anthropologie des techniques de danse*, Paris, La Dispute, p. 101.

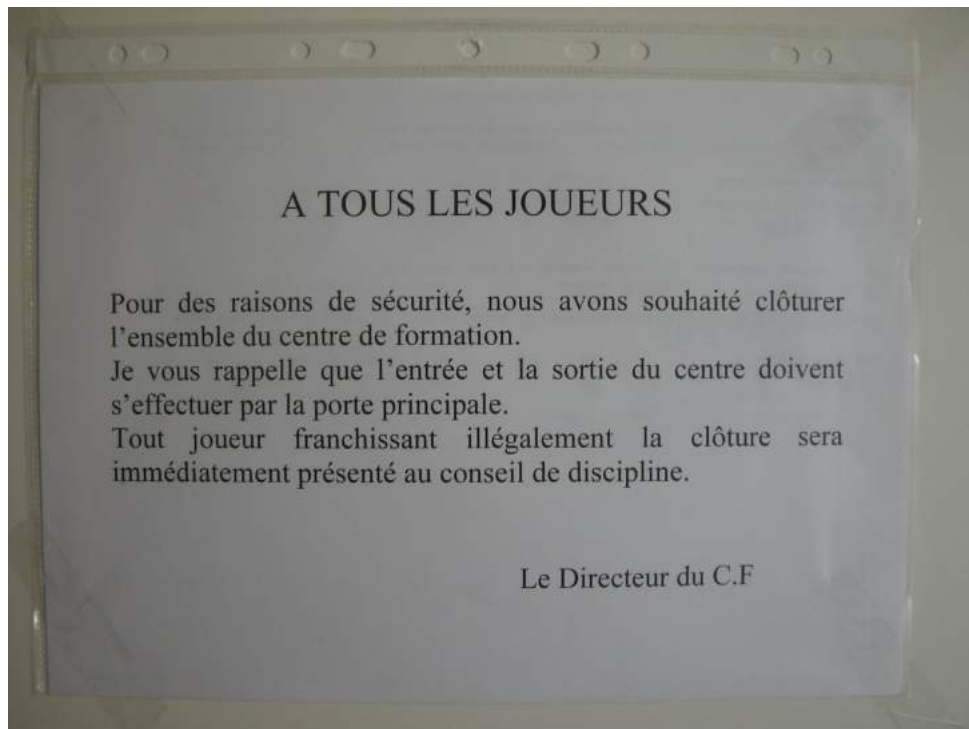
⁷³ ZAIDMAN, Claude. 2002. « Ensemble et séparé », in GOFFMAN, Erving, *Op. Cit.*, p. 9.

⁷⁴ WACQUANT, Loïc. 2000. *Corps et âmes. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Editions Agone, Collection Mémoires Sociales, p. 126.

⁷⁵ PAPIN, Bruno. 2001. *Op. Cit.*, p. 93.

la quantité de l'entraînement dès le plus jeune âge au point de s'adonner quotidiennement à une, deux voire trois séquences d'entraînement selon les sports, toutes les semaines et ce durant toute l'année. Cette structuration intensive du temps apparaît comme un élément constitutif de tous les sports pratiqués sur le mode de la haute performance. Ainsi, tous les sportifs que nous avons observés sont confrontés à l'usage intensif du temps. Les jeunes gymnastes du docteur Renaud tout comme les footballeurs du docteur Gardet possèdent un rythme de vie quasi-similaire. Ils sont scolarisés dans une même institution pour sportifs de haut niveau qui regroupe en son sein les futurs champions inscrits dans les centres de formation des clubs professionnels de football et de basket-ball, les pôles « Espoirs » ou « France » d'athlétisme, d'aviron, de gymnastique, de roller, de tennis, de tennis de table, ou encore de tir à l'arc. Ce traitement commun renforce le caractère généralisable du rapport au temps des sportifs inscrits dans le processus de la haute performance. Temps scolaires, séquences d'entraînement à raison de une ou deux séances hebdomadaires, déplacements sur les lieux de préparation sportive ou sur les lieux d'hébergement et restauration rythment l'organisation du temps tous les jours de la semaine de huit heures à vingt et une heures dans le cadre d'une planification qui ne laisse aucune place à l'improvisation. L'utilisation exhaustive du temps est un principe de construction du sportif parce qu'elle pose le principe d'utilisation théoriquement croissante du temps. « Il s'agit d'extraire du temps, toujours davantage d'instant disponibles et de chaque instant, toujours de forces utiles. Ce qui signifie qu'il faut chercher à intensifier l'usage du moindre instant, comme si le temps, dans son fractionnement même, était inépuisable; ou comme si, du moins, par un aménagement interne de plus en plus détaillé, on pouvait tendre vers un point idéal où le maximum de rapidité rejoint le maximum d'efficacité »⁷⁶. C'est bien cette technique qui est mise en œuvre dans l'organisation du temps du sportif, avec l'exploitation maximale du temps disponible pour permettre toujours plus de séquences d'entraînement, et donc toujours plus de temps utile pour former des corps performants. L'utilisation maximale du temps renvoie à l'intériorisation des sportifs de leurs conditions de vie, qui revient à terme à penser l'oisiveté et la non activité comme une faute morale, un écart à la conduite de vie normale d'un sportif de haut niveau. Cette incorporation de l'ascétisme est la résultante d'un long travail éducatif qui ne se fait pas toujours sans heurts.

⁷⁶ FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, p. 155.



Sur le tableau d'affichage du centre de formation du club de football professionnel dans lequel nous avons mené nos observations, une note d'information destinée à rappeler les normes de sorties des jeunes joueurs. Arguant de perspectives sécuritaires, il s'agit surtout pour l'encadrement de contrôler l'utilisation du temps qui est faite par les futures élites. Ici, les techniques d'inculcation de l'habitus du champion se veulent coercitives. L'oisiveté devient délit.

Le sport de haut niveau nécessite ainsi un effort continu, centré sur le corps, de préparations physique et technique. Le rapport au corps ajusté à la performance prend tout son sens dans les répétitions de gestes techniques et d'exercices physiques multiples dans ses formes et dans ses intensités auxquelles l'athlète soumet son corps sans relâche pour le rendre efficace dans la logique définie par la compétition sportive. L'entraînement est censé produire des performances, par une gestion optimale des intensités, des durées, des alternances. Le sportif modèle son corps aux exigences spécifiques de la discipline choisie et anticipe ses performances par son travail. Ainsi, le sportif produit des performances qui résultent du travail accompli inlassablement deux ou trois séances par jour dans les espaces spécifiques dédiés à la préparation sportive. La durée et la fréquence des entraînements et la répétition des mêmes exercices qui amènent parfois le sportif à la limite de l'épuisement physique ou mental n'excluent pas qu'ils procurent un plaisir sans lequel il serait difficile

de persévérer⁷⁷. Loïc Wacquant évoque pour le cas des boxeurs les « menus plaisirs » engendrés par l'entraînement intensif qui peuvent s'ériger en principes au regard des observations que nous avons menées. Il y a d'abord la camaraderie du « gym » que nous avons retrouvé sur chacun de nos terrains d'enquête, en gymnastique, au football ou encore en handball, et qui se manifeste de diverses manières. Encouragements, conversations complices, sourires, blagues ou encore frappes amicales dans le dos, dans les mains ou autres parties du corps entre les exercices ou à la fin de la séance d'entraînement selon un code spécifique à chaque sport témoignent de ce plaisir partagé. Ensuite, le plaisir naît dans la manière « de sentir son corps s'épanouir, se délier, se faire peu à peu à la discipline qu'on lui impose »⁷⁸. En atteste les sourires, les expressions du visage, les cris de joie, ou encore les comportements et les attitudes qui accompagnent la maîtrise d'un geste technique difficile ou la réalisation d'une série de musculation dont la charge est supérieure à l'ordinaire. Pour le gymnaste, la sensation de domination des agrès, la maîtrise des appuis sur les différents engins ou celle de son corps dans l'espace, la différenciation segmentaire finement dosée renforcent ce sentiment d'exaltation et d'épanouissement corporel. Dans le prolongement de cette plénitude corporelle, le plaisir suprême naît de la maîtrise d'une nouvelle figure acrobatique ou d'un nouvel enchaînement qui offre un sentiment de compétence décuplé. Enfin, le plaisir ressenti dans le travail sportif est d'autant plus grand qu'il est partagé par un sentiment d'appartenance à une communauté à part sur la base d'une complicité forte qui s'inscrit durablement entre les sportifs, amitié plus profonde que la simple solidarité liée à des intérêts partagés. Intériorisée par les champions et apprentis champions d'un même sport, cette forme de confrérie trouve son expression par des manières de se tenir, de marcher, de se saluer, de se comporter « ensemble », par des indices vestimentaires convenus au niveau de la pratique d'un sport (un simple regard sur la tenue des pratiquants des trois sports observés suffit à repérer des différences significatives sur les formes des shorts, des chaussettes mais aussi sur la manière de porter ces différents attributs) et des signes distinctifs d'appartenance à un pôle ou à un centre de formation.

Les valeurs du travail participent ainsi à la pensée de l'activité sportive conduisant en quelque sorte à une sublimation du travail. La préparation sportive est le

⁷⁷ **RIPOLL**, Hubert. 2008. *Le mental des champions. Comprendre la réussite sportive*, Paris, Editions Payot, 233 pages.

⁷⁸ **WACQUANT**, Loïc. 1989. *Op. Cit.*, p. 48.

commencement et la fin : une souveraine ascèse. Le travail est source de plaisir et de satisfaction, et ce n'est pas le moindre paradoxe du sport que de jouer sur la dénégalion du travail pour valoriser le plaisir d'une activité qui devient à elle-même sa propre fin. Le travail-sportif est une propriété faite vertu, l'abnégation de l'athlète à l'entraînement disparaît, seul demeure le plaisir engendré par l'excellence.

I. 2. Corps forts, corps usés

« N'est-il pas ainsi, au haut niveau des compétitions et des performances sportives, paradoxal de voir les athlètes, dont on pourrait attendre qu'ils fussent des modèles d'excellence en matière de condition physique, souffrir en permanence de blessures et de douleurs ? D'une certaine façon, le modèle du corps idéal, sain et exalté dans sa beauté sculpturale ou ses performances, passe par la mortification du corps réel »⁷⁹.

La douleur corporelle est la conséquence directe des conditions de vie objectives des sportifs de haut niveau. L'intensité du quotidien sportif, ramenée à l'échelle des carrières, laisse son empreinte dans les profondeurs des corps. Nous parlons « d'érosion des corps » pour caractériser ce phénomène⁸⁰. Processus écologique contre lequel on ne peut agir, vents et pluies rognent doucement mais sûrement nos reliefs. De la même façon, le sport d'élite, par un phénomène socio-biologique basé sur l'incorporation d'un véritable ascétisme de vie, entame le « capital santé » des athlètes par une usure continue des corps⁸¹. En effet, bien que les auteurs ne s'entendent pas sur le volume précis d'activité intensive, on peut considérer de façon relativement consensuelle qu'au-delà de 15 heures d'entraînement hebdomadaires, l'intégrité des corps est mise en jeu. Loin du discours idéologique lénifiant du « sport santé », organisé selon « les préceptes de l'évangile

⁷⁹ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 90.

⁸⁰ VIAUD, Baptiste. 2008. « L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives, les paradoxes de la médecine du sport ? », *Revue Internationale de l'Education Familiale*, Editions Matrice n°24, p. 57-76.

⁸¹ ROUSSEL, E. 1994. *Analyse des données d'un questionnaire sportif et de cadre de vie et du suivi physiologique de 22 gymnastes de haut niveau âgés de 8 à 17 ans*, Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard, Lyon.

hygiéniste »⁸², lorsqu'ils sont soumis à trop rude épreuve, les corps souffrent, s'abîment, s'essoufflent.

Au podium des corps meurtris

Fabien, 15 ans, gymnaste sélectionné et entraîné dans l'un des 8 pôles « espoir français ».

À l'issue de 25 heures d'entraînements en moyenne par semaine, et ce quasiment 11 mois sur 12, il est possible de dresser la liste des difficultés rencontrées par ce jeune gymnaste sur l'ensemble de la saison 2006-2007. Ces informations médicales sont de première main, dans la mesure où il nous a été permis d'assister à l'ensemble des entretiens réalisés entre le docteur Renaud et les gymnastes lors des visites médicales hebdomadaires au centre sportif. Fabien n'est pas un cas isolé, nous aurions pu reproduire cet exercice pour chacun des gymnastes présents dans le centre.

Semaines 1 et 2 : Souffrance au talon droit ; Infection entre deux doigts de pied.

Semaines 3 et 4 : Souffrance aux talons.

Semaine 5 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau du dos.

Semaine 6 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau de l'épaule ; douleur handicapante concernant l'insertion tendineuse du triceps.

Semaine 7 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau de l'épaule, qui remonte dans le cou.

Semaine 8 : Douleur claviculaire.

Semaine 9 : Entorse du poignet.

Semaine 10 : Entorse du poignet ; contracture du moyen fessier avec suspicion de bursite.

Semaine 11 : Atteinte du ligament triangulaire au niveau du poignet ; douleurs cervicales.

Semaines 12, 13 et 14 : Suspicion d'ostéochondrose du poignet ; douleur à la hanche gauche.

Semaine 15 : Absent (grippe).

Semaine 16 : Suspicion d'ostéochondrose du poignet, avec douleur irradiante dans la colonne du pouce.

Semaine 17 : Suspicion de périostite à l'avant-bras ; contracture musculaire au niveau de la cuisse.

Semaines 18, 19, 20, 21 et 22 : Suspicion de périostite à l'avant-bras ; douleurs chroniques au poignet.

Semaine 23 : Douleurs à la hanche ; douleurs au talon.

Semaine 24 : Suspicion de maladie de Sever du talon.

Mathias, 15 ans, Gardien de but, sélectionné et entraîné au sein du centre de formation du club de football professionnel.

⁸² Dans le chapitre intitulé « les voies de la médicalisation », de son ouvrage collectif « L'ère de la médicalisation », Pierre Aïach parle de la naissance d'une véritable « idéologie de la santé » pour qualifier la médicalisation de l'existence : « Rien, ou presque rien, ne peut échapper à cette mise en conditionnement sanitaire ». AÏACH, Pierre.1998. « Les voies de la médicalisation », in AÏACH, Pierre ; DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, p. 30.

Il est également possible de dresser la liste des difficultés rencontrées par ce jeune footballeur sur l'ensemble de la saison 2006-2007. Le recueil des informations est cette fois différent dans la mesure où nous n'avons pas eu l'autorisation d'assister aux consultations médicales réalisées par le docteur Gardet. Les données sont issues d'entretiens semi-directifs menés séparément avec le médecin et le sportif. Mathias a été victime d'une entorse acromio-claviculaire en début de saison, qui à l'issue d'une reprise trop précoce de l'entraînement, s'est renouvelée et surtout aggravée (l'obligeant à plusieurs semaines d'arrêt de la compétition). La saison a ensuite été ponctuée de nombreuses douleurs et petites blessures, dont une entorse du doigt (« le doigt, c'est rien du tout, on est habitué, nous les gardiens, il suffit de bien le maintenir, et une fois qu'il est dans le gant, c'est bon ! »). Enfin, en toute fin d'année, Mathias s'est à nouveau blessé et souffre cette fois d'une entorse sterno-costoclaviculaire. Au total, cela représente un peu moins de dix examens médicaux complémentaires dans des structures médicales annexes (du type IRM, radios, échographies, etcetera).

La sélection précoce sur des critères liés à la « valeur sportive », puis le maintien des « élus » dans un système fermé sont autant de « rites d'institution ». « Parler de rite d'institution, c'est indiquer que tout rite tend à consacrer ou à légitimer, c'est-à-dire faire méconnaître en tant qu'arbitraire et reconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire ». Par la sélection, « l'effet majeur du rite est celui qui passe le plus complètement inaperçu : en traitant différemment [les individus], le rite consacre la différence, il l'institue. [...]. La séparation accomplie dans le rituel exerce un effet de consécration. [...] L'acte d'institution est un acte de communication [qui] signifie à quelqu'un son identité, mais au sens à la fois où il la lui exprime et la lui impose en l'exprimant à la face de tous, et en lui notifiant ainsi avec autorité ce qu'il est et ce qu'il a à être. [...] Deviens ce que tu es. Telle est la formule qui sous-tend la magie performative de tous les actes d'institution. [...] Et l'utilisation que les rites d'initiation font, en toute société, de la souffrance infligée au corps se comprend si l'on sait que, comme nombres d'expériences psychologiques l'ont montré, les gens adhèrent d'autant plus fortement à une institution que les rites initiatiques qu'elle leur a imposés ont été plus sévères et plus douloureux »⁸³. Dès lors, cet état de fait, sous la pesanteur normative de l'espace du sport d'élite, se transforme en un état de droit. La mobilisation sur la production d'un corps performant s'accompagne d'un rapport à la douleur qui va jusqu'à la banalisation de la blessure. La résistance aux diverses blessures se présente alors comme un élément fondamental constitutif du savoir-être corporel des sportifs de haut niveau. Cette

⁸³ BOURDIEU, Pierre. 1982. « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°43, p. 58-63.

conséquence objective des conditions d'existence des athlètes se transforme en une valeur éminemment structurante qui déterminera, en partie, la distribution différenciée des positions au sein de l'espace du sport d'élite, la résistance à la douleur et à la blessure se traduisant en effet comme le témoin incontestable d'une certaine « valeur sportive ». Dès le début du XX^e, le grand champion et journaliste Jean Bouin disait de l'effort qu'il « est une persécution qui affermit la foi »⁸⁴. Près d'un siècle plus tard, une étude réalisée en 1999 en Grande Bretagne sur la gestion des blessures dans les clubs de football professionnels montre ainsi que la persévérance dans la souffrance est considérée comme un trait caractéristique du « bon professionnel »⁸⁵. « La douleur est le sacrifice que l'athlète consent dans un échange symbolique visant à le faire figurer en bonne place lors de l'épreuve ou de l'établissement d'un record »⁸⁶. De la maîtrise individuelle du glaçage d'une blessure légère par exemple, jusqu'à l'arrêt brutal d'une carrière suite à un accident dont la gravité n'autorise plus la pratique sportive à son plus haut niveau, la gestion de la santé physique détermine la capacité de « production de la performance », et organise en partie les positionnements individuels. Cette mise en ordre à partir des désordres du corps s'accompagne logiquement d'un certain nombre d'effets normatifs. Entre une sur-utilisation organique nécessaire à la victoire sportive et la préservation fondamentale de l'intégrité physique pour prolonger au mieux la santé corporelle et mener au plus loin les projets sportifs, la gestion de cet éternel déséquilibre se règle dans de multiples négociations. Au cœur de la dialectique « bonne santé » et « santé suffisante pour la réalisation de performances à l'instant t », la question de la gestion sanitaire des corps dans le processus de construction des élites sportives semble donc devoir être interrogée, du point de vue de l'encadrement technique, des sportifs eux-mêmes, et enfin bien sûr de l'encadrement médical.

I. 2. a. Entraîner et surveiller

Pour l'encadrement technique, et plus particulièrement la figure incontournable de l'entraîneur, cette gestion ambiguë des corps se manifeste de plusieurs façons. D'abord par un processus récurrent de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur. Il

⁸⁴ **BOUIN**, Jean. 1913. « L'école du champion », *La Vie au Grand Air*, 4 octobre 1913, p. 846-847.

⁸⁵ **WADDINGTON**, I., **RODERICK**, M., & **PARKER**, G. 2002. *Managing injuries in professional football: the roles of the club doctor and physiotherapist*. Centre for research into sport and society, University of Leicester.

⁸⁶ **LE BRETON**, David. 2006. *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, p. 205.

est normal de souffrir, et le « bon sportif » est celui qui résiste, celui qui est capable de « faire avec ». Ainsi faut-il comprendre le discours d'un entraîneur de Ligue 1, le lendemain d'un match de championnat, lorsqu'il improvise un court débriefing avec un joueur qu'il croise dans un couloir du centre sportif. Déçu par son manque d'implication physique et face à l'argumentation déployée par le joueur qui invoque un mal de dos, il explique : « Si tu commences à trop t'écouter, on n'a pas fini hein ! Faut changer de métier ! ». De même, lorsque Fabrice, gymnaste de 13 ans formé au sein du pôle espoir, exécute un mouvement sur le cheval d'arçon devant son entraîneur, et que suite à une imprécision, son tibia vient heurter violemment la poignée en bois qui orne cet agrès, le jeune sportif chute, roule sur lui-même en se tenant la jambe et accompagne ce ballet tragico-comique d'un long hullement plaintif. Passés les rires de ses camarades, l'entraîneur lui explique : « Mais non, tu n'as pas mal, mais non. Allez ! Relève-toi et recommence ».

Le rapport à la douleur devient source de jugement et d'évaluation des futurs champions. Le personnel encadrant et particulièrement les entraîneurs, sont extrêmement sensibles à cet aspect. Le jeune athlète qui fait preuve d'une résistance élevée à la douleur et qui a la capacité de dépasser ses difficultés afin de maintenir son rendement à l'entraînement et dans les compétitions, est intéressant dans la logique du sport de haut niveau⁸⁷. Ainsi, Mathias, gardien de but de l'équipe des moins de quinze ans du centre de formation du club professionnel de football, nous explique la façon dont s'opère, concrètement, ce système de sélection et d'évaluation du sportif dans son rapport à la douleur et à la blessure. Victime de sa troisième entorse acromio-claviculaire de la saison, il consulte de son propre gré le docteur Gardet tous les jours. Conscient qu'une telle blessure n'aura que peu évolué d'un jour à l'autre, Mathias tient par-dessus tout à respecter cet emploi du temps, d'une part pour se rassurer sur le devenir positif de son mal, mais aussi et surtout car il sait, malgré sa jeune expérience, qu'il fait l'objet d'une surveillance continue. « Ils nous surveillent sur tout. Donc aussi sur la façon dont on se soigne. Si on va souvent chez le médecin et le kinésithérapeute, si on est fort dans notre tête par rapport à notre blessure et tout ça...C'est comme ça que ça marche. Il faut que je leur montre que je suis super motivé et que ça va pas m'arrêter ! ». Dans une logique comparable, Allan,

⁸⁷ La comparaison avec la tradition chrétienne dans laquelle « la douleur est l'expression de la dévotion » est ici fort séduisante. Voir par exemple : **LE BRETON**, David. 2003. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 142 pages.

jeune gymnaste de 16 ans, est actuellement mis à l'écart du groupe des onze autres athlètes d'un pôle espoir. Atteint d'une douleur à l'épaule depuis le début de la saison et victime d'exams médicaux ne révélant aucune pathologies spécifiques, le personnel encadrant traduit ce comportement comme un manque de volonté, de combativité et émet des doutes sur sa réelle motivation. Par un lent processus observable (désaccords verbaux, mise à l'écart pendant les entraînements, discussions avec les parents, etc.), Allan est en train de se mettre et d'être mis au banc de ce milieu très spécifique. Et, envisageant de le sortir du pôle dès l'année suivante, le cadre technique lui-même, aux vues de sa propre perception du comportement du jeune homme, nous explique : « vu sa motivation à l'entraînement, le retour à la réalité devrait se faire tout naturellement ».

Le paradoxe du double-corps, celui que l'on pousse et celui que l'on protège, joue ici à plein dans la mesure où l'on retrouve dans les discours de l'encadrement sportif des stratégies de banalisation, utiles pour augmenter la rentabilité du « corps-outil », mêlées à des mécanismes d'évaluation et de surveillance, dont le corollaire direct est une surmédicalisation du « corps-humain ». Surmédicalisation qui devient stigmatisante dès lors qu'elle ne sert plus directement le projet sportif. Celui qui se blesse trop souvent, qui demande à être arrêté, perd de sa rentabilité. Ainsi, l'entraîneur de l'équipe professionnelle de football, lorsqu'il aperçoit l'un de ses joueurs attendre devant la porte du docteur Beaugendre juste avant de débiter une séance d'entraînement l'interpelle et lui dit : « Qu'est-ce que tu fais encore là, toi ? T'es footballeur où quoi ? Hey faut changer de métier hein !... ». Le joueur répond alors ironiquement : « Ouais, ouais, je vais faire chanteur... ». L'entraîneur de renchérir : « Ouais, c'est ça... Tu vas pouvoir t'entraîner au moins ? ». Le message est très clair, une résistance insuffisante aux douleurs et blessures est incompatible avec le métier de footballeur professionnel. L'entraîneur ne fait que rappeler ici l'une des lois fondamentales que ce sportif a déjà parfaitement intégrée. A terme, le sportif risque de sortir du système.

I. 2. b. S'exposer et se protéger

En ce qui concerne les sportifs eux-mêmes, la gestion paradoxale des corps produit des effets similaires. Les techniques d'inculcation de l'habitus du champion par la banalisation de la blessure et la normalisation de la douleur sont responsables de

l'incorporation d'un rapport au corps dans lequel il va s'agir de ne pas trop s'écouter. Les bruits corporels, parce que susceptibles de devenir obstacles à la productivité, doivent être mis à distance. « La douleur et la blessure doivent être dépassés par l'athlète qui ne peut se laisser aller, il doit "se forcer", "apprendre à aller au-delà de la douleur", "se forger le caractère", car "c'est faire le métier". Cette distanciation vis-à-vis de la douleur est intimement reliée à une problématique temporelle du "métier" : prendre le temps de se soigner vraiment, c'est arrêter l'entraînement ; choisir une médiation rapide et soutenir la douleur, c'est continuer l'entraînement »⁸⁸. Ainsi, Joël Bats, ancien gardien emblématique de football, explique dans sa biographie : « Je suis sûr qu'un gardien apprend à souffrir autrement et plus tôt qu'un joueur du champ. [...]. Sur ce terrain, j'ai joué des heures et des heures. Chaque plongeon, chaque chute faisaient mal et me mettaient au bord de la nausée. C'est aussi dans cette faculté de se taire, de subir, que l'on juge un gardien. [...]. Des mois durant, les coudes ensanglantés après l'effort, et les muscles durs et tuméfiés des cuisses m'empêchaient de m'entraîner convenablement. Je savais que cette période, inévitable, faisait partie d'un cycle d'initiation, de la quête d'une maturité nouvelle. [...]. Souffrir, c'est surtout savoir que l'on n'a pas fini de vivre. [...]. Au nom de je ne sais quel masochisme, sans douleur, je ne suis plus le même. Je me suis habitué à cette idée. Depuis mes plongeurs sur le ciment et les entraînements de plus en plus intensifs, l'idée de supprimer la douleur ne me vient plus à l'idée. Elle était toujours là, plus ou moins présente. A moi de négocier avec elle »⁸⁹. Et l'actuel gardien d'une équipe de Ligue 1 nous expliquait récemment : « Tu peux avoir des douleurs, mais qui ne t'empêchent pas de jouer ». C'est toute la balance entre douleurs et conséquences. « Si tu as mal, mais que normalement ça ne risque pas de s'aggraver, tu joues. La douleur, on s'y habitue. On ne peut pas faire autrement ! [...] Faut vivre avec ! Si c'est une douleur et que ça ne peut pas s'aggraver, et bien ce n'est pas grave, il faut jouer ! ». Dans ce processus d'incorporation des normes du « travail sportif », le corps est réifié et accède au statut d'instrument, qui existe presque « à côté » de l'individu (« Notre corps, c'est notre outil de travail. Donc il faut être sérieux et ne pas faire n'importe quoi si on veut progresser et devenir meilleur »⁹⁰). Ainsi, le vocabulaire anatomique subit lui-même les effets d'une telle transformation et le sportif ne se blesse pas mais se « casse » (« Non seulement mes

⁸⁸ DE LESELEUC, Eric & MARCELLINI, Anne. 2005. « Légitimité vs illégitimité du dopage chez les sportifs de haut niveau. Comment se définissent les limites du non acceptable ? », *Revue STAPS*, n°70, p. 39.

⁸⁹ BATS, Joël. 1987. *Gardien de ma vie*, Paris, Editions J'ai lu, p. 121.

⁹⁰ Sont rapportés ici les propos de Mathias, jeune gardien de l'équipe des moins de 15 ans du centre de formation du club de football professionnel.

genoux restaient gonflés 24 heures sur 24, mais l'ensemble de mon organisme criait "stop". Je l'ai compris lorsque je me suis fracturé la cheville. La machine était tout simplement cassée... »⁹¹).

A l'inverse, la surveillance et la médicalisation de l'espace du sport d'élite contribuent à l'incorporation d'une sur-écoute du corps. Il s'agit cette fois de posséder une conscience aiguisée de son être, de façon à ne pas passer à côté de difficultés susceptibles de s'aggraver. Perturber le calendrier sportif par défaut de vigilance est inacceptable. Cette fois, les sportifs développent des connaissances médicales profanes extrêmement pointues, comme l'utilisation circonstanciée du chaud et du froid, la pratique d'automassages, la réalisation de pansements et de bandages parfois complexes, etc⁹². Ils disposent à terme d'un vaste vocabulaire leur permettant l'identification et la description d'un nombre important de symptômes. Cette augmentation de la « compétence médicale » ne peut se comprendre qu'à travers l'augmentation du besoin médical. Hyper-consommateurs de soins, les sportifs de haut niveau ont une fréquentation médicale nettement supérieure à la moyenne⁹³. Pour illustrer cette surconsommation médicale, peut-on évoquer les 92 consultations qui ont eu lieu au sein du club de football professionnel sur une saison sportive, pour un effectif de 28 joueurs de Ligue 1, et qui ont nécessité un « bilan médical » plus approfondi. A raison de deux à trois examens complémentaires (du type radiographie, échographie, IRM, etcetera) pour chacune de ces consultations, il faut compter environ 230 examens en une année, soit plus de 8 examens par joueurs ! De même, le docteur Rauilo, médecin des équipes de France de handball, estime à 321 le

⁹¹ Récit de la Canadienne Nathalie Lambert, championne du monde et médaillée olympique de short track dans les années 1990. Cité dans **Non-signé**. 2005. « Tout savoir sur les blessures du sportif », *Sport & Vie, Hors-série* n°22, p. 62.

⁹² Julien, gymnaste de 17 ans, a été plâtré après s'être blessé gravement à la cheville, et reçoit chaque jour des piqûres d'anticoagulants. Mais le jeune homme, qui voit dans ce déplacement quotidien au centre médical une perte de temps importante, négocie directement avec l'infirmière et obtient le droit de réaliser lui-même ce soin (« ça pique un peu, mais ça va »). Cette gestion « courageuse » et précoce de la médication est un trait commun dans l'espace séparé du haut niveau sportif. Ainsi, le docteur Quirion a eu le même cas dans le pôle de handball. Une jeune fille de 16 ans réalisait ses propres injections d'anticoagulants, ce qui cette fois a posé problème car la détention de seringues est interdite dans l'enceinte d'un établissement scolaire. C'était à l'infirmière du lycée que revenait cette mission. L'affaire sera finalement classée sans que des sanctions ne soient prises.

⁹³ Cette hyper fréquentation est facilitée par la présence de nombreux professionnels de santé dans l'espace proche de l'athlète. Lorsque l'on dresse le paysage médical propre aux gymnastes du pôle espoir dans lequel nous avons mené nos observations, le résultat est impressionnant. Sur une saison sportive, ils côtoient ainsi le médecin du pôle, le médecin de famille (bien souvent conservé lorsque le lieu d'entraînement n'est pas trop éloigné du domicile familial et qu'il autorise des retours plus réguliers), le médecin du CREPS (médecin de garde pendant la semaine d'internat), les médecins du service hospitalier de médecine du sport, un kinésithérapeute, un acupuncteur, une psychologue du sport, et pour certains un ostéopathe.

nombre de consultations effectuées pour les 43 jours de stages de la seule équipe féminine. Rapporté aux 21 accidents sur cette même période, l'inflation du besoin médical est ici manifeste⁹⁴. Enfin, au sein du pôle espoir de gymnastique, ce n'est pas moins de 17 consultations approfondies qui ont été réalisées en plus du suivi hebdomadaire pour un effectif de 12 athlètes, soit le total de 25 examens complémentaires (16 radiographies, 6 échographies, 1 IRM, 1 scintigraphie et 1 arthroscanner). Si le degré de consommation d'actes médicaux semble s'élever à mesure que le niveau et les moyens sportifs augmentent, la prise en charge reste donc maximale. L'apprentissage du glaçage très tôt dans les filières sportives de formation est également particulièrement révélateur. Il s'agit en effet d'une forme d'automédication extrêmement répandue, qui consiste à appliquer le principe de précaution au moindre doute physique. Avant même qu'un éventuel problème soit médicalement repéré, chaque bruit corporel fait l'objet d'une attention soutenue.



A l'intérieur du club professionnel de football qui dispose d'un centre de formation, le distributeur de glace pilée est idéalement placé, dans les toilettes adjacentes aux vestiaires de l'équipe professionnelle. Au cœur des lieux de vie, la pratique du glaçage devient habitude et illustre parfaitement l'attention soutenue qui est portée aux bruits du corps. Encore une fois, le principe de l'augmentation du temps utile

⁹⁴ **DESBORDES**, Nicolas. 2007. « Handball féminin. Les bleues championnes du monde ? », *Médecins du sport*, n°86, p. 11.

fonctionne. Le temps qui sépare l'entraînement de la prise en charge sanitaire est réduit à son minimum.

Enfin l'utilisation d'articles de contention ou de maintien par les sportifs peut se lire dans le cadre de ce double rapport au corps. Trop conscients du coup d'arrêt que peut représenter une blessure grave dans la carrière sportive, nombreux sont les athlètes qui possèdent une forte croyance dans les vertus protectrices et non uniquement curatives de ces genouillères, bandages, ou orthèses. Ils en prolongent donc l'utilisation au-delà des prescriptions médicales. De même, n'étant pas dupes de ce phénomène d'évaluation de la gestion sanitaire de leurs corps par leur entourage direct, certains athlètes utilisent sciemment ces articles pour se mettre en valeur. Les accessoires deviennent alors autant d'artefacts permettant une relative « héroïsation » de soi, par la mise en scène d'une certaine persévérance dans la souffrance. Le bandage systématique des doigts dans une discipline sportive telle que le handball fait ici figure d'exemple.

II. Encadrements médico-sportifs et effets normatifs

Pourtant, dans ce paysage sportif, il est devenu impossible d'évoquer la gestion de la santé physique sans discuter un instant de la place et du rôle de l'encadrement médical. Plus particulièrement, depuis la clarification du statut du sportif de haut niveau dans les années 1970 en France, la division du travail sportif s'est affinée, et la figure du médecin du sport n'a cessé de se renforcer⁹⁵. Aujourd'hui, le cadre législatif est clair, le praticien est l'auxiliaire du sportif, garant de son intégrité physique⁹⁶. Il est dès lors extrêmement intéressant de questionner la façon dont les médecins, selon le mélange original de leurs socialisations médicales et sportives ainsi que le lieu de leur exercice, en milieu hospitalier ou sur le terrain sportif, s'inscrivent dans ce paradoxe du double corps qui traverse et structure l'espace du sport d'élite. Font-ils obstacles à l'érosion des corps comme on pourrait être amené à le supposer ? Autrement dit, les médecins de terrain ont-ils les

⁹⁵ FLEURIEL, Sébastien. 2004. *Op. Cit.*, 95 pages.

⁹⁶ HARICHAUX, Michèle & Pr. HARICHAUX, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 35-40.

moyens de s'extraire de l'influence normée et normative de la structure qui les emploie, et d'imposer une logique médicale antinomique aux valeurs fondamentales du sport de haut niveau ? A l'inverse, les médecins hospitaliers ont-ils la capacité et la volonté de répondre à un besoin sportif spécifique auquel ils sont pour la plupart biographiquement étrangers ? Les colloques singuliers, dont nous avons montré dans le précédent chapitre qu'ils étaient différents selon le profil médico-sportif du professionnel de santé, méritent une analyse approfondie. « Le discours [...] est une "résultante" de la compétence du locuteur et du marché sur lequel passe son discours ; le discours dépend pour une part des conditions de réception. Toute situation linguistique fonctionne donc comme un marché sur lequel le locuteur place ses produits et le produit qu'il produit pour ce marché dépend de l'anticipation qu'il a des prix que vont recevoir ses produits. [...]. Apprendre un langage, c'est apprendre en même temps que ce langage sera payant dans telle ou telle situation. [...]. Toute situation linguistique fonctionne comme un marché dans lequel quelque chose s'échange. Ces choses sont bien sûr des mots, mais ces mots ne sont pas seulement faits pour être compris ; le rapport de communication n'est pas un simple rapport de communication, c'est aussi un rapport économique » où se jouent un certain nombre d'enjeux⁹⁷. Aussi, il serait vain de détailler les pratiques et les discours des médecins sans interroger à aucun moment leurs interactions avec les sportifs et l'encadrement technique. Si les médecins, en fonction de la position dans laquelle s'inscrivent leurs pratiques discursives, ne poursuivent pas des objectifs identiques, il en est de même pour les acteurs sportifs (qu'il serait dangereux de réduire à un rôle passif et silencieux).

II. 1. Trop vite, trop haut, trop fort ?

« *Celui qui renonce à devenir meilleur cesse déjà d'être bon* »⁹⁸.

« *Se trouve ainsi posée la question de la légitimité du pouvoir*

⁹⁷ BOURDIEU, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 97-99.

⁹⁸ Cette inscription habille le montant de l'accès aux chambres des jeunes footballeurs recrutés et sélectionnés au sein du centre formation du club professionnel de football. Epée de Damoclès matérialisée, cet écriteau rappelle aux occupants des locaux la raison de leur présence et réaffirme la logique fondamentale que chacun doit poursuivre : la perpétuelle recherche de l'amélioration de ses performances.

médical à instaurer des règles pour le milieu sportif de haute compétition, et à prévaloir des normes qui protègent la santé des gymnastes en particulier, mais aussi des athlètes de haut niveau en général, y compris contre eux-mêmes »⁹⁹.

La position a priori la plus critiquable, et a fortiori la plus critiquée, est bien celle du « médecin champion », étant entendu celui qui évolue au plus près des athlètes et partage leur projet sportif. Cette adhésion aux normes et valeurs qui structurent l'espace du sport d'élite est régulièrement remise en cause par les praticiens hospitaliers car elle contraste avec le discours médical dominant qui donne à voir un médecin indépendant, centré sur des enjeux de santé dans lesquels la sauvegarde de l'intégrité physique ne peut être reléguée au second plan de ses préoccupations. Au-delà de ce prêt à penser critique – issu de la morale médicale traditionnelle (et qui n'est pas sans rappeler la tradition philosophique et médicale ancienne qui opposait le corps à l'esprit), qui considère la recherche de la performance comme une gangrène, capable de ronger jusqu'au plus déontologique des praticiens dès lors qu'il se sera compromis dans cet univers jugé malsain – l'inscription du médecin dans la chaîne de production des élites interroge malgré tout les limites du médical et de sa normativité. Les médecins du sport de terrain échappent-ils donc totalement au projet sportif, ou vendent-ils leurs serments d'Hippocrate au diable ?

En fait, il apparaît clairement que le praticien compose entre le code sportif et le code médical. Ainsi, il participe à la sauvegarde des corps lorsqu'il prescrit par exemple des examens complémentaires, ou qu'il impose des arrêts sportifs. Il met sa compétence médicale au service du sportif. Mais il met également cette compétence au service du projet sportif. En ce sens, il devient le complice plus ou moins actif du système, et contribue à en reproduire les normes. Par son activité, il renforce la valeur structurante de la blessure et de la douleur. Cette caractéristique semble consubstantielle de la présence même du médecin dans l'espace de l'élite sportive, et ce quelle que soit la hauteur de son engagement au sein des groupements sportifs. Qu'il s'agisse des docteurs Beaugendre et Gardet dont les contrats stipulent 25 heures de présence par semaine au sein du Club professionnel de football et le suivi médical obligatoire des rencontres disputées à

⁹⁹ **PAPIN**, Bruno. 2000. *Sociologie d'une vocation sportive. Conversion et reconversion des gymnastes de haut niveau*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, p. 332.

domicile, du docteur Raulo, salarié à plein temps de la Fédération française de Handball qui consacre environ 120 jours de déplacements chaque année au suivi des sélections nationales, ou bien enfin du docteur Renaud, médecin vacataire qui se déplace une journée par semaine dans les locaux du pôle de gymnastique, cette propension à jouer le jeu sportif semble être identique. Le simple fait de pénétrer ce milieu restreint du sport d'élite est en soi un gage d'allégeance relativement fort. L'adhésion biographique des médecins à un ensemble de valeurs ascétiques toutes entières tendues vers la réalisation de performances de plus en plus élevées, place de fait le praticien dans la chaîne de production de la victoire¹⁰⁰. Il ne s'agit pas simplement de prévenir une blessure pour ne pas entraver le quotidien sportif mais bien plus de participer à la construction des « habitus » sportifs. Etre sportif de haut niveau ne relève évidemment pas d'une élection « génético-divine », mais bien d'un long processus marqué par une série de stratégies plus ou moins conscientes qui symbolisent le passage du monde ordinaire au monde extra ordinaire de la haute performance. La séparation d'avec la famille dès le plus jeune âge, la scolarité dans des centres spécialement adaptés aux sportifs de haut niveau dont l'emploi du temps est différent de celui des autres enfants, la quantité d'entraînement, les répétitions métronomiques des techniques sportives, etc., sont autant de marques d'un processus d'intériorisation, d'incorporation des valeurs et des codes propres à cet espace spécifique. Et le médecin du sport tient une place importante parmi les agents qui produisent ces dispositions physiques et mentales à la haute performance.

II. 1. a. Soigner et adhérer

– Sélection –

L'influence du médical dans le processus de sélection des futurs champions, à l'entrée des clubs et des associations sportives, est un phénomène dont nous avons montré qu'il était historique. Dès le début des années 1920, le docteur Boigey expliquait très précisément la façon dont il avait découvert le futur talent sportif de Joseph Guillemot sur la base de mesures scientifiques. « Grace à des tests préalables, il raconte avoir sélectionné

¹⁰⁰ Certains évoquent une *confusion* des rôles pour qualifier la position de ces médecins. Plutôt que de parler de confusion, qui laisse entendre une forme de duperie du monde sportif envers des médecins tombés dans le piège de leur instrumentalisation, il semble préférable de trouver un terme plus fidèle aux processus actifs et aux représentations engagées par les agents eux-mêmes. Aboutissement logique d'une trajectoire individuelle, bien plus que d'une confusion, il s'agit d'une *adhésion*.

le coureur à l'École de Joinville. Inconnu dix mois avant les Jeux interalliés d'Anvers en 1920, il y devient champion olympique du 5000 mètres et médaille d'argent du 10000 mètres. Boigey explique, non pas comment il a organisé son entraînement, ce qu'il n'évoque même pas, mais comment il l'a sélectionné parmi de nombreux sujets. Pour cela, il indique qu'il a dû dépasser les apparences et se fier au contraire aux résultats des diverses études physiologiques réalisées sur l'organisme de l'athlète. Ainsi confie-t-il que, "si l'on n'avait tenu compte que de la morphologie, personne n'aurait songé à envoyer Guillemot à Anvers. [...] Les parties les plus visibles de la machine animale ne prouvent rien quant aux qualités du travail. L'état du cœur, du système nerveux, des poumons, des reins, du foie a plus d'importance que les formes extérieures" »¹⁰¹. Depuis les années 1970 et l'institutionnalisation du sport de haut niveau en France, le rôle des médecins a été redéfini et s'inscrit dans une division du travail plus nette, mais les professionnels de santé restent actifs dans les mécanismes de sélection des jeunes sportifs. Cette « difficulté » a été pointée en 2002 par un groupe de travail mis en place par le conseil de prévention et de lutte contre le dopage. Dans ses conclusions, ce groupe de réflexion estimait nécessaire que les médecins de club ou d'équipe professionnel n'acceptent pas ce rôle d'expertise et d'évaluation, de façon à ne conserver qu'une pratique de soins, associée à une mission de prévention et d'information¹⁰². En effet, si l'arrêt temporaire en cours de saison pour raisons médicales ne choque pas, la recherche d'antécédents de blessures lors de la sélection des jeunes sportifs paraît difficilement défendable. Les médecins de certains pôles de handball doivent signaler par exemple, lors des visites médicales préalables, les antécédents de rupture des ligaments croisés, tout cas répertorié devenant non prioritaire car statistiquement moins fiable physiquement que les autres. Le récent documentaire réalisé par Véronique Houth qui retrace le quotidien de l'ancienne gymnaste internationale, Soraya Chaouch, est à ce titre parfaitement révélateur de l'usage de la médecine dans des perspectives de sélection sportive. La jeune athlète tente en effet d'assurer sa reconversion sportive dans l'univers du tumbling suite à une blessure qui lui a définitivement fermé les portes de l'équipe de France de gymnastique artistique. Peu de temps après son arrivée au pôle France de Tumbling, une scène filmée dans les locaux sportifs paraît irréelle. Le médecin de la structure réalise l'examen clinique de la jeune femme et lui demande de lui

¹⁰¹ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922, p.5. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

¹⁰² Dr. **FRIEMEL**, Françoise. 2002. « La vie de Société française de médecine du sport », *Science & Sports*, n°17, p. 206.

faire le listing de ses antécédents de blessures. Des douleurs chroniques au dos, un coude et un genou qui se bloquent régulièrement, et enfin des muscles ischio-jambiers récalcitrants. Le médecin admet en riant que « le sport de haut niveau n'est pas physiologique pour le corps », mais constate avec satisfaction qu'aucune des difficultés répertoriées n'est véritablement antinomique avec la pratique du tumbling à haut niveau. « Tout va bien ! Ici ce qu'on redoute vraiment, c'est les problèmes aux tendons d'Achille parce que c'est ce qui pète en premier et le plus souvent ». La jeune gymnaste passe donc le « test médical » avec succès et entame une nouvelle carrière dans le tumbling¹⁰³. Dans une logique comparable, il nous a été permis d'observer un détournement des informations médicales de la part de certains médecins fédéraux, utilisant les données consignées dans les dossiers comme critères de sélection des jeunes sportifs pour la participation à des stages nationaux ou internationaux. Ainsi, un jeune handballeur, apte médicalement à reprendre l'activité sportive à son plus haut niveau selon son médecin de pôle suite à une blessure et donc capable de participer à un stage national, s'est vu refuser son départ en sélection. Le médecin fédéral n'a pas voulu prendre de risques, le prix du séjour, l'hypothétique baisse de rendement et la peur d'une rechute ayant ici eu valeur d'arguments. Il n'est d'ailleurs pas rare que les médecins des équipes nationales sollicitent leurs confrères sur le terrain afin de faire un état des lieux de l'état de santé des sportifs repérés, et ainsi s'assurer de leur rentabilité en cas de sélection (le docteur Raulo demandera par exemple au docteur Quirion de réaliser un compte rendu de la blessure du poignet d'une joueuse pressentie pour participer à un stage de préparation aux mondiaux juniors, afin de statuer sur sa sélection). Autrement dit, un vaste processus de discrimination sur la base d'informations sanitaires (théoriquement tenues secrètes) est en cours dans le système de sélection des élites sportives, sans que cette violence symbolique ne soit jamais relevée comme telle¹⁰⁴.

– *Conversion* –

Là où l'entraîneur est actif dans la production chez les jeunes athlètes d'un habitus conforme aux normes et aux valeurs qui structurent l'espace de la haute performance, le

¹⁰³ **HOUTH**, Véronique. 2007. « Rebondir », *Magazine Strip-tease*, mk2, 55 minutes.

¹⁰⁴ Certains dans l'entourage sportif attendent du médecin une attitude encore plus radicale. Le préparateur physique du club professionnel de football dans lequel le docteur Beaugendre a une activité de sélection des joueurs, lui reproche une attitude qu'il juge trop laxiste. « Au club, on a recruté un joueur qui a été greffé des reins. Donc le médecin a mis son aval, il l'a autorisé. Moi, si je raisonne en sport de haut niveau, je ne peux pas me permettre de prendre un greffé des reins ! Parce que je sais qu'il es amené à être plus sensible aux infections, et qu'il risque de ne pas finir la saison. Et là, il y a conflit, parce que le doc n'est pas vigilant ».

médecin du sport placé dans ce même espace va participer à sa manière à la production d'un rapport au corps spécifiquement adapté. Le praticien participe aux techniques d'inculcation de l'habitus du champion par des techniques similaires de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur¹⁰⁵. Car si, lorsque la blessure est trop importante et remet en cause de façon incontestable la pratique de l'activité sportive, le médecin du sport prend des mesures médicales en conséquence (examens médicaux approfondis, prescriptions adaptées, et en dernier lieu arrêt sportif total), la part la plus importante de son activité professionnelle au sein d'un centre sportif consiste en la prise en charge des petites blessures et douleurs des sportifs. Ce qu'ils appellent eux-mêmes régulièrement par une euphémisation qui n'est pas sans rapport avec la banalisation, une activité de « petite bobologie ». Le « bobo » sans gravité se substitue dans la parole à la blessure toujours inquiétante, mais la douleur, elle, est bien réelle. Et finalement, si l'ensemble des actes est réalisé avec tout le sérieux que l'on peut attendre de la part d'un médecin, il n'en reste pas moins qu'un très grand nombre de douleurs et blessures ne sont pas traitées. Ou, pour être tout à fait exact, elles sont prises en compte, surveillées, mais banalisées. Nous avons ainsi repéré trois façons non exclusives de procéder à la banalisation d'une douleur : par son déni le plus total ; par un report du diagnostic de façon à ce que la douleur s'estompe d'elle-même ou que le sportif « s'y fasse » (et ainsi éviter des arrêts sportifs trop fréquents) ; et enfin par la normalisation de la douleur. Nous ne livrons ici que deux exemples issus de nos observations ethnographiques au sein du pôle espoir de gymnastique, mais cet exercice aurait pu être répété pour chacun des sportifs présents. Nous avons à ce titre réalisé à la fin de la saison sportive pour l'ensemble des athlètes une « revue de bobologie » qui retrace les consultations entre le médecin et le gymnaste à chaque visite. Une telle compilation des données donne un aperçu très clair des caractéristiques du colloque singulier que ce médecin gymnaste entretient avec les jeunes champions. Tutoiement mutuel, vocabulaire gymnique, humour entendu, prise en charge ou à l'inverse banalisation des blessures sont autant d'ingrédients qui composent les échanges langagiers (**Voir [annexe méthodologique pour un exemple de revue de bobologie](#) p. 668**).

¹⁰⁵ Le médecin est ainsi engagé dans le processus de *conversion* des élites sportives. La notion de conversion développée par Charles Suaud dans son travail sur la vocation sacerdotale, est en effet transférable au milieu de la haute performance athlétique. « La nécessité d'un temps d'inculcation aussi long, à laquelle prêtres et parents se pliaient volontiers pour des raisons psychologiques, découlait en réalité de la nature du processus effectué par lequel des garçons étaient amenés à intérioriser une image complètement nouvelle d'eux-mêmes et à adhérer à un véritable plan de vie, bref, à opérer une conversion ». **SUAUD**, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 77-78.

**Banalisation médicale de la douleur lors des consultations hebdomadaires du docteur
Renaud, médecin du pôle Espoir de gymnastique**

Fabien. Douleur au talon.	
Semaine 1	Fabien : J'ai toujours mal au talon et j'ai toujours mon infection. Dr. Renaud : Oui, j'ai pensé à toi mon pauvre ami, mais quand j'y ai pensé, je n'avais plus la pommade sous la main. Et après, j'ai oublié. Donc le talon, c'est mieux ? Fabien : Non, c'est toujours pareil. Dr. Renaud : Bon. De toute façon ton entraîneur passera demain chercher ton ordonnance pour la pommade.
Semaine 2	Fabien : J'ai toujours mal au talon ! Dr. Renaud : [Soupir]. Ça, on va y avoir droit jusqu'à Noël ! [Manipulation]. Saloperie de truc ! Tu fais quoi comme impulsions ? Fabien : Que du trampoline. Dr. Renaud : Oui, donc on peut difficilement faire mieux. Sinon, ça va ?
Semaine 3	Fabien : Toujours pareil, j'ai mal quand je fais des impulsions arrières. Dr. Renaud : Bah oui... Il faut continuer à ne pas en faire trop, sinon ça va s'aggraver.
Semaine 4	Fabien : J'ai mal au talon. Dr. Renaud : Oh, pff... Et à part ça ?
Semaine 5	Fabien : Toujours le talon... Dr. Renaud : Ça, on est parti pour toute l'année de toute façon... Et sinon ?
Semaine 6	Fabien : Bah, j'ai toujours mal au talon mais bon... Dr. Renaud : Non ? [Ton faussement étonné]. Est-ce possible ? Bon. Quoi d'autre ?

Karl. Douleur à l'épaule.	
Semaine 1	Karl : J'ai toujours mal à l'épaule. Dr. Renaud : Oui, mais ça, mon pauvre ami... Karl : Bah de toute façon, ça ne me gêne pas trop. Dr. Renaud : Ok, c'est bien.
Semaine 2	Karl : J'ai encore mal à l'épaule un peu. Dr. Renaud : La droite hein ? [Manipulation]. Oh oui, toi, je suis sûr que c'est une ostéochondrose. Ça c'est chiant ! Tu fais gaffe quand même de ne pas trop forcer ! Karl : Ok.
Semaine 3	Dr. Renaud : Et sinon ? Karl : Il y a toujours l'épaule. Dr. Renaud : Ben tiens ! Ça c'est pareil, on va se le farcir un moment ! Bon bah Ok, au suivant.
Semaine 4	Dr. Renaud : T'as plus de douleurs ? Karl : Si, à l'épaule. Dr. Renaud : Oui mais au cou ? [Karl est tombé sur la tête la semaine précédente] Karl : Ah non, enfin un peu, mais ça c'est rien ! Dr. Renaud : Bon, et quoi de neuf ?
Semaine 5	Dr. Renaud : Quoi de neuf ? Karl : Bah j'ai encore mal à l'épaule, mais bon... [hausse les épaules d'un air résigné]. Dr. Renaud : Bah oui. Karl : Sinon c'est tout. Dr. Renaud : L'épaule droite hein ? [Manipulation]. C'est marrant, il y a plein de douleurs en gym qu'on ne voit pas ailleurs ! Bon bah très bien.
Semaine 6	Dr. Renaud : Alors ? Karl : Toujours pareil, l'épaule ! Et sinon, j'ai mal au poignet chaque lundi. A chaque fois que je reprends, ça me fait mal ! Dr. Renaud : Et bah il ne faut pas que tu t'arrêtes ! [Rires]. [Manipulation et traitement par une pommade anti-inflammatoire de la douleur au poignet]. Bon, et autrement ça va ? Karl : Oui.

Dans la logique de la résistance à la souffrance corporelle que nous avons évoquée supra, et qui constitue une des valeurs fondamentales de l'espace de la haute performance, le médecin participe lui-même à l'inscription de la douleur dans la norme. C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'il est possible de ranger ce que ces médecins identifient comme des « douleurs normales d'adaptation à la pratique du sport à un haut niveau », et qui les amènent à repérer cliniquement la « cheville du footballeur », le « poignet du gymnaste », « le rachis du cavalier », etc. La douleur est donc identifiée, reconnue par « l'expert en ce domaine » comme étant une douleur avec laquelle il faut vivre pour continuer à produire de la performance. Quel que soit le milieu sportif dans lequel nous avons mené des investigations, il nous a été possible de repérer empiriquement cette technique de normalisation de la douleur. Ainsi par exemple, ce footballeur professionnel, lorsqu'il discute avec un de ces coéquipiers qui vient de se blesser à l'entraînement et qui attends le « doc », lui explique qu'en ce qui le concerne, il évolue avec une « douleur récurrente de la cheville », mais « pas grave » puisque résultant « selon les médecins », du fameux cas de la « cheville du footeux ». Ou encore, ce jeune gymnaste qui souffre du poignet gauche et qui se voit renvoyé à l'entraînement par le médecin du pôle, après avoir diagnostiqué une ostéochondrose, « pathologie classique et normale d'un gymnaste en devenir, à laquelle on peut pas grand-chose ». « Le corps médical, par la répétition de ses interventions auprès des jeunes gymnastes dans un contexte de gestion rationnelle du corps, participe pleinement à penser l'ascèse [et les sacrifices corporels] comme un mode normal de vie »¹⁰⁶. Le médecin du pôle de gymnastique, après avoir ausculté un jeune gymnaste qui s'est plaint de douleurs récurrentes aux avant-bras pendant plusieurs semaines avant de ne finalement plus ressentir le moindre mal, nous explique ce qui fonde selon lui la spécificité de sa compétence et illustre ici parfaitement notre propos. « Tu vois, ça ne servait à rien de l'envoyer en consultation. Ce genre de douleurs, ce sont des douleurs nécessaires. Un peu comme les courbatures qui correspondent à des lésions des fibres musculaires nécessaires au développement du muscle, et bien peut-être qu'on a pareil au niveau osseux. Bien que cela n'ait jamais été montré, moi je suis persuadé que ce sont également des douleurs d'adaptation. C'est ça qui est difficile et qui nécessite un peu d'expérience : savoir ce qui est de l'ordre des douleurs d'adaptation et ce qui est pathologique et qui nécessite un traitement médical. Maintenant, quand on écoute le médecin de la Jeunesse et Sport, il faudrait tout le temps les arrêter pour des choses qui ne nécessitent pas d'arrêts. Des

¹⁰⁶ PAPAN, Bruno. 2000. *Op. Cit.*, p. 235.

microtraumatismes osseux, des microfissures dans la colonne vertébrale par exemple, bah avant on les laissait pratiquer tant qu'ils ne se plaignaient pas. On n'empêchait pas les gens de faire de la gym ! ». A la suite des visites médicales obligatoires au CHU, le docteur Renaud demande à chacun des gymnastes de lui faire le récit des consultations. Etienne, jeune sportif de douze ans rapporte au médecin du pôle les propos du praticien hospitalier. « Elle a dit que j'avais à peu près un an de retard dans ma croissance par rapport aux autres de mon âge... ». Cette remarque ne manque pas de déclencher une vive réaction du médecin de terrain, qui nous livre une réflexion intéressante sur le déplacement des normes dans l'espace du sport de haut niveau. « On ne va pas faire des grands en faisant de la gymnastique, ça se saurait ! C'est quoi la normalité en gym hein ? C'est dingue ça ! La semaine dernière, j'ai été à un congrès de médecine. Il y avait une intervention d'une jeune tunisienne sur les paraplégiques, qui portait sur les procédés à mettre en place pour leur faire retrouver la puissance moyenne que l'on trouve dans les rotateurs internes d'individus normaux. Alors moi, de suite j'ai levé la main et je lui ai posé une question : c'est quoi la normalité pour les rotateurs internes chez des paraplégiques ? Cette baisse de puissance n'est-elle pas due au changement de fonctionnalité des bras ? Se déplacer par la force des bras, ce n'est pas rien ! Il faut commencer par se poser ce genre de questions avant de faire des recherches de ce type. Du coup, elle était très embêtée et a fini par reconnaître qu'ils ne s'étaient même pas posés la question alors que c'était effectivement le point de départ... Tout ça pour dire qu'en gym, c'est exactement pareil ! Il faut se demander ce qu'est la normalité dans la gym avant de parler d'autres choses ». De ce point de vue, le docteur Renaud fait figure de spécialiste dont la grande expertise le rend capable d'identifier et de traiter différemment les bruits corporels considérés « normaux » des pathologies qui ne le sont pas. Or, « comme Balint l'écrivait déjà en 1968 : “le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même”. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade »¹⁰⁷. Ici, l'expertise du docteur Renaud est très clairement fondée sur sa propre biographie sportive. Son passé de sportif de haut niveau fait qu'il a lui-même subi les effets d'une conversion et sa pratique médicale au sein du pôle de gymnastique est la traduction des préceptes hippocratiques à travers le filtre d'un rapport au corps et à la santé décalé. Ce professionnel de santé avoue ainsi avoir éprouvé pour la douleur physique un sentiment de dépendance coupable. « En gym, il faut aimer se

¹⁰⁷ FAINZANG, Sylvie. 2001. *Médicaments et société*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies, p. 106.

faire mal, et on aimait ça, oui. C'est sans doute un peu dérangent de le dire quand on est médecin, mais c'est comme ça ». Sans réécrire le désormais classique essai de Canguilhem, il apparaît clairement que la définition de la « bonne santé » pour ce médecin s'inscrit dans les lois propres à l'espace sportif. « En médecine l'état normal du corps humain est l'état qu'on souhaite de rétablir. [...]. La médecine existe comme art de la vie parce que le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative. [...] En cela, le vivant humain prolonge, de façon plus ou moins lucide, un effort spontané, propre à la vie, pour lutter contre ce qui fait obstacle à son maintien et à son développement pris pour normes »¹⁰⁸. Dans l'espace du haut niveau sportif, les obstacles à la santé sont spécifiques et « l'état normal du corps » ne signifie pas l'absence de douleurs. Nous l'avons vu, le médecin par une activité de banalisation des blessures et de normalisation de la douleur participe à la production d'un rapport au corps adapté aux exigences du milieu, et donc à terme au déplacement des normes de santé. Il est à ce titre particulièrement intéressant d'interroger les conditions dans lesquelles une « douleur normale » banalisée devient inquiétante et peut accéder au statut de « pathologie à traiter ». L'expertise médicale est entièrement colorée par les enjeux sportifs, au point que la poursuite de l'entraînement figure comme un critère déterminant dans l'évaluation de la gravité des blessures. La douleur chronique que Karl ressent à l'épaule depuis plus de 6 semaines a toujours été banalisée par le médecin. Le jeune gymnaste explique que cette douleur « ne le gêne pas trop » et qu'il peut s'entraîner normalement. Le médecin en conclut après s'être assuré par diverses manipulations qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie sévère, que cette sensation désagréable fait partie d'un cycle normal d'adaptation du corps à la gymnastique de très haut niveau (tout en reconnaissant que cela n'a jamais été véritablement démontré médicalement). Mais à la septième semaine, Karl souffre visiblement, au point d'avoir stoppé une séance aux anneaux. Cette fois, la prise en charge médicale est maximale. Le docteur Renaud, après de longues manipulations, lui prescrit directement des anti-inflammatoires et projette de le voir au sein de son cabinet pour mener une exploration plus complète. Savoirs médicaux et sportifs sont ici intimement entrelacés jusque dans l'énonciation du diagnostic et l'attitude à adopter. Si le médecin isole les pathologies responsables de diverses douleurs grâce à des manipulations savantes, dans la réflexion sur

¹⁰⁸ CANGUILHEM, Georges. 2003 [1966]. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, p. 77.

une éventuelle thérapeutique, la réponse des gymnastes à l'entraînement permet de trancher entre la banalisation de la blessure où au contraire sa prise en charge.

La poursuite de l'entraînement comme critère de gravité

Semaine 14. Consultation du 16 / 01 / 2007 :

Colloque singulier entre le médecin et Morgan, gymnaste de 18 ans. Difficultés dans la poursuite de l'entraînement, vers une prise en charge médicale.

Morgan : « J'ai toujours mal au genou là ! J'ai de plus en plus mal ».

Dr. Renaud : « Ah ? [Longue manipulation. Le docteur fait s'allonger le gymnaste sur le canapé et recherche les éventuelles pathologies responsables de cette douleur importante. A l'issue d'un long moment, sa moue dubitative témoigne de sa perplexité]. Et ça t'empêche de t'entraîner ? ».

Morgan : « Bah quand je fléchis, ça me fait mal, et quand je tends à fond aussi ! Donc par exemple je fais pas les sauts en ce moment ».

Dr. Renaud : « Ah bon ? Bon bah faut qu'on voie ça. Tu passeras me voir [au cabinet], et on fera des radios ».

Semaine 21. Consultation du 13 / 03 / 2007 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 13 ans. Poursuite de l'entraînement, vers une banalisation de la blessure.

Etienne : « Je m'étais fait mal au doigt. Au pouce. Aux arçons. C'était mercredi dernier. Et là j'ai encore mal ».

Dr. Renaud : « Où tu as mal ? [Manipulation. Là !] Ah là ? [Manipulation]. Oui bah t'as pris un bon jeton quand même !... Mais t'arrives à t'entraîner quand même ? ».

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Bon bah ça va. Mais fais attention de ne pas trop forcer quand même ! ».

Le décalage des normes de santé dans l'espace du sport d'élite, relayé et produit par le médecin lui-même, est responsable d'une cécité caractérisée à l'égard de l'ensemble des douleurs voire même des blessures plus sévères. Lors de notre entretien final avec le docteur Renaud, qui est venu clore notre collaboration à l'issue d'une saison sportive, le praticien est alors incapable de répertorier les affections les plus importantes rencontrées

par les gymnastes. Les fractures, les entorses avec arrachements osseux, et plus généralement toutes les douleurs chroniques des poignets, du cou, des genoux, des hanches ou des épaules n'ont marqué que nous. Tout semble déjà effacé. « On n'a pas trouvé grand-chose, non. Ils ne se sont pas beaucoup cassés cette année ! ». C'est en consultant son ordinateur que la double fracture des pouces de Fabrice se rappellera par exemple à son bon souvenir. « Ah oui, c'est vrai qu'il a fait fort lui ! ». Cette euphémisation des conditions de vie pathogènes des gymnastes est d'ailleurs partagée par le responsable du pôle, qui explique : « En fait, en gym, il n'y a pas tant de pépins que cela. C'est très rare qu'ils aient des pépins ». Là encore, le paradoxe du double corps est opérant. Si les entraîneurs minimisent les pathologies contractées, ils prennent en revanche avec circonspection cette même attitude de la part du médecin. Ce dernier, lorsqu'il évoque le nombre peu élevé de blessures au cours de la saison, adresse implicitement des félicitations aux entraîneurs pour un travail mené dans le respect des corps. A l'inverse, les techniciens reçoivent ce commentaire avec méfiance, et y voient la critique potentielle d'un travail pas suffisamment poussé. En fin de consultations, au mois de mars 2007, le docteur Renaud vient faire un compte rendu rapide de son intervention auprès du responsable du pôle. Dr. Renaud : « Bon bah ça va, il n'y a pas grand-chose cette semaine ». Responsable : « Oui, quelques bobos, mais pas grand-chose ». Dr. Renaud : « Bah oui, d'habitude sur cette période, à quatre semaines des Coupes Nationales, les mecs sont plus cassés que ça ». Responsable : « ça veut dire que je ne les entraîne pas assez, c'est ça ? (sourire) ». Dr. Renaud : « Non, au contraire, il faut comprendre que c'est parfaitement bien mené ! ». Un entraîneur, de retour d'une compétition où aucune blessure sérieuse n'est à déplorer fera exactement le même commentaire (« c'est sans doute le signe d'un manque de travail »). On perçoit ici la façon dont la santé et la pathologie répondent à une définition éminemment sportive. La douleur est une valeur structurante de l'espace et la rentabilité sportive suppose des sacrifices. L'intervention médicale elle-même est d'ailleurs bien souvent orientée par le calendrier des compétitions et le traitement réservé à certaines pathologies peut facilement être reporté dans le temps. Les résultats sportifs sont alors prioritaires sur les temps de repos.

Compétitions et report de la mise au repos

Consultation du 28 / 11 / 2006 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 12 ans.

Dr. Renaud : « Alors, quoi de neuf ? Toujours fatigué ? »

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Ah oui ? Pareil ? Plus ? ».

Etienne : « Bah plus, parce que je me suis entraîné tout le week-end, samedi et dimanche, pour préparer les compèt' ».

Dr. Renaud : « Mais t'arrives à t'entraîner normalement ? C'est fatiguant, c'est tout ! ».

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Bon allez, il faut tenir jusqu'à Noël hein ! Tu pourras te reposer après. Y a rien de méchant ».

Etienne : « (Silence. Les yeux baissés) ».

Consultation du 12 / 12 / 2006 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 13 ans.

Dr. Renaud : « Comment ça va ? ».

Etienne : « Bof. J'ai mal au dos ».

Dr. Renaud : « [Manipulation] Oui, c'est plus musculaire et ligamentaire qu'autre chose hein ! Tu matches demain ? [Sélection pour les Coupes Nationales] ».

Etienne : « Ouais ».

Dr. Renaud : « Bon, tu mets du chaud là-dessus, et t'as pas du Flector où un truc du genre [il s'agit d'un anti inflammatoire] ».

Etienne : « Non, mais Julien en a. Il pourra m'en passer ».

Dr. Renaud : « Et ben très bien ! Tu mets du chaud et du flector. Tu fais la compétition et tu te reposeras ensuite quelques jours ».

Le professionnel de santé est donc une pièce maîtresse dans le décalage des normes de santé au sein de cet espace sportif séparé. En retardant les traitements, en banalisant les blessures et en normalisant les douleurs, il participe de l'apprentissage d'un rapport au corps qui ne se comprend que dans le référentiel sportif. Son rôle consiste très justement à rendre acceptable ce monde de douleurs. Mais sa contribution au processus de conversion des jeunes élites ne s'arrête pas là. Tout comme les autres acteurs qui prennent part au fonctionnement de l'espace du sport d'élite, le médecin du sport partage et renforce une vision de « la santé dans l'urgence », seule compatible avec la production de performances dans le calendrier très spécifique des compétitions sportives. Sa présence sur le lieu d'entraînement ou de compétition n'est pas neutre et s'inscrit pleinement dans les techniques d'augmentation du temps utile. Là où une consultation « classique » en cabinet nécessite anticipation, attente, et déplacement, l'inscription du praticien au sein de l'espace sportif annule le besoin d'anticipation et la nécessité de se déplacer par l'augmentation de sa disponibilité et réduit considérablement l'attente¹⁰⁹. La santé dans l'urgence est à ce point assimilée par les sportifs que le praticien peut parfois devenir victime de l'hyperconsommation qu'il a lui-même contribué à créer, et le caractère plus qu'aléatoire des « prises de rendez-vous » peut être responsable d'un engorgement d'athlètes qui souhaitent tous voir le médecin au même moment. Dans le club professionnel de football, suite aux compétitions du week-end, le lundi matin est ainsi le jour où les consultations peuvent être les plus nombreuses et où l'attente est parfois nécessaire. Certains joueurs, qui ont perdu ou n'ont jamais eu l'habitude de patienter font alors preuve d'une nervosité immédiate. Ils n'hésitent pas à tambouriner avec grand vacarme à la porte du docteur Beaugendre, l'exhortant à « accélérer le mouvement ». De la même façon, lors des compétitions internationales de l'équipe de France de handball, les matchs ont lieu en soirée. Le docteur Raulo doit donc traiter dans l'urgence les blessures qui ont lieu lors des rencontres dans l'intimité des chambres d'hôtel, après le repas. Afin d'éviter que les athlètes ne se couchent trop tard, les consultations s'enchaînent à un rythme effréné. L'heure à laquelle le médecin termine sa journée dépend explicitement du nombre de joueuses qui l'auront sollicité. Une telle urgence médico-sportive ne se définit que dans le référentiel sportif. Le docteur David, praticien hospitalier, chef d'un service de médecine

¹⁰⁹ Le paroxysme de cette santé dans l'urgence étant atteint dans la pratique médicale qui se déroule au cœur des rencontres sportives. Lors des compétitions, les docteurs Beaugendre, Gardet, Raulo ou encore Renaud sont tous sur le qui-vive, prêts à « réparer » dans l'instant un sportif « endommagé » afin qu'il poursuive son effort dans des conditions optimales et qu'il puisse prétendre à la victoire. Les bandages, la bombe de froid, les vessies de glace et autres « éponges magiques » sont alors autant de techniques qui assurent l'immédiateté de la réponse médicale.

physique et de réadaptation locomotrice, souvent sollicité par les clubs sportifs de haut niveau pour la prise en charge « accélérée » d'athlètes de haut niveau s'agace de cette attitude qu'il juge déplacée. Il rappelle ainsi en élevant la voix : « Voyons, on ne meurt pas d'une entorse du genou ! ». Le docteur Quirion, praticien attachée d'un service régional de médecine du sport partage cette même opinion et s'insurge de cette trop grande dépendance de la structure à son égard. « Il ne faut pas exagérer ! S'il arrive un problème pendant l'entraînement, je ne vais pas courir, ils vont d'abord chez le généraliste et je les vois éventuellement ensuite si il y a besoin ». Les docteurs Beaugendre, Gardet ou Renaud ont conscience de cette exigence particulière du monde sportif mais considèrent cette attitude normale compte tenu de la spécificité des conditions de vie imposées aux athlètes. Le docteur Beaugendre, ainsi questionné, illustre par sa réponse le décalage qui existe dans la définition de l'urgence et de la gravité des troubles rencontrés selon les espaces. « Les sportifs de haut niveau ont un rapport à la santé un peu particulier. Mais ça correspond à leur statut. Quand ils ont une douleur à la troisième phalange du quatrième orteil, ça prend des dimensions hyper importantes, parce qu'ils ne vont pas pouvoir frapper dans le ballon. Bon, comparé à un jeune de 15 ans, qui souffre d'une leucémie, c'est sûr que quand il y a quelqu'un qui nous dit, ah, j'ai mal un peu à mon orteil, bon, voilà... Mais on ne peut pas leur reprocher de pas connaître ce qu'ils ne..., et puis je ne souhaite pas qu'ils connaissent ça bien évidemment !, mais c'est vrai que c'est particulier. C'est vrai que quelque fois on a envie de leur dire : revenez un peu dans le monde ordinaire. Ils n'y sont pas toujours ! Ils n'y sont pas toujours... Mais bon voilà ! A côté de ça, ici, il y a de très lourdes exigences ! Rejouer, rester titulaire, etcetera. Donc c'est normal... ».



« Chaque semaine, le docteur Renaud se rend au pôle espoir de gymnastique masculine. Il y reçoit chaque gymnaste l'un après l'autre pour évoquer leur état de santé ».

« Les consultations ont lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs. Le gymnaste, en tenue d'entraînement (à gauche) discute avec le médecin qui prend des notes (à droite). Sur la table, un journal sportif est ouvert. Sur le mur, une médaille sportive rappelle un exploit ».

« La porte entrouverte sur le gymnase, le médecin vit l'espace sportif de l'intérieur. Entraîneurs et athlètes sont à portée de regard et de voix. L'ambiance de la salle est envoutante. Le médecin s'y sent bien. La centration sur le temps utile est ici manifeste. La situation d'entraînement n'est à aucun moment entravée par le suivi médical ».





« Au-dessus de la porte du bureau médical du docteur Beaugendre, au sein du club de football professionnel, le médecin du sport tente de canaliser l'hyper consommation des sportifs (qu'il contribue à produire) par un système de voyants lumineux « Libre / Occupé ». Temps sportif, santé du champion, logique de l'urgence... »

C'est ce décalage de définition et de représentation de l'urgence médicale qui explique les désaccords fréquents entre praticiens selon leurs sensibilités biographiques. Lors de traumatismes aigus qui adviennent sans que le médecin de la structure ne soit présent, les sportifs rentrent dans un parcours de soin conventionnel et ont recours aux services d'urgences. Les médecins qui assurent leur prise en charge sont alors pour la plupart étrangers des normes et des valeurs qui fondent l'espace séparé de l'élite sportive, et appliquent à leur égard le traitement « habituel » correspondant à la pathologie diagnostiquée. « Une entorse est une entorse » dirait le docteur Amazan. « Oui, mais on ne traite pas l'entorse du sportif comme on traite l'entorse d'un monsieur lambda ! » lui rétorquerait le docteur Renaud¹¹⁰. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la remise en

¹¹⁰ A ce sujet, il nous expliquait en entretien : « Celui qui s'est rompu le ligament croisé en tombant dans l'escalier et qui ne fait pas de sport, on ne l'opère pas ! Celui qui fait du sport, on l'opère ! Parce qu'il y en a un qui n'a pas besoin de son croisé, alors que l'autre en a besoin. Le traitement serait complètement différent. Parce que pour vivre dans la vie de tous les jours, tu n'as pas besoin de ligaments croisés. Par contre, pour faire du foot, oui, tu en as besoin ! Mais ça, les étudiants de médecine, ils n'en entendent pas vraiment parler. Donc oui, il y a une vraie spécificité de la traumatologie du sport ! ».

cause des traitements prescrits dans les services d'urgences par les médecins qui évoluent au cœur des centres sportifs. En règle générale, la durée des arrêts sportifs, jugée surévaluée, est réduite voire annulée.

Blessure, désaveu et réduction des temps d'arrêt

Consultation du 14 / 11 / 2006:

Dr. Renaud : « Et toi ? ».

Julien : « ça va. Je me suis blessé (montre son atèle au doigt (auriculaire)). Je me suis fait un arrachement osseux. Aux barres parallèles. La veille des sélections. Super ! ».

Dr. Renaud : « Allons bon ! Qui est-ce que t'as vu ? Qui t'a fait ça (désigne de la main le pansement qui recouvre l'auriculaire de Jules) ? ».

Julien : « J'ai été aux urgences. Parce que c'était le soir, y avait plus rien d'ouvert, mais on voulait savoir exactement ce que c'était quoi ».

Dr. Renaud : « Oh là là ! ».

Julien : « Et j'ai vu une dame là-bas qui m'a fait des radios mais j'ai oublié de les ramener... Je les ai laissées au CREPS ».

Dr. Renaud : « Et qu'est-ce qu'elle a fait, qu'est-ce qu'elle a dit ? Elle a dit que c'était pété ? ».

Julien : « Pfff, elle m'a dit 30 jours en atèle ! Alors que déjà au bout de trois jours ça va mieux ! ».

Dr. Renaud : « 30 jours (yeux écarquillés) ? Oh là là là... Mais qui est-ce que t'as vu là-bas ? C'était un médecin où... ? ».

Julien : « Ouais bah c'était une dame... ».

Dr. Renaud : « 30 jours ? Ils sont fous ceux-là !... Il ne faut jamais faire ça, sinon le doigt se raidit ! Qu'est-ce qu'il vaut avoir : un doigt un peu laxé, où un doigt complètement raide ? Bah le choix est vite fait ! ». Bon, de toute façon, moi, il me faut les radios hein ! Je veux voir les radios avant de faire quoi que se soit ! ».

Julien : « Ok ».

Dr. Renaud : « Bon, fais voir ton doigt. Oh là là, comment ils ont fait ça, mais ils sont nuls ! Il faut toujours laisser les bouts des doigts apparents pour voir si ils bleussent ».

Julien : « Euh, non, mais ça, c'est moi qui l'ai fait hein ! ».

Dr. Renaud : « C'est toi qu'a fait ça ? ».

Julien : « Bah oui hey, au bout de deux jours, ça commençait à puer hein ! ».

Dr. Renaud : « Bah c'est nul ton truc. Regarde, ça commençait à macérer... ».

Dr. Renaud : « (Manipulation). Bon, tu te débrouilles comme tu veux, mais je veux voir les radios ! Tu gardes ça (le pansement) tant que je n'ai pas vu les radios ! Bon bah t'as plus qu'à passer demain ! ».

Julien : « Au cabinet ? ».

Dr. Renaud : « Bah oui ».

Julien : « Ok. Mais elle n'avait pas l'air d'être sûre d'elle la dame. Moi j'ai regardé un peu les radios en même temps qu'elle et je n'ai rien vu. Et puis sur le papier, c'était juste marqué « traumatisme articulaire », mais elle m'a dit qu'il y avait un truc de pété... Enfin bon, ce n'était pas très clair ».

Dr. Renaud : « On va regarder ça demain ».

La semaine suivante : (consultation du 21 / 11 / 2006)

Dr. Renaud : « ça va? ».

Julien : « ça va ! ».

Dr. Renaud : « Le doigt ? ».

Julien : « Encore un peu mal, mais ça va mieux ».

Dr. Renaud : « Combien de temps elle voulait t'arrêter ? ».

Julien : « (Sourire ironique) 30 jours ! ».

Dr. Renaud : « C'est pas possible ! Ils sont quand même frappingues ! (Manipulation). Fais gaffe quand même hein ! ».

Julien : « Ouais, ouais ».

Dr. Renaud : « Bon bah c'est bien. Heureusement qu'ils ne t'ont pas mis 30 jours hey. T'imagines ?... ».

Julien : « Bah non hey... Y avait pas moyen ! ».

Dr. Renaud : « Pff, ça fait peur quand tu vois ça ! ».

Consultation du 20 / 03 / 2007:

Julien s'est blessé assez gravement à la cheville quelques jours auparavant.

Dr. Renaud : « Et bien dis donc, il va être drôlement embêté Julien, parce qu'avec les compèt' importantes qui arrivent... (Moue dubitative) ».

A ce moment, le responsable rentre dans la pièce.

Responsable : « Je viens de déposer Julien à son rendez-vous pour sa cheville ».

Dr. Renaud : « Ah bon ? ».

Responsable : « Bah oui, parce qu'aux urgences ils lui ont mis un plâtre provisoire, et ils voulaient le revoir pour refaire autre chose pour trois semaines... ».

Dr. Renaud : « Non, non mais pourquoi ? Il faut que je le vois voyons !... Il faut m'appeler dans ces cas là, tu sais bien ! ».

Responsable : « Bah on a appelé au cabinet quand c'est arrivé, mais t'étais pas là, c'est pour ça qu'on a été là-bas. Mais t'as vu les radios ? Attends, elles sont là. Tiens. Alors apparemment, ils auraient trouvé un arrachement osseux ».

Dr. Renaud : « Fais voir (Regarde les radios en contre jour). Mais là, il est vu par quelqu'un ? (Le responsable acquiesce). Oh putain ! ».

Responsable : « Bah sinon, je l'appelle, il annule son rendez-vous et je vais le chercher tout de suite pour que tu le vois ».

Dr. Renaud : « Bah oui. Parce que là tu peux être sûr qu'ils vont faire n'importe quoi comme diagnostic ! Ils n'y connaissent rien... Non, mais faut arrêter les conneries ! On va encore se retrouver avec des plâtres n'importe comment, qui servent à que dalle ! ».

Le responsable appelle Julien afin qu'il annule son rendez-vous et part le chercher au centre médical. Il arrive enfin, avec des béquilles et un plâtre.

Dr. Renaud : « Alors, t'as fait des excentricités ? ».

Julien : « Oui, un peu (Sourire) ».

Dr. Renaud : « Bon alors, c'était quand exactement ? ».

Julien : « C'était mercredi soir ».

Dr. Renaud : « Donc le 14 (le note). En faisant quoi ? ».

Julien : « Sur une double vrille et demi au sol ».

Dr. Renaud : « A gauche ? Le pied est parti comment ? Tu tournes dans quel sens toi (en vrille) ? ».

Julien : « Comme ça (Indique le sens en mimant un départ de vrille) ».

Dr. Renaud : « Bon, et y a eu un craquement ? ».

Julien : « Oui, ça a craqué ».

Dr. Renaud : « ça a gonflé ? ».

Julien : « Bah je ne sais pas, ils m'ont mis un plâtre tout de suite ».

Dr. Renaud : « Bah oui (ironique), ils préféreraient sans doute que ça gonfle dans le plâtre ».

Julien : « Oui, sans doute... Bah de toute façon, ils avaient l'air un peu nul... ».

Dr. Renaud : « Ben tiens... Bon, on va regarder ça de plus près. Allonge-toi là (Canapé). (Manipulation : le docteur enlève le plâtre à l'aide d'une paire de ciseaux) ».

Dr. Renaud : « (Manipulation de la cheville). Bon ! Faut qu'on trouve une orthèse. Essayes de mettre le pied par terre là. Alors ? ».

Julien : « Bah ça me fait mal quoi ».

Dr. Renaud : « Oui. Bon d'accord (Se lève pour aller chercher une orthèse dans l'autre salle, puis réapparaît et place l'orthèse sur la cheville). Bon, parce que j'aimerais bien faire une échographie quand même. Parce que comme t'as mal derrière, je voudrais voir les tendons. Tu matches quand exactement ? ».

Julien : « Bah ce week-end, mais c'est mort ! ».

Dr. Renaud : « Ah bah là, oui ! ».

Julien : « Et sinon, les Coupes dans deux semaines ».

Dr. Renaud : « (Moue perplexe). Ça va être juste ! Faut qu'on se donne du temps quand même ! Bon, donc jeudi, ça t'irait ? ».

Julien : « Oui, oui, c'est bon ».

Dr. Renaud : « Comme ça, on vérifie les tendons. Enfin moi, en tout cas, je ne trouve pas de fracture, ni d'arrachement ! Bon écoute, le plus simple, c'est de faire ça tout de suite. Je vais voir ce qui reste pour jeudi matin. (Il appelle sa secrétaire avec son portable, et prend un rendez-vous jeudi matin à 11 heures) Bon bah voilà, c'est bon. Tu peux commencer à appuyer un peu. Tu reprends progressivement ».

Fin des entretiens. Une discussion s'engage entre le médecin et le responsable :

Responsable : « Alors, ton diagnostic ? ».

Dr. Renaud : « Oh bah c'est une entorse hein ! ».

Responsable : « Donc il n'y a pas d'arrachements ? ».

Dr. Renaud : « Non ».

Responsable : « C'était des conneries leurs trucs là ? ».

Dr. Renaud : « Oui. Ils font n'importe quoi ».

Responsable : « Et pour les Coupes alors, ça va pas le faire ? ».

Dr. Renaud : « Bah on va bien voir... Mais a priori non hein ! Faut compter entre deux et trois semaines quand même hein, donc ça sera juste ».

Le médecin revient sur cet évènement et nous explique son sentiment : « on ne fait plus de la bonne médecine aujourd'hui ». Il se plaint de la disparition des « mandarins ». « Maintenant ils n'apprennent plus rien, et voilà le résultat, on fait de la mauvaise médecine aujourd'hui ».

Julien est arrivé aujourd'hui le pied dans le plâtre, sans pouvoir poser le pied au sol. Il repart avec une orthèse, en marchant... La semaine suivante, Julien est en tenue d'entraînement et marche sur son pied de façon presque naturelle, bien qu'ayant conservé l'orthèse¹¹¹.

La réduction des arrêts contribue à penser la santé dans l'urgence sportive. D'autant plus que l'utilisation des réseaux d'interconnaissances professionnelles permet aux praticiens de réduire considérablement le temps qui sépare la blessure d'un sportif de l'examen médical approfondi qui y répond. Ainsi, là où les délais pour une IRM, une échographie, où un arthroscanner peuvent atteindre facilement plusieurs semaines dans un cas « classique », l'implication du médecin du sport (son nom, son statut) suffit à réduire ce temps à quelques jours, voire quelques heures¹¹². A nouveau, ce principe se décline quelle que soit la discipline sportive observée. Le médecin du club professionnel de football, les médecins des pôles de gymnastique et de handball, tous disposent de relais interpersonnels leur permettant de solliciter des « services » et ainsi obtenir des rendez-vous là où le particulier échouerait. Le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball explique ainsi la façon dont il gère les situations d'urgence lorsqu'il est en déplacement avec un groupe. Généralement, il prend contact avec « le médecin local du handball », qui le « renseigne sur les structures à appeler plus que d'autres » (cabinet de radiologie, spécialistes, etc.). Lorsqu'il est dans l'incapacité de bénéficier du réseau du médecin local (souvent par manque de temps), son titre prévaut. Il nous mime ainsi la scène non sans une fierté apparente : « Allo ? Docteur [Raulo], Médecin de l'équipe de France de handball, je voudrais... Et ça marche bien, c'est suffisant pour ouvrir rapidement les portes. C'est l'Equipe de France hein ! ». Cette intervention qui réduit l'inscription du mal dans le temps renforce cette logique de « santé dans l'urgence » et participe à

¹¹¹ Le docteur Quirion, praticien attaché d'un service hospitalier et médecin d'un pôle de handball adopte l'attitude exactement inverse. Si le docteur Renaud réduit les temps d'arrêt afin que les sportifs se remettent mieux et plus vite, le docteur applique au contraire le principe de précaution et rallonge les arrêts pour être sûr que les sportifs soient parfaitement rétablis avant la reprise de l'effort. Alexandra s'est blessée au genou et a été en urgence consulter le médecin généraliste voisin du pôle. La semaine suivante, le docteur Quirion la voit lors de sa visite. « Mais tu as eu un arrêt de combien de temps par le médecin ? » « Deux semaines » « Oui, bah je vais te prolonger ! Et je vais te prescrire de la kiné, parce que si je te revois et que tu n'as rien fait, je ne vais pas pouvoir te laisser reprendre ».

¹¹² Ce mécanisme n'est pour autant pas mécanique. Le docteur Renaud explique ainsi disposer de « facilités pour l'IRM », mais n'avoir au contraire « aucune entrée particulière pour les scintigraphies ».

l'incorporation de la part des sportifs d'un rapport à la santé et au bien-être physique qui prend sens dans l'urgence propre au calendrier des compétitions, sans qu'ils considèrent leur équilibre corporel à plus long terme au-delà des échéances sportives. Le docteur Renaud connaît pourtant l'issue de telles conditions de vie dans la mesure où il en a lui-même subi les conséquences (« je suis complètement cassé des épaules, je ne peux plus rien faire. Ça va mieux depuis que j'ai arrêté la gym »). De la même façon, le docteur Beaugendre, conscient des contradictions que sa position médico-sportive suppose et de leurs effets sur sa pratique médicale auprès d'une équipe professionnelle de football de ligue 1, explique la spécificité de la médecine du sport qui, selon lui, ne se contente pas de prendre en charge des individus sains, potentiellement malades ou blessés, mais « produit [également] de la pathologie ». Pour autant, ils s'inscrivent dans le projet de formation et d'encadrement de jeunes athlètes et contribuent donc à leur érosion organique. Cette question de « l'après » ne se pose pas, signe que ces médecins se vivent et se pensent de façon inclusive à l'espace sur lequel ils exercent la médecine.

Dès lors, cette médecine de l'urgence sportive comporte des risques. Celui « *d'aller trop vite* » et de passer à côté de certaines pathologies. Lorsque la banalisation fait figure d'habitude dans un espace objectivement pathogène, la gravité de certaines blessures est ainsi sous-évaluée et l'intervention médicale devient délétère. Le docteur Renaud, dans sa volonté de ne pas arrêter systématiquement les gymnastes pour chaque douleur verbalisée, va ainsi prendre des fractures pour des entorses bénignes et laisser les athlètes poursuivre l'entraînement et participer aux compétitions (au cours de la saison 2006-07, Karl et Fabrice vont ainsi continuer l'effort sportif avec des fractures aux doigts non identifiées). Ce sont des signes cliniques tels que le gonflement des membres lésés qui viendront modifier a posteriori le diagnostic initial. Le professionnel de santé, mal à l'aise (sentiment renforcé par notre présence à ses côtés), se justifie en évoquant l'impossibilité de « tout voir ». « Les blessures de doigts, c'est le bazar. On ne sait jamais si il faut faire ou pas des radios. Si tu en fais, il n'y a rien, et quand tu n'en fais pas, il y a une fracture... Le problème, c'est qu'il faudrait faire des clichés à chaque fois que tu as un doute. Mais tu ne vas pas les passer toutes les cinq minutes sous les rayons ! ». Ainsi, après une consultation avec Allan, gymnaste de 15 ans qui souffre de l'épaule, le docteur Renaud prend un air résigné et nous explique : « Bon, bah encore un que l'on va gérer comme ça ! On va attendre de voir. Que veux-tu faire de plus ? On ne trouve rien à la manipulation. On ne va pas le couper en petits morceaux pour voir ce qu'il a ! ». De façon systématique,

lorsqu'une blessure a été sous-estimée mais que le gymnaste a persévéré dans l'effort sportif, la réaction de l'entourage sportif est unanime. Loin d'éprouver une quelconque forme d'inquiétude à l'égard de la santé, c'est bien plutôt de l'admiration qui en ressort. Là encore, la résistance au mal signe la qualité d'un athlète. Le responsable du pôle, après que Karl ait effectué avec brio une compétition de haut niveau avec le doigt fracturé dira ainsi au médecin : « Tu as vu Karl avec son doigt ? Il est incroyable ! Il a une résistance à la douleur impressionnante ce même ! Je l'ai vu à l'entraînement faire des sauts comme les autres..., et sur les barres, faire des lâchers - rattrapés, avec le doigt pété et jamais rien dire ! Il a fait les championnats de France avec le doigt tout gonflé mais pas de problèmes ! C'est vraiment un dur au mal ! Parce que sinon, il y en d'autres des gamins, ils auraient eu le quart de ce que Karl s'est fait, même pas ils se seraient levés le matin tellement ils auraient eu mal ! ». Le médecin lui-même, s'il se sent coupable dans l'instant d'un diagnostic erroné, accorde de la valeur aux athlètes résistants. Suite à la blessure à la cheville de Julien, à quelques jours des Coupes Nationales, le praticien s'émeut de penser que la participation du jeune homme est compromise, puis se ravise. « Il va être coincé pour les Coupes ! Remarque tu me diras, l'année dernière, ça lui était déjà arrivé. Il avait fait une très grosse talonnade huit jours avant. Ce qui est normalement très douloureux. Moi, j'avais dit, ça m'étonnerait qu'il puisse le faire. Et bien figures-toi qu'il a tout fait quand même, sans rien dire ! (Sourire). Pas trop douillet le gars ! (Sourire) ».

Autre risque de cette médecine de l'urgence sportive, celui « *d'aller trop loin* » et de glisser dans une médecine de la performance qui s'éloigne fortement des principes hippocratiques. Que penser par exemple des actes chirurgicaux préventifs réalisés sur des sportifs ? Pour prendre l'exemple du football au plus haut niveau national, face aux très nombreux arrêts provoqués par des lésions aux ménisques, les médecins du sport d'un club professionnel, en accord avec l'ensemble du staff technique, ont décidé de réaliser des méniscectomies préventives sur plusieurs jeunes joueurs promis à un avenir brillant. Il est évident que l'on se trouve ici assez loin des missions premières d'un médecin, étant donnée l'assujettissement de l'acte chirurgical face aux exigences uniquement sportives¹¹³... Il ne s'agit pas de préserver la santé, mais bien de maximiser les chances sportives en réduisant certaines des incertitudes connues comme étant susceptible de

¹¹³ De nombreuses demandes d'amputations préventives des doigts ont ainsi défrayé la chronique dans l'univers médico-sportif du rugby.

ralentir ou de stopper des carrières footballistiques. La participation médico-sportive à la centration sur le temps utile prend ici sa teinte la plus prononcée.

Pourtant, la description des effets normatifs liés au placement d'un médecin dont la biographie le rend sensible au jeu sportif est insuffisante en l'état. Le médecin de terrain est une pièce essentielle dans l'apprentissage d'un rapport au corps adapté aux exigences du sport de haut niveau. Mais le traitement réservé aux organismes est spécifiquement marqué par le paradoxe du double corps. Le médecin participe pleinement à l'apprentissage de la persévérance dans la souffrance et invite par des techniques de banalisation à ne pas trop s'écouter, mais il s'inscrit également dans l'attitude inverse et favorise la formation d'une véritable compétence médicale, utile pour protéger et améliorer les corps, toujours dans une perspective d'optimisation et de rentabilité sportive (un corps entretenu et écouté est un corps qui permet d'allonger les carrières). Autrement dit, dans un même mouvement, le praticien normalise la douleur et favorise l'acquisition d'une grande expertise dans l'écoute de soi et l'automédication. Par sa présence répétée et familière au sein du lieu de vie des athlètes, c'est finalement du besoin médical qui est créé au quotidien. Par sa visite hebdomadaire au sein du pôle de gymnastique, au cours de laquelle l'ensemble des gymnastes blessés ou non sont passés en revue, le docteur Renaud construit un rapport extrêmement ritualisé à la médecine et contribue à normaliser cette fois une hyper médicalisation de l'espace (le chaud, le froid, les anti-inflammatoires, les antalgiques, etc., sont autant d'outils normaux et familiers, à terme parfaitement maîtrisés par les athlètes). Le médecin est donc dans la banalisation, mais aussi parfois dans le rappel de la douleur (« Et l'épaule, ça va mieux ? » « La semaine dernière tu me disais que tu avais mal au genou. Tu ne m'en as pas parlé aujourd'hui. Ça en est où ? », Etc.). Cette attitude qui consiste à « faire parler » les gymnastes et les obliger à livrer leurs sensations corporelles les plus intimes, lui permet en outre de faire la preuve de son utilité proprement médicale et donc de justifier son activité. Dans ce cadre, le docteur Renaud évoque avec humour sa satisfaction lorsque des gymnastes jusqu'alors peu traumatisés contractent « enfin » des petites blessures.

Créer du besoin médical

Consultation du 19 / 09 / 2006:

Mathieu : « J'ai mal à l'épaule »

Dr. Renaud : « Ah bah t'as enfin quelque chose ! (rires) »

Consultation du 24 / 10 / 2006:

Dr. Renaud : « Pas trop fatigué ? Pas de douleurs ? »

Etienne : « Si ! »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Bah quand même ! Allez, raconte... »

Consultation du 16 / 01 / 2007:

Dr. Renaud : « Quoi de neuf ? »

Timothée : « J'ai mal au genou »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Il a enfin mal quelque part ! (rires) »

Consultation du 20 / 03 / 2007:

Dr. Renaud : « Alors toi, t'as des trucs qui vont pas bien ? »

Timothée : « Non »

Dr. Renaud : « C'est parfait. Mais je vais plus venir si c'est comme ça ! Si tout le monde va bien... Je préfère ça, mais bon... »

Consultation du 12 / 06 / 2007:

Dr. Renaud : « Si ça continue, je vais être content quand il y en aura un qui aura mal. C'est dingue ça ! (sourire) »

Florian : « Bah moi j'ai mal un peu à la cheville ! »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Ouais ! C'est bien ça. (Rires) ».

Le risque, cette fois, c'est que l'engrenage médical enraye la bonne marche des rouages sportifs. Une trop forte dépendance au besoin médical correspond à une perte de valeur du point de vue athlétique. Ainsi, le docteur Beaugendre a-t-il été fortement critiqué par certains de ses collègues du staff technique de l'équipe professionnelle de football. Par sa « mainmise » sur la gestion de la santé dans ce centre et sa présence ininterrompue, le préparateur physique de l'équipe lui reproche d'avoir historiquement créé une demande forte de la part des joueurs, au point d'empêcher le bon déroulement des entraînements et des compétitions (« trop de joueurs à attendre dans le couloir pour les consultations, trop d'arrêts. Il a signé plus de 200 arrêts de travail en une saison... C'est un record absolu en Ligue 1. Comment veux-tu qu'on bosse si on n'a pas les joueurs ?... »). De la même façon, mais à un niveau moindre, au pôle de gymnastique, la présence du docteur Renaud peut

provoquer des comportements inattendus et inappropriés dans la logique sportive de la part de certains gymnastes. Allan, qui vit un début de saison chaotique, donne du fil à retordre au responsable du pôle qui finit par ne plus comprendre son attitude. « Il est revenu des vacances, on a cru qu'il avait eu une nouvelle épaule à Noël ! Il faisait tout comme les autres sans problèmes. Et mardi, à partir du moment où Bernard [le docteur Renaud] est entré dans la salle, il s'est arrêté ! "J'ai mal à l'épaule". Il s'est affalé dans les tapis, et plus moyen de la faire bosser après ça... Et puis là, depuis lundi, ça a l'air d'être reparti. Difficile de savoir ce qu'il a dans la tête... ». Ce dernier commentaire ouvre des perspectives de réflexion intéressantes. La caution médicale peut être utilisée par le sportif pour s'extraire de façon plus ou moins volontaire d'un espace sportif contraignant, ou par l'institution elle-même pour se défaire d'un sportif indésirable. Dès lors, en plus de servir les mécanismes de sélection et de conversion, la médecine de terrain peut également se faire complice des processus d'exclusions qui caractérisent le milieu des élites à l'égard de ceux qui ne sont plus capables d'y être performants. Les raisons peuvent ne pas être médicales mais la raison médicale offre sans doute le moyen le plus efficace de tirer sa révérence sans perdre la face. La médecine joue alors un rôle de « mise à l'abri » définitif. La blessure est plus valorisante que la médiocrité sportive, et est à coup sûr un argument utile pour justifier ses contre performances. Pour Didier Fassin, le processus de médicalisation structurale des sociétés permet de déplacer des « problèmes » en les lisant à travers une grille de lecture médicale¹¹⁴. Son propos semble pouvoir s'appliquer ici. La médicalisation des structures sportives de haut niveau permet, entre autres, de gérer des problèmes en interne et de servir les desseins de l'institution par l'euphémisation de la violence symbolique des processus de « désélection » des sportifs qui ne répondent pas aux exigences. En déplaçant le problème de la « non-adaptabilité » d'un individu vers un problème d'ordre médical, l'illusion permet au système de perdurer en l'état. Allan cumule un manque de résultats sportifs, des problèmes de discipline et de comportement sur les centres scolaire et d'hébergement et fait preuve d'attitudes déplacées envers ses camarades du pôle. Par un lent processus observable (désaccords verbaux, mise à l'écart pendant les entraînements, discussions avec les parents, etc.), Allan est en train de se mettre et d'être mis au banc de ce milieu très spécifique. Pendant cette période trouble, le jeune gymnaste de 15 ans se plaint d'une douleur chronique à l'épaule. Le docteur Renaud va multiplier les examens afin de diagnostiquer le problème. Plusieurs hypothèses sont successivement

¹¹⁴ FASSIN, Didier. 1998. *Op. Cit.*, p. 1-15.

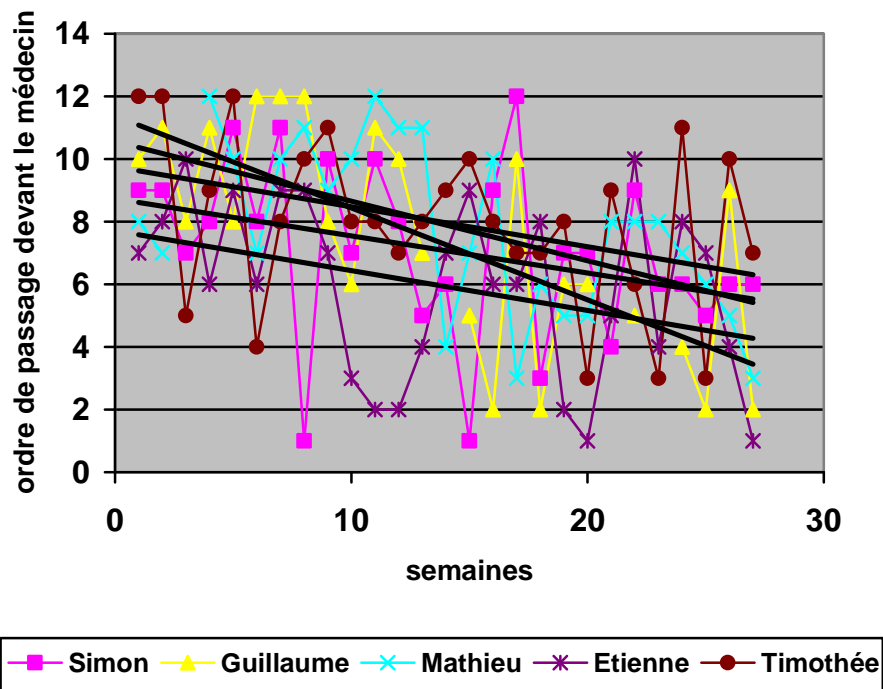
formulées, des avis sont pris auprès de confrères, mais l'ensemble de ces démarches n'aboutit à rien. A tel point que médecin et entraîneurs commencent à douter de la réalité de son mal. Pourtant, il s'agira bien de la première raison invoquée lorsqu'Allan sera exclu du pôle en cours de saison... Dans ce cas, la raison médicale fait office de rupture à l'amiable. Ce récit, qui laisse entendre que les sportifs usent de stratégies diverses et sont capables d'instrumentaliser le suivi médical de terrain, nécessite désormais de s'intéresser très précisément aux moyens par lesquels les athlètes d'élite s'engagent dans le jeu médical.

II. 1. b. Du côté des sportifs, négoce et nomadisme

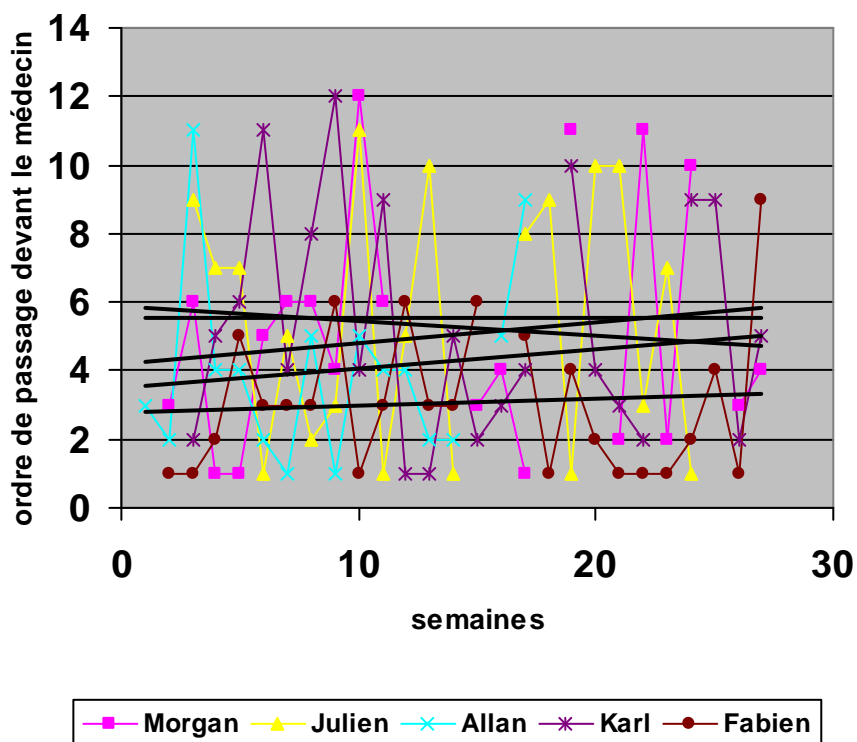
La création d'un besoin médical et la diffusion de l'intérêt que peut revêtir l'encadrement sanitaire auprès des sportifs est difficile à évaluer empiriquement. En nous intéressant à l'ordre de passage des gymnastes devant le docteur Renaud lors de ses visites hebdomadaires, laissé à la discrétion des sportifs eux-mêmes, nous nous sommes aperçus d'un véritable effet d'apprentissage. Au début de la saison, les plus anciens sont toujours les premiers à se présenter devant le professionnel de santé. Les novices, à l'inverse, rechignent à quitter l'entraînement le temps des consultations et occupent systématiquement les « dernières places ». Progressivement, à mesure que le calendrier avance et que les normes de l'espace sont intégrées, cet état de fait se modifie et les nouveaux entrants commencent à se presser à la porte du médecin (sans que ce comportement ne soit lié à une augmentation significative des pathologies rencontrées). Cette évolution témoigne selon nous d'une compréhension toujours plus aiguisée de la part des sportifs de l'intérêt que peut recouvrir l'offre médicale dans le projet qui les anime, ainsi que de l'affirmation d'une « autodiscipline » efficace et rentable relativement aux exigences du milieu.

Besoin médical et effet d'apprentissage¹¹⁵

Ordre de passage des 5 gymnastes les plus jeunes du pôle, arrivés en début de saison :



Ordre de passage des 5 gymnastes présents au pôle depuis plus de deux ans :



¹¹⁵ Les lignes noires représentent les courbes de tendances et témoignent de l'évolution des ordres de passage.

Cet effet d'apprentissage est également visible dans les interactions des sportifs entre eux. La conversion progressive des jeunes athlètes assure un contrôle toujours plus grand du groupe sur les individus et permet une réactivation perpétuelle des normes acquises, à l'occasion de ce qui pourrait leur apparaître comme une conduite « a-normale » (entendue comme tout comportement qui déroge au référentiel sanitaire de l'espace sportif d'élite)¹¹⁶. Ainsi faut-il comprendre, lors d'une observation au cœur du lieu de vie de jeunes footballeurs, ce tribunal collectif qui s'improvise à l'arrivée claudicante de l'un des leurs dont le lourd plâtre oblige l'utilisation de béquilles. Après l'émulation que provoque infailliblement la vue d'un joueur blessé, la question des conditions de survenue de la blessure sont inévitables. Lorsque ce dernier explique sa chute malheureuse en ski, il subit de plein fouet les remontrances de ses compagnons de vie. Ayant bafoué la règle tacite qui interdit la pratique d'activités physiques, qui plus est lorsqu'elles sont potentiellement dangereuses, lors des rares semaines de repos accordées, ce sportif ne peut que s'attirer la colère de ses partenaires qui ont assimilé cette norme. « Mais t'es fou toi ! T'as été au ski, alors que t'as même pas le droit. Ton année est finie. Tu fais n'importe quoi ! (etc.) »¹¹⁷. De la même façon, deux joueurs professionnels se croisent dans le couloir du centre. L'un se rend à l'entraînement, l'autre attend devant la porte du docteur Beaugendre. Le premier dit au second : « Ouaich, [prénom du footballeur blessé], t'as tout le temps mal toi ! Coach, coach, faut que je sorte, j'ai mal... Non mais sans rire, qu'est-ce que tu as ? T'es pas un vrai footballeur toi ! Ouais, j'arrête de te parler, t'es pas un vrai footballeur ».

Au cœur du colloque avec le médecin, le sportif apprend également à manipuler l'information avec habileté. « Il semblerait que les maux dépendent des mots et que la capacité à percevoir la sensation morbide et à l'interpréter comme symptôme relève en partie de la pratique discursive : la sensation, pour être perçue, doit être verbalisée, au moins à soi-même »¹¹⁸. Si, comme nous l'avons évoqué, l'hyper médicalisation de l'espace permet aux sportifs d'acquérir d'un vaste vocabulaire leur facilitant l'identification et la description d'un nombre important de symptômes, il n'en reste pas moins que les athlètes

¹¹⁶ VIAUD, Baptiste. 2008. *Op. Cit.*, p. 63.

¹¹⁷ Cette observation cadre parfaitement avec les principes de formation des élites repérés par Pierre Bourdieu dans le cadre des Grandes Ecoles. « Cet enfermement sélectif a pour effet de produire un groupe très homogène dont l'homogénéité se trouve encore renforcée autour de la socialisation mutuelle qui résulte du contact continu et prolongé entre les condisciples ». BOURDIEU, Pierre. 1989. *La noblesse d'état. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection le Sens Commun, 576 pages.

¹¹⁸ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 103.

peuvent disposer de ces informations comme bon leur semble. Une sensation réelle peut être tue et une sensation factice inventée... Entre rétention et invention des informations, le jeu médico-sportif est la preuve que les sportifs ont une conscience aiguisée de la valeur de leurs propos et des conséquences qu'ils auront relativement au référentiel de la haute performance. Ainsi, Joël Bats, ancien gardien de l'équipe de France de football, se rappelle rétrospectivement des « tribulations médicales » et de « la hantise de voir les autres progresser et s'imposer ». « A l'intérieur d'un groupe soudé on sait ce que veut dire prendre la souffrance à son compte. En 10 saisons, j'ai côtoyé des joueurs qui cachaient leurs blessures pour ne pas risquer de perdre leur place »¹¹⁹. Le docteur Beaugendre, médecin d'une équipe professionnelle de Ligue 1 le reconnaît d'ailleurs en toute honnêteté. « Il y a plein de lésions qui nous sont cachées par les joueurs parce qu'ils ont peur du risque de perte de secret. C'est inhérent au fait que la structure médicale est une structure du club lui-même, donc elle a un côté répulsif. Quand il y a une place à garder et qu'il faut être compétitif, les joueurs ont tendance à se taire. Ça fait partie de leur fonction. Nous on s'en rend compte régulièrement lorsque des pathologies cachées s'aggravent et qu'elles deviennent visibles sans avoir à le dire. Mais je pense que cela arrive beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, sans que l'on s'en rende compte ». De nombreux joueurs viendront confirmer cette hypothèse. Le médecin est un ami, mais il reste l'employé du club et sert une structure dans laquelle les informations sanitaires spécifiquement sportives sont vite connues de tous. Dans les esprits, ébruiter avec trop de zèle ses sensations morbides, c'est prendre le risque de se faire écarter. A l'inverse, dans un souci d'économie des corps dont l'application est rendue difficile par des conditions de vie qui ne laissent que peu de place au repos, inventer ou exagérer certaines pathologies est un moyen radical pour se mettre à l'abri temporairement. Les sportifs utilisent alors sciemment leurs compétences médicales pour « bluffer » le médecin à son propre jeu et s'offrir ainsi aux yeux de la structure sportive un repos légitime. Jacky, le responsable des équipements du club professionnel de football où exerce le docteur Beaugendre, s'amuse après toutes ses années passées à arpenter les couloirs du centre de constater à quel point la réussite sportive conditionne le besoin médical. « Les jours de défaite, y a pas forcément plus de blessures, par contre tu peux être sûr que les gars seront tous à attendre devant chez le doc. Quand ils gagnent, ils sont tous à l'entraînement ! (Rires) ». Force est de remarquer, à l'issue d'une saison entière passée dans le club, que la « théorie de Jacky » s'avère particulièrement fondée. Il est

¹¹⁹ **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p. 77-78.

fréquent que les sportifs utilisent la caution médicale pour tenter de se soustraire à une séance d'entraînement lorsque le moral est au plus bas ou que la fatigue se fait trop intense. C'est la fameuse « petite élongation des adducteurs » dont les footballeurs professionnels parlent entre eux en souriant dans les couloirs du centre sportif¹²⁰. Suffisamment inquiétante pour que le médecin stoppe l'activité pour une journée mais pas suffisamment grave pour exiger d'éventuels examens complémentaires qui trahiraient le parfait état physique du sportif, elle permet d'éviter les entraînements du début de semaine sans remettre en cause la participation au match du week-end. Joël Bats évoque lui aussi ces « simulacres », lors desquels « [il] s'inventait des douleurs, des picotements »¹²¹. A l'évidence, dans un tel jeu de rôles, médecin et sportif s'engagent dans une discussion qui laisse une place importante au débat. L'athlète, qui tutoie le « médecin de la maison », se permet dans une plus large mesure de discuter les décisions, d'émettre des hypothèses et ainsi tenter d'induire un diagnostic, de négocier arrêts et traitements...

Une proximité propice à la discussion

Allan, gymnaste de 15 ans, souffre d'une épaule depuis le début de la saison. Le médecin, malgré de nombreuses manipulations et des examens complémentaires (radiographie ; scintigraphie) n'a rien trouvé. Les entraîneurs suspectent de la part du jeune homme une baisse de motivation et une forme de « fuite » par le médical. Dans le colloque singulier, l'athlète n'aura de cesse d'alimenter ce qu'il perçoit comme une pathologie en émettant des hypothèses et en négociant des examens (ici sans résultat).

Consultation du 28 / 11 / 2006 :

Dr. Renaud : « Scintigraphie normale ! ».

Allan : « Bah oui, mais j'ai toujours mal ! En fixe et tout. Quand j'en fais, après, je ne peux quasiment plus bouger ! Ma sœur, elle pensait à une capsulite [réfléchi un instant]... rétractile, je crois qu'elle a dit ».

Dr. Renaud : « [Sourire] Et elle est quoi ta sœur ? ».

Allan : « Elle est en fac de médecine ».

Dr. Renaud : « Bah elle peut sortir tous les diagnostics sur l'épaule hein, c'est facile ! ».

¹²⁰ L'encadrement technique n'est d'ailleurs pas dupe à ce sujet. Le préparateur physique de l'équipe professionnelle de football explique ainsi : « Les joueurs l'ont très bien compris. Ils n'ont pas envie de s'entraîner, ils vont voir le doc et ils ont tous mal au pubis. Pubalgie ! C'est indétectable. Les joueurs ne sont pas fous ! ».

¹²¹ **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p. 62.

Consultation du 06 / 02 / 2007 :

Allan : « J'ai toujours mal à l'épaule là ».

Dr. Renaud : « Et autrement ? ».

Allan : « A part l'épaule, ça va ».

Dr. Renaud : « Donc toujours l'épaule ? ».

Allan : « Oui, toujours au même endroit. Et je me demandais, avec un arthroscanner, on ne peut rien faire pour moi ? ».

Dr. Renaud : « Bah non, ça ne sert à rien là. Ce n'est pas anodin quand même. A moins que tu aimes bien te faire piquer ».

Enfin, l'ensemble des stratégies mobilisées par les sportifs ou par le médecin lui-même conduisent à un nomadisme médical très important. Au cas où les négociations restent vaines et que les sportifs ne sont pas satisfaits des traitements apportés, par méfiance du « médecin employé » et du nécessaire partage des secrets, ou enfin face à la surdité d'un praticien qui banalise une douleur qui ne passe pas, les sportifs de haut niveau, hyper consommateurs de soins, ont ainsi recours à d'autres professionnels de santé. Bien sûr, ce comportement reste la plupart du temps tacite. Il est difficile pour les sportifs d'avouer aux médecins de leur structure sportive ce qu'ils perçoivent bien souvent comme une « petite infidélité ». Ainsi, dans les couloirs du centre sportif d'un club professionnel de football, le gardien d'une équipe de Ligue 1 nous avouera dans un murmure soufflé avoir eu recours régulièrement à un individu pratiquant le shiatsu, forme de médecine douce, après une blessure au dos dont le traitement médical proposé par le médecin du club lui paraissait insuffisant. Secrète, cette information ne doit pas être divulguée par peur que le médecin « se sente trahit », et également pour éviter d'être vu comme celui qui brise le confort et la stabilité d'un entre-soi mystifié. Ainsi, au sein du pôle de gymnastique, sur les huit familles de gymnastes qui ont rempli notre questionnaire de recherche (sur les onze sollicitées), quatre indiquent avoir consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical du docteur Renaud. La raison invoquée est toujours identique et répond à la volonté de bénéficier d'un second avis suite à un diagnostic jugé non satisfaisant où trop tardif. Le docteur Renaud pense « que cela n'arrive pas très souvent », mais reste lucide sur le fait qu'il n'est « peut-être pas bien placé pour le savoir ». Parfois, les gymnastes eux-mêmes ont fait part de la fréquentation d'un ostéopathe pour expliquer l'amélioration d'une pathologie (« ce qui [l'] énerve ! »), mais jamais au cours de cette saison les familles

ne l'auront directement mis au courant (certains préférant prévenir l'entraîneur au médecin). Décidément, le milieu sportif est un univers qui cultive le secret sur différentes strates diversement accessibles. Le départ très médiatisé du docteur Fabrice Bryand du Football Club de Nantes à la fin de l'année 2008 est le résultat direct de « ces secrets dans le secret ». Il démissionne pour « entrave à la fonction », considérant que l'encadrement sportif et la direction du club ont encouragé le nomadisme médical de nombreux joueurs professionnels. Ce dernier point questionne d'ailleurs le rôle précis de l'entourage sportif et en particulier des entraîneurs dans la prise en charge médicale des athlètes dont ils ont la responsabilité. Jouent-ils le jeu médico-sportif en se faisant les auxiliaires des décisions médicales, où s'engagent-ils eux aussi dans des négociations et des manipulations de l'information médicale à leur profit ?

Le médecin du sport, victime du secret sportif

Le Docteur Bryand claque la porte du FC Nantes

C'est un départ brutal et conflictuel. Médecin du FC Nantes depuis 1987, Fabrice Bryand a remis sa démission au président Waldemar Kita.

Une nouvelle page du grand livre du FC Nantes s'est tournée. Et celle-là fait plus de bruit que certaines. Une page froissée, ça crisse plus qu'une page lisse. Le docteur Bryand s'en est allé, après 21 ans de bons et loyaux services ce qui, en l'occurrence, n'est pas seulement une formule d'usage.

Un toubib qui quitte un club de foot, même en démissionnant, en général, ça passe relativement inaperçu. Mais là, c'est bien plus que le spécialiste en biologie et traumatologie du sport qui claque la porte. C'est tout simplement un membre éminent du « FC Nantes canal historique ». Arrivé en 1987, après le départ en retraite du docteur Lescaubron, Fabrice Bryand avait gagné l'estime des techniciens. Auprès de Jean-Claude Suaudeau et de Raymond Denoueix, il aura participé aux conquêtes des titres 1995 et 2001 comme des Coupes 1999 et 2000. « La période où il bossait le plus directement avec nous était celle de la préparation, rappelle le coach du dernier titre en 2001. Mais j'avais eu la chance de travailler aussi énormément avec lui chez les jeunes. Je peux dire qu'il m'a énormément fait progresser à travers notamment les recherches qu'il a pu mener, avec l'aide du CHU, sur l'explorativité que nous recherchions pour notre jeu. »

À cette époque, la maison jaune ne faisait pas appel à un préparateur physique. C'est un peu pour quoi beaucoup considéraient que Fabrice Bryand était plus qu'un médecin. Avec les années, l'expression aura même pris, dans la bouche de ses contemplateurs, une tournure péjorative. « On n'avait pas de psy non plus », fait remarquer Raymond Denoueix. Pour suggérer que le Doc Bryand, comme tous l'appelaient, faisait son job à fond, mais dans les clous. Qu'il n'était pas plus qu'un toubib, mais « un super toubib ». Et d'étayer : « Quand on a mal à la tête, on n'attend pas qu'un aspirine... »



Plus souvent grimaçant que souriant, ces dernières années, Fabrice Bryand a finalement décidé de quitter un FC Nantes dans lequel il ne se reconnaissait plus.

Mickaël Landreau. Les dernières années, l'homme semblait les d'avoir vu défilier les préparateurs physiques (Albert, Bernain, Morin puis Gacon), voire les confrères pour des piges occasionnelles (Yann Rougier, le nutritionniste de Barthez) ou plus longues (Thierry Guicheteau). L'arrivée de Daup l'aurait pourtant, un temps requinqué. « Il avait retrouvé la pêche, m'avait-il dit », confie l'entraîneur, « tombé sur le cul » car il lui avait « donné s(m)a confiance ».

Selon France Football, une goutte d'eau aurait fait déborder le vase : le recours par de nombreux joueurs à des consultations extérieures.

Démarche téléguidée, d'après lui, par la direction. Waldemar Kita (lire par ailleurs), s'en défend. Quoi qu'il en soit, samedi, la lettre de démission est partie en recommandé. Le président Kita en a pris acte, en attendant, un courrier d'avocat qui lui serait promis pour signifier une action en justice pour entrave à son travail.

Hier, Fabrice Bryand est passé au club récupérer ses affaires. Au sein du personnel, et notamment de ceux qui ont un peu d'ancienneté, l'affaire a fait grand bruit. Parce que le personnage était très apprécié. Mais peut-être plus encore parce que son départ sonne comme un acte de

défiance envers une direction dont il n'a jamais partagé la philosophie.

P.-Y. A (avec C. D.)

■ Nantes dément être sur Demont. Selon le journal 10sport, le FC Nantes envisagerait de s'attacher les services du latéral droit de Lens Yohan Demont. Information démentie par Christian Lariépe, le directeur sportif nantais : « Il est vrai qu'on y a pensé en fin de saison dernière. Mais ce n'est plus le cas. De toute façon, on n'avait, jusqu'alors, lancé qu'une piste, celle de Willford. Depuis, on n'a rien activé. »

II. 1. c. Du côté des entraîneurs, négoce et usage illégitime de la médecine

Les entraîneurs, parce qu'ils ont eux-mêmes subi dans une immense majorité des cas les techniques d'inculcation de l'habitus du champion, participent « naturellement » à la diffusion d'un rapport au corps adapté aux conditions de vie spécifique du haut niveau sportif. Ils se font ainsi les vecteurs d'une gestion ambivalente de la santé, tiraillée par le paradoxe du double corps. S'ils s'escriment effectivement à banaliser la blessure et normaliser la douleur pour rendre vivable cet univers séparé, ils inscrivent aussi dans un hygiénisme presque outrancier. En effet, de par leurs biographies sportives et leur présence actuelle dans un espace hyper médicalisé, les entraîneurs eux-mêmes sont sensibles aux arguments sanitaires, parfaitement conscient de l'économie que le respect de tels principes est susceptible de leur offrir du point de vue sportif. « Etre dur au mal » laisse ici la place à l'idée qu'il est important de « faire attention à soi », de « se ménager », d'être à l'écoute du moindre problème physique afin qu'il soit immédiatement pris en charge et ainsi éviter qu'il ne s'aggrave. Les entraîneurs, anciens sportifs, ont « appris par corps » à prendre soin de leur outil de travail. Ils participent donc de cette centration sur la santé du corps par la diffusion d'un fond de connaissances diffus et indigène des « choses de la médecine » auprès des jeunes sportifs. En ce sens, dans les mots et les actes, les entraîneurs font un usage illégitime de la médecine et partagent finalement, dans une mesure qu'il reste à définir, le « pouvoir médical ».

Usage illégitime de la médecine

Dans le centre sportif du club professionnel de football, les bureaux médicaux sont placés à un endroit de grand passage. Les joueurs blessés qui attendent dans le couloir y croisent donc d'autres athlètes ainsi que les entraîneurs. C'est un lieu privilégié pour observer la façon dont ces derniers interviennent dans la gestion « médicalisée » des corps.

13 / 03 / 2007 :

Deux jeunes joueurs de l'équipe CFA attendent devant la porte du Dr. Gardet. Leur entraîneur passe dans le couloir et s'arrête discuter un instant :

Entraîneur : « Alors ça donne quoi ? ».

Joueur : « Bah je ne sais pas. J'attends le doc, je ne l'ai pas encore vu ».

Entraîneur : « Oui, d'accord, mais en termes de sensations, t'en es où ? ».

Joueur : « J'ai encore mal. Mais là, la douleur est remontée. Du haut de la cuisse, maintenant, j'ai mal au niveau du ventre ».

Entraîneur : « [Moue dubitative] T'as essayé de masser un peu comme ça ? [Effectue le geste sur lui-même]. Ça peut te faire du bien hein ! ».

24 / 04 / 2007 :

Un joueur professionnel a pris un coup sur la cuisse et attend le docteur Beaugendre. Le coach passe dans le couloir et demande :

Entraîneur : « Mais tu habites là toi ou quoi ? ».

Joueur : « Bah non, mais j'ai mal à la cuisse ».

Entraîneur : « Béquille ? C'est simple, automassages et froid ! ».

L'usage illégitime de la médecine cumulé à l'adhésion biographique des professionnels de santé au projet sportif et à la prise en compte des performances athlétiques dans l'élaboration des diagnostics, rend complexe et parfois périlleuse la relation que les entraîneurs entretiennent avec les médecins employés par la structure. S'il arrive qu'ils ne respectent pas les décisions médicales lorsqu'ils les trouvent injustifiées ou que les exigences sportives se font plus fortes que les injonctions de santé, ils s'engagent surtout dans une négociation habile et tentent, comme les sportifs, d'intervenir sur l'ensemble de l'activité proprement médicale. Leurs connaissances indigènes leur permettent de discuter des diagnostics et, même s'ils ne rivalisent pas avec le médecin de ce point de vue, peuvent malgré tout orienter le regard médical. Le responsable du pôle de gymnastique, à l'arrivée du docteur Renaud dans la salle d'entraînement, venait régulièrement à sa rencontre pour lui faire part de son « sentiment » sur la santé des jeunes athlètes et ainsi guider le médecin vers des pistes qu'il a lui-même identifiées. « Faudra que tu vois le petit Guillaume, il a pris un jeton en dessous du genou sur le tibia. Ça serait peut-être bien de faire des clichés. On dirait un Osgood [pathologie osseuse]... Enfin bon, c'est toi qui vois, c'est toi qui sais mieux ! ». Ou encore : « Ah oui, et sinon, Mathieu se plaint toujours de sa douleur à l'aine. Il doit avoir un petit truc qui traîne, une tendinite ou une contracture, comme souvent en gymnastique, mais il faudrait re-regarder ça ». Mais là où les entraîneurs ont la prise la plus directe, c'est sur la gestion des traitements et des arrêts sportifs. La négociation est ici parfaitement visible, et la force des enjeux sportifs est prégnante. Les entraîneurs du pôle de gymnastique souhaitent mettre toutes les chances de leur côté lors des compétitions importantes qui ponctuent la saison sportive. En fin de consultation, ils profitent du compte rendu du docteur Renaud pour lui glisser leur volonté du moment. Entraîneur 1 : « Quand est-ce qu'on va pouvoir leur refiler un coup de vitamines ? ». Dr. Renaud : « Bah... ». Entraîneur 2 : « La dernière fois c'était en

décembre et là les compétitions approchent ». Dr. Renaud : « Oui bah vous pouvez. Moi, je ne suis pas contre. Ça va leur filer un coup de boost juste avant les compèt', ce n'est pas plus mal. Après, ça servira plus à grand-chose. Surtout qu'il nous en reste ». Entraîneur 2 : « Oui, de quoi faire une tournée générale ». Dr. Renaud : « Ok, vous pouvez y aller ». Plus tard, le médecin nous dira en entretien ne pas être dérangé par cette intervention régulière des entraîneurs dans la médication des jeunes athlètes. Sur le cas précis des vitamines, sa réponse est lapidaire et trahit sa sensibilité sportive. « Les vitamines, c'est simple, si tu en as trop, tu les pisses, si tu n'en as pas assez, tu les gardes. Donc ici, on peut bien leur en donner un peu plus qu'il n'en faut, ce n'est pas grave ». La prise en charge se fait réellement sur le mode collectif. A ce titre, il n'est pas rare de constater que les entraîneurs parviennent à s'immiscer dans les traitements et les arrêts sportifs. Le docteur Beaugendre répond aux sollicitations de l'entraîneur de l'équipe professionnelle juste avant le début d'un entraînement. En grande difficulté sportive, le club a besoin de tous ses éléments, quitte à faire reprendre plus tôt certains d'entre eux malgré l'avis médical. Le médecin ne peut que se plier à la demande et explique au technicien : « l'échographie montre qu'il y a encore quelque chose. Il y a encore du sang. Il ne faut pas trop le forcer ! Normalement, il ne devrait même pas s'entraîner. Le contexte fait que bon... Mais il ne faut pas que tu le fasses forcer sur le geste de la frappe en particulier ».

Traitements et arrêts sportifs.

Le médecin et l'entraîneur au cœur de la négociation...

09 / 01 / 2007 :

Karl, gymnaste de 15 ans, souffre de manière chronique d'une épaule. Après plusieurs semaines sans que la douleur ne s'estompe, le docteur Renaud a décidé de lui faire passer un IRM. En fin de visite, les entraîneurs souhaitent discuter avec lui de la légitimité de ce rendez-vous.

Entraîneur 1 : « Tu as vu l'épaule de Karl ? ».

Dr. Renaud : « Oui, enfin il ne m'en a pas parlé plus que ça ».

Entraîneur 1 : « Parce qu'il a l'air de ne plus avoir mal. Et du coup, on se posait la question de l'utilité de son IRM. Parce que bon, s'il n'a plus mal, ça ne sert à rien de l'envoyer faire des examens ! ».

Dr. Renaud : « Oui ».

Entraîneur : « Bah le mieux, c'est de lui demander. [A haute voix dans le gymnase] Karl, tu as mal, là, à l'épaule ? ».

Karl : « [Le jeune homme a quitté le praticable et s'est rapproché timidement]. Non, aux agrès, ça va ».

Entraîneur 1 : « Oui, en même temps, tu ne fais pas du saut en hauteur [Rire collégial des entraîneurs et du médecin] ».

Entraîneur 2 : « Moi, ce qui m'a un peu étonné si tu veux [il s'adresse au médecin], c'est qu'il a fait toute une séance de soleils aux anneaux. Or, c'est ce qui fait le plus mal aux épaules en gym. Donc si il avait vraiment mal aux épaules comme il le dit, il aurait jamais tenu toute une séance ».

Dr. Renaud : « Oui. Alors, Karl, t'as mal où t'as pas mal ? [Le jeune homme reste silencieux]. Non, mais dis moi. Tu as le droit de ne plus avoir mal ! [Karl soupire, les yeux vers le sol]. Tu veux qu'on annule l'IRM ou pas ? [Le gymnaste ne sait pas]. Non mais ce n'est pas un problème, si tu n'as plus mal, on annule, c'est pas compliqué ! ».

Karl : « Bah aux agrès, ça va ».

Dr. Renaud : « Et bah on annule ! [S'adresse désormais à l'entraîneur] Tu rappelles pour annuler ? ».

Entraîneur 2 : « Oui ».

15 / 05 / 2007 :

Karl, gymnaste de 15 ans, souffre d'une douleur chronique et handicapante du poignet, qui le gêne dans le bon déroulement de ses entraînements. Julien, gymnaste de 17 ans, est quand à lui en cours de rétablissement d'une entorse importante de la cheville datant d'un mois. Le médecin du pôle avait préalablement émis le souhait de réaliser des radios pour chacun de ses deux gymnastes. Après consultation du tableau d'affichage présent dans la salle attenante au gymnase et d'après ce que les athlètes lui expliquent, le docteur s'aperçoit que l'entraîneur a effectivement pris rendez-vous dans son cabinet auprès de sa secrétaire pour le lendemain. Satisfait de cette initiative, à la fin des entretiens individuels menés avec chacun des gymnastes et lors de son habituelle discussion avec les entraîneurs présents dans le gymnase, le médecin en profite pour rappeler ce rendez-vous au coach qui en a la responsabilité.

Entraîneur : « Alors ça y est, tu as fait le tour ? ».

Dr. Renaud : « Oui, c'est bon. Alors je vois Karl et Julien demain apparemment ? ».

Entraîneur : « Ouais. Mais pour Karl, ça me pose un problème. Julien il sera là. Mais Karl, ça m'embête parce qu'il a une compèt' importante ce week-end. Et du coup, là, les entraînements sont vraiment tous très importants. Surtout que là, il est un peu à la bourre sur les agrès. Donc il faut qu'il bosse les agrès ».

Dr. Renaud : « Bah écoutes, c'est toi qui vois hein ! Tu me dis ».

Entraîneur : « OK. De toute façon, c'est pour des radios de contrôle, c'est tout ? Bon je vais voir et je te dis. Mais Julien, lui il sera là, c'est sûr ».

Dr. Renaud : « D'accord ».

Effectivement, Julien effectuera une radio de la cheville. Le poignet de Karl, pour sa part, attend encore son cliché...

15 / 05 / 2007 :

Dans le bureau médical du docteur Gardet, en plein entretien de recherche, le médecin du centre de formation du club professionnel de Football reçoit un coup de téléphone d'un des entraîneurs d'une équipe jeune. Le technicien prépare la rencontre du week-end et souffre d'un effectif trop réduit suite à l'arrêt de plusieurs joueurs pour blessures. Il tente de négocier le retour anticipé de certains jeunes.

Dr. Gardet : « « Oui, allo ? [...] Salut, ça va ? [...] Oui, mhh, mais ils avaient quoi déjà eux comme pépins ? Je ne me souviens plus, j'avais dit quoi à David ? [...] Ah oui, c'est ça ! [...] Oui, bah si c'est pour faire du banc de touche, pour avoir un effectif, pourquoi pas, mais si c'est dans l'idée de les faire jouer, là on prend un risque hein. [...] Bah oui ils ont couru, mais ils ne sont pas entraînés là hein ! [...] Oui, bah oui, je veux bien les voir. Mais aujourd'hui c'est calme, alors je ne vais pas rester jusqu'à 19 heures. Si tu me les amènes d'ici une ½ heure, ¾ d'heure, c'est bon. [...] Bah oui, parce que le problème avec ces jeunes là, c'est qu'ils ont trop joué dernièrement. Enfin, musculairement j'entends ! [...] Bah oui, je sais bien. [...] Je sais bien, c'est partout pareil, en CFA aussi ils manquent de joueurs. [...] Mais bon, si c'est dans l'idée de rester sur le banc pour..., ça me va, mais si c'est dans l'idée de les faire jouer, ça m'embête quand même ! [...] Et il reste beaucoup de matches après ? [...] Bah oui, c'est la fin de la saison. [...] Bon bah je vais les voir, et puis on verra. [...] OK, à bientôt François ».

Cette participation des entraîneurs dans le jeu médical ne peut se comprendre que dans le cas où le médecin adhère au projet sportif. Le docteur Quirion, médecin hospitalier dont le statut de médecin du pôle de handball est vécu difficilement, est justement farouchement opposée à ce qu'elle perçoit comme une véritable intrusion des techniciens dans sa pratique. Comme pour le cas du pôle de gymnastique, l'entraîneur des jeunes handballeurs intervient dans l'encadrement médical de ses athlètes (sur le temps de l'observation, ce cadre technique donnera par exemple des anti-inflammatoires « qui lui restait d'une précédente prescription » à une jeune fille souffrant d'une douleur au coude, ce qui ne manquera pas de provoquer l'ire du médecin). « Ils voudraient faire la médecine à notre place ! ». A l'inverse, le docteur Renaud y voit là le signe de relations saines et efficaces. « C'est un des luxes justement de mon activité au pôle. Ils me font confiance et savent qu'ils peuvent me parler. D'ailleurs souvent, ils ont raison. Moi je trouve ça vachement bien ! ». Mais ce travail partagé trouve rapidement ses limites et le médecin, sensible ou non aux exigences des élites, n'hésite pas à rappeler dans de nombreuses situations son autorité suprême en matière d'encadrement sanitaire. Cette fois les tentatives des entraîneurs sont déboutées et le médecin conserve contre vents et marées son indépendance au risque de s'attirer l'insatisfaction de ses collègues techniciens. A ce titre, il est sans doute significatif de constater dans les discours des deux cadres techniques responsables des pôles de gymnastique et de handball une même réflexion à l'égard de ce qu'ils perçoivent comme une trop grande « rigidité » professionnelle : la difficulté, c'est qu'ils sont « parfois trop médecins ».

Des médecins « trop médecins » ?

Au sein du pôle de gymnastique, un entraîneur cherche à orienter le traitement médical d'un jeune gymnaste qui souffre d'un genou depuis plusieurs semaines sans que le médecin n'ait rien trouvé, et évoque la possibilité de mener des examens complémentaires. Le docteur Renaud le rappelle alors à son autorité en la matière.

06 / 03 / 2007 :

Entraîneur : « Tu sais Morgan, qui n'était toujours pas bien sur son genou, et bien il a vu un kiné au stage national. Et apparemment, il se demandait si c'était pas le ménisque ».

Dr. Renaud : « [Moue dubitative] ».

Entraîneur : « Pour lui, c'est peut-être bien le ménisque ».

Dr. Renaud : « [Ton largement ironique] Bah remarque, si ce sont les kinés qui font de la médecine maintenant... ».

Entraîneur : « Hein ? ».

Dr. Renaud : « [Hausse le ton] Je dis : si c'est le kiné qui fait de la médecine maintenant... ».

Entraîneur : « [Visiblement gêné par la tournure des événements] Non mais moi, je ne fais que te répéter ce qu'il m'a dit hein. Moi, je n'en sais rien, c'est toi le médecin. Je voulais juste te dire qu'il m'avait dit ça et qu'il conseillait de faire une IRM ».

Dr. Renaud : « [Enervé] Pff, non mais c'est dingue ! Ils n'y connaissent que dalle ! Alors dire que c'est un ménisque, oui, pourquoi pas, il n'a pas trop de chances de se tromper, le ménisque c'est bien dans le genou. Mais moi je dis, à ce moment là, si il a raison et que l'IRM montre un réel problème au ménisque, bravo, coup de pot. Sinon, si il n'y avait rien, il paye l'IRM de sa poche. Ça les calmera un peu. Non mais c'est très énervant. Je rappelle quand même que ces mecs là, ils n'ont aucune compétence dans le diagnostic ! Ils n'y connaissent rien. Alors les entraîneurs entraînent, les kinés font de la kiné, mais qu'ils nous laissent faire de la médecine ! ».

Un gymnaste rentre dans la salle et sa présence met un terme à une discussion qui prenait la forme d'un monologue. Plus tard, lorsque nous discuterons avec le technicien de cet événement, il nous fera part de son incompréhension et de son sentiment que parfois le docteur Renaud « est trop médecin ».

Après avoir ainsi détaillé les effets normatifs et les relations qui caractérisent la position des médecins qui adhèrent au jeu sportif et détiennent des fonctions au cœur même des centres de formation et d'encadrement des élites sportives, il reste désormais à établir la comparaison avec les médecins qui possèdent une activité hospitalière en lien avec le sport de haut niveau sans pour autant être sensibles aux exigences et spécificités de cet univers. Retrouve t'on des mécanismes similaires d'intervention du professionnel de santé dans les processus de sélection, de conversion et parfois d'exclusion ? Les liens

entretenus aux athlètes et à l'entourage sportifs sont-ils construits sur les mêmes principes d'instrumentalisation et de négociation ?

II. 2. Etre indépendant à leurs dépens ?

« [A L'hôpital], le malade est entièrement livré à la technosphère. Des experts vont alors conduire des examens instrumentalisés, dont ils ne parlent qu'à travers un langage codé. La première figure du thérapeute apostolique et secourant a disparu ; l'hospitalisé est désormais en présence de spécialistes qui ne lui parlent que rarement ; il est soumis à des épreuves dont il ne comprend pas toujours le sens et dont il n'est même pas sûr qu'il saisisse les résultats. Bref, le malade est plus que jamais coupé de son milieu et frappé par l'isolement »¹²².

La position, a priori plus respectable, et a fortiori plus respectée, qui consiste à pratiquer la médecine du sport en refusant les enjeux de performance et en se mettant à l'écart du monde sportif, n'en est pour autant pas moins dénuée d'effets normatifs regrettables. Les médecins du sport qui évoluent au plus près des sportifs critiquent à leur tour leurs confrères hospitaliers, et s'attaquent, de la même façon, au fondement même de leur positionnement professionnel. Il est selon eux incohérent de pouvoir se targuer d'une quelconque compétence en médecine du sport lorsque l'on travaille à distance de l'univers sportif (au point de parfois le méconnaître totalement). (« On ne peut pas faire de la bonne médecine du sport si on ne parle pas le même langage que les sportifs »). Effectivement, au-delà de la lutte fratricide qui n'a pas toujours besoin d'arguments rationnels et avérés pour éclater, il paraît difficile de réaliser une médecine de l'individu tout en niant les spécificités propres qui le définissent. Le risque majeur consiste donc à pratiquer une médecine inappropriée, incohérente et désincarnée, qui, parce qu'elle s'oppose idéologiquement au mythe sportif, dessert la prise en charge de l'individu. Est-il donc possible de réaliser une médecine de l'homme sportif lorsque l'on est totalement étranger aux valeurs qui l'animent et parfois le consomment ?

¹²² DAGOGNET, François. 1998. *Op. Cit.*, p. 252-253.

II. 2. a. Contrôler et chercher

Le décalage biographique qui caractérise les praticiens hospitaliers et qui les place à distance des valeurs de l'espace sportif d'élite, a son propre lot d'effets. Le suivi longitudinal est obligatoire en France et répond à la volonté de préserver la santé des athlètes par la réalisation d'actes techniques inaccessibles sur le terrain (en diagnostiquant d'éventuelles anomalies cardiaques, l'objectif était de réduire par exemple les accidents sportifs mortels). Il s'agit donc véritablement d'une médecine de contrôle. Loin des enjeux sportifs, les praticiens se situent volontiers dans l'hyper-prévention. En effet, même s'ils rappellent qu'ils ne sont payés ni à la consultation, ni aux résultats, il demeure que le temps consacré à des examens extrêmement méticuleux (en une heure et demi environ, là où le docteur Renaud aura passé en revue 12 gymnastes, le docteur Amazan aura réalisé les examens cliniques de deux jeunes sportifs uniquement¹²³), qui s'accompagne nécessairement de « la volonté de trouver quelque chose », aboutissent à des diagnostics dont la prudence peut être exagérée. Les médecins se situent alors à l'exact opposé d'une quelconque banalisation et sont à l'affût du moindre signe physique ou psychologique qui pourrait « vouloir dire quelque chose »... Ici, les maux semblent donc ne dépendre des mots que dans une plus faible mesure, puisque les praticiens cherchent cliniquement les traces corporelles ou psychiques d'une usure sans nécessairement que le sportif ait eu à verbaliser un trouble ressenti¹²⁴. Bien souvent, les médecins trouvent dans ce cadre de multiples déformations corporelles, inhérentes à la pratique du sport de haut niveau mais dont la survenue ne remet pas en cause la pratique. Cet état jugé « normal » dans la sphère du haut niveau n'a logiquement jamais été relevé par les médecins de terrain qui reconnaissent là des conditions de vie avec lesquelles le sportif doit composer. A l'inverse, dans ce contexte hospitalier où prédominent les normes médicales traditionnelles, cet état corporel est jugé « anormal » et amène à de nombreux commentaires. Le sportif étonné se découvre alors parfois en « mauvais état » respectivement à ce référentiel de santé. Une très légère bascule du bassin ou un pied un peu creux chez un adolescent sportif deviennent autant « d'ensellure lombaire » et de « valgus prononcé », des sautes d'humeur où une

¹²³ « L'activité dans le service médical spécialisé dépend du nombre de médecins présents un jour donné et du nombre plus ou moins important de rendez-vous prévus ». **CICOUREL**, Aaron. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, p. 6.

¹²⁴ Dans un récent colloque scientifique, l'un des praticiens hospitaliers qui travaille dans le service du docteur Niel constate ainsi lors de sa communication que les douleurs musculaires sont souvent mal évaluées par les sportifs eux-mêmes et étudie l'efficacité d'un marqueur musculaire (troponine I) capable d'identifier des lésions sans que l'athlète n'ait besoin de les verbaliser.

fatigue trop intense se transforment en « épuisement nerveux » et en « surentraînement ». Laura, jeune fille de 14 ans inscrite en Section sportive régionale d'escalade consulte chaque année le docteur Amazan dans le cadre du suivi médical hospitalier obligatoire. L'année passée, le praticien avait repéré au cours de l'examen une « petite gibbosité dorsale » dont il n'avait pas trouvé bon de préciser à l'athlète le caractère bénin. Laura, elle, a pris peur et ses parents ont anticipé les éventuelles conséquences d'un diagnostic somme toute obscur. Ils ont depuis consulté un « médecin spécial » qui en a conclu qu'il n'y avait rien de grave et qu'elle avait « le droit de continuer l'escalade ». Le docteur Amazan s'amuse d'une telle précaution et confirme l'avis de son confrère tout en renforçant le caractère préventif de l'énoncé. « La gibbosité n'est pas grave et ne contre-indique pas la pratique sportive, mais elle doit être surveillée et l'arrêt sportif doit être immédiat en cas de douleurs ». Au-delà du bien fondé médical de ce type d'examen et de l'expertise importante nécessaire pour repérer cliniquement de telles déformations ou souffrances, la traduction médicalisée de signes cliniques éclaire le décalage qui existe entre le professionnel de santé et le terrain sportif.

Une gifle pour Pékin ? Quand l'inquiétude médicale prend le pas sur les objectifs sportifs

14 / 03 / 2008 :

Le docteur Quirion reçoit ce matin à l'hôpital un cavalier de très haut niveau pour sa visite annuelle au CHU. Cet homme, qui a dépassé la trentaine, est inscrit sur la « grande liste » pour les Jeux Olympiques de Pékin et est donc susceptible de se faire sélectionner et d'y représenter la France. Même s'il sait que sa place n'est pas assurée car les prétendants sont nombreux, cela reste un objectif fort, « auquel il pense tous les jours ». Cette visite à l'hôpital doit être passée avec succès s'il désire avoir ses chances.

L'examen clinique se révèle d'une parfaite normalité. Cependant, lors de l'entretien psychologique, le praticien hospitalier identifie des « problèmes psy ». En effet, dans la liste impressionnante de questions posées par le médecin, le cavalier a déclaré avoir commis récemment ce qui apparaît ici comme un « acte de violence ». Il a en effet donné une gifle à une personne de son entourage, chose qu'il n'avait jamais fait avant. « Il se sent plus nerveux depuis sa séparation d'avec sa compagne ». Aussi, le médecin y voit le signe d'un probable surentraînement qui a conduit le sportif à un état d'épuisement nerveux. Ce diagnostic pourrait compromettre irrémédiablement son envol pour Pékin. Aussi le médecin avance avec prudence. Elle propose au cavalier de réaliser des prises de sang et de revenir dès la semaine suivante afin de réaliser une épreuve d'effort.

Le sportif s'exécute, bien sûr. Les tests supplémentaires ne révéleront finalement aucun signe de surentraînement et le dossier médical du cavalier

restera vierge. Cette gifle aurait donc pu lui coûter son éventuelle participation aux Jeux de Pékin.

Rechercher ainsi, avec ou sans le consentement des athlètes, le moindre défaut anatomique et la plus petite défaillance psychologique, sert clairement les objectifs médicaux, à distance de toute préoccupation sportive. « Participer au match du week-end », « améliorer son record », « garder sa place sur le terrain » sont des occurrences qui n'ont pas droit de citer dans ce contexte médico-sportif. La santé ne s'entend plus dans l'urgence du calendrier sportif et les préoccupations médicales triomphent des temporalités et des normes de la haute performance. Il est à ce titre tout à fait significatif de constater dans le discours des praticiens hospitaliers intéressés par le sport, la volonté de considérer également la santé dans « l'après sport ». Là où les médecins de terrain qui adhèrent au jeu sportif se focalisent sur l'ici et le maintenant, les docteurs Alberti et Amazan se déclarent à l'inverse particulièrement sensibles aux conséquences d'une carrière pathogène. Le docteur Alberti se préoccupe ainsi « des maladies artérielles de l'ancien cycliste de très haut niveau », et le docteur Amazan cherche à comprendre et à traiter « les nombreux cas d'obésité et d'addictions multiples post-sportives ». Ceci n'est possible que dans la mesure où la logique médicale est dominante et que le travail réalisé par les médecins n'a de valeur que dans l'espace où il s'effectue : l'hôpital. Cette fois, le processus d'instrumentalisation est inverse. Il s'agit de recruter une clientèle de sportifs la plus vaste possible de façon à faire prospérer le service hospitalier. Lorsque la direction d'un CHU demande des comptes au responsable de l'unité hospitalière de médecine du sport sur des examens non facturés (qui est une conséquence de l'opacité administrative de la structure hospitalière), ce dernier s'engage dans une réflexion sur l'évolution du service. Victime de son succès, la clientèle reçue est désormais trop importante pour le nombre de médecins employés. Une des hypothèses envisagées serait à l'avenir de privilégier l'accueil des sportifs de haut niveau au détriment des jeunes athlètes engagés dans des sections sportives départementales ou régionales, car plus rentable financièrement pour l'hôpital (« On a besoin de prouver qu'on fait rentrer de l'argent pour pouvoir justifier nos vacances »). De même le sportif de haut niveau, humain surhumain, est une véritable aubaine du point de vue de la recherche sur les « limites supérieures de la condition humaine ». La présence assidue au sein d'un CHU a permis d'observer à quel point le désir de « découverte médicale » l'emporte sur les attentes du sportif (bénéficiaire de conseils pour l'entraînement, obtenir un certificat d'aptitude, sortir rapidement du CHU, etc.), et tend à dépersonnaliser les rapports

entretenus avec les patients. Ainsi par exemple, un vendredi à l'hôpital, le deuxième sportif de la matinée est arrivé. Il est en salle d'effort. Dans le couloir, le docteur Quirion le présente comme un ancien cycliste (vétérane) qui avait arrêté sa pratique pendant quatre ans à la suite de la mort subite d'un ami sur son vélo (qui avait d'ailleurs provoqué chez lui un malaise vagal) et qui a repris depuis six mois. Il souhaite réaliser la course Paris / Bordeaux et veut être sûr que tout va bien avant de se lancer. L'équipe hospitalière procède à une mesure de l'indice de pression systolique au niveau des chevilles (IPSC) de façon à contrôler l'état des artères. Les résultats montrent l'existence d'un petit souffle à gauche : « Rien d'inquiétant, ne vous en faites pas. On fait de l'hyper prévention là! ». Le médecin explique pourtant à l'infirmière devant le patient : « Par contre, ce monsieur peut intéresser [notre responsable d'unité] dans le cadre de sa recherche sur les cyclistes de plus de 50 ans ». Un autre jour, un jeune motocycliste de haut niveau vient à l'hôpital pour la première fois dans le cadre du suivi longitudinal obligatoire. L'examen clinique et l'entretien psychologique terminés, le sportif est invité à se rendre dans une salle d'effort. On y réalise les différents tests habituels. De nombreuses personnes sont déjà présentes dans la pièce (un étudiant en nutrition sportive, la diététicienne, l'infirmière, et nous-mêmes), lorsque le responsable du service et le médecin surgissent à leur tour. Le « chef » demande au sportif : « Alors, il paraît que vous avez une hypertrophie du mollet ? ». Le médecin émet l'hypothèse du « pied qui freine » et demande : « Y en a beaucoup d'hypertrophies chez les motards ? ». « Hyper trop quoi ? J'en sais rien moi! », répond le jeune homme étonné. Le responsable du service lance alors : « Il faut le noter ça ! Ça serait intéressant de voir si on le retrouve chez d'autres motards ». Cette discussion s'arrêtera là, et le jeune motard repartira en ayant plus ou moins bien assimilé les raisons de cette émulation autour de son mollet, étrangement plus épais que l'autre... La dépersonnalisation du patient sportif s'opère par la combinaison de multiples facteurs. Le nombre de praticiens en blouses blanches a un effet étouffant pour l'athlète, véritablement noyé parmi les « experts ». De plus, les praticiens hospitaliers adoptent à leur égard « une attitude plutôt paternaliste » qui ne laisse que peu de place à la discussion spontanée¹²⁵. D'ailleurs le langage utilisé est souvent peu accessible car centré sur des aspects techniques (« on part sur un 50 / 15 » signifie par exemple lors d'une épreuve d'effort que la résistance appliquée par la bicyclette ergométrique est de 50 watts et qu'elle augmente de 15 watts chaque minute). Le paysage mécanisé des salles d'effort participe lui aussi de

¹²⁵ PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 129.

cette dépersonnalisation car les médecins « oublient » extrêmement fréquemment les patients face à de multiples et permanents « soucis mécaniques ». L'attention du service est alors portée au cliquetis anormal de l'ergocycle, aux bugs du logiciel qui mesure les échanges gazeux, aux câbles qui entrent en contact et affolent l'EKG, à l'imprimante qui refuse de délivrer les résultats, à la laxité d'une sangle sensée maintenir un masque respiratoire, ou encore aux délires incompréhensibles de l'alarme du tensiomètre automatique... Face à ses préoccupations techniques récurrentes, peu de mots sont finalement échangés lors des tests d'effort. Les médecins reconquièrent sans doute en partie l'homme lorsque vient le temps de la consultation individuelle au sein du bureau médical, mais les échanges restent alors marqués par cette ambiance très particulière.

Dépersonnalisation du patient sportif



« Le nombre de praticiens en blouses blanches a un effet étouffant pour l'athlète, véritablement noyé parmi les « experts » (et ce quels que soient leurs statuts réels). Ici, sont présents dans la salle un médecin, une infirmière, deux étudiants en médecine, une étudiante en pharmacie, un étudiant en diététique et une élève infirmière. Soit un total de huit blouses blanches pour un sportif (nous étions également présent) ».



« Le paysage mécanisé des salles d'effort participe lui aussi de cette dépersonnalisation car les médecins "oublient" extrêmement fréquemment les patients face à de multiples et permanents "soucis mécaniques". L'attention du service se porte ici sur le cliquetis anormal de l'ergocycle. Derrière le médecin dont le visage a été volontairement flouté, on aperçoit le sportif torse nu qui patiente ».



« Pendant que les étudiants s'escriment à comprendre le fonctionnement et l'ordre du câblage des électrodes posées sur le torse du sportif, ce dernier reste silencieux, le regard dans le vague ».



« Les regards sont intégralement tournés vers les moniteurs où s'affichent en direct les courbes et les résultats de l'épreuve d'effort. Le sportif est oublié, la machine remporte tous les suffrages... »

Cette médecine à distance du sport et du sportif comporte des travers. Celui de ne pas être adaptée à la réalité qu'elle entend encadrer d'abord. Ainsi faut-il comprendre l'ironie du docteur Renaud, médecin du pôle de gymnastique, face à ce qu'il juge comme de l'incompétence médicale. Lors du suivi obligatoire des athlètes à l'hôpital, les praticiens avaient repéré au cours de l'analyse morphologique des pieds, une légère déformation architecturale (pieds creux) chez plusieurs d'entre eux. Sans gravité pour la santé, les médecins ont simplement prescrit des « semelles orthopédiques à porter pendant l'entraînement ». Le médecin du pôle s'en esclaffe toujours. Il invite ses confrères à « sortir du labo, et venir sur le terrain », pour constater qu'il s'agit d'une activité sportive où l'entraînement se réalise... pieds nus. Cette anecdote, par son aspect débonnaire, ne doit pas alléger notre propos. Il s'agit d'un exemple parmi de nombreux autres et ne vient que souligner une récurrence. Que penser de ce praticien hospitalier, médecin du sport qui se refuse à tout rapprochement avec le milieu sportif et qui tient à son indépendance professionnelle, lorsqu'il décide après une journée de consultation avec de jeunes basketteurs, de diffuser une note au sein de la section sportive à laquelle ils appartiennent visant à initier « le port du protège dent » pour les jeunes bénéficiant d'un appareil

d'orthodontie. Au-delà du bien fondé éventuel d'une telle injonction, une connaissance même superficielle du milieu jette le doute sur la réelle applicabilité de cette mesure (le sourire des jeunes sportifs à l'annonce de cette proposition pendant les consultations en disait d'ailleurs long sur son caractère inadapté). L'aspect décalé de cette médecine hyper-préventive produit une incompréhension logique de la part des athlètes qui se retrouvent souvent désemparés devant les conclusions des praticiens. Malgré l'absence de symptômes et de douleurs, la visite à l'hôpital est susceptible de faire émerger des anomalies, des déformations, des pathologies et peut devenir à terme handicapante pour la poursuite de son activité. Le risque, c'est que cet encadrement médical, dont l'enjeu premier est de préserver la santé, se transforme en une médecine qui inquiète, où pire, qui effraie. Le nombre considérable de désistements en est certainement l'une des conséquences les plus probantes. Au sein du service hospitalier observé, pas une semaine sans que des rendez-vous ne soient annulés. Patrick Laure montre dans une étude sur l'observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains que les athlètes entretiennent un rapport distant avec cette médecine du sport (qui se traduit par une « importante inobservance »)¹²⁶. A tel point que certaines fédérations sportives ont été contraintes de sanctionner les sportifs les plus récalcitrants (la fédération d'équitation a par exemple menacé de supprimer les aides financières et d'interdire la participation aux épreuves nationales en cas de suivi médical incomplet, ce qui fera dire au docteur Quirion : « On sent que la fédération a fait un rappel à l'ordre parce qu'on a beaucoup de cavaliers en ce moment... »). L'inquiétude des sportifs est souvent palpable lors des visites. Au-delà de l'attente à laquelle ils ne sont plus familiers, du temps que prennent les nombreux examens (entre la consultation clinique, le bilan diététique, l'entretien psychologique, les épreuves d'effort..., le sportif reste environ une demi-journée dans le service), de la peur des hôpitaux et du souvenir souvent amer que la précédente épreuve d'effort a laissé dans bon nombre d'esprits (contrairement aux cyclistes professionnels, les cavaliers et les parachutistes de haut niveau sont particulièrement inquiets à l'idée de réaliser une épreuve maximale sur ergocycle), c'est le risque que le médecin « trouve quelque chose de grave » qui reste le plus déstabilisant¹²⁷.

¹²⁶ LAURE, Patrick ; IHABBANE, L. 2007. *Op. Cit.*

¹²⁷ Dans leurs recherches respectives en lien avec des espaces médicalisés, Anne Véga et Isabelle Cribier font toutes deux le récit de la façon dont elles ont été contaminées aussi bien physiquement que psychologiquement par leur objet d'étude. L'implication d'un chercheur sur le long terme dans un espace qui lui est étranger peut avoir des effets qui en disent long sur sa normativité. Sportif nous-mêmes ayant un temps évolué à un bon niveau de compétition et toujours pratiquant actuellement, il n'est sans doute pas anodin de signaler qu'au contact de cette médecine hospitalière, nous avons développé des angoisses sur

Prise de tension et coup de panique

04 / 04 / 2008 :

Arrivé dans le service vers 8h30, nous sommes seul avec l'infirmière. 5 jeunes du pôle de handball sont déjà présents (ce qui provoque l'agacement de l'infirmière qui rappelle que le service n'ouvre qu'à partir de 9h00). Nous sommes chargé de leur donner leurs dossiers et de les inviter à remplir la première partie de leur fiche médicale ainsi que les questionnaires de surentraînement et de détection de troubles psychologiques. A la demande de l'infirmière, nous prenons en charge les examens de Gaétan, un jeune du pôle espoir. Nous réalisons pour la première fois les tests de Ruffier (depuis la pose des brassards jusqu'au relevé des pressions artérielles) et d'Astrand en étant totalement seul avec un patient.

Fort de ce premier succès, nous sommes de nouveau sollicité pour réaliser le Ruffier de Nicolas. Lorsque nous relevons les pressions artérielles du jeune homme, nous constatons une différence significative entre les deux bras. Inquiet d'avoir commis une erreur en posant les brassards, nous faisons part de notre étonnement à l'infirmière. L'étudiant en médecine, Charles, est présent dans la salle d'effort lors de cette discussion. Il s'empare de l'évènement, et la « machine médicale » se met en branle. Tout le monde se met progressivement à suspecter un problème chez le jeune, malgré avoir rappelé à plusieurs reprises nos doutes sur la qualité technique de notre examen. Charles demande à reprendre une tension pour identifier une éventuelle pathologie (il suspecte « un problème circulatoire sur le bras qui lance »). Nous sentons l'inquiétude monter chez le jeune sportif, qui commence à se demander sérieusement de quelle affection il souffre. Face à son invisibilité apparente aux yeux des professionnels de santé, nous finirons par lui expliquer nous même (sans avoir la compétence et les certitudes pour le faire) qu'il ne doit pas s'inquiéter. L'infirmière demande à ce que l'on recherche dans son dossier, pour voir si cette différence entre les deux bras existait déjà lors des précédents contrôles. Nous nous exécutons et cette hypothèse se confirme. Les différences de valeurs pour chaque bras sont surlignées de façon à ce que le médecin en soit avertie et en tire les éventuelles conclusions médicales. En fait, il n'y avait absolument rien d'alarmant et le médecin ne fera rien de plus... Le jeune Nicolas repartira sans avoir eu le fin mot de l'étrange émulation que son bras, semble-t-il, a provoqué.

Mais la médecine du sport à l'hôpital est également effrayante de part la volonté affichée de certains praticiens qui considèrent que « faire peur » est un outil pédagogique d'une très grande efficacité. Ils s'emploient à « secouer » les patients afin de leur faire prendre conscience de certaines des aberrations que les exigences du monde sportif leur

notre propre activité sportive, à l'affût du moindre « coup de fatigue » (anomalie cardiaque ? Immuno dépression ? Et toute une batterie de pathologies peu engageantes, que nous avons intégrée par l'observation du service). Cette étonnante disposition psychique a disparu quelques temps après avoir interrompu nos recherches au sein du CHU. **CRIBIER**, Isabelle. 1990. *Les guérisseurs. Approche anthropologique des médecines dites douces*, Paris, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 345 pages. **VEGA**, Anne. 2000. *Op. Cit.*, 212 pages.

imposent dans l'illusion de la légitimité. De nombreuses activités nécessitent par exemple un contrôle très strict du poids qui peut conduire à un déplacement des normes acceptables. Un corps adapté à la performance peut être considéré dans le monde ordinaire comme dangereusement rachitique. Dans le service de médecine du sport, les suspicions d'anorexie sont ainsi monnaie courante. Le docteur Quirion réaffirme dans ce cas la nécessité de recevoir les jeunes athlètes en dehors du cadre sportif, réconfortant et familial, pour un cadre hospitalier austère, propice à l'inquiétude, premier pas vers une prise de conscience de la pathologie. Ainsi, une jeune basketteuse de 15 ans présente « une rupture dans la courbe de poids et une chute de sa masse grasse à un moment de l'adolescence où les jeunes filles sont sur une évolution inverse. La suspicion d'anorexie est automatique et le docteur Quirion n'hésite pas à mettre la jeune sportive devant ce diagnostic alarmant. Cette pathologie, lorsqu'elle est avérée, doit être traitée rapidement afin que le patient ne s'enlise pas durablement dans la maladie. Aussi, le docteur Quirion joue volontairement la carte du catastrophisme et lance avec violence un pronostic sans appel : « L'anorexie, on en meurt ! ». Les réactions ne se feront guère attendre, à la grande satisfaction du professionnel de santé. Rendez-vous est pris par les parents pour venir discuter à l'hôpital, et des courriers seront envoyés aux médecins scolaire et traitant. Quelles que soient la réalité et la gravité de la pathologie, cette pratique médico-sportive apporte la preuve qu'elle n'hésite à aucun moment à sacrifier les trajectoires sportives des jeunes champions.

Enfin, et cela s'inscrit dans la lignée de ce dernier commentaire, se placer dans un espace – temps différent de celui du sport de haut niveau, c'est déjà se placer en contre espace et en contre temps. Les délais de prises de rendez-vous à l'hôpital cadrent mal avec l'urgence des calendriers sportifs, les consultations sont longues et obligatoires, ce qui nécessite de rogner un peu les temps d'entraînements, d'autant plus que cette fois les sportifs doivent se déplacer (la problématique du transport est fondamentale au sein des structures sportives dont le rapport au temps est hyper rationalisé). Il ne s'agit pas ici de défendre les intérêts proprement sportifs, mais bien de montrer que ce placement médical intransigeant est inadapté à la prise en charge médicale de certains cas. Peut-on gérer le suivi d'un athlète qui souffre en lui imposant le temps et l'espace de l'hôpital ? Bien souvent internes et mineurs, ces jeunes sportifs, s'ils ont la force et les moyens de s'extraire temporairement de leur environnement sportif, n'en seront que plus stigmatisés dans un espace où chaque excursion est visible. Il est à ce titre tout à fait significatif de constater, dans le cadre de nos observations ethnographiques, l'absence de rendez-vous

pris en dehors du suivi médical obligatoire, face au nombre important de jeunes diagnostiqués en souffrance psychologique, à qui l'on avait conseillé de revenir profiter de l'oreille attentive des praticiens hospitaliers.

II. 2. b. Du côté des sportifs, mensonges et confessions

Lorsque le sportif de haut niveau se déplace à l'hôpital dans le cadre des visites médicales rendues obligatoires par la loi, deux registres langagiers semblent être typiquement invoqués face au praticien. Celui de la rétention d'informations d'abord. Largement répandue, cette attitude attentiste, où l'athlète se contente de répondre évasivement aux questions du médecin, est chose commune dans cet espace « étranger », dans lequel il est admis que « trop parler est risqué » puisque susceptible de provoquer l'arrêt définitif de la pratique sportive. Plusieurs sportifs interrogés isolément déclareront ne pas hésiter à mentir sur leur alimentation, leurs antécédents médicaux familiaux, leurs passés traumatologiques, etc. Un plongeur sportif venu réaliser sa visite annuelle dans le service de médecine du sport de l'hôpital dans lequel nous réalisons nos observations nous expliquera ainsi, lorsque nous nous retrouvons seuls dans la salle d'effort : « Nous les plongeurs, on n'est pas fous hein ! On sait bien qu'il faut rien leur dire quand ils nous posent des questions. Et bah oui, sinon, ils nous signent pas le certificat d'aptitude. C'est déjà arrivé. Donc on leur ment sur tout. Tout ce qui concerne les poumons et les tympons par exemple, il ne faut rien leur dire ! ». Le pouvoir coercitif des praticiens hospitaliers fait peur, et oblige dans ce cas le médecin à « faire la discussion ». Ainsi, lorsque le docteur Quirion reçoit dans le service un basketteur professionnel américain de 26 ans, récemment arrivé en France dans le cadre de sa pratique et devant se soumettre à une batterie de tests médicaux, elle cherche à connaître comme à son habitude les antécédents de blessure du joueur. Ce dernier n'a rien à déclarer. La discussion tourne donc court. Lors de l'examen clinique, le médecin remarque pourtant immédiatement la grande laxité d'une de ses chevilles. Elle reformule donc sa question et désire connaître son passé traumatologique. En souriant, le basketteur campe sur sa position et assure n'avoir jamais été blessé (ce qui est objectivement peu probable compte tenu de sa carrière de très haut niveau). Le médecin en est conscient et déclare : « de toute façon, il ne me dira rien. Il pense qu'on ne lui donnera pas sa chance si il se livre sur ses antécédents ». Ici, dans l'entretien avec le

médecin, il n'y a donc pas de place à la négociation pour la simple mais implacable raison qu'il n'y a rien à négocier. Le médecin déclare ou non l'aptitude d'un joueur et ce dernier ne peut que se plier aux décisions médicales. La souplesse n'est pas la même que celle évoquée dans la pratique des docteurs Beaugendre, Gardet ou Renaud. Nous avons eu l'occasion d'assister à des épreuves d'effort sur ergocycle où les résultats de l'électrocardiogramme étaient parfois sujets à discussions. Régulièrement, le mouvement du sportif lors de l'exercice brouille quelque peu les résultats en dérégulant les appareils de mesure. Pour autant, les praticiens hospitaliers ne veulent prendre aucun risque et prescrivent automatiquement une échographie cardiaque qui sera réalisée ultérieurement dans un cabinet libéral du centre ville. Les délais de prise de rendez-vous peuvent être supérieurs à plusieurs semaines. Dans l'attente de ce résultat, les médecins du service de médecine du sport ne signent pas le certificat d'aptitude. Pour un parachutiste, membre de l'équipe de France et moniteur à plein temps, une telle décision signifierait une double sanction, sportive et professionnelle, difficilement surmontable. Aussi, lorsque les praticiens hospitaliers prescrivent des examens complémentaires dont ils savent qu'ils prendront du temps, il arrive qu'ils signent une autorisation temporaire de pratique. Le médecin reste seul maître de ces décisions. « Le but du jeu, c'est de les obliger. Sinon, si on signait les papiers en leur disant simplement qu'il est important pour leur santé qu'ils fassent des examens complémentaires, ils n'iraient jamais ! ». Dans ces conditions, pas étonnant de constater que les athlètes soient tentés de dissimuler les informations dont ils pressentent qu'elles pourraient devenir handicapantes pour la poursuite de leur activité.

Mais, à l'inverse, il arrive également que cet encadrement médico-sportif autoritaire joue le rôle de sanctuaire pour des sportifs à la dérive. Dans l'univers de la haute performance, fermé sur un entre soi restreint et dans lequel chaque excursion est visible, cette médecine du « dehors » a un effet particulièrement stigmatisant pour le sportif à qui l'on impose ou qui souhaite se faire suivre dans une structure médicale extérieure. Un athlète mineur, diagnostiqué en souffrance mentale lors des entretiens psychologiques obligatoires réalisés au sein d'un service hospitalier, doit s'en remettre à son encadrement technique s'il souhaite être suivi et aidé de façon régulière, car les sorties et le transport sont soumis à des règles précises. Le sportif, conscient des jeux de sélection dont il fait l'objet, prendra-t-il le risque de donner à voir à son entraîneur une fragilité incompatible avec le « mental du champion » recherché ? Rien n'est moins sûr. Pourtant, certains athlètes y ont recours, de façons plus ou moins dissimulées, bravant ici les éventuels

jugements et conséquences d'un tel désaveu. Car bien souvent, ce qu'ils viennent y chercher, c'est une épaule sur laquelle peuvent s'épancher les doutes, les fatigues, et les pleurs, c'est l'écoute d'un médecin non impliqué dans la structure sportive à laquelle ils appartiennent. Cette oreille là n'a pas de bouche. Et ce qu'on lui dit sera muré dans le silence d'une information qui ne se partage pas avec un staff technique. Cette fois, le registre langagier utilisé par le sportif est celui de la confession. Bien que plus rarement, il arrive cependant que l'athlète utilise cet espace neutre (l'hôpital est éloigné des tensions et exigences de l'univers sportif) pour se libérer des pressions que lui impose parfois l'entourage sportif. C'est dans ce genre d'occasions que certains athlètes avouent des pratiques de dopage, mais font également part de blessures cachées ou dissimulées dans la pratique sportive (pour « *garder sa place* » par exemple, ou simplement par peur de la réaction du coach). C'est aussi l'occasion inespérée pour un sportif en rupture de ban avec son milieu de reprendre pied dans le monde ordinaire et de se sentir soutenu dans cette étape difficile qu'est la sortie d'un système dans lequel il était engagé « corps et âme ».

SOS raquette...

26 / 02 / 2008 :

Tiphaine est une jeune joueuse de tennis de 19 ans. Originnaire de la Réunion, elle est venue réaliser ses études en France afin de se rapprocher de l'élite tennistique française. Mais cette année, elle passe son baccalauréat scientifique et se sent particulièrement angoissée par le cumul des tâches. Afin de mettre toutes les chances de son côté, elle a diminué son volume d'entraînement. Par conséquent, elle a pris du poids, est moins performante et a le sentiment d'être mise à distance d'un univers qui reste pourtant sa « préoccupation principale ». Elle souhaite dès l'année suivante poursuivre des études universitaires aux Etats-Unis spécifiquement adaptées à la formation et à l'entraînement des joueurs de haut niveau. Une grande fatigue et une impression de lassitude se sont emparées de la jeune femme qui souffre amèrement de l'isolement (sa famille ne l'a pas suivie en Métropole).

Le docteur Quirion lui offre la possibilité d'épancher ses craintes et ses interrogations lors de l'entretien psychologique. La sportive se livre totalement, heureuse de pouvoir mettre des mots sur ses maux et de trouver une oreille capable de l'entendre. Elle est une des rares athlètes qui va jouer sérieusement le jeu des questionnaires délivrés par le médecin à la fin de l'entretien (« questionnaire de détection de troubles psychologiques » ; « questionnaire de surentraînement »¹²⁸. Voir [annexe méthodologique pour la version numérisée des questionnaires remplis par Tiphaine p. 681](#)).

¹²⁸ La construction de ces outils de mesure ne favorise pas la sincérité des répondants puisque sont énoncés sur les feuillets l'enjeu du questionnaire ainsi que son mode d'emploi. « Si plus de 20 à 25 oui, argument en

Le médecin diagnostique immédiatement une souffrance mentale et cherche à reconforter la jeune femme, qui ressortira satisfaite et soulagée d'une telle confrontation. Le docteur Quirion réalise un compte rendu très précis dans lequel elle alerte le médecin fédéral de la Fédération française de tennis. « Tiphaine ne pense pas être en surentraînement puisqu'elle ne s'entraîne pas énormément, mais il existe une souffrance réelle avec des signes d'épuisement psychologique. A suivre de près. [...] Il semble indispensable que Tiphaine ait de l'aide sur le plan psychologique ». Le message est passé, le rôle du docteur Quirion s'arrête ici. Sans pouvoir évaluer les conséquences réelles de son diagnostic et du signalement qui a suivi, il reste évident que la jeune joueuse de tennis a trouvé ce matin là un réconfort salvateur.

II. 2. c. Du côté des entraîneurs, transport et silence

L'encadrement technique n'a qu'une place limitée dans cet espace médico-sportif hospitalier. Les entraîneurs ont l'unique responsabilité du transport des athlètes et bien souvent ne restent pas sur place (ou patientent en silence dans la salle d'attente). Parfois, lorsqu'ils éprouvent une inquiétude particulière à l'égard d'un jeune, ils cherchent à bénéficier de l'expertise des praticiens et sont demandeurs d'explications. Les rapports sont alors cordiaux, mais ne sont en rien comparables avec les interactions constatées au sein du pôle de gymnastique, du club professionnel de football ou enfin de la délégation française de handball féminin. Le rapport est clairement à l'avantage du spécialiste, « celui qui sait », et l'entraîneur se contente de recevoir l'information. Pourtant, lorsque cette médecine autoritaire use de son arme la plus féroce ; l'arrêt sportif, il arrive régulièrement que les techniciens tentent de faire entendre la spécificité de l'univers sportif afin de bénéficier d'une réduction du temps d'immobilisation initialement prescrit. Mais à l'hôpital Hippocrate est roi et l'entraîneur n'a pas les moyens de rivaliser avec le pouvoir médical. Ils sont alors nombreux dans l'entourage sportif à se plaindre de ce qui est perçu comme une rigidité excessive face à un expert peu enclin à la discussion. Le docteur Quirion a été confrontée plusieurs fois à ce genre de réactions et a toujours su faire respecter ses décisions. Elle se souvient à ce titre d'une jeune athlète de haut niveau qui avait attiré son attention sur un mal de dos handicapant lors d'une visite médicale. Inquiète pour la santé de l'athlète, le praticien décide immédiatement d'arrêter la pratique sportive.

faveur d'un état de surentraînement ». De tels commentaires sont une incitation très claire aux calculs et aux stratégies de dissimulation...

A peine une demi-heure après cette consultation, le docteur reçoit un coup de téléphone à l'hôpital. L'entraîneur de la jeune fille souhaite obtenir du médecin ses « aveux » sur cette « affaire », persuadé que l'athlète a volontairement demandé un arrêt, non justifié du point de vue de l'entraînement (le mal de dos n'ayant pas interrompu les entraînements, le coach ne « voit pas le problème » et en conclut « logiquement » qu'il s'agit d'un caprice et que le médecin s'est laissé berné, ou pire s'est rendu complice...). Choqué par ce genre de réactions, le docteur Quirion ne pourra que rappeler à son interlocuteur l'indépendance qui caractérise les jugements médicaux et réaffirmer le caractère incompressible de l'arrêt prescrit¹²⁹. Le docteur Amazan, lui, n'a pas ce genre de difficultés car il n'a que peu de liens avec les équipes techniques des jeunes qu'il suit à l'hôpital. Il n'a « rencontré que les entraîneurs du basket » et la relation engagée fut immédiatement chaotique de par l'incompréhension mutuelle des protagonistes. Pour l'Homme de l'Art, « la culture même des encadrants n'est pas extraordinaire », et dans son souci « d'honnête homme », il cherche à porter « un éclairage sur leurs carences afin de leur montrer qu'ils emmènent des gamins dans le mur ! ». Ce qui n'est évidemment pas au goût des éducateurs et est effectivement peu propice à la discussion.

III. Conclusion sommaire

Dans l'encadrement médical des élites sportives, la question des effets normatifs des placements professionnels normés préalablement identifiés et de leurs implications respectives du point de vue de l'intervention méritait d'être posée. En effet, entre des médecins sensibles biographiquement au prestige sportif, qui ont utilisé leur compétence médicale pour se rapprocher d'un espace choyé et d'autres qui au contraire sont étrangers au monde de la haute performance et ont utilisé avec opportunisme le sport afin de servir leurs intérêts médicaux, les conséquences de cette double instrumentalisation ne pouvaient être que nombreuses et variées.

¹²⁹ Le docteur Quirion souffre d'autant plus de sa position de médecin du pôle de handball qu'elle s'aperçoit que ces décisions médicales n'y sont pas toujours respectées. « A l'hôpital, au moins, les choses sont claires ! ».

Le médecin qui adhère au jeu sportif s'inscrit de façon plus ou moins lucide dans la reproduction du rapport au corps ambivalent qui caractérise l'univers qui l'emploie. Par des mécanismes de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur, il participe du déplacement des normes de santé et s'inscrit dans l'urgence du calendrier sportif. Sa position *dans* l'espace est un élément déterminant quant à la cohésion globale de cet univers. L'efficacité symbolique du travail médical consiste en effet ici à rendre le jeu de la haute performance possible, c'est-à-dire supportable et acceptable. Les contraintes physiques ne résistent pas à l'autorité médicale. Le risque d'un tel placement est de répondre aux exigences sportives en se détournant des principes de leur déontologie professionnelle et ainsi dépasser les missions traditionnelles de l'Homme de l'Art. Partageant l'entre-soi qui fonde l'homogénéité du groupe sportif, le médecin entretient ici des relations étroites avec l'entourage sportif et les athlètes. L'entraîneur participe avec plus ou moins de succès à l'entreprise médicale et conserve la possibilité de négocier avec le médecin (« travail d'équipe »). Le sportif utilise le médecin selon les besoins du moment. S'il désire « garder sa place », il n'hésitera pas à dissimuler au médecin de la structure des informations concernant sa santé et avoir recours à des médecins « extérieurs ». S'il souhaite au contraire bénéficier d'un repos temporaire, non négociable sauf pour raison médicale, il pourra chercher à « berner » le médecin en inventant des symptômes susceptibles de provoquer un arrêt sportif de quelques jours.

Le médecin du sport à distance des structures de formation et d'entraînement des champions ne participe pas à la reproduction du paradoxe du double corps. Loin de banaliser la douleur, il s'inscrit au contraire dans une démarche autoritaire de contrôle du moindre bruit corporel et du plus petit signe de souffrance psychologique. Refusant les exigences du calendrier sportif et ne partageant pas le référentiel sanitaire propre à cet espace, ces médecins dénoncent la pathogénicité de l'urgence et de la rentabilité. Le risque d'un tel placement, c'est de vouloir réaliser une médecine de l'homme en méconnaissant totalement la spécificité du patient sportif et ainsi produire des réponses peu adaptées voire même handicapantes. Les relations avec l'entourage sportif et les athlètes sont beaucoup plus verrouillées. L'entraîneur n'a qu'une place limitée et ne peut en aucun cas s'inscrire dans l'intervention médicale (ce qui est parfois source de conflits). Le sportif sait pertinemment que cette médecine de contrôle peut être risquée au cas où elle « découvrirait quelque chose » car elle a le pouvoir d'interdire la pratique sportive et donc de briser des carrières (ce qui est source d'une importante inobservance). Le mensonge est alors l'un des

instruments les plus utilisés par les athlètes lors des confrontations médicales (taire les antécédents, c'est, pense-t-on, limiter les risques d'une déclaration d'inaptitude). Parfois, pourtant, des athlètes se servent de cet espace neutre pour se livrer et ainsi se défaire des pressions d'un univers sportifs hyper contraignant. Ici, c'est sûr, les médecins ne parleront pas à l'entourage sportif. L'hôpital devient sanctuaire et joue alors un rôle de tampon psychologique particulièrement salvateur.

Aussi, après avoir identifié les caractéristiques de positionnements médico-sportifs différenciés et avoir mis au jour leurs effets normatifs respectifs, il nous semble important d'interroger la rencontre de ces médecins au sein de « l'espace médico-sportif ». Les guillemets sont ici de rigueur tant l'énoncé lui-même paraît approximatif. Peut-on réellement évoquer un espace commun aux vues des profondes oppositions qui traversent leurs trajectoires professionnelles ? Ces médecins se rencontrent-ils ? Dans quelles circonstances ? Comment gèrent-ils, s'il y a lieu, leurs différends ? Autant d'interrogations dont la valeur heuristique n'est pas à démontrer. Ils se connaissent nécessairement puisqu'ils pratiquent la médecine sur une patientèle identique. Ils ont donc certainement une idée assez précise de leurs interventions respectives. Rentrent-ils pour autant en conflit, au risque de fragiliser un peu plus un espace médico-sportif déjà fortement dominé ? S'accordent-ils au contraire sur des terrains qui font consensus afin de donner à voir une unité de façade qui sert des enjeux de représentation professionnelle ? La réponse à de telles supputations apportera un éclairage utile sur le fonctionnement collectif d'une médecine aux multiples visages.

CHAPITRE 8

« PETITS MEURTRES ENTRE AMIS »

MESSENTENTES, CONCURRENCES ET FAUX-SEMBLANTS

« Nous sommes tous sur la même longueur d'onde en ce qui concerne le "sport-loisir". Dès qu'il s'agit du haut niveau, les discussions restent toujours aussi vives entre ceux qui estiment que la compétition explique tout, et ceux qui restent plus détachés et qui déifient moins le champion. Dix ans que cela dure, avec la même pugnacité à chacune de nos réunions, sans que les membres de chaque camp ne change, d'ailleurs... ».

Docteur Hervé **DE LABAREYRE**. 2006.

« 10 ans... Quel bilan ? », *Médecin du sport*, n°76, p. 34.

Les conflits entre médecins du sport renseignent utilement la typographie d'un espace social, mettant en exergue les buttes et autres fossés infranchissables qui opposent les concurrents d'une course d'orientation dont le vainqueur se réserverait le droit de définir la seule « vraie » médecine du sport. Dans cette épreuve de force, point de coups de crampons, la légitimité se gagne par le verbe, à grand renfort de mots assassins et de critiques acerbes. C'est d'ailleurs à distance que le combat est le plus violent. Il fait rage dans des rapports de dérisions réciproques sur lesquels nous nous attarderons quelques instants. Les « médecins sportifs » fustigent les « médecins du sport » qui, par manque de connaissance du milieu de la haute performance, ne comprennent rien aux exigences de la compétition. Inversement, les « médecins du sport » décrivent les « médecins sportifs » qui, parce qu'ils le connaissent trop, oublient certaines exigences déontologiques propres à la profession médicale. Les « médecins sportifs » s'opposent entre eux lorsque leurs intérêts diffèrent, à l'exemple des conflits récurrents entre des médecins de clubs professionnels et des médecins de sélections nationales. De même que certains « médecins du sport » n'hésitent pas à se dénigrer mutuellement lorsque le titre de « spécialiste du genou sportif » se pose en enjeu local. La tension entre deux mondes prend ici son sens le plus ténu. Comme souvent, les faits d'arme sont plus héroïques quand ils se disent que lorsqu'ils se vivent. La rencontre physique atténue les ardeurs, et la guerre des mots ne se laisse entendre que dans de très rares oppositions ouvertes. Dans la grande majorité des cas, à

l'occasion de journées de formation continue, de colloques, ou de réunions, lorsque les médecins du sport aux profils différenciés se rassemblent, les condamnations se font murmures, et les coups de semonce laissent la place à d'habiles jets de politesse. Cette euphémisation graduelle de la violence symbolique à mesure que les contacts physiques se rapprochent entre médecins ayant une compétence liée aux activités physiques et sportives témoigne sans aucun doute de l'accord tacite de chacun des membres de ce groupe sur les intérêts communs qu'ils partagent collectivement. En effet, se surajoute à l'esprit confraternel propre à la sphère médicale, qui assure la protection corporatiste de chacun pour le bien de tous, une forme de conscience aiguë de la fragilité de cet espace médico-sportif. On peut jouer avec les règles, les contester, les contourner, toujours dans la logique de s'imposer dans une lutte de force, mais en aucun cas les briser, car cela marquerait la fin du jeu pour l'ensemble des participants. Ce qui ne ferait bien évidemment l'affaire d'aucun des prétendants à la compétition. Il est donc logique d'assister, lors de ces réunions, au sacre de « consensus mous », plutôt qu'à l'exégèse de franches contradictions. Clamer les ententes, taire les désaccords. Tancer la pratique du dopage est à ce titre révélateur d'un impensé social qui produit du sens à l'échelle d'un groupe. Voilà un point sur lequel tout le monde semble d'accord. La réprobation insatiable du dopage dévore tous les conflits internes. Mais là encore, ce terrain d'entente n'est qu'artificiel. S'il suffit à redorer l'image des médecins du sport dans les mots, les tensions entre les deux mondes du sport d'élite et de la médecine sont toujours opérantes et s'insinuent au cœur des pratiques. Plutôt que de participer au fantasme collectif d'une médecine machiavélique, massivement intéressée par « l'argent du sport », qui n'hésiterait pas à jouer de la seringue comme elle jouerait du pipeau, nous privilégierons l'étude de l'observable à celle de l'invisible. Penser le dopage à partir des médecins préleveurs, ceux qui luttent sur le terrain sportif, permet de lire les liens entre le sport, la médecine, et les pratiques dopantes d'une façon originale, susceptible de rompre avec un réel supposé ou imaginé. Cette démarche analytique offre enfin l'avantage de conclure notre propos en montrant que les divisions médico-sportives préalablement identifiées traversent l'ensemble des lieux sur lesquels sport de haut niveau et médecine cohabitent, même ceux où elles n'ont a priori pas raison d'être.

I. Zizanie médico-sportive

Les occasions sont rares pour les médecins qui ont des profils différenciés et exercent des médecines du sport variées de se rencontrer. Ils se connaissent pour la plupart, ont une idée assez précise des fonctions occupées par chacun et n'hésitent pas à faire fonctionner le réseau local lorsqu'ils ont besoin d'un avis complémentaire pour confirmer un diagnostic ou d'un avis spécialisé pour identifier une pathologie dont ils ne parviennent pas à isoler la cause, mais les discussions confraternelles sur leurs façons respectives de pratiquer la médecine du sport et le rapport au monde qu'elles sous-tendent sont finalement peu nombreuses. Elles existent pourtant et donnent à voir des médecines cloisonnées dont l'entente semble impossible tant les écarts de vues sont grands. La multiplication des terrains d'enquête et notre engagement sur des temps d'observation relativement longs nous ont été d'une importance capitale pour nous faire connaître localement dans le monde médico-sportif. Les bonnes relations entretenues avec les médecins enquêtés nous ont ainsi permis à terme d'intégrer des espaces de rencontres professionnelles. Si certains nous ont « simplement » fait bénéficier de leurs réseaux d'informations pour nous aiguiller sur des colloques ou des journées d'études, d'autres se sont portés garant de notre engagement éthique afin de nous autoriser l'accès à des formations ou des réunions beaucoup plus confidentielles, réservées aux médecins et à eux seuls (sur invitation). La participation « de l'intérieur » à ces échanges nous a donné un aperçu très net du type de relations entretenues par les médecins du sport aux profils différenciés.

I. 1. Une entente difficile

Nous allons rentrer par l'observation ethnographique d'un événement qui a localement rassemblé des médecins du sport d'horizons divers. Cette focale empirique permettra d'étayer par la suite notre analyse. Nous ferons ici logiquement référence à plusieurs des médecins enquêtés. Afin de ne pas avoir à rappeler constamment leurs identités médico-sportives, nous invitons à l'énoncé de leurs noms à se reporter à nouveau au [« tableau des enquêtés » qui figure en annexe méthodologique p. 644.](#)

– Réunion Staff Evaluation Psychologique du Sportif –

Des évolutions législatives récentes (arrêté du 16 juin 2006 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux) soulignent l'obligation pour tout sportif de haut niveau ou inscrit dans les filières d'accès au haut niveau de réaliser une « évaluation psychologique » annuelle lorsqu'il est majeur et bi-annuelle lorsqu'il est mineur. Cette nouvelle donne perturbe la scène médico-sportive dont les différents acteurs s'inquiètent où se réjouissent d'une nouvelle tâche encore peu définie dans les faits. La réunion du 8 avril 2008, à laquelle nous avons été convié grâce à la recommandation du docteur Quirion, avait pour objectif de réunir localement l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des sportifs de haut niveau afin de discuter des modalités de réalisation et de la suite donnée à ces évaluations. Organisée par une Antenne Médicale de prévention et de prise en charge des Conduites Dopantes (AMCD) et animée par un psychiatre spécialiste du sport, elle regroupe de nombreux médecins du sport. Face à la nouveauté du dispositif et à la grande confusion qui règne quand aux responsabilités de chacun des acteurs médico-sportifs dans cette prise en charge spécifique, tous les profils se sont rassemblés pour défendre leurs intérêts. Les hospitaliers sont présents et on retrouve autour de la table les docteurs Quirion, Niel, ainsi que plusieurs de leurs confrères qui travaillent dans leurs CHU respectifs. De même, le docteur Beaugendre du Club de football professionnel, le docteur Decaux du pôle de basket-ball et enfin le docteur Griffaud du pôle d'aviron honorent l'assemblée de leur présence. Ce rassemblement inédit, dont l'enjeu consiste officieusement à définir la place de chacun dans un nouveau dispositif de contrôle, est propice à la défense des intérêts individuels. Finalement, cette réunion va nous offrir un véritable condensé des points d'achoppement de deux univers qui ne sont pas mus par les mêmes forces.

Le docteur Griffaud est arrivé en avance dans l'enceinte de l'hôpital qui accueille la réunion. Il prend un café en compagnie d'un psychologue qui travaille avec des médecins au sein d'une AMCD. Le médecin sportif décoche immédiatement la première flèche. « On en parle beaucoup de dopage en ce moment... Mais concrètement, vous n'en voyez jamais des sportifs dopés vous ? [Non, effectivement, quasiment pas]. Mais alors vous faites quoi ? C'est quoi finalement votre mission ? ». Son interlocuteur ne peut que sourire et met en exergue son rôle pédagogique de prévention. Cette première incartade annonce la

couleur d'une réunion qui promet d'être animée. Tous réunis autour d'une grande table, c'est un praticien hospitalier qui ouvre les débats. Il se plaint avec véhémence de l'attitude d'un institut de médecine du sport parisien qui profite des évolutions législatives actuelles pour lancer une vaste enquête épidémiologique à l'échelle nationale. Jouant sur la confusion ambiante, cette recherche n'a rien à voir avec le suivi psychologique des sportifs bien qu'elle se présente comme telle (L'outil largement diffusé s'intitule ainsi : « Fiche de recueil épidémiologique dans le cadre du bilan psychologique des sportifs de haut niveau »). Le médecin demande à l'animateur de la réunion de faire un point précis sur les outils officiels devant être utilisés. Le psychiatre s'exécute et rappelle l'enjeu qu'il entend donner à ce rassemblement ; « se connaître et créer un réseau de façon à apporter des réponses cohérentes (savoir alerter par exemple) ». Le docteur Niel intervient de façon critique afin de connaître « la fréquence réelle de l'urgence dans l'avis psychiatrique pour la population des sportifs d'élite ». Tendue, le psychiatre lui répond par une série de questions : « Parce que cela ne vous paraît pas fréquent ? Les suicides et les anorexies ne sont pas fréquents selon vous, c'est ça ? ». Le chef de service, cardiologue de formation, esquive quelque peu mais réaffirme son point de vue : « Les cas d'extrêmes urgences psychiatriques sont rares ». Le docteur Decaux, médecin du pôle de basket, jusqu'alors silencieux prend la parole et lance sur un ton énervé : « De toute façon, il faut utiliser le relais du médecin traitant ! Ce n'est pas le rôle du médecin de pôle que de gérer ce genre de situations. On a déjà beaucoup de choses à faire, alors il ne faudrait pas en plus un nouveau transfert de responsabilités ! ». La réaction du psychiatre, que l'on sent agacé à ce moment de la réunion, est laconique mais suffisante pour remettre tout le monde à sa place en renvoyant les acteurs présents à leurs propres responsabilités. Il rappelle qu'il n'y a effectivement que peu de cas extrêmes, mais qu'ils sont tous issus du « pourrissement d'une situation que d'autres n'ont pas su désamorcer plus tôt », ce qui pose le problème de l'évaluation en amont dans le suivi longitudinal. « Il n'est donc pas question de déresponsabiliser le médecin traitant, mais il faut aussi rappeler le rôle du médecin de pôle dans ce suivi. Le mot d'ordre, c'est de créer un réseau pour être en contact ». Le docteur Niel est d'accord sur la nécessité de créer un réseau car elle se souvient d'une jeune sportive qui avait menacé de se suicider lors de son suivi à l'hôpital et avec laquelle elle était restée discuter jusqu'à 22 heures sans trouver personne pour prendre le relais. Le psychiatre rappelle que pour des problèmes de ce genre, il ne faut pas hésiter à utiliser le réseau classique et faire appel aux urgences psychiatriques. Pour le docteur Decaux, « ce genre de décisions est difficile à prendre dans le contexte sportif car le risque de

stigmatisation du sportif est élevé ». Là encore, le psychiatre use d'une formule lapidaire : « Dans une suspicion de suicide, le risque vaut la peine d'être pris ! ». Le docteur Beaugendre du club professionnel de football intervient pour la première fois. Il comprend le sens du réseau et trouve cela utile, mais pense qu'il « faut faire attention de ne pas se donner une mission qui n'est pas la leur ». Il faut selon lui « faire confiance dans le sens logique des médecins, qui appelleront au bon endroit en cas de suspicion, mais ne surtout pas opérer un transfert de charges et de responsabilités ». L'animateur de la réunion met en garde ses confrères contre cette propension qu'ils ont à ne penser le suivi psychologique que par l'urgence psychiatrique. « Le cadre légal impose un suivi, dans lequel les simples problèmes d'anxiété ou de blessures à répétitions doivent être signalés par le médecin afin d'évaluer la nécessité d'une prise en charge spécialisée et ainsi réduire les risques de décompression ». Le docteur Quirion adhère parfaitement à cette analyse et explique : « Il faut qu'on se manifeste pour montrer et dire qu'on peut effectivement assurer ce suivi du point de vue psychologique ». Le docteur Decaux intervient sèchement : « Oui, et au final, ce sont les médecins de pôle qui vont le faire ! Alors qu'ils ne sont pas compétents ! ». Un représentant de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports rétorque calmement : « D'après le ministère, les médecins sont légalement autorisés à le faire ». Le brouhaha est alors général. Le psychiatre lance avec le sourire : « Qu'ils soient autorisés, d'accord, mais véritablement compétents... ». Pour ce dernier, la vraie difficulté se situe dans la suite donnée aux dépistages. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de signaler des difficultés d'ordre psychologique pour des jeunes aux médecins de leurs pôles et de ne plus avoir de nouvelles (et donc de ne pas savoir s'ils sont pris en charge). Le docteur Decaux explique toute l'ambiguïté du rôle d'un médecin de pôle « qui n'est pas là pour faire du soin ». En défaveur d'une prise en charge trop automatique, le docteur Beaugendre remarque, en parlant du sport de haut niveau, qu'il s'agit d'un espace où « l'on sait de toute façon que peu d'individus sont réellement équilibrés ». Après une longue discussion technique sur les signes mineurs permettant de détecter les cas d'anorexie et à laquelle seuls les praticiens hospitaliers ont participé, le psychiatre souhaite entendre le docteur Griffaud au sujet du suivi psychologique car il ne s'est toujours pas exprimé. Ce dernier évoque la difficulté qu'il perçoit de mener à bien cette prise en charge pour des raisons liées à un manque de compétences, mais aussi et surtout pour des raisons qui tiennent « à la relation entretenue par le médecin de pôle avec les athlètes. Bien souvent déracinés, le médecin représente pour eux un pivot important dans une structure fermée sur elle-même et endosse parfois la figure du père... » Aussi, il lui semble que cette « intrusion » psychologique peut être

dangereuse avec « le risque de la diffusion des informations par rapport aux entraîneurs dans un contexte de production de performances ». Le psychiatre témoigne alors de sa volonté personnelle de ne pas être en contact avec les entraîneurs ou les fédérations « de façon à garder une neutralité et ne pas parasiter la relation avec le sportif ». C'est d'ailleurs selon lui un des intérêts d'un éventuel réseau, que « de pouvoir affirmer le cadre déontologique de cette pratique et pouvoir également reposer la question du secret qui doit être total ». « Il faut leur garantir un espace propre, afin de parfaitement séparer ce qui est de l'ordre des enjeux sportifs et ce qui est de l'ordre des enjeux de santé ». Le docteur Decaux, décidément remonté, explique avec précision les raisons pour lesquelles il est utopique de penser qu'une prise en charge psychologique suivie dans le temps puisse être gardée secrète vis à vis de l'encadrement technique d'un jeune. « L'absence de temps libre rend les sorties directement identifiables ».

Enfin, la réunion se termine sur l'exposé d'un cas clinique rencontré par le docteur Quirion lors d'une visite à l'hôpital. Sur ce point, seuls les médecins hospitaliers participent à la discussion et cherchent à trouver des solutions adaptées. Lorsque l'horaire qui sonne la fin du rassemblement est atteint, les discussions sont encore nombreuses. Plusieurs médecins rangent pourtant leurs affaires et quittent la salle. Figure parmi eux l'ensemble des médecins de « terrain » (les docteurs Beaugendre et Decaux sont les premiers à s'éclipser). Les hospitaliers restent finalement entre eux et de nouveaux cas cliniques sont présentés. Les échanges se poursuivront ainsi longuement. Dans le compte rendu qui sera réalisé à l'issue de cette réunion, il est intéressant de constater la façon dont sont minimisés les rapports de force qui n'ont pourtant jamais cessé de s'exprimer tout au long des débats. Un point seulement reprend avec philosophie et de manière euphémisée les tensions professionnelles ainsi observées. « Le cadre du bilan psychologique ne doit pas être assimilé à un espace de travail en lien avec l'optimisation de la performance. Toutes les démarches de préparation mentale ou d'entraînement psychologique à la performance doivent être consignées et circonscrites dans un cadre précis et expliqué au sportif et à son entourage, afin de lever certaines ambiguïtés. La place de chaque professionnel doit être formellement identifiée : bilan et suivi psychologique ; préparation mentale et optimisation de la performance... Ces deux types d'implication ne devant pas se chevaucher. Les difficultés résident notamment dans la construction d'un réseau de professionnels cohérent ».

Ce long détour par le récit ethnographique est un prisme précieux pour lire les interrelations entretenues par les médecins du sport selon leurs trajectoires et leurs lieux d'exercice. Ce sont des contraintes extérieures imposées à tous (obligation de se former ; évolutions législatives ; etc.) qui rendent possibles et nécessaires ces espaces de rencontres. Véritables « enclaves » de discussion, ces lieux de confrontation se déroulent en dehors des temps et des espaces qui caractérisent leurs activités professionnelles respectives, dans une sorte d'« à côté » où chacun vient avec ce qu'il est. Loin d'être neutres, ces enclaves de discussion sont au contraire intégralement traversées par des luttes symboliques de distinction où chacun cherche à imposer sa définition légitime de la pratique professionnelle et ainsi faire valoir sa propre position sociale¹³⁰. Logiquement, seuls les médecins les plus engagés dans l'univers sportif sont présents. Les généralistes libéraux, dont la compétence médico-sportive est utilisée de façon minime et principalement à des fins d'affichage sensé permettre le recrutement ou la transformation d'une clientèle, vont par exemple s'auto-exclure de ce type de rencontres. A l'évidence, la formation continue en médecine du sport représente pour eux un intérêt plus que limité et la question du suivi psychologique du sportif de haut niveau ne se pose même pas. Ils ne sentent finalement pas concernés par le jeu de classement qui se joue dans ces espaces de confrontation puisqu'ils n'éprouvent pas le besoin d'y être classés. Ils se vivent alors de façon extérieure aux débats qui animent le monde de la médecine appliquée au sport. Le docteur Rigadot, généraliste de campagne impliqué dans un club local de basket, s'est formé à la médecine du sport pour régulariser une situation (« ça faisait des années que je signalais les licences du club dans les vestiaires sans être bien sûr d'avoir le droit et la compétence ») et bénéficier d'une compétence originale lui permettant de se différencier de ses confrères (il se forme à la médecine du sport au moment précis où une maison médicale est construite dans sa commune). Il explique avec sincérité ne pas se sentir concerné et livre par la même occasion des éléments de compréhension de cette distance assumée. « Je fais de la médecine du sport comme j'ai fait du sport, c'est-à-dire jamais à un haut niveau ! J'avais des capacités sportives très modestes, ce qui fait que je me suis dit que je ne pouvais pas non plus prétendre être trop pointu. Donc moi, je suis un petit peu en deçà de ce qui se dit

¹³⁰ « Ce que les individus et les groupes investissent dans le sens particulier qu'ils donnent aux systèmes de classement communs par l'usage qu'ils en font, c'est infiniment plus que leur intérêt au sens ordinaire du terme, c'est tout leur être social, tout ce qui définit l'idée qu'ils se font d'eux-mêmes, le contrat primordial et tacite par lequel ils se définissent comme "nous" par rapport à "eux", aux "autres" et qui est au principe des exclusions et des inclusions qu'ils opèrent parmi les propriétés produites par le système de classement commun ». BOURDIEU, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Le Sens Commun, p. 557-558.

plus haut. Mais pour ce que j'en fais dans mon cabinet, moi, ça me va très bien ! ». Ces espaces de discussion accueillent donc principalement les médecins dont le sport représente une part importante de leur activité professionnelle. Les hospitaliers et les médecins employés par les structures sportives d'élite se disputent la primeur de la représentation et cherchent à prendre l'ascendant dans des débats dont ils savent tous qu'ils conditionnent l'évolution de leurs pratiques et jouent le rôle de vitrine aux yeux du monde. C'est la raison pour laquelle les tensions entre deux mondes s'affichent de manière aussi visible dans leurs échanges car ce qu'ils défendent, c'est précisément ce qu'ils sont. Issus de deux mondes sociaux différents codés par les valeurs du sport de haut niveau ou celles proprement médicales, ces médecins aux profils différenciés se retrouvent sur un même terrain mais sans pouvoir réellement s'entendre. Les deux conférences tenues lors de la soirée de formation continue présentée en début de seconde partie, ont fait émerger deux visions opposées et suscité les réactions diverses d'une assemblée dont la distribution assise respectait une géographie sociale (avec ses territoires et ses frontières). De la même façon, la réunion sur le suivi psychologique s'est vite transformée en une partie d'échecs ou chacun défendait son Roi sans jamais pouvoir mettre son adversaire en situation de mat. Tour à tour, les docteurs Beaugendre, Decaux et Griffaud ont réaffirmé la spécificité d'un univers auquel ils appartiennent (« espace fermé », « sportifs peu équilibrés », « pas de temps libre », etc.) et la difficulté d'une tâche dont il est clair qu'ils ne veulent pas (« manque de compétence », « transfert de responsabilités », « stigmatisation du sportif », « intrusion risquée dans un contexte de production de performances », etc.). A l'inverse, les spécialistes et généralistes hospitaliers s'engagent plus volontiers dans la réflexion. Si certains ne voient pas l'utilité d'un tel suivi (ceux dont la spécialité les met à distance des questions liées à la psychologie), ils saluent en majorité l'impact positif qu'une telle initiative peut représenter pour la santé des athlètes. Les colères et les explications du docteur Decaux glissent sur leurs certitudes. Lorsque le psychiatre qui anime la réunion conclut par la nécessité de garantir au sportif un secret total, il récuse finalement la position de ses confrères dont la fonction leur impose de composer avec l'entourage sportif. Le docteur Quirion, praticien hospitalier attaché qui assure à contrecœur le suivi d'un pôle de handball, expliquera à ce moment des échanges avoir refusé de délivrer des informations médicales auprès de l'entourage sportif afin de ne pas servir leurs sélections. Elle valorise sa propre attitude et dénigre celle des médecins de terrain. « Je suis peut-être trop intègre... Trop intègre et pas assez médecin du sport ». L'entente semble donc impossible tant les fossés qui les séparent sont insurmontables. Ces professionnels de santé ne semblent pas

disposés à jouer le même jeu et ne parviennent pas à s'accorder autour de règles communément acceptées susceptibles d'organiser le rapport de force. De là provient le caractère flou et mal défini de l'espace médico-sportif. Les individus qui le font vivre se parlent mais ne s'entendent pas. Pour le professeur Laroche, doyen d'une faculté de médecine et chirurgien orthopédiste intéressé par le sport, cette situation est logique. « Quand il n'y a pas de chef pour imprimer une direction, c'est forcément le chaos ». Au final, les véritables concurrences professionnelles ne se jouent pas dans ces enclaves de discussion, mais à un autre niveau, à l'intérieur même de chaque position médico-sportive identifiée ce qui a pour effet principal de renforcer les cloisonnements¹³¹.

I. 2. La concurrence est affaire de proximité

Dans l'espace médico-sportif hospitalier, la concurrence fait rage à différents niveaux. A l'échelle des hommes, les médecins s'engagent dans des rapports de force où la lutte peut se jouer à coup d'arguments scientifiques. Il s'agit bien sûr pour eux de faire la démonstration de leur compétence afin d'engranger toujours plus de reconnaissance et de prestige. Ils s'inscrivent donc dans une compétition qui ne ressemble en rien à la confrontation sportive, mais dont l'issue est comparable. Le vainqueur fait autorité dans son domaine et occupe une place privilégiée, particulièrement gratifiante. Ainsi, les « rings scientifiques » sont ceux qui occupent traditionnellement le monde de la recherche universitaire et se déclinent en autant de colloques, congrès ou journées d'études. Les spécialistes se retrouvent ensemble et s'escriment à démontrer la supériorité de leur savoir ou la légitimité de leur champ disciplinaire. En effet, ces concurrences épousent les oppositions classiques entre spécialités médicales et la traditionnelle « guerre des organes » laisse alors la place à une étonnante « guerre des organes du sportif ».

¹³¹ Le renforcement des concurrences dans des micro-espaces cloisonnés rejoint l'analyse établie par Elodie Lemaire sur les effets de la segmentation dans un commissariat de police. La multiplication des « petits » services de police et la division toujours plus tranchée du travail « exacerbent les divergences particulières et les concurrences individuelles et collectives ». Mais dans cet espace « clos », « chacun s'efforce de tirer la définition de la norme policière dans le sens de ses intérêts en fonction des ressources dont il dispose et de celles dont il est privé ». Etant entendu que l'ensemble des acteurs possède une vision claire de la norme en jeu, avec ces « espaces de noblesse et de relégation ». Or, ici, en ce qui concerne les médecines du sport, c'est bien ce principe commun, cette loi fondamentale qui reste introuvable. **LEMAIRE**, Elodie. 2008. « Spécialisation et distinction dans un commissariat de police. Ethnographie d'une institution segmentaire », *Sociétés contemporaines*, 2008/04, n°72, p. 59-79.

Reconnaissance scientifique et « guerre des organes »

Journée Inter-Addictive du 21 janvier 2005 :

Cette journée d'étude portait sur le thème « Addictions – Sport – Performance » et était organisée par l'Union Régionale d'Associations en Addictologie (URAA) et l'Antenne Médicale de prévention et de prise en charge des Conduites Dopantes (AMCD). Y étaient conviés l'ensemble de la communauté professionnelle locale ainsi que les étudiants inscrits dans la Capacité de Médecine du Sport de l'Université qui hébergeait cette rencontre. Ne sont intervenus que des praticiens hospitaliers réputés. Il s'agissait pour chacun de faire la preuve de son érudition dans un domaine, de démontrer la qualité de ses recherches et le caractère novateur de ses découvertes. Ce rapport de force symbolique s'est vite transformé en une véritable démonstration scientifique de compétences.

Ainsi, un Professeur de médecine, spécialiste du système cérébral, n'hésite pas après l'intervention d'un confrère cardiologue du sport à affirmer : « C'est bien de parler des fibres musculaires et du cœur. Mais au poids écrasant qu'ils représentent dans les recherches, il serait bon de ne pas oublier que le sportif a aussi un cerveau ! Et que l'on peut, comme j'entends le faire, l'étudier spécifiquement. [...] ».

Mais cette guerre de clochers doit impérativement être resituée dans le contexte plus général qui la porte. En effet, les concurrences scientifiques interpersonnelles rejoignent toujours des concurrences institutionnelles qui cette fois servent autant des enjeux de prestige que des objectifs économiques et politiques. Comment comprendre par exemple que deux services hospitaliers voisins d'à peine 80 kms et situés dans une même région s'autoproclament de manière identique « service régional de médecine du sport » ? A nouveau, les effets d'affichage servent des intérêts de distinction. La proximité de ces deux unités rivales exacerbe la concurrence entre les praticiens. Lors de colloques régionaux consacrés au Sport et à la Recherche, les deux équipes menés par les docteurs Niel et Alberti se déplacent et présentent leurs travaux respectifs. Les uns et les autres s'observent discrètement et se commentent. Les antagonismes polis s'expriment sur une scène où seule la science a droit de cité (« votre étude est intéressante, mais je ne comprends pas... »). Mais cette concurrence peut aussi s'exporter sur un plan clinique. Lors de la réunion sur le suivi psychologique des sportifs de haut niveau, le docteur Quirion se fait un malin plaisir de proposer le récit de Tiphaine, jeune joueuse de tennis, comme cas clinique susceptible d'être discuté collectivement. En effet, elle sait pertinemment que l'un de ses confrères du service concurrent est réputé pour être « le

médecin du tennis » et fait par conséquent l'hypothèse que cet exposé risque de le mettre publiquement en difficulté (« n'avait rien vu »). La réaction ne se fera d'ailleurs guère attendre. Face aux réponses très approfondies des psychologues et du psychiatre qui trouvent ce cas « intéressant », le praticien s'énerve et lance avec colère : « Cette jeune n'a qu'à aller trouver un généraliste en bas de sa porte et il fait son job !... C'est tout ». Le psychiatre pense que « c'est un peu plus compliqué que cela » et se « demande si Tiphaine ne cherche pas inconsciemment un moyen de sortir du système dans lequel elle se sent prisonnière ». Le médecin du tennis explose et s'adresse directement au docteur Quirion : « Mais le tennis, pff... Ce n'est plus une joueuse de tennis ton truc là !... Son projet aux Etats-Unis, c'est un système qui a été mis en place pour ceux qui sont en échec dans le tennis de façon à redorer leurs CV, même si quand ils reviennent ils sont toujours aussi nuls. A ta place j'aurais appelé le médecin de la Ligue. Il les connaît tous très bien. Tu verras, il va rigoler tout de suite en te disant : celle-là, elle ne vaut pas un caramel ! ». Le docteur Quirion reconnaît sa méconnaissance des acteurs médicaux référents dans le monde du tennis mais rappelle à son confrère que son « problème, ce n'est pas le tennis, mais bien la souffrance de sa patiente »... L'effet escompté est réussi. Finalement, la lutte la plus sévère sur laquelle s'affronte les deux services, c'est celle du recrutement de la clientèle sportive. Si le service du docteur Alberti a réussi à conquérir le monde de la plongée sportive par le coût réduit des examens qu'ils ont réussi à condenser sur une seule journée, il a en revanche « perdu les squasheurs » pour une raison inconnue. La nomination du docteur Quirion en tant que médecin du pôle de handball répondait précisément à cette volonté de ne pas laisser partir 40 handballeurs vers la structure hospitalière voisine (car en cas de non recrutement d'un médecin, il était question que la structure sportive s'en rapproche géographiquement). Peu à l'aise sur une telle fonction, c'est uniquement pour préserver une clientèle nombreuse qu'elle reste en place. De vieilles querelles alimentent les méfiances et chacun a peur « de se faire voler ses sportifs ».

Rapts de sportifs et détournement de clientèle

Entretien du 18 mars 2008 en compagnie du docteur Alberti :

« Les sportifs de haut niveau ne sont pas si nombreux que cela dans la région. Et..., pour être très clair, cela a été une source de conflits avec [le service hospitalier voisin]. A une époque, ils prenaient un camion, empilaient à l'intérieur des ergomètres, des appareils de surveillance électrocardiographique, et ils venaient faire des tests à 3 kilomètres d'ici au sein d'un pôle de volley-ball. Et ça,

je trouvais ça... J'ai eu beaucoup de mal à l'accepter. Ça a été la source d'un conflit très violent. D'autant qu'ils ont fini par récupérer le pôle qui a fermé et s'est rapproché de [la ville voisine]. Politique sportive, politique régionale, politique d'occupation du territoire... Donc ça a été un conflit très violent. Ça faisait quelques années que nous tournions bien donc je ne comprenais pas que plutôt que de les faire venir chez nous, à 2 kilomètres à vol d'oiseau d'ici, ils aient préféré déplacer du matériel en camion pour faire des tests avec du matériel de type hospitalier. Ça a été une source d'insatisfaction clairement affichée. [...].

On peut parler par exemple du cyclisme. Ça c'est un bon exemple. Nous ne voyons ici que quelques cyclistes, à mon grand dam parce que je pense que nous avons dans ce domaine une grande crédibilité en particulier du fait de notre expertise dans les histoires d'endofibrose, mais c'est le résultat direct de la volonté [du service voisin]. Puisque le médecin de la Ligue habite dans [la ville voisine], il a toujours barré nos demandes. Et je connais très bien le médecin fédéral national, qui est un copain, qui m'a dit : "je ne peux rien faire ! C'est barré, c'est barré ! Je ne peux rien faire" ».

Les concurrences ne sont pas l'unique apanage du milieu hospitalier et s'invitent sur le bord des stades et à l'intérieur des gymnases. Dans une volonté très nette de défendre leurs terrains d'exercice les médecins de pôles, de clubs et de délégations nationales n'hésitent pas à s'engager dans des rapports de force violents lorsque leurs intérêts et leurs places sont menacés. Ainsi, le conflit récurrent entre les médecins de clubs professionnels et les médecins des sélections nationales sont particulièrement révélateurs de ces tensions confraternelles qui restent confidentielles au milieu sportif. D'ailleurs les intérêts défendus, bien loin des perspectives scientifiques et cliniques évoquées supra, sont ici uniquement sportifs. Le docteur Beaugendre revient à notre demande sur un coup de téléphone très engagé auquel nous avons assisté. « On a un joueur qui a été appelé en sélection et qui nous est revenu blessé, donc il y a eu un problème à régler avec les confrères des sélections nationales. Nous on avait fait remonter une information par rapport à ce joueur, donc on peut être légitimement inquiet et mécontent quand le joueur revient blessé d'une sélection alors que des informations avaient été données. Mais ça a toujours été comme ça avec les sélections nationales, il y a toujours eu ces conflits là. Au niveau médical, les intérêts ne sont pas les mêmes. On met les joueurs à disposition, ils les utilisent, nous les renvoyent et puis bah voilà, démerdez-vous ! Et prochain regroupement dans 6 semaines. Donc c'est vrai que cela crée des conflits. C'est logique ! ». Le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball, partage ce diagnostic et considère également que ces tensions avec les médecins de club sont « normales ». Son argumentaire est proche de celui déployé par le

docteur Beaugendre, c'est-à-dire entièrement guidé par des enjeux sportifs, mais il s'attache à défendre une posture inverse, dans laquelle la participation aux sélections nationales dépasse les « simples » compétitions de clubs. Il s'agit bien ici de faire la preuve de sa capacité à imposer son autorité. Si pour les médecins de clubs l'enjeu consiste à faire entendre que les joueurs professionnels ne sont pas payés pour aller se « casser » ailleurs, les médecins des sélections considèrent pour leur part que défendre les couleurs du pays est un enjeu qui ne souffre d'aucunes retenues ou négociations. Ici, la concurrence médicale use donc d'arguments proprement sportifs, tous orientés vers la performance et la rentabilité.

Lorsque la santé du sportif devient l'instrument des rentabilités sportives

Entretien du 29 septembre 2007 en compagnie du docteur Raoulo :

« On rentre en conflit avec les médecins des clubs, mais c'est normal ! Nous n'avons pas les mêmes impératifs. Nous, les médecins des équipes nationales, on a besoin des joueurs à des moments précis, et on a besoin d'eux en forme. On voudrait donc que leurs clubs les mettent au repos dix jours avant la convocation. Mais les structures professionnelles ont aussi leurs impératifs. A l'inverse, si ils trouvent un joueur un peu fatigué et qu'ils ont des grosses échéances à venir, ils vont préférer ne pas l'envoyer pendant dix jours en stage national. Donc forcément, il y a une tension qui existera toujours entre la médecine fédérale et la médecine de club. Le club a des partenaires, des sponsors, il faut que ses joueuses jouent à tels moments, alors que nous, on se dit il faut que la joueuse soit au championnat du monde. Donc je leur demande de les mettre au repos, de les protéger mais c'est toujours la même réponse. Le match du week-end est trop important et ils les font jouer. Donc on essaie de travailler en coordination, pour le bien du sportif, mais c'est pas toujours facile. Le problème, c'est que cela touche des intérêts importants. Quand on est médecin d'une équipe professionnelle, le médecin se fait du souci quand ses joueurs vont en sélection, et bien moi, c'est l'inverse... Quand ils sont avec moi, je ne me fais pas de soucis, mais quand... Là, je vais les lâcher trois jours, elles partent en Coupe d'Europe avec leurs clubs. Certaines ont des bobos, on souhaiterait qu'elles ne jouent pas en Coupe d'Europe, mais les clubs vont bien sûr vouloir que leurs meilleures joueuses jouent ».

Mais les conflits sportifs portés par des médecins dépassent la simple opposition entre des exigences nationales et des impératifs propres à une structure professionnelle. Ils s'étendent également à l'intérieur même des dispositifs de formation des élites et les médecins de terrain sont contraints de lutter pour obtenir ou conserver un poste convoité. Parmi les médecins enquêtés évoqués dans la note de recherche de Jean-Yves Trépos, un praticien engagé dans l'univers du football parle à ce niveau de « “la compétition féroce

(plus pour leur égo que par intérêt)” entre médecins du sport pour s’implanter dans les clubs »¹³². Ainsi, le docteur Renaud, du pôle de gymnastique, va devoir défendre sa place face à l’intrusion en cours de saison d’un médecin acupuncteur qui vient réaliser des soins dans le gymnase sur un autre créneau d’entraînement. Le docteur Beaugendre, pour sa part, se retrouve confronté à l’intervention « inopinée » du médecin personnel d’un joueur de l’équipe professionnelle qui a les faveurs de la direction et qui a su imposer sa présence au sein du collectif. Face à ces entreprises de conquête d’un médecin concurrent, les conflits propres aux médecins sportifs exerçant dans l’espace de la haute performance (bien que limités aux terrains sportifs et guidés par des enjeux de rentabilité) se règlent sur la base d’arguments proprement médicaux dans lesquels sont réaffirmés les principes déontologiques (ceux-là mêmes qu’ils malmènent par ailleurs pour satisfaire aux exigences sportives). Aussi, bien que leurs placements soient directement conditionnés par leurs dispositions athlétiques et les lois du marché sportif, dès lors qu’ils se sentent menacés, ils ont recours à une défense très corporatiste dans laquelle sont évoquées tour à tour les règles médicales traditionnelles (asepsie, déontologie, confraternité) et les compétences professionnelles (les concurrents sont alors rapidement taxés de charlatans ou de bonimenteurs).

Concurrences sportives et « attaques médicales »

Docteur Renaud
Consultation du 21 / 11 / 2006 :

Dr. Renaud : « Tu as montré ça au kiné ? »

Fabien : « Oui, il m’a fait craquer le dos. Et sinon, il y a eu Patrick qui est venu pour faire de l’acupuncture »

Dr. Renaud : « (Hausse fortement le ton. Ne rigole plus) Mais c’est qui ce Patrick ? Il sort d’où ? C’est un médecin ? C’est avec des aiguilles ? »

Fabien : « Oui, c’est un médecin avec des aiguilles »

Dr. Renaud : « Non mais... (Très énervé). J’hallucine là ! C’est quoi cet illuminé ? Je ne suis au courant de rien ! »

Fabien : « (Quelque peu apeuré) Non, mais il ne vient pas tout le temps. Souvent il vient le vendredi »

¹³² **TREPOS**, Jean-Yves & **TREPOS**, Gisèle. 2002. « Les médecins du sport face au dopage », *Psychotropes*, vol. 8, n°3/4, p. 69-87.

Dr. Renaud : « Non mais toi, ce n'est pas ton problème ! Mais c'est quand même incroyable. Je suis le responsable médical du pôle et je ne suis même pas au courant qu'il y a un mec qui vient enfoncer ses aiguilles dans mes gymnastes. C'est quand même formidable ! »

Fabien : « Mais c'est un médecin hein ! »

Dr. Renaud : « Mais qu'il soit médecin ou pas, c'est pareil ! Il n'a pas à venir comme ça faire ses trucs sans que je sois au courant ! Et en termes de responsabilités, comment ça marche ? Parce qu'en termes d'asepsie, une salle de gym, ce n'est quand même pas top ! Si ils chopent une infection avec ses aiguilles là ?... Bon il faut que j'en parle avec [prénom du responsable du pôle].

A la fin des entretiens une discussion s'engage entre le technicien et le médecin :

Responsable : « Alors, il paraît que tu as entendu parler de Patrick ? »

Dr. Renaud : « Bah oui, mais c'est qui ce mec ? »

Responsable : « Bah je ne sais pas trop. Il est médecin spécialisé dans l'acupuncture »

Dr. Renaud : « Non mais c'est dingue ! Il n'est même pas venu se présenter à moi. On ne vient pas là comme ça, sans que personne ne sache exactement ce qu'il fait, pour mettre des aiguilles dans dos des gyms ! Moi, jamais je me serai permis d'aller faire mes trucs sur des gamins qui sont suivis par un confrère ! C'est pas déontologique ! En médecine, il n'y a pas de place pour ce genre de cow-boys ! »¹³³.

Docteur Beaugendre
Entretien du 13 / 09 / 2007 :

« Ce médecin est venu puisque c'était l'ami d'un des joueurs, et le joueur était venu parce qu'il avait une relation privilégiée avec le président de l'époque. Le président a donc voulu que l'ami médecin de ce joueur là vienne aussi et il l'a imposé sans m'en avertir. Voilà comment ça s'est passé. Quand tu es salarié et que tu as un patron qui te dit : bah c'est comme ça. Point barre ! Alors derrière, tu réagis par rapport à ça, puisque tu considères à juste titre ou non que c'est une défiance par rapport à ce que tu es toi et ce que tu fais. Donc tu le fais savoir. Tu le fais savoir par rapport à ton comportement, par rapport..., et donc en face de toi, tu as des gens que tu vois tous les jours, que tu soignes, qui te font confiance, pour certains depuis de nombreuses années, qui savent qui tu es et qui voient arriver quelqu'un qu'ils ne connaissent pas... Après c'est une question de compétence ressentie. Et puis bah tu arrives à l'exclure, parce que les footballeurs se rendent vite compte, parce que ce ne sont pas des benêts et ils ont fait la part

¹³³ Dans cet exemple, les rapports de force dépassent le cadre sportif. En effet, il s'agit tout autant de la classique défiance de la médecine dite « traditionnelle » face à des médecines jugées « parallèles » que d'une lutte spécifique entre « médecins du sport ». Néanmoins, s'ils importent logiquement sur le terrain sportif leurs sensibilités proprement médicales, il n'en reste pas moins que ce conflit éclate précisément *sur* le terrain sportif et met en jeu le placement du médecin dans la structure qui l'emploie. Nous y voyons donc là l'expression d'une réelle concurrence médico-sportive.

des choses. Finalement, il s'est exclu de lui-même. On s'est parlé bien sûr. Il m'a juré ses grands dieux qu'il ne voulait pas me prendre ma place, mais je pense que la démarche a été maladroite à ce niveau là. Donc il ne faut pas non plus trop me prendre pour un idiot ! Et quand la direction s'est rendue compte qu'effectivement c'était un casus belli, et bien... Et puis ils ont vu aussi ce qu'il avait dit et apporté aussi, quand même..., il faut regarder le contenu quand même (Rires). Il y a la forme et il y a le fond ! (Rires). Donc ils n'ont pas trouvé intéressant de continuer, même si c'était pour faire plaisir à un joueur qu'on avait fait venir ».

Au regard de ces luttes « internes » circonscrites aux espaces sportifs ou hospitaliers, la connaissance préalable des identités médico-sportives permet de repérer précisément ce qui se joue lorsque des médecins aux profils variés se rencontrent et débattent. Si les acteurs des « deux mondes » tendent à expliquer systématiquement les conflits par des « incompatibilités de caractères », la teneur des antagonismes invite à prendre de la distance vis-à-vis de ce masque discursif. Les mésententes éclairent au contraire la fracture d'un espace qui peine à se définir. La médecine pour le sport, le sport pour la médecine ? A nouveau, cette double entrée dans la pratique médicale est à l'origine de profondes divisions. Les principes de jugement de médecins aux trajectoires bigarrées ne peuvent qu'être différents. Aussi, lorsqu'ils sont contraints de se rencontrer, ils se parlent mais ne s'entendent pas. La lutte pour imposer la vision légitime de la médecine du sport est impossible car les médecins engagés dans ce combat n'obéissent pas aux mêmes règles du jeu et aucun accord ne peut être trouvé (avec cette opposition fondamentale et insurmontable qui consiste à dire pour les uns que « la seule bonne médecine est celle qui se réalise en dehors des structures sportives » là où les autres répondent que leur métier, c'est justement « d'être à l'intérieur pour répondre rapidement et efficacement aux besoins des athlètes »). Difficile dans ces conditions de pouvoir évoquer au singulier *la* médecine du sport. Pourtant, cet espace émietté est bien le théâtre de concurrences et de rapports de force. Mais à bien y regarder, cet argument qui plaide en la faveur d'un espace unifié est trompeur. « Il y a des histoires qui font que le linge sale ne doit se laver qu'en famille ». Cette expression populaire semble particulièrement indiquée pour qualifier le mécanisme repéré. En effet, il apparaît que les conflits d'intérêts éclatent de façon éminemment cloisonnée. Les médecins de « terrain » qui adhèrent au jeu sportif se disputent entre eux une place, un territoire où même la santé d'un joueur lorsque celui-ci sert des intérêts multiples (ceux d'un club et d'une délégation nationale par exemple) ; les praticiens hospitaliers qui utilisent le sport pour servir leurs carrières médicales se querellent sur le

plan scientifique et s'arrachent des populations sportives afin d'assurer la suprématie (et la survie) du service qui les héberge. Chacun dans son « petit monde » tente de préserver ou d'améliorer sa position. Finalement ce qui se passe de « l'autre côté » n'a pas d'incidences réelles sur la pratique et ne présente donc qu'un intérêt limité. Le ravin historique qui les sépare n'en est que plus vertigineux.

Pourtant, ils semblent s'accorder collectivement sur un point : le « problème » du dopage. Qu'ils soient ou non sensibles aux orientations politiques en matière de lutte contre le dopage, ils sont unanimes pour reconnaître le caractère « problématique » de cette pratique. En outre, parmi les médecins enquêtés, nous nous sommes aperçu que des praticiens aux profils contraires pouvaient endosser pareillement la fonction de médecins préleveurs. Pour des médecins qui jurent par la victoire sportive et se vivent de façon inclusive à l'espace de la haute performance, ce placement nous paraissait étonnant voire détonnant. La condamnation du dopage suffit-elle donc à écraser les antagonismes ? Où s'agit-il d'une façon habile de renforcer un espace fragilisé en « jouant collectif » là où ils sont assurés d'une grande visibilité (la lutte contre le dopage est en effet une des voies historiques par laquelle les médecins du sport ont su démontrer aux yeux du monde leur utilité) ?

II. La lutte contre le dopage : l'illusion d'un consensus

« Il y a une affreuse parodie du jump, c'est le dopage : doper le coureur, est aussi criminel, aussi sacrilège que de vouloir imiter Dieu ; c'est voler à Dieu le privilège de l'étincelle »¹³⁴.

¹³⁴ BARTHES, Roland. 1957. *Mythologies*, Paris, Editions du Seuil.

Encadré Méthodologique n° 4

Dopage sportif. Science et fantasme.

Penser le dopage, observer l'inobservable ?

De nombreux travaux tentent depuis la fin des années 1990 de circonscrire et d'analyser le dopage sportif. Entreprise rendue périlleuse par le marquage social négatif dont il fait l'objet depuis les années 1960 (c'est le fameux « fléau social » alors dénoncé par Maurice Herzog). Le projet scientifique ne doit pas servir ou être mu par cette chasse aux sorcières et le lot de fantasmes qui l'habille. Car force est de reconnaître la fragilité des matériaux d'analyses dans ce domaine. Certes de multiples témoignages issus de « l'intérieur » viennent régulièrement satisfaire les certitudes de ceux qui dénoncent un sport « vérolé » (il suffit de constater le succès de librairie que provoquent les nombreux récits d'anciens sportifs « repentis »). Mais ces données sont toujours relayées par des individus en rupture de ban avec l'univers sportif. Au-delà de la logique de ce mécanisme (on ne dénonce pas les valeurs d'un espace qui nous fait vivre), c'est la substance même de l'information qui doit être traitée avec prudence. Un repentir ou une dénonciation servent les intérêts d'individus sortis du système. Le retour dans le monde ordinaire, friand d'histoires rocambolesques, ne contribue t'il pas à forcer le trait et à tordre le réel pour qu'il réponde aux fantasmes ? Les rumeurs, les témoignages indirects, les ouï-dire sont autant d'instruments fréquemment utilisés et particulièrement efficaces pour jeter le discrédit sur un espace. Pourtant, peu d'athlètes sont effectivement contrôlés positifs au dopage et condamnés (ce qui passe inaperçu du fait de l'hyper médiatisation de la moindre « affaire », avérée ou non d'ailleurs). Difficile de se faire une idée précise et contrôlée. Les travaux sur le dopage se servent néanmoins régulièrement de ces entrées pour penser la pratique. Ils contribuent en ce sens à construire l'image d'un dopage omniprésent, hypothèse dont la légitimité peut être questionnée aux vues de la faiblesse (voire de l'inexistence) des mesures objectives.

En outre, l'attitude qui consiste à penser le dopage pour *ensuite* discuter de la médecine du sport nous semble particulièrement dangereuse. Elle postule a priori

l'adéquation de deux réalités sociales pourtant différenciées, comme si la seconde ne pouvait dépendre que de la première. Le dopage existe sans le médecin du sport, et la médecine du sport ne se résume absolument pas à la question des pratiques dopantes. La très grande majorité des médecins du sport se situent, de par leurs trajectoires et les modalités de leur exercice, à des années lumières d'un quelconque trafic de substances interdites. La minorité qui œuvre au plus près de la sphère sportive d'élite est également diversement disposée à jouer le jeu de la performance (Chapitre 7). Seuls les praticiens qui adhèrent aux valeurs structurantes de l'espace séparé du sport de haut niveau sont *susceptibles* de glisser vers une prise en charge condamnable, mais là encore, les quelques « affaires » de médecins dopeurs sont insuffisantes pour construire des vérités scientifiques. Les rares médecins dont la complaisance a été démontrée jouissent d'une renommée injustifiée et trompeuse (Les docteurs Bellocq ou plus récemment Fuentes sont alors pensés comme la partie émergée d'un iceberg que l'on s'imagine immense sans bénéficier pour autant de la moindre preuve scientifique). Ce qui conduit logiquement à des commentaires abusifs. Pour Ivan Waddington, « si les précurseurs de la médecine du sport n'étaient que très peu concernés par l'amélioration de la performance athlétique, celle-ci est devenue aujourd'hui une part importante de la raison d'être des médecins contemporains. [...]. C'est pour cela que je suggère que, loin d'être une des clefs de la lutte contre le dopage, la médecine du sport est actuellement un des éléments majeurs qui conditionnent l'usage et le développement des produits dopants. En ce sens, il est nécessaire d'affirmer que le développement des produits dopants et des techniques dopantes n'est pas quelque chose qui est étranger au développement récent de la médecine du sport mais au contraire quelque chose qui en est consubstantiel. [...]. L'implication croissante des médecins du sport dans la haute performance sportive signifie que la recherche des techniques et des produits visant à l'amélioration des performances, recherche s'attachant, comme on l'a vu à la production de techniques et de dopants considérés comme contraire à l'éthique, n'est pas limitée à une petite "frange" de praticiens. Au contraire, elle est devenue une part croissante de l'activité des médecins du sport. En ce sens, ce que le *Lancet* voit comme un problème de ratés de la médecine du sport en constitue, au contraire, le cœur »¹³⁵. La connaissance historique et sociographique de l'espace médico-sportif tel que nous l'avons envisagé jusqu'ici ne peut que contredire un tel énoncé (si l'on en croit cet auteur et que l'on applique ce raisonnement de manière

¹³⁵ WADDINGTON, Ivan. 2005. « Le dopage sportif : la responsabilité des praticiens médicaux », *Staps* 2005/4, n°70, p. 9-23.

indifférenciée à *la* médecine du sport, alors le « groupe » des médecins du sport représenterait le plus vaste réseau de trafiquants de stupéfiants sur le territoire national...).

Il est donc nécessaire d'inverser le raisonnement. Ne pas penser le dopage pour analyser la médecine du sport mais penser la médecine pour tenter de démêler les liens complexes qui rapprochent le sport d'élite, la médecine, et l'optimisation des performances par une prise jugée illégale de produits. Avec l'idée qu'il est nécessaire de privilégier l'observable à l'invisible. Compte tenu de la réprobation sociale et juridique dont souffre l'encadrement médical du dopage, il est illusoire d'imaginer pouvoir enquêter sur les médecins complaisants sans passer par des témoignages indirects qui comportent des biais méthodologiques importants et rendent l'analyse bancale. La seule pratique médico-sportive liée au dopage qui est susceptible de s'offrir à l'observation et à l'analyse, c'est celle de la lutte antidoping. En suivant les médecins préleveurs, nous transformons complètement la démarche sans que la valeur heuristique du propos n'en soit affectée. En effet, nous partons du principe que regarder ceux qui s'insurgent peut nous en dire long sur ceux qui approuvent et participent.

Ethnographie de la lutte anti-dopage

En octobre 2007, nous avons sollicité le « correspondant régional antidopage » qui travaille au sein de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et dont la mission consiste en l'organisation des contrôles (il ne s'agit pas d'un médecin mais d'un conseiller régional). Après un premier entretien où nous lui avons longuement exposé notre désir de suivre des médecins préleveurs sur le terrain, nous avons obtenu un accord de principe. Dès le mois de janvier 2008, nous avons la possibilité de suivre un contrôle sur une compétition, dans laquelle deux médecins seraient présents. Parmi eux, le docteur Quirion avec qui nous travaillions au même moment à l'hôpital, était chargé de contrôler les sportives. Désireuse de ne provoquer aucun vice de procédure (la hantise des médecins préleveurs), elle décide de s'informer des conditions dans lesquelles notre présence sur le terrain peut s'organiser et prend contact avec le docteur Bachelot, Médecin de la Lutte Anti-Dopage (MLAD) (qui est l'homologue médical du correspondant régional). La présence d'un « inconnu » sur le terrain le met hors de lui et sa réaction est à la hauteur de son énervement. Il nous contacte immédiatement et nous fait part de l'impossibilité de mener de quelconques observations sur le terrain (notre démarche étant remontée jusqu'au

docteur Jean-Claude Verdier, cardiologue du sport responsable des contrôles antidopage au niveau national auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage). Dès le jour même, le conseiller régional nous envoyait un mail pour nous signifier l'impossibilité de participer aux contrôles du mois de janvier (« il s'agit d'une trop grosse manifestation, pour laquelle [il] ne veut risquer aucun vice de procédure »), mais nous promet de réfléchir à un moyen de répondre à nos attentes. Nous voilà prévenu, médecin préleveur, terrain miné ! Du mois de janvier au mois de septembre 2008, de longs échanges électroniques vont s'engager avec le conseiller et le MLAD. Tout l'enjeu sera pour nous d'apporter la preuve de notre compréhension des contraintes réglementaires et de parfaitement circonscrire ce que nous voulons (pouvons) observer. Après de multiples tergiversations et une rencontre déterminante au sein de la DRDJS, un accord est trouvé. Nous n'assisterons évidemment pas à l'entretien entre le médecin et le sportif contrôlé car il s'agirait d'un vice potentiel de procédure, mais nous avons la possibilité d'observer tout ce qui entoure cette phase précise de l'intervention médicale (arrivé du médecin sur les lieux de la compétition ou de l'entraînement ; présentation et accueil ; organisation du contrôle ; départ ; etc.). Un des problèmes méthodologiques repéré par nos interlocuteurs de la DRDJS était la non diffusion des informations relatives au contrôle. Pour éviter des « fuites », il leur était impossible de nous livrer le lieu du contrôle et le type de manifestation contrôlée. Décision a été prise de nous donner rendez-vous avec le médecin préleveur dans un endroit neutre, afin qu'il nous emmène ensuite directement sur le lieu de sa pratique. Au-delà de l'excitation de participer ainsi à « une opération secrète », il s'agissait avant tout d'une aubaine puisque nous allions pouvoir ainsi profiter du voyage pour interroger l'agent de contrôle du dopage. Parmi les fonctions du MLAD, figure la formation continue des préleveurs. En plus de deux réunions théoriques par an qui portent sur les évolutions réglementaires et les aspects techniques d'un contrôle, il existe un volet « pratique » au cours duquel le MLAD contrôle les contrôleurs directement sur le terrain, une fois tous les deux ans (pour éviter que ne soient prises de mauvaises habitudes susceptibles d'offrir des recours aux sportifs par la dénonciation d'un vice de procédure). Or il se trouve justement que le MLAD effectue cette formation pratique au moment où nous parvenons à accéder au terrain. Il décide ainsi de nous prendre avec lui. Il nous emmènera donc sur les lieux du contrôle et nous présentera au(x) contrôleur(s) présents. Il s'agissait là d'une manière de se préserver des éventuelles difficultés liées à notre présence par une surveillance continue de notre participation. En fait, cette position sera particulièrement riche d'enseignements (il nous livrera au cours de plusieurs entretiens et lors de discussions « sur place » les tenants

et les aboutissants des situations observées, nous renseignera sur le profil des préleveurs présents et s'avèrera être une source inépuisable d'anecdotes significatives). Nous participerons ainsi à deux contrôles en sa compagnie. Le premier sur une compétition internationale de triathlon (4000 athlètes présents), au cours de laquelle nous rencontrerons le docteur Boyer (préleveur des femmes) et retrouverons le docteur Barathay (préleveur des hommes que nous avons déjà interviewé à deux reprises). Le second sur un entraînement au sein du centre de formation du club de professionnel dans lequel nous avons été récemment « stagiaire médical ». Cette fois, nous ferons la connaissance du docteur Rembelski. Cette dernière observation mérite quelques commentaires. Nous avons accepté d'observer le contrôle sans savoir où nous nous rendions. Arrivés devant le centre sportif et garés dans un endroit discret afin d'attendre l'arrivée du docteur Rembelski et ainsi pénétrer ensemble dans l'enceinte du club, pendant que nous discutons avec le docteur Bachelot, nous nous demandons la façon dont les gens « du dedans » auxquels nous appartenions il y a peu allaient percevoir notre venue en compagnie de médecins gendarmes « du dehors ». Comment les docteurs Beaugendre et Gardet que nous avons observé pendant plusieurs mois allaient prendre cette attitude ? En fait, preuve que notre intégration y avait été réussie, l'entourage sportif va immédiatement nous différencier des contrôleurs et nous replacer dans la position qui était la nôtre lorsque nous étions encore présent. Ainsi, le préparateur physique et l'entraîneur vont même nous demander alors que les contrôleurs discutent entre eux, la façon dont les choses vont se dérouler (« combien de temps tu penses que cela va durer ? » « Comment ça se passe, où est-ce qu'ils veulent s'installer ? » « Ils vont bientôt commencer ? » « Qu'est-ce qu'ils attendent ? »...). Dès que la procédure de contrôle débute et que les médecins contrôleurs s'isolent avec un sportif, nous nous retrouvons dans le couloir en compagnie du docteur Gardet (seul présent au niveau médical) et des quelques joueurs désignés pour les tests urinaires. Il rassurera les jeunes footballeurs inquiets de notre présence en expliquant que nous « n'en sommes pas ». Il est important de le préciser car nous exclure ainsi du contrôle nous a permis d'observer les deux mondes. Les contrôleurs nous ont expliqué chaque phase de la procédure et l'univers sportif n'a pas hésité à « parler » devant nous dès lors que les contrôleurs étaient hors de portée. Il était en outre extrêmement intéressant de mesurer la réaction du docteur Gardet, dont nous connaissions parfaitement le profil, face à des confrères contrôleurs dont les intérêts étaient bien différents des siens.

II. 1. Enjeu de représentation collective

« [Le discours sur la profession] doit être analysé comme une argumentation devenue croyance partagée par les publics internes et externes de l'occupation, dans le mouvement d'organisation matérielle et symbolique lié à la conquête et à la pérennisation du statut. La centralité de ce discours ne tenait donc plus à son caractère énonciatif, mais à son caractère performatif : sa valeur était tout entière contenue dans son pouvoir d'organisation et de légitimation du statut. L'objet de la sociologie des professions [consiste] à cerner les enjeux de statut, et les jeux sociaux qui permettent aux postulants, en interaction avec un ensemble de partenaires, de le conquérir ou de le protéger. Dans cette perspective, jeux d'organisation et jeux de discours sont analysés comme deux registres interdépendants d'un travail social de construction et de stabilisation des interactions qui aident une occupation à conquérir et pérenniser un statut »¹³⁶.

A défaut de s'entendre sur la définition de la médecine du sport, les médecins usent de la valeur performative de la lutte contre le dopage pour construire et stabiliser collectivement l'image d'une profession unie et homogène. Dans un hommage vibrant au Docteur Henri Périé, le docteur Catherine Defoligny résume parfaitement la façon dont les oppositions de vues peuvent être couvertes par la dénonciation collective « des déviances ». Sorte de voile vertueux qui habille l'ensemble des médecins compétents, la lutte contre le dopage permet de donner l'illusion d'une entente professionnelle. Elle sert à l'évidence un enjeu de représentation collective et offre la possibilité de témoigner publiquement de l'utilité de *la médecine du sport*. A une époque où il est de bon ton de s'inscrire en faux vis-à-vis des pratiques dopantes, chaque médecin, quel que soit son profil et sa façon de pratiquer la médecine du sport, peut s'attirer le bénéfice d'une reconnaissance populaire¹³⁷. Cet accord consensuel qui jette un sort au dopage sportif est

¹³⁶ PARADEISE, Catherine. 1988. *Op. Cit.*, p. 11.

¹³⁷ A ce titre, Jean-Yves Trépos remarque que bon nombre de médecins intéressés par le sport, bien que distants de l'univers de la haute performance, partagent et contribuent à reproduire des représentations courantes, du type : « tous les athlètes de haut niveau sont dopés ! » ou encore « A haut niveau, je réponds sans hésiter que les sportifs sont dopés ». TREPOS, Jean-Yves & TREPOS, Gisèle. 2002. *Op. Cit.*, p. 80.

donc l'occasion pour des médecins dominés dans la sphère médicale globale de redorer leur blason et de légitimer leurs pratiques.

La réprobation du dopage dévore les conflits internes

« Hommage à Henri Périé

En apprenant le décès du docteur Henri PERIE, après l'émotion et la tristesse, plus de trente ans de ma vie sont revenus à ma mémoire. [...]. Devenu mon maître à penser, c'est lui qui a éclairé mon chemin, lui aussi qui, perclus d'humanité, a su me consoler des grands chagrins de ma vie.

Au-delà de cette intimité, sorte de filiation intellectuelle, il faut avouer que je ne partageais pas toujours son opinion sur le sport de haute compétition : j'en étais issue, considérant qu'en ce domaine, comme dans d'autres, il faut savoir vivre ses passions, même si elles sont parfois agressives. Lui estimait que l'excès était nuisible et que rien ne justifiait de porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'un individu. Nous nous rejoignons sur l'approche préventive du médecin, qui doit sans cesse s'employer à préserver le sportif des déviances qui le menacent [...] »¹³⁸.

Le dopage sportif a été à ce point stigmatisé depuis plus d'un demi-siècle qu'il apparaît aujourd'hui spontanément comme une « déviance »¹³⁹. Cette construction culturelle arbitraire donne au dopage un caractère pathologique, sorte d'étranger venu contaminer un sport originel imaginé pur. Les sportifs dopés sont donc considérés comme malades (l'allusion à la toxicomanie est fréquente) et la place du médecin devient évidente. Dès lors, de la même façon qu'on imagine mal un médecin être favorable à la dissémination du virus de la grippe par exemple, il serait mal venu pour un Homme de l'Art de ne pas s'opposer moralement à la pratique du dopage sportif. Qu'on se le dise :

¹³⁸ Dr. **DEFOLIGNY**, Catherine. 2008. « Hommage à Henri Périé », *Cinésiologie*, <http://www.cinesiologie.com/news>

¹³⁹ « Les prises de paroles dans l'espace public, qu'elles émanent du mouvement olympique ou des pouvoirs publics, apparaissent souvent comme consensuelles. On s'indigne des pratiques dopantes, on exprime la volonté de lutter efficacement contre le dopage, et si une différence venait à émerger, on s'accorde sur la nécessité impérieuse d'harmoniser les dispositifs ». **DEMESLAY**, Julie & **TRABAL**, Patrick. 2007. « De quelques contraintes du processus d'harmonisation des politiques antidopage. (Enquête) », *Terrains et Travaux*, 2007/1, n°12, p. 157.

« le dopage est un problème » et sa censure est partagée par l'ensemble de la profession. Le caractère performatif d'une telle levée de boucliers est assuré. Pourtant, le discours que tient une profession sur elle-même doit être analysé parallèlement à l'organisation de cette occupation car l'un et l'autre peuvent différer. Ici, face à l'unité discursive de la condamnation, très peu de médecins sont réellement investis dans une entreprise de lutte contre le dopage. Sur les 613 médecins du sport de la Région des Pays de la Loire, seuls 13 ont une fonction de médecin préleveur (auxquels il faut rajouter un médecin retraité) et certains ne réalisent que très peu de contrôles chaque année (là où les plus actifs peuvent effectuer plus de 10 contrôles par année, d'autres ayant officieusement « abandonné le navire » refusent systématiquement de se rendre sur le terrain). Sur ces 14 individus employés par la DRJS et assermentés par le tribunal de grande instance, sont cependant représentés les divers profils médico-sportifs identifiés. Généralistes libéraux peu engagés dans l'univers sportif, praticiens hospitaliers intéressés par le sport, ou enfin médecins de terrain employés par des structures de formation ou d'encadrement de jeunes élites, tous sont susceptibles de fournir des prétendants aux contrôles.

Médecins préleveurs et profils médicaux

14 médecins figurent dans l'équipe des préleveurs de la Région des Pays de la Loire.				
Parmi eux, sont présents :				
6 médecins généralistes installés en cabinet libéral (dont deux ont des fonctions au sein de structures sportives).	2 médecins généralistes non installés et réalisant diverses vacations (dont un des deux est entraîneur salarié à ½ temps d'un club sportif).	3 médecins hospitaliers (un urgentiste et deux médecins généralistes attachés à un service hospitalier dont l'un des deux possède des fonctions au sein d'un pôle).	2 médecins spécialistes en médecine du travail (salariés d'une ou de plusieurs entreprises).	1 médecin retraité, ancien radiologue

L'hétérogénéité des identités médicales semble attester d'une réelle coalition des différentes franges médico-sportives dans ce combat rageur. La lutte contre le dopage serait dans ce cas l'un des rares domaines dans lequel la fracture entre deux univers distincts n'affecte pas les praticiens, et ce malgré des biographies sportives différenciées.

Mais très vite, lorsque l'on s'intéresse précisément aux raisons d'agir et que l'on accompagne les préleveurs sur le terrain, les oppositions désormais classiques refont surface et la prétendue alliance médico-sportive se heurte aux intérêts particuliers.

II. 2. Une entente artificielle

« Les contrôles créent des gardes fous. Si on les supprimait, ça ne serait plus du sport mais du pugilat. Et ça peut être un support pour les jeunes puisqu'on essaie de les sensibiliser avec un discours de prévention pendant les phases de contrôle. Il faut leur expliquer ce qu'est un contrôle et pourquoi on le fait. Chez les jeunes, c'est plus pédagogique que répressif comme pour les adultes ».

Docteur Bachelot. MLAD.

« C'est chiant leur truc ! Je comprends ce qu'ils font, je suis pour la lutte anti-dopage, mais là, les jeunes qu'ils tiré au sort pour le contrôle, ils devraient être en train de s'entraîner pour jouer avec les moins de 18 ans [la catégorie supérieure à la leur]. Donc ça les pénalise et ça fout en l'air tout le planning du coach, ça là !... Pff. Et moi, j'ai pas que ça à faire. J'ai du boulot au cabinet ! ».

Docteur Gardet. Médecin du centre de formation d'un club professionnel de football.

Sur les 14 médecins préleveurs, plusieurs occupent des fonctions au sein de fédérations, de ligues ou de clubs, mais finalement très peu possèdent des trajectoires sportives personnelles fournies. Ayant pratiqué et pratiquant le sport sur l'unique mode du loisir ou de la compétition de très faible niveau, ils appartiennent en majorité à la catégorie usuelle du « sport de masse ». Ce qui signifie qu'ils n'ont pas été confrontés au dopage sportif et qu'ils s'attaquent à une pratique sur la base de ce qu'ils en perçoivent de l'extérieur (par voie de presse, ou simplement par le fait de baigner dans un espace social

global dans lequel dopage rime avec « fléau »). Cet engagement pose question. Comment et pourquoi des médecins étrangers de la sphère du sport d'élite s'inscrivent dans une entreprise de remise en ordre d'un espace dont ils ignorent les conditions ? Proches des romanciers anthropologues du début du siècle, leur croisade est morale bien plus que sanitaire. Comme l'avait repéré Christophe Brissonneau dans son travail de thèse, le dopage en tant que problème de santé est en effet rarement évoqué par les médecins¹⁴⁰. Ici, la peur et la vertu sont les principaux moteurs de l'activité. Nous avons obtenu lors des entretiens menés en compagnie du MLAD et du correspondant régional anti-dopage des informations relatives aux motivations des médecins désireux d'intégrer le groupe des préleveurs. Certains sont effrayés par « ce qu'ils lisent et ce qu'ils voient » et ont décidé de rejoindre cette lutte lorsque leurs propres enfants se sont inscrits en club et ont commencé à réaliser des compétitions de bon niveau. D'autres insistent sur l'inadmissible délabrement de la morale sportive et sur la nécessité de le nettoyer de ses impuretés (le dopage est alors assimilé à une tricherie et à un manquement éthique). Ils découvrent la lutte contre le dopage par le biais de confrères déjà engagés qui leur ouvrent les portes et leur permettent ainsi d'entrevoir le caractère « accessible » du statut. La visée idéologique de leur engagement militant explique la stabilité des praticiens dans la fonction. En effet, les médecins préleveurs ont tendance à rester en place durant de nombreuses années (plusieurs des professionnels de santé rencontrés réalisent des contrôles depuis plus de 15 ans). Le docteur Barathay n'a jamais été sportif de bon niveau (même s'il aime préciser effectuer avec un ami quelques rallyes sur des épreuves de niveau « national »). Il s'est engagé médicalement dans le sport lorsque ses deux enfants ont atteint un niveau de compétition assez élevé et qu'il a constaté la faiblesse des soins apportés aux sportifs sur le bord des terrains (il souhaitait en outre réaliser une recherche sur le sport et l'asthme). Fort de cette première expérience en athlétisme, son nom a circulé dans le milieu sportif. Son cabinet, à quelque dizaine de mètres du pôle France d'aviron était une aubaine pour le médecin du pôle, installé pour sa part dans un cabinet de campagne fort éloigné. Ce dernier sollicite donc le docteur Barathay pour qu'il accepte de recevoir en urgence dans son cabinet les sportifs blessés lorsqu'il n'est pas lui-même présent dans la structure. Il devient donc médecin du pôle sans véritablement s'y déplacer. En contact régulier avec son confrère pour des questions relatives aux athlètes soignés, il découvre la fonction de médecin préleveur occupée par son collègue. Afin de rester à la pointe des évolutions scientifiques

¹⁴⁰ **BRISSONNEAU**, Christophe. 2003. *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de ParisX-Nanterre.

en matière de dopage au moment même où il reçoit dans son cabinet un nombre de plus en plus élevé d'athlètes de très haut niveau, il décide de s'y former. Aujourd'hui, le docteur Barathay est préleveur depuis presque 20 ans. Lorsque nous le suivons en compagnie du docteur Bachelot sur le contrôle anti-dopage d'une compétition de triathlon de niveau international, les commentaires qui accompagnent la rédaction des procès verbaux et le « tirage au sort » des sportifs contrôlés laissent entrevoir les raisons qui le poussent à agir¹⁴¹. Après s'être fait apporter la liste des compétiteurs, il s'isole sur un petit bureau et entreprend de la consulter rapidement. Il explique alors à voix haute : « Si j'étais vicieux, je prendrais un espagnol ! ». Le docteur Bachelot, présent à ses côtés, rit de bon cœur et lui demande : « Qu'est-ce que tu as contre les espagnols ? ». « Quand on voit ce qui se passe dans le cyclisme en ce moment, c'est qu'ils sont doués pour ce genre de choses ! ». Le docteur Bachelot se retourne vers nous en souriant et conclut : « Des fois, on se demande à quoi ça tient d'être contrôlé hein ! ». Bien sûr, le docteur Barathay n'en fera rien et contrôlera comme il est d'usage dans ces circonstances le podium et deux athlètes supplémentaires parmi les quinze premiers arrivés (le risque de choisir arbitrairement un sportif, c'est de « tomber » sur un athlète qui réalise une performance moyenne. Or, plus le sportif tarde à finir la course et plus le médecin est contraint de l'attendre...). Pourtant, dans cette croisade vertueuse, l'infatigable poursuite des dopés prend la forme d'une chasse aux fantômes.

Faire le bien à distance du mal ?

Entretien du 18 septembre 2008, en compagnie du correspondant régional de l'anti-dopage et du docteur Bachelot (MLAD) :

Est-ce qu'il y a dans ce groupe de préleveurs des individus qui sont anciennement sportifs de haut niveau ?

Correspondant : Non. Et ils ne sont pas très sportifs non plus ! On n'a pas de triathlète qui va faire son triathlon tous les week-ends. Mais certains sont investis dans le milieu du sport. On en a un qui est dirigeant...

Dr. Bachelot : Un qui tient la buvette ! (Rires)

Correspondant : Non, mais qui a un rôle actif dans un club, un autre qui est élu à la jeunesse et au sport dans sa commune.

¹⁴¹ Sans rentrer dans des détails réglementaires, le « tirage au sort » n'est finalement que rarement soumis au hasard. En effet, à l'international les noms des sportifs à contrôler figurent déjà sur l'ordre de mission du préleveur. A l'échelle nationale, lorsque les sportifs contrôlés sont laissés au libre choix du médecin, seuls les contrôles sur entraînement laissent la possibilité d'effectuer un véritable tirage au sort. Sur des compétitions individuelles importantes, sont choisis d'office les athlètes figurant sur le podium (ce qui crédibilise la manifestation), puis deux sportifs supplémentaires sont choisis au hasard parmi les quinze premiers arrivés.

Oui, donc des fonctions dans le milieu sportif mais pas de passé sportif personnel...

Dr. Bachelot : Non. Parce que je ne pense pas que les médecins qui ont été sportifs de haut niveau, ça les intéresse spécialement. Je ne suis pas certain que dans la logique de quelqu'un qui a eu un haut niveau dans le sport pense à s'impliquer dans ce genre de choses... Parce qu'il y a un côté juge et partie, d'être à la fois sportif de haut niveau et de se retrouver de l'autre côté.

Mais selon vous, à l'inverse, qu'est-ce qui pousse quelqu'un de relativement étranger à...

Dr. Bachelot : Relativement étranger... Bon, effectivement, on n'a pas d'anciens sportifs de haut niveau, mais il y a quand même parmi les préleveurs des gens qui pratiquent ou ont pratiqué à une période, et qui ont eu une pratique sportive dans la cadre du sport de masse.

Donc qui ne les a jamais confrontés à la situation du dopage sportif...

Dr. Bachelot : Oui... Oui mais... (Silence).

Correspondant : Mais de toute façon, nous, dans notre recrutement, le préleveur doit aussi être une personne qui ne soit pas connue. Si dans 15 ans Laure Manaudou devient préleveur anti-dopage, dès qu'elle arrive quelque part, c'est réglé, tout le monde l'aura repérée quoi.

Dr. Bachelot : Il faut un peu être comme les inspecteurs du Michelin quoi.

Correspondant : Oui, c'est ça. Il faut être « passe-partout ».

Dr. Bachelot : Oui. On ne va pas y aller avec une cagoule, mais il faut qu'on soit plus proche de « monsieur tout le monde » que quelqu'un qui peut peu ou prou, même au niveau régional, avoir une certaine notoriété.

En fait, seul un praticien a été lui-même sportif de haut niveau dans sa jeunesse. Malgré ce très faible rapport, son unique présence suffit à soulever une question fondamentale. Face à la lutte idéologique de médecins étrangers au milieu sportif d'élite, comment comprendre l'engagement dans une pratique médicale coercitive qui traite avec suspicion et rudesse l'univers auquel on appartient et dans lequel on participe au projet sportif dans sa forme la plus compétitive ? Le fait d'avoir été soi-même athlète de très haut niveau modifie le discours et la représentation du dopage, vers une conception plus réaliste, non dominée par le fantasme et les fausses certitudes. Dans ces conditions, que cherche un tel médecin dans la lutte contre le dopage ? Le docteur Boyer est préleveur depuis seulement trois ans. Elle est médecin généraliste mais ne s'est jamais installée. Après une désillusion professionnelle en tout début de carrière lors de laquelle le centre héliamarin dans lequel elle travaillait ne l'a pas embauchée contrairement aux promesses initialement réalisées, elle décide de « tout plaquer ». A 28 ans, après avoir été nageuse de

niveau national, elle fait le pari avec sa sœur, entraîneur de natation synchronisée à très haut niveau, d'intégrer l'équipe de France de la discipline. Elle s'engage alors dans un programme drastique d'entraînement à raison de deux séances par jour. Elle sera internationale pendant 3 ans. Aujourd'hui, le docteur Boyer est entraîneur de ce même club, salariée à ½ temps et s'occupe d'une équipe de niveau national. Sa compétence médicale n'est envisagée que pour « arrondir » les fins de mois et se résume à de multiples vacations. Elle est médecin du permis de conduire et réalise également des consultations dans un centre médico-sportif. Il y a trois ans environ, le docteur Quirion est venue réaliser des contrôles à l'occasion d'une compétition de natation dans laquelle était engagée le docteur Boyer en sa qualité d'entraîneur. A l'issue de la compétition, elle lui a expliqué que « la DRJS cherchait des femmes médecins pour réaliser des prélèvements et que cette activité était bien payée ». A peine un mois après cette rencontre, le docteur Boyer entamait sa formation. Elle stoppe alors ses vacations au centre médico-sportif car il s'agissait de la partie « la moins intéressante matériellement » de son activité. Finalement, après trois ans de contrôle antidopage, l'air désabusé, elle trouve qu'en comparaison de la somme de travail fournie, la fonction de médecin préleveur n'est pas si bien rémunérée que cela... Ici, pas de guerre sainte, mais le quotidien d'un médecin en situation précaire dont l'activité en « patchwork » répond à des exigences économiques. Le contrôle anti-dopage est une aubaine du point de vue financier, d'autant qu'elle se sent « protégée » par cette règle qui postule que les médecins préleveurs ne soient jamais envoyés en mission sur la discipline sportive dans laquelle ils sont engagés par ailleurs (lorsque c'est le cas). Elle « avait hésité à réaliser un contrôle en water-polo, mais finalement y [a] été car [elle] ne connaissait personne donc ça ne posait pas de problèmes ». Les raisons économiques de son engagement sont très claires. Avec 11 ou 12 contrôles réalisés annuellement, elle est le médecin qui effectue le plus grand nombre de prélèvements et n'hésite pas à appeler la DRJS pour faire part de ses disponibilités. En guise de comparaison, le docteur Barathay réalise 2 ou 3 contrôles chaque année et refuse régulièrement des contrôles « par manque de temps » lorsque le correspondant régional le sollicite. Ce dernier, face aux besoins exprimés par le docteur Boyer qui accepte toutes les propositions, ne l'appelle que dans un second temps afin de s'assurer que l'ensemble des préleveurs ait eu un nombre équitable de propositions. Lors de la compétition internationale de triathlon, le docteur Barathay contrôlait les hommes pendant que le docteur Boyer s'occupait des femmes. Cette fois, aucune considération morale et surtout pas le moindre jugement concernant le dopage. La lutte est envisagée du seul point de vue financier (et assumée comme telle). La présence du

docteur Bachelot va pourtant révéler la façon dont elle perçoit le dopage sportif. Le MLAD assure une formation continue « pratique », lors de laquelle les contrôleurs contrôlés disposent de toute latitude pour évoquer des difficultés rencontrées. A l'inverse, le docteur Boyer explique que la réalisation des contrôles l'a véritablement « sensibilisée ». Elle fait alors le récit d'une anecdote qui l'a marquée. Le jour d'une compétition, une nageuse de l'équipe ne se sent pas bien et ne veut pas participer. Le docteur Boyer, dans sa fonction d'entraîneur, « la force à participer pour l'équipe et le club ! » (« il s'agissait d'un championnat de France ! »). Malheureusement pour l'athlète un contrôle antidopage inopiné la révéla positive aux « coupe-faims ». « C'était sans doute la raison de son refus de participer ». Sa conclusion est sans appel : « si elle m'avait dit qu'elle prenait ça, je ne l'aurais jamais forcé à participer ! ». La jeune fille a finalement écopé d'un simple avertissement. Mais cette histoire a permis au « médecin-technicien » de « faire plus attention pour les autres ». Le docteur Bachelot semble comprendre la pensée ici exposée et rajoute : « oui, de moins les forcer ! ». La réponse du docteur Boyer le laisse coi. « Non, non, ça m'a permis d'être plus vigilante et de plus les sensibiliser sur les médicaments qu'on peut prendre ou non dans le cadre de compétitions de haut niveau ». Enfin, « l'entraîneur préleveur » souhaite poser une question au MLAD (qui rappelle, ravi, qu'il « est là pour ça ! »). « J'ai été très étonné qu'il n'y ait pas eu de contrôles sur les Championnats d'Europe Junior. Pourquoi est-ce qu'il n'y en a pas eu ? ». Etonné par la teneur d'un questionnement qu'il aurait aimé plus technique, le docteur Bachelot ne peut que lui indiquer le caractère non systématique des contrôles. Là encore, le commentaire du docteur Boyer livre des éléments significatifs du rapport entretenu au dopage. « Oui, bah c'est bien dommage, parce que nous, ça nous aurait aidé ! Parce que les Russes, il y avait un contrôle positif, à mon avis... Et nous en cas de disqualification, derrière, on montait sur le podium ! ». Le MLAD ne trouve évidemment rien à y redire...

Enfin, dans la phase d'observation ethnographique du contrôle antidopage réalisé sur la compétition internationale de triathlon, une différence minime mais porteuse de sens oppose dans la manière les deux préleveurs. Si le docteur Boyer se rend sur la ligne d'arrivée pour s'assurer que les athlètes désignées aient bien été informées du contrôle, profitant ainsi du « bain de foule » et d'une « ambiance » qu'elle affectionne, le docteur Barathay préfère pour sa part attendre systématiquement les sportifs dans le local antidopage et laisser le soin de la notification aux escortes afin d'éviter cette « bruyante pagaille un peu étouffante ». La vision différenciée de l'évènement sportif est la parfaite

illustration de la fracture beaucoup plus profonde déjà identifiée. Entre un médecin étranger au monde sportif, effrayé par l'image qu'il s'en fait et / ou désireux de lui imposer sa propre éthique et un médecin anciennement sportif de haut niveau qui utilise le contrôle dans une dimension pécuniaire et en retire des enseignements purement sportifs, la différence est de taille. Le sentiment spontané d'une union des différentes franges médico-sportives dans ce domaine doit donc être mis à distance.

Observer les mictions, exemples de motivations

	Situation professionnelle	Sexe	Motivations initiales	Raisons d'agir	Dispositions sportives
Docteur Barathay	Médecin généraliste libéral Médecin pôle France aviron Médecin pôle espoir athlétisme Médecin SSU / SSR athlétisme	M	« Mon confrère du pôle faisait quelques contrôles. Et comme je voyais de plus en plus de sportifs dans mon cabinet, sur son conseil, je me suis dit qu'il serait bon de garder le contact du point de vue scientifique avec ce qui se faisait ».	« Quand on lit la presse et qu'on voit ce qui se passe, c'est effrayant. En ce moment, les espagnols ont l'air d'être particulièrement doués pour ça ! ».	Course automobile Rallye national. Aucune préparation physique / un entraînement rudimentaire (« on fait tourner la voiture le week-end d'avant ») Deux enfants ayant un bon niveau en athlétisme
Docteur Quirion	Médecin généraliste praticien hospitalier attaché Médecin pôle espoir handball	F	« Le patron du service ma demandé de faire des contrôles car ils manquaient de femmes. Ça pourrait les week-ends, mais ça fait partie de mon métier de médecin du sport de faire ça ».	« Le sportif de haut niveau se doit d'être un exemple pour les jeunes ! Ni fumer, ni boire, ni rien... Ou alors, il ne faut pas qu'il ait de l'argent par l'Etat. Ça fait partie de son métier d'être intègre et en santé ! ».	Pratique de la danse Pratique d'une gymnastique d'entretien Aucune proximité familiale à la haute performance
Docteur Bachelot	Médecin du travail salarié Médecin Lutte Anti Dopage (MLAD)	M	« En tant que médecin de Ligue du Triathlon, j'ai fait la rencontre informelle du médecin chargé de la lutte anti-dopage. Il m'a proposé d'assister à une démonstration et les choses se sont ensuite enchaînées ».	« Les sportifs dopés sont des tricheurs qui ont franchi la ligne jaune au niveau des règles. Ces gens là prennent la place de ceux qui sont propres et c'est inadmissible ! ».	Pratique du football à un très faible niveau de compétition Aucune proximité familiale à la haute performance

Docteur Boyer	Médecin généraliste non installé. Vacances multiples.	F	« Le docteur Quirion est venue faire un contrôle dans ma piscine [le docteur Boyer est entraîneur de natation synchronisée]. Elle m'a expliqué qu'ils cherchaient des femmes pour réaliser les prélèvements et que c'était bien payé ».	« les vacances de l'anti-dopage sont mieux payées que celles du centre médico-sportif ».	Pratique de la natation synchronisée en équipe de France. Sœur entraîneur d'un club de natation synchronisée engagé dans des compétitions de très haut niveau.
----------------------	---	---	---	--	---

Mais au-delà des différences sensibles de vues qui existent au sein même du groupe des préleveurs selon les dispositions sportives des professionnels de santé, il est intéressant d'interroger les rapports entretenus entre les agents de contrôle du dopage et leurs confrères qui exercent la médecine au cœur des structures d'élite. Si les médecins s'accordent dans les mots et réproouvent collectivement le dopage, qu'en est-il dans les actes ? Comment se positionne le médecin des athlètes contrôlés ? Bien souvent, dans les compétitions internationales, les préleveurs n'ont pas de contacts directs avec les médecins qui assurent la surveillance de la manifestation. Ils s'adressent directement à un « délégué fédéral » qui a en charge leur accueil et met à leur disposition un local répondant aux exigences de confidentialité des prélèvements (salle fermée, équipée de sanitaires...). Mais il arrive aussi régulièrement que les médecins des clubs ou des équipes soient présents lors du contrôle (ils sont légalement autorisés à assister au prélèvement à la condition que le sportif l'autorise), s'assurant du bon déroulement des procédures et transmettant les informations médicales de certains athlètes lorsque nécessaire (traitements, pathologies, Autorisation à Usage Thérapeutique, etc.). La teneur réelle des échanges confraternels et les conditions de déroulement des contrôles en disent long des incompréhensions et des mésententes qui organisent structurellement l'espace médico-sportif. Là encore, entre enjeux de santé et intérêts sportifs, la pomme de discorde semble plus savoureuse que jamais. La condamnation collective du dopage tait les conflits dans les discours mais ne les étouffe pas dans la pratique. La problématique du temps – qui laisse transparaître le décalage des normes dans la sphère du sport de haut niveau – resurgit immédiatement et est source de multiples accrochages. Le rythme sportif s'accommode mal de la pause qu'impose avec autorité un contrôle susceptible d'entraver la progression d'un athlète et / ou d'une équipe. Entre le préleveur et le médecin de terrain se rejoue donc parfois le drame du couple Jourdain avec son lot de complicités, d'intrigues et de désaccords. L'un et l'autre

partage une forme d'empathie confraternelle mais ne poursuivent pas les mêmes rêves. La pièce prend ici une tournure aux allures paradoxales. Le premier entend mettre de l'ordre dans le désordre qui compose l'univers ordonné du second... Le récit ethnographique d'un contrôle antidopage inopiné réalisé au sein du centre de formation d'un club de football professionnel permet de mesurer avec précision et finesse les multiples fissures qui lézardent la surface de leurs relations.

– Contrôle antidopage inopiné / Centre de formation Club de football professionnel –

14h30 :

Le 31 octobre 2008, nous avons rendez-vous sur le parking de la DRJS. Le docteur Bachelot nous y attend afin que nous nous rendions ensemble dans un lieu tenu secret à l'occasion d'un contrôle antidopage inopiné sur entraînement. « Je ne vais pas faire durer le suspens plus longtemps ! » lance t-il en souriant avant de nous annoncer que nous nous rendons au Centre sportif du Club de football professionnel dans lequel nous avons récemment mené des observations. Il nous rappelle le caractère « pédagogique » de ce type d'intervention auprès des jeunes sportifs. Le docteur Bachelot entend jouer son rôle de MLAD et ainsi assurer la formation continue du préleveur que nous nous apprêtons à rejoindre ; le docteur Rembelski. Sur le trajet, le médecin référent de l'antidopage se lance avec ferveur dans le récit d'un récent contrôle, particulièrement éprouvant et en cela riche d'enseignement. Il s'agit du contrôle effectué par ses soins sur un match de Ligue 1, entre le leader du championnat et une équipe moins bien classée. Il s'agissait d'un contrôle non annoncé, inscrit dans le cadre d'une opération « coup de poing » décidée et organisée par l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (tous les matchs de Ligue 1 sont contrôlés en même temps, sans passer par les échelons régionaux). « C'était la première fois que j'étais confronté à la star de la Ligue 1 ». « Manque de pot, ça a été le premier match du championnat au cours duquel cette équipe a pris une déculottée sévère ». Le docteur Bachelot est hilare. Une difficulté va pourtant justifier ce soir là la rédaction postérieure d'un rapport à l'intention de l'AFLD. Il concerne le médecin de l'équipe victorieuse. Il s'agissait là de leur seconde rencontre et de leur seconde confrontation. La première avait eu lieu lors d'un précédent contrôle réalisé à l'occasion d'un match amical. Ce médecin avait demandé au docteur Bachelot de lui fournir le nom des joueurs contrôlés pendant la rencontre, de façon à gagner du temps à l'issue du match et ainsi permettre à l'effectif de

repartir le plus vite possible (minimiser les temps d'attente). Le contrôleur a refusé pour des raisons procédurales mais également afin d'éviter qu'une telle annonce ne perturbe le déroulement du match. Ce refus a passablement énervé le médecin de l'équipe. Ce dernier a d'ailleurs reconnu immédiatement le docteur Bachelot lors de leur seconde rencontre. Pour des raisons identiques, cette fois leur relation tourne court. Le médecin du club s'emporte face à la « rigidité bureaucratique » du préleveur et se laisse aller à un commentaire déplacé. « C'était déjà comme ça la dernière fois et vous allez encore nous faire chier ce soir ! ». Le docteur Bachelot indique être alors resté stoïque et ne pas avoir répondu, bien que conservant les faits en mémoire. Rapidement, le médecin de l'équipe de football viendra s'excuser platement et « n'aura ensuite cessé de se montrer agréable ». Pour le MLAD, c'est là le signe que son confrère a pris conscience des risques qu'il prenait en s'opposant ainsi à un individu assermenté. « J'aurais préféré que vous ne soyez pas en situation de devoir vous excuser ! » lui répond sèchement le préleveur. Le mal était fait. Dès les jours qui ont suivis, le docteur Bachelot a fait un rapport détaillé sur le comportement de ce confrère et l'a transmis à l'AFLD. Il n'a pour l'instant pas eu d'échos, mais reste persuadé que l'Agence a déjà fait son travail en faisant remonter la plainte au Club Professionnel, espérant ainsi que ce médecin se soit « fait secouer les puces ». « Cela peut aller très loin, les médecins dans les clubs sont sur des sièges éjectables et j'en ai vu se faire virer pour moins que ça ! ».

15h00 :

Nous retrouvons le docteur Rembelski devant le centre sportif. Ce dernier porte un habit sur lequel est inscrit « Direction régionale Jeunesse et Sport ». Le docteur Bachelot le remarque et le complimente, indiquant qu'il aurait pu lui même mettre le sien. Une fois les présentations brièvement effectuées, nous pénétrons dans le club par le portail réservé aux véhicules. Sans s'arrêter à l'accueil donc. C'est un cadre du Centre qui nous croise et demande poliment : « Messieurs, vous cherchez quelque chose ? ». « Oui, Direction Régionale Jeunesse et Sport, pour un contrôle anti-dopage ». « Ah d'accord, je vais tâcher de vous trouver quelqu'un ». Il nous invite à le suivre. Nous rentrons dans le bâtiment et patientons dans un hall. Il est clair que nous ne « tombons pas bien ». Un responsable du centre nous a rejoint et semble perdu : « comment ça se passe, qu'est-ce qu'il vous faut ? » « Qui allez vous contrôler ?... ». Le docteur Rembelski explique qu'il va effectuer des prélèvements urinaires sur six jeunes du Centre de Formation. Il a besoin à ce titre de la liste complète des effectifs pour réaliser le tirage au sort. Il demande également la présence

obligatoire d'un responsable (salarié de la fédération de football). « Un entraîneur fera l'affaire ». « Non, on a appelé le doc [Gardet], il va arriver, c'est lui qui s'occupe de ça, c'est son boulot ». Enfin, il lui faut un local au calme pour remplir les papiers, proche de toilettes pour observer la miction.

Le responsable, rejoint par le préparateur physique des jeunes footballeurs nous guident vers les bureaux médicaux et entreprennent, après accord du préleveur, de mettre une table ainsi que trois chaises dans le hall, à la sortie des toilettes. Tout cela prend beaucoup de temps. Les deux médecins ne sont pas généreux en information, parlant souvent entre eux, pendant que le staff sportif papillonne autour, visiblement en attente de décisions. Tout cela s'accompagne d'un certain nombre de confusions, d'incompréhensions. Le préparateur physique avait ainsi compris qu'il lui fallait rassembler l'ensemble des effectifs du Centre de Formation. Soulagé, il demande : « Ils peuvent commencer l'entraînement et on appellera alors que ceux qui ont été tiré au sort ? » « C'est ça oui » « Ah d'accord. C'est mieux, parce qu'ils commencent l'entraînement là ». Et le responsable de rajouter en apportant la liste des effectifs : « Par contre, je ne suis pas sûr qu'ils seront tous là les jeunes parce que vous venez pendant les vacances scolaires. Les plus vieux seront là, mais les plus jeunes c'est moins sûr ! ». Le docteur Rembelski sort son matériel et le pose sur la table. Le docteur Bachelot nous confie en aparté trouver très étonnant de la part de son confrère d'avoir accepté de réaliser les entretiens avec les sportifs dans le hall, aux vues du manque de confidentialité que cela suppose (« comme quoi, on peut toujours être étonné même par ceux qui ont une très grande expérience ! »). Plusieurs fois des membres de l'entourage sportif passeront devant nous, l'air dubitatif. Le jeune préparateur physique s'impatientera même. Il nous regarde et soupire (les deux médecins ne font à ce moment pas attention à ce qui les entoure et discutent entre eux à bâtons rompus). Il finira par nous demander : « Ils vont bientôt se décider pour le tirage ? Parce que là, l'entraînement il va commencer hein ! ». Nous lui expliquons ne pas maîtriser cette donnée, et nous nous rapprochons des médecins afin qu'ils s'aperçoivent des attentes dont ils font l'objet. Ils expliquent alors qu'ils ont besoin d'un responsable pour procéder au tirage. « Vous ne pouvez pas le faire tout de suite ? ». « Non, il faut un responsable, licencié de la fédération de football. Un entraîneur peut faire l'affaire ! » « Non, le doc [Gardet] est en route » « Alors on va l'attendre ». Le préparateur soupire sort du Centre et se dirige vers les terrains extérieurs.

Le docteur Gardet arrive enfin. Appelé en urgence par les responsables du Centre, il a quitté précipitamment son cabinet, annulant de fait les consultations prévues. Il fait de suite ressentir son ennui d'être là en saluant à peine les agents de contrôle. Le docteur Bachelot nous chuchotera d'ailleurs avec discrétion : « visiblement, on dérange son emploi du temps et il n'est pas ravi d'être là ! ». Le docteur Gardet ouvre son bureau et revient vers le docteur Rembelski : « Bon alors, pourquoi vous avez besoin de moi ? » « Et bien vous êtes la personne responsable ». « Quoi ? Mais je ne veux pas être responsable de ça moi ! Je ne suis responsable de rien du tout ! ». Incompréhension tendue. Le médecin du club pense alors qu'il va être impliqué dans le contrôle alors que le médecin préleveur a simplement besoin d'un responsable de la structure sportive pour attester du tirage au sort. « Ah c'est ça ? Bah faites le, le tirage au sort, qu'on n'y passe pas la nuit ! ». Le docteur Rembelski s'empare de la liste et choisit au hasard six noms. Le docteur Gardet s'empare du listing, se gratte la tête et explique : « Bon bah je vais aller les chercher, en espérant qu'ils soient là, parce qu'entre ceux qui jouent ce week-end et ceux qui sont pas là parce que ce sont les vacances scolaires... ». Il part et ne reviendra que quelques instants plus tard, sans être accompagné de quiconque. « C'est bien ce que je craignais, ils ne sont pas là... ». Le docteur Rembelski reprend la liste : « Et bien on va en tirer d'autres au sort ! ». Cette situation se reproduira à trois reprises avant de parvenir à trouver 6 jeunes présents. Le docteur Gardet, une fois les joueurs prévenus, demande aux préleveurs : « C'est bon là ? Je peux aller travailler moi ? Parce que je n'ai pas que ça à faire, moi ! ». Le docteur Rembelski semble satisfait. Le docteur Bachelot intervient pourtant et demande s'il ne serait pas possible de régler ce problème du « hall de gare » qui ne permet aucune confidentialité. Nouvelle difficulté. Après quelques tractations, le bureau du docteur Beaugendre sera ouvert. Le MLAD est satisfait et expliquera ensuite à son collègue lorsqu'ils seront seuls : « tu ne peux pas faire ça dans un hall comme ça. Si tu demandes à un jeune quels médicaments il prend et qu'il y a tout le temps du passage, bonjour la confidentialité ! ». « Oui, mais moi je parlais du principe qu'on est là pour marquer les jeunes. Donc plus on est visible, et mieux c'est... ». « Oui, mais là non, quand même pas ! ».

Les 6 jeunes footballeurs sont désormais présents dans le couloir adjacent aux bureaux médicaux. Le docteur Gardet reste en leur compagnie. Un par un, les jeunes rentrent dans le bureau pour remplir les documents nécessaires. Avec pour consigne de se signaler dès qu'une envie suffisante d'uriner se fait ressentir. Pendant que les agents de

contrôle remplissent les procès-verbaux et préparent le matériel, le « doc » discute amicalement avec les jeunes, s'extasie devant de « nouveaux crampons » et pénètre à loisir dans le bureau du doc dès lors que sa connaissance des dossiers médicaux est nécessaire (le nom et le type de traitement pour chacun des jeunes par exemple). La procédure démarre, et les deux préleveurs resteront à compter de cet instant dans le bureau ou dans les toilettes. En ce qui nous concerne, nous ne quitterons pas le couloir qui fait office de salle d'attente, et partagerons la compagnie des jeunes et du docteur Gardet. Ce dernier explique ainsi aux sportifs : « Buvez, sinon on y est encore demain soir hein ! ». Un des sportifs déclare avec inquiétude : « Mais je prends des médicaments moi... ». Son médecin le rassure. « Oui, oui, ne t'inquiètes pas, je vais leur dire ! ». Un des entraîneurs du centre de formation passe dans le couloir et rigole. Il raconte son premier contrôle à Nancy au cours duquel il avait mis « 2h30 pour pisser..., les autres sont rentrés sans lui ». Le responsable des équipements passe à son tour et demande à un joueur s'il attend pour le contrôle lui aussi. « Oui ! ». Il rigole et ajoute en s'éloignant : « C'est ça le tirage du loto ! ». Un jeune s'essaye à la miction. Il avait « très envie », mais pas suffisamment pour remplir le flacon... Il devra donc attendre le prochain essai. Le jeune semble abattu dans la mesure où il pensait pouvoir repartir rapidement à l'entraînement. Le docteur Gardet réagit et explique : « Vous allez être emmerdés les gars ! Buvez, buvez ! Buvez régulièrement, parce que sinon, on peut être là à 7 heures encore. Et moi ça ne m'arrange pas ! J'ai pas que les contrôles anti-dopage moi, j'ai le cabinet. J'ai du boulot ! ». Puis il nous prend à témoin et se plaint ouvertement des contrôles réalisés au club, « un peu trop régulièrement à [son] goût ». Il pense que la structure paye à ce niveau sa notoriété. « C'est facile, on débarque et on fait les quotas ! Je ne suis pas sûr qu'ils contrôlent autant les autres clubs de la région qui jouent en CFA 2 ! ». L'attente est parfois longue entre l'absorption d'une bouteille d'eau et le remplissage du flacon. Aussi, le moment est propice aux histoires en tout genre. Chaque sportif y va de son anecdote ou de son commentaire prêtant à rire. Le « doc » n'y coupe pas et raconte en pouffant de rire l'histoire « d'un ami, incapable de pisser devant quelqu'un ». Plusieurs jeunes n'ont toujours pas envie d'uriner malgré plusieurs bouteilles vidées. A force de boire, certains se plaignent même de douleurs au ventre et déclarent pessimistes qu'ils n'y « arriveront jamais ». Le docteur Gardet explique calmement : « C'est ça d'être tiré mon pauvre vieux. Tu ne pourras plus y échapper maintenant. Eux, ils peuvent t'attendre 4h00 ! C'est leur boulot ! ».

Le temps s'écoule doucement. Plusieurs sportifs restent « en panne ». L'énerverment de louper l'entraînement, ajouté à une inquiétude montante, provoque une forme d'incompréhension : « mais ils croient quoi eux ? C'est pas la Coupe du Monde hein ! Ils sont fous ! Hey, il y a entraînement là ! Qu'est-ce qu'il va dire le coach ? ».

Un joueur réussit finalement à boucler la procédure. En sortant du bureau, il lance à ses camarades encore en attente : « Comment c'est long de remplir les papiers ! ». Un des jeunes qui n'avait pas suffisamment uriné la première fois, tente à nouveau sa chance. Il reste un très long moment aux toilettes avec le docteur Bachelot (du point de vue réglementaire, le contrôleur doit être présent au moment de la miction et s'assurer que l'urine recueillie est bien celle du sportif contrôlé). Au point que les autres sportifs l'y rejoignent et se moquent gentiment de lui. Le docteur Rembelski intervient : « De la bonne humeur, d'accord, mais ce n'est pas une place publique ici !... ». Ils ressortiront en riant.

Un jeune du Centre non tiré au sort dans le cadre du contrôle vient consulter le docteur Gardet pour de la mésothérapie. « Viens, on y va. Ils font un contrôle anti-dopage. Pour nous enquiquiner un peu plus ! ». Le doc l'invite à rentrer dans le bureau. Le voyant rouge « occupé » placé au dessus de sa porte s'allume. Après 3 ou 4 bouteilles de 0,5 litres chacune, les jeunes sportifs désormais seuls dans le couloir rient nettement moins. L'un d'entre eux fait remarquer à l'égard du docteur Gardet : « ça doit le saouler aussi le doc de faire ça ! ». Un des kinésithérapeutes du centre passe et salue les sportifs présents. « Vous arrivez pas à pisser ? » « Non ! ». Ce qui ne manque pas de le faire rire : « Il faut prendre une bière !... ».

Le docteur Bachelot sort enfin des toilettes en compagnie du jeune qui tentait sa deuxième chance. Il n'a finalement pas réussi. Le préleveur explique : « On prend l'air parce que ça devient prise de tête pour tout le monde là ! ». Le jeune fait une tête d'enterrement. Temps mort technique. Les jeunes boivent, ils ont tous remplis les papiers (première partie de la procédure). Toute le monde se retrouve dans le couloir dans l'attente qu'un des sportifs aient envie d'uriner. Le docteur Rembelski nous explique : « Du point de vue technique, ce n'est pas un bon contrôle que vous observez là ! Les jeunes ne connaissent pas, il n'y a même pas d'entraîneur avec eux, bref pas de bonnes conditions ! En plus on sent qu'on les embête parce que les autres s'entraînent en même

temps ». Ce à quoi le docteur Bachelot réagit aussitôt : « Oui, enfin, en compétition ou en entraînement, de toute façon, on les embête tout le temps ! ». « Oui, c'est vrai... ».

Plus tard, en aparté, le docteur Gardet, ayant fini sa consultation, explique aux jeunes qui n'arrivent pas à uriner et qui commencent à se décourager : « Vous n'avez pas le droit de refuser ! Imaginez un peu le résultat dans la presse ! “Un jeune du centre a refusé de...”. Ça ferait bien... ». Les procédures se poursuivent. Boisson, attente, toilettes... Le docteur Gardet utilise son téléphone afin de décommander un Rendez-vous. « Ouais..., on a un contrôle anti-dopage ». Le docteur Gardet nous raconte alors un précédent contrôle réalisé lors d'un match de l'équipe professionnelle. Les joueurs pendant la procédure sont selon lui allés au bar. « Moi, je ne disais rien hein ! », rajoute t'il en souriant.

Le médecin du club dit devant le docteur Bachelot, alors présent dans le couloir en compagnie des jeunes : « Allez, buvez, parce que moi, je n'ai pas que ça à faire hein ! J'ai du boulot au cabinet ! Je n'ai pas que des contrôles anti-dopage moi ! ». Il demande au MLAD le moment à partir duquel « on passera au contrôle sanguin ». « en 2009 ». « Tant mieux, ça ira plus vite au moins ! ».

17h00 :

Les jeunes qui attendent se font « chambrer » par les coaches qui reviennent de l'entraînement. Le « doc » encourage le footballeur qui a uriné en premier, mais pas suffisamment et qui n'y arrive plus depuis. Allongé au sol, les mains sur le visage, il est extrêmement vexé de ne pas pouvoir s'entraîner. Insensible aux remarques réconfortantes du médecin, ce dernier explique à voix haute : « Le pauvre..., il est complètement désœuvré... ». Puis il s'adresse à nous, comme pour justifier l'attitude de son jeune patient. « C'est pour ça que c'est chiant leur truc. Je comprends ce qu'ils font, je suis pour la lutte anti-dopage, mais là, les jeunes qu'ils ont tiré au sort pour le contrôle, ils devraient être en train de s'entraîner pour jouer avec les moins de 18 ans [la catégorie supérieure à la leur]. Donc ça les pénalise et ça fout en l'air tout le planning du coach, ça là !... Pff ».

Les effets de la boisson se font enfin ressentir. Rigolade générale à chaque fois que l'un d'entre eux triomphe d'une vessie capricieuse. Le docteur Gardet sent que la fin du contrôle est proche : « Y a plus que Florian, c'est une affaire qui marche ! ». Un jeune lui

répond : « C'est bien, vous ne serez peut-être pas trop en retard comme ça doc ! ». Florian réussira finalement à uriner. Le docteur Bachelot sort du bureau et annonce, heureux : « Bon, 15, 20 minutes et c'est plié ! ». Le docteur Gardet lui rétorque : « Oui, mais l'entraînement aussi il sera plié ! ». Un jeune sportif s'adresse alors au préleveur : « Une veille de match, monsieur, c'est pas sérieux de faire ça ! ».

Le docteur Gardet nous fait part d'un contrôle qui s'était révélé positif pour un joueur professionnel suite à une séance de mésothérapie prodiguée par ses soins. C'est la xilocaine, utilisé dans cet exercice comme anesthésiant qui avait été détectée. « Je peux en parler parce que c'est paru dans la presse ». « C'était en local, on pensait que ça partirait rapidement, donc on ne l'avait pas déclaré... ».

Un entraîneur passe devant les jeunes. Il s'arrête devant Florian, qui a une tête d'enterrement, et lui dit : « merci pour la séance ! Bon, allez, demain, RDV 8h45 ! ». Le « doc » donne alors des consignes au sportif : « Demain, concentré sur l'échauffement hein ! Je ne veux pas qu'il t'arrive quelque chose parce que tu ne t'es pas entraîné ce soir ! Sérieux hein, parce que la semaine prochaine, toutes les équipes jouent ! ».

18h00 :

Le contrôle se termine. Le responsable du centre de formation récupère les licences sportives et salue les médecins. Il leur dit en souriant : « Ne revenez pas trop vite hein ! ». Nous saluons l'ensemble des personnes présentes. Les préleveurs profitent des toilettes avant de sortir du centre. Ils y discutent et rapportent en riant : « A nous deux, on fait plus de 90 ml hein ! ». Puis, en guise de conclusion : « Bon, ça ce n'est pas si mal passé ! » « Oui, ça aurait pu être pire ! ».

La restitution très descriptive de ces observations sert utilement la démonstration. Ici, le rapport aux temps semble toujours aussi fécond pour illustrer et analyser la profondeur des oppositions médico-sportives. Entre le médecin gendarme, qui impose par son autorité un temps d'arrêt, et le médecin de terrain dont la fonction même est de s'assurer de la réduction voire de l'annulation des entraves au sablier sportif, leurs rythmes calendaires respectifs les placent de fait dans des univers différents. Leurs représentations peuvent donc être similaires lorsqu'il s'agit de qualifier une pratique sociale massivement

réprouvée, mais dans les faits, leur rencontre devient rapidement conflictuelle. La mésentente est palpable à chaque instant. De l'arrivée du docteur Gardet sur le site jusqu'au départ des médecins préleveurs, les professionnels de santé n'auront eu de cesse de rappeler leurs intérêts respectifs, non sans provoquer une certaine électricité statique. Les agents de contrôles sont ici pour « faire de la pédagogie ». Ils prennent donc le temps de se montrer car plus ils seront « visibles » et plus ils marqueront les esprits de leur passage. Le médecin de terrain est venu en urgence pour que le contrôle se passe vite et bien. Son souci majeur est de libérer le plus rapidement les joueurs de ce qu'il perçoit être une contrainte temporelle handicapante, afin qu'ils puissent rejoindre au plus vite l'entraînement (il les fait boire, les encourage, etc.). En outre, il aimerait également pouvoir retourner rapidement dans son cabinet afin de reprendre le cours normal de son activité. Entre dérangement nécessaire et sacrifice inutile, les visions semblent donc définitivement marquées par le mélange complexe des dispositions médicales et sportives qui s'actualisent sur divers lieux d'exercice.

III. Conclusion sommaire

Les médecins du sport se connaissent localement et ont parfaitement conscience des placements et des visions de chacun. Comme dans n'importe quel espace social qui est source de profits, les agents en place entretiennent des rapports de dérision réciproques qui servent un rapport de force dont l'enjeu est d'imposer sa vision légitime de la pratique concernée. Ici, pourtant, les trajectoires sociales et le lieu sur lequel s'organise l'exercice médical sont parfois tellement éloignés que ce rapport de force est inopérant. En effet, tant que les médecins ne se seront pas mis d'accord sur des règles du jeu communément acceptées, les luttes internes ne pourront servir utilement le développement de cette occupation. Doit-on encadrer ou s'opposer au sport intensif précoce ? Peut-on être médecin sur le terrain sans perdre son indépendance ? Peut-on être médecin du sport sans avoir été soi-même sportif ? Les mésententes et les incompréhensions mutuelles se nourrissent là d'un terreau fertile et sont responsables de l'impossible définition *du* sport et de *sa* médecine. L'absence de cadre précis pour définir la profession et l'existence d'activités antinomiques expliquent ce « langage de sourds » qui caractérise les rencontres

occasionnelles de médecins du sport aux profils différenciés. Dans ces enclaves de discussion, on se parle, mais on ne s'entend pas. Par une forme d'empathie confraternelle et pour ne pas fragiliser plus encore un espace déjà extrêmement dominé, ces mésententes prennent rarement la forme de conflits ouverts. De telles disputes n'auraient d'ailleurs aucun sens dans la mesure où elles ne rapporteraient rien (puisque rien n'est « en jeu » à ce niveau). A ce titre, il est significatif de constater que les véritables rapports de concurrences médico-sportives se jouent de façon éminemment cloisonnée. Chaque « groupe » de médecins du sport se déchire sur son propre terrain. Hospitalier pour les uns, au sein des structures sportives pour les autres. Le spécialiste du genou sportif n'entend pas se faire éclipsé de la sorte par l'érudition et les découvertes du spécialiste de l'épaule ; le médecin de club souhaite pour sa part « récupérer ses gars entiers » et entend rappeler au médecin de sélection l'utilisation raisonnée qu'il doit faire des capacités physiques de joueurs dont il a la responsabilité.

Pourtant, ils se rejoignent tous lorsqu'il s'agit de dénoncer et de s'opposer au dopage sportif. Dans les discours et les représentations, peu de dissonances. Les médecins du sport réprouvent collectivement une pratique sociale tombée sous le joug de la vindicte populaire et s'assurent ainsi de la démonstration publique de leur utilité. Dans un enjeu de représentation collective, il est en effet bienvenu de se poser comme les principaux acteurs d'une lutte qui ne peut être que médicale¹⁴². Mais à nouveau, lorsque l'on dépasse le simple registre langagier et que l'on aborde les pratiques, les oppositions réapparaissent et la dénonciation du dopage ne suffit pas à camoufler des rapports au monde trop différenciés. L'entente n'est qu'artificielle et les incompréhensions s'expriment à nouveau pleinement. Pour un médecin qui adhère au jeu sportif et est salarié d'une structure de formation des élites, il est difficile d'accepter l'arrêt autoritaire du temps imposé par un médecin « qui n'est pas de la maison » et ne se rend pas compte des exigences du calendrier sportif. A l'inverse, les préleveurs ne comprennent pas la réaction parfois colérique de leurs confrères dès lors qu'ils s'inscrivent dans une démarche « pédagogique d'éducation à la santé » ou une démarche « répressive de punition des tricheurs ». La tension entre les deux mondes est plus vive que jamais.

¹⁴² Dans les faits, si les médecins se sont assurés de ce placement, les dopés sont traités juridiquement mais jamais pris en charge d'un point de vue sanitaire. Ce qui soulève un paradoxe important. Le « problème du dopage » est considéré comme relevant de la santé publique, mais son traitement est uniquement judiciaire et répressif.

CONCLUSION GENERALE ET OUVERTURES :

Comprendre, expliquer et décrire l'espace de *la* médecine du sport nécessite de penser un univers pris dans la double contrainte des processus de sportivisation et de médicalisation de la vie sociale. Selon les biographies des agents en place et les lieux de leurs exercices, les liens entre la médecine et les activités physiques s'inscrivent dans un double mouvement. Utiliser le sport pour construire une carrière médicale et compenser des trajectoires professionnelles parfois heurtées ou à l'inverse utiliser la médecine pour s'engager corps et âme dans un projet sportif et bénéficier d'un prestige longtemps convoité renvoie à deux formes d'instrumentalisation distinctes qui ouvrent des positionnements antinomiques. Entre une médecine étrangère aux normes du sport de haut niveau, entièrement dirigée par les principes hippocratiques et une médecine de l'exploit qui se met au service de la performance et se joue de la déontologie, les visions du monde et les pratiques professionnelles qui en découlent portent la marque d'une profonde hétérogénéité. L'hygiénisme de la première moitié du siècle n'y échappe pas et fait l'objet de multiples interprétations, certaines clairement orientées vers l'élitisme et la rationalisation sportive. Cette tension entre deux mondes est un principe historique structurant de l'espace médico-sportif. En effet, les oppositions repérées sont originelles et ont traversé le siècle au gré des évolutions plus générales de la société. De ce point de vue, les médecins du sport aux profils différenciés ont porté avec eux les conditions de leur propre domination, responsables de la fragilité de l'espace sur lequel ils exercent leur art. Trop éloignés socialement pour s'assurer d'une entente professionnelle autour du jeu à jouer, l'absence d'un rapport de force clairement et collectivement défini a scellé le destin d'un exercice médical condamné au rang de compétence. Le non-accès au statut sacro-

saint de spécialité et la crise de légitimité dont souffre actuellement la médecine appliquée au sport témoignent de sa domination relativement à la sphère médicale globale. La menace aux normes médicales stabilisées que représente la position des médecins qui adhèrent aux normes et aux valeurs du sport d'élite n'est ici pas anodine. Leur participation active aux processus de formation des habitus sportifs et de construction de la performance sont autant de remises en cause de l'ordre dominant. Elle interroge la définition même de l'intervention dans son rapport avec les trajectoires et les biographies individuelles. Il est en effet intéressant de constater que des socialisations antérieurement constituées et étrangères dans leur essence à la sphère professionnelle peuvent avoir des effets durables et puissants. Dans le champ de la haute performance, l'incorporation des valeurs et règles de l'espace sont ici à l'origine d'un déplacement visible des normes de santé qui explique l'adhésion du médecin au jeu proprement sportif. Il semblerait que ce phénomène ne touche pas uniquement les médecins, mais plus largement l'ensemble des professionnels susceptibles de prendre place dans cet univers singulier. Il pourrait concerner aussi, par exemple, les psychologues du sport, également partagés entre évaluation thérapeutique et préparation mentale du champion, ou encore le travail réalisé par les vétérinaires ayant en charge le suivi des animaux participant aux compétitions sportives, là aussi divisés entre soins et préparation à la performance. Des enquêtes ethnographiques portant spécifiquement sur ces autres sphères professionnelles seraient susceptible de venir infirmer ou confirmer cette hypothèse d'une translation des normes, dès lors que sont biographiquement incorporées les valeurs du sport d'élite.

En outre, ce décalage des normes en appelle à un questionnement plus général sur la santé et le travail. En effet, il invite à dénoncer ce principe commun d'individualisation du rapport à la santé, qui tend à attribuer à la moindre difficulté rencontrée une responsabilité personnelle. Le sportif professionnel qui se blesse gravement est au mieux la victime malheureuse d'une vie qu'il a « choisie » avec son lot de risques connus, au pire le coupable désigné d'un écart commis envers ses « devoirs » quotidiens (ce que l'on attend de lui). La blessure n'est donc jamais considérée dans sa réelle dimension, comme le résultat d'une combinaison d'actions collectives au service d'un intérêt unique. La dénégation d'un risque collectivement produit au profit de manquements individuels aux conduites attendues, autorise la reproduction du système par l'illusion de la conservation d'un libre-arbitre, nécessaire au maintien des athlètes eux-mêmes dans un espace dont ils ont le sentiment d'être maîtres. Matthew Desmond illustre ce même mécanisme dans son

étude sur le rapport à la mort entretenu par les pompiers américains. Pour que ce risque soit pensable, il est vital de conserver l'illusion de pouvoir le maîtriser. « En marquant tous les morts au sceau de l'incompétence, le Service des forêts aide les pompiers à maintenir cette illusion, même lorsqu'ils sont confrontés à la réalité de la mort. A moins qu'ils ne se mettent directement à la place d'un cadavre, les pompiers doivent prendre leurs distances vis-à-vis de leurs amis et de leurs collègues tombés dans l'exercice de leurs fonctions et s'accrocher à la croyance selon laquelle [la mort engage la responsabilité du défunt]. En utilisant le blâme comme un bouclier mais aussi comme une arme, l'illusion du libre-arbitre ne faillit pas face à la mort ; elle se renforce, et repousse le danger lié au feu »¹⁴³. Ce mécanisme de responsabilisation traverse donc des domaines d'activités variés, et soulève l'hypothèse d'une même violence structurale propre aux espaces dans lesquels le corps est source de rentabilité et de profits. Dans des espaces hiérarchisés où la souffrance corporelle augmente à mesure que les positions s'affaiblissent, l'érosion des corps ne semble pas préposée à l'usure tant elle peut s'appuyer sur la double complicité de ceux qui produisent les efforts et de ceux qui en récoltent le fruit. Or, « d'un point de vue sociologique, l'intéressant vis-à-vis d'une catégorie défavorisée n'est pas le caractère pénible du désavantage qu'elle subit, mais la contribution de la structure sociale à la création et à la stabilisation de ce désavantage »¹⁴⁴. Dans ce cadre, la participation médicale reste sujette à caution. A t-elle les moyens de se poser en obstacle à la production éminemment sociale de certaines formes de détériorations corporelles ? Notre étude ne plaide pas en ce sens. Si la simple *présence* des médecins de terrain dans l'espace de la haute performance sportive suffit à produire une forme de complicité tacite au jeu qui s'y joue¹⁴⁵, il ne faudrait pas sous-estimer la responsabilité des autres types de médecins du sport. « En utilisant les connaissances des sciences biologiques, la lutte anti-dopage se fixe sur l'athlète en tant qu'individu. Rien ne peut plus individualiser le problème du dopage que l'analyse de l'urine ou du sang de l'individu [...]. L'analyse du dopage réalisé par les sciences biologiques se prête bien à l'individualisation de la faute et contribue à innocenter

¹⁴³ **DESMOND**, Matthew. 2006. « Des morts incompetents », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165, p. 27

¹⁴⁴ **GOFFMAN**, Erving. 2002. *Op. Cit.*, p. 57.

¹⁴⁵ Dans son récit biographique, Joël Bats revient sur son expérience au sein d'un centre de formation de football. « En dehors des éducateurs qui nous suivaient, il y avait un autre juge de paix : le médecin du club. Nous n'échappions à aucun test dans le cabinet médical installé dans le centre même. Inconsciemment, une idée nouvelle s'était jointe à nos obsessions ordinaires : la maladie ou la méforme ne pouvaient venir que de notre négligence. Nous nous présentions donc devant médecin dans la peau de coupables potentiels. Comme les autres, je ne voulais pas que l'on puisse me faire le moindre reproche ». **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p.49.

le système »¹⁴⁶. Le médecin de l'exploit, tout comme l'agent de contrôle du dopage s'inscrivent donc dans ce même processus d'individualisation de la faute sanitaire et participent finalement ensemble à la protection et au maintien d'un espace pathogène. L'étude de Seth M. Holmes sur les conditions de vie des travailleurs migrants cueilleurs de baies dans la vallée de la Skagit, dans l'Etat de Washington, amène à un constat similaire. Les dirigeants d'exploitation, soucieux d'apporter un minimum de soins à une main d'œuvre dominée subissant de façon dramatique les conditions de travail éreintantes des champs, s'assurent de la collaboration d'un « centre médical pour migrants ». Les mécanismes sont alors d'une étonnante proximité. Les médecins contribuent au principe de responsabilisation de l'individu et reproduisent de fait une violence structurale. « Ils imputent souvent la maladie au patient lui-même, par exemple en lui déclarant qu'il ne se penche pas correctement lors de la cueillette ou en lui supposant un rapport problématique à l'autorité – sans savoir repérer les hiérarchies locales ou les politiques internationales qui ont placé leurs patients dans des conditions de travail insupportables. [La conséquence d'une telle attitude] est que les médecins tendent à blâmer, voir pénaliser, les victimes de souffrances sociales »¹⁴⁷. De telles correspondances appellent à l'élaboration de nouvelles analyses afin de tester la stabilité des mécanismes mis en lumière.

¹⁴⁶ **BETTE**, Karl-Heinrich. 2005. « L'individualisation du problème du dopage : déficits structureaux dans le discours du dopage », *Revue Staps*, n°70, p. 78.


¹⁴⁷ **HOLMES**, Seth. 2006. « “Parce qu'ils sont plus près du sol”. L'invisibilisation de la souffrance sociale des cueilleurs de baies », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165, p. 49.

ANNEXES METHODOLOGIQUES

Grille de lecture « discursive »

Adoption d'une grille de lecture thématique dans le travail d'archives. Pour une analyse pertinente des discours qui traitent des activités physiques en lien avec des préoccupations sanitaires et médicales, tenus par différents agents au cours du temps (des années 1880 à nos jours).

- pratiques discursives qui renvoient aux diverses tensions exprimées par l'auteur : 

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente la ou les relations entre l'activité physique et la santé : 

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente l'activité physique (ce qui doit être conseillé, ce qui ne peut l'être, etc.). Et surtout ce qu'il entend par activité physique (EP, exercices, jeux athlétiques, sports, gym, etc.) : _____

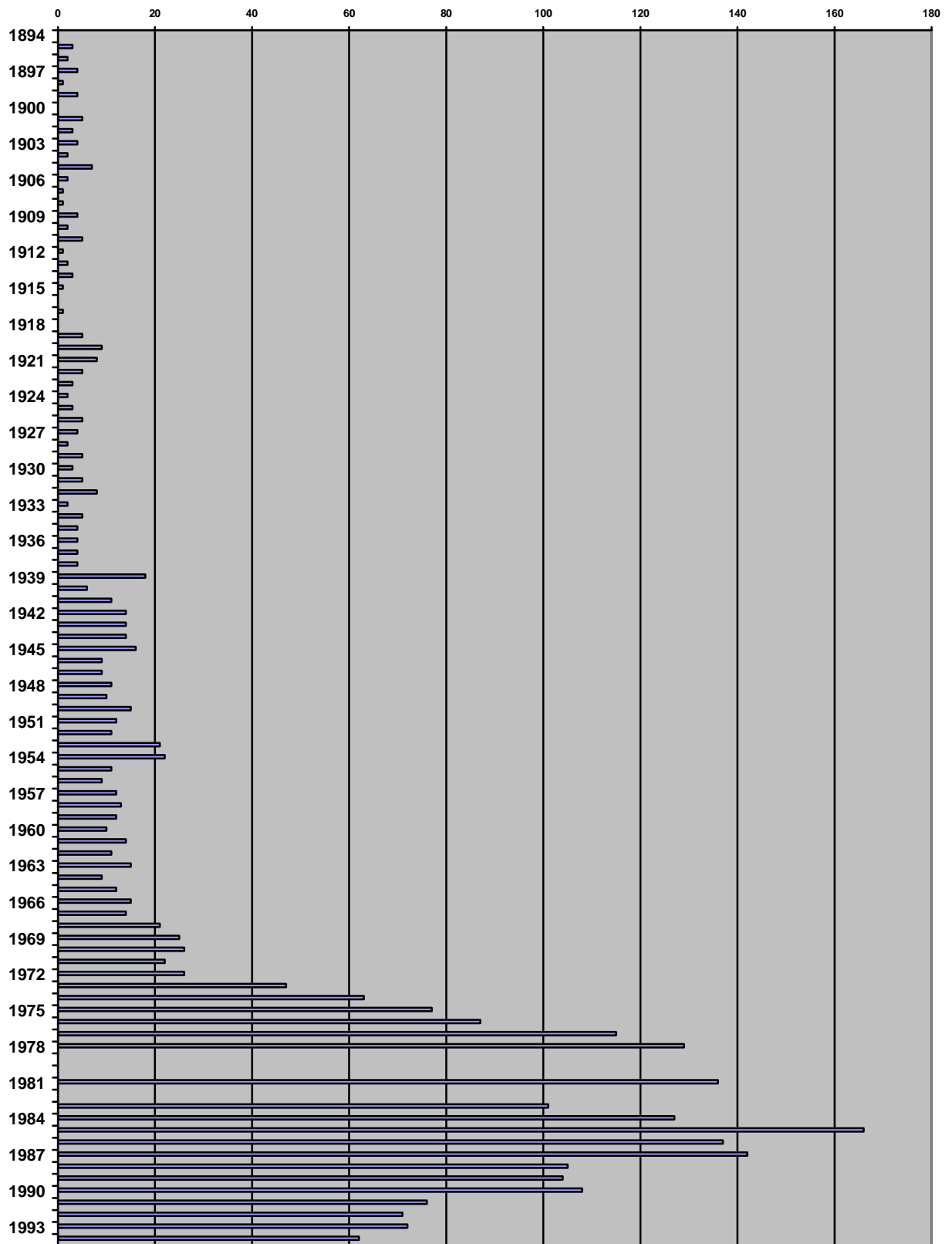
- réflexions sur l'éducation (scolaire, familiale, etc.) et ce qu'elle doit être. (Expriment souvent les prises de position de l'auteur) : _____

- références à « l'ordre militaire » (qui a un pouvoir fort sur l'encadrement des pratiques physiques) : _____

- invocation(s) du point de vue scientifique par l'auteur (permet de comprendre par quel procédé argumentatif il pose son point de vue. Physiologie, pathologie, clinique, expérimentale ?...): _____

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente la ou les bénéfices de l'activité physique (en dehors des considérations hygiéniques) : _____

Un siècle de Thèses. 1894-1994



Médecins du sport en Loire Atlantique : 3 exemples de questionnaires remplis. Hétérogénéité des profils médicaux



ENQUETE STATISTIQUE : « MEDECINS ET MEDECINE DU SPORT EN LOIRE ATLANTIQUE »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, je prépare une recherche sur la médecine du sport. Quelle est sa position par rapport aux autres spécialités médicales, quelles sont ces conditions d'exercice, ces contraintes et ces formes de valorisation ? Comment la médecine du sport est-elle parvenue à se faire reconnaître ? Quelles sont les raisons qui incitent à exercer dans le domaine du sport et quelles sont les attentes des médecins par rapport aux institutions sportives ? Le questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise et se structure votre spécialité en Loire Atlantique, quels en sont les enjeux et comment les médecins envisagent-ils son évolution.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Vous comprendrez, j'en suis sûr, qu'un nombre suffisant de réponses sera nécessaire pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.
Cordialement, B. VIAUD.

I – Votre pratique médicale

1. Quelle est votre situation professionnelle à ce jour ?

- Médecin généraliste Médecin spécialiste

2. Indiquez votre spécialité

3. Indiquez si vous êtes

- Installé à votre compte Salarié d'une structure

4. Si vous êtes installé, indiquez la part que les sportifs représentent dans votre clientèle ?

- Plus de 75 % Moins de 25 %
 Entre 50 et 75 % Aucune part
 Entre 25 et 50 %

5. Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (soyez le plus précis possible, du type « médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France » ou encore « gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune », « réalisation de tests d'effort en CHU », « formateur à l'UFR de médecine », « délivrance de certificats médicaux », etc.) ?

*peu de usage actuellement. J'ai participé entrepris comme
vacataire dans un centre médical sportif où je faisais
chaque semaine des consultations d'effort à la pratique
du sport. Actuellement approchant mes 60 ans, je ne fais
que des consultations d'effort à la pratique sportive
dans mon cabinet (une centaine de consult par an)*

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> Activité annuelle (< de 12 fois/ans) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) | <input type="checkbox"/> Activité très occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois) | |

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Une ligue |
| <input type="checkbox"/> Un club | <input type="checkbox"/> Une fédération |
| <input type="checkbox"/> Un comité départemental | <input type="checkbox"/> Autre, précisez |

II – Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- Oui Non

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- Oui Non

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

Docteur en médecine + CES Médecine du sport

11. Lors de vos études universitaires de médecine, avez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

NON

12. Êtes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

- Aucune

- Oui 13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

III – Vos pratiques culturelles et sportives

14. Êtes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

- Non aucune Oui 15. Précisez l'objet de cette organisation

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez

17. Etes vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? oui

18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?
..... cyclisme, activité de loisir (60 à 80 kms / semaine)

19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? oui

20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?
..... toujours la même, activité de cyclotourisme

IV – Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

le médecin du sport doit inciter encore plus les
généralistes (de bon) ses patients à l'intérêt de la pratique
sportive régulière pour leur bien être physique et mental
- importance de la pratique sportive pour le maintien d'une
bonne fonction cardiovasculaire
- la pratique sportive aide souvent à avoir une
meilleure hygiène de vie
la pratique sportive régulière permet aux seniors de
rester ⊕ jeunes.

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

Masculin

Féminin

23. Indiquez votre âge : 59 ans

24. Indiquez votre situation matrimoniale

Célibataire

Veuf

Union libre

Divorcé, séparé

Marié(e) ~~Partenaire~~

25. Indiquez le nombre d'enfants :3.....

26. Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été athlète de haut niveau ?

- Non, aucun
 Oui, précisez le lien de parenté et la discipline pratiquée :

27. Quel est où était la profession de votre père ?ouvrier.....

28. Quelle est où était la profession de votre mère ?agriculteur.....

29. Quel est le diplôme le plus élevé de votre père ?

- BEP, CAP, certificat d'études
 Baccalauréat
 Diplôme du supérieur
 Autres, précisez

30. Quel est le plus haut diplôme obtenu par votre mère ?

- BEP, CAP, certificat d'études
 Baccalauréat
 Diplôme du supérieur
 Autres, précisez

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Accepteriez-vous de compléter ce travail par un entretien approfondi ? Si oui, merci d'indiquer sur une feuille séparée vos coordonnées pour que nous puissions prendre contact avec vous dès que possible.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Ci-joint dans ce même courrier, un timbre postal ainsi qu'une enveloppe adressée à :
VIAUD Baptiste,
Rue de la Mare,
44119 Grandchamp des Fontaines.

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> Activité annuelle (- de 12 fois/ans) |
| <input type="checkbox"/> Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) | <input type="checkbox"/> Activité très occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois) | |

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Une ligue |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un club | <input checked="" type="checkbox"/> Une fédération |
| <input type="checkbox"/> Un comité départemental | <input type="checkbox"/> Autre, précisez |

II – Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|---|

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|---|

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

DU Médecine hyperbare ; DU d'évaluation du dommage corporel ; Acupuncture ; Manipulations ostéo-arthiculaires

11. Lors de vos études universitaires de médecine, avez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

Oui gynécologie

12. Etes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aucune |
|--|

13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

.....

III – Vos pratiques culturelles et sportives

14. Etes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non aucune | <input checked="" type="checkbox"/> Oui |
|-------------------------------------|---|

15. Précisez l'objet de cette organisation

Plongée sans maître ; vidéo

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez *Inspecteur de plongée - formation vidéo*
17. Etes vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? *Plongée sous marine*
18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?
19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? *Oui*
20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ? *football, club*

IV – Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

"Un esprit serein dans un corps sain"
Rôle préventif de la médecine du sport;
Conseil médical et diététique

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

- Masculin Féminin

23. Indiquez votre âge : *48*

24. Indiquez votre situation matrimoniale

- Célibataire Veuf
- Union libre Divorcé, séparé
- Marié(e), Pacsé(e)



ENQUETE STATISTIQUE :
« MEDECINS ET MEDECINE DU
SPORT EN LOIRE ATLANTIQUE »

IMPORTANT :

Etudiant de Troisième Cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, je prépare une recherche sur la médecine du sport. Quelle est sa position par rapport aux autres spécialités médicales, quelles sont ses conditions d'exercice, ses contraintes et ses formes de valorisation ? Comment la médecine du sport est-elle parvenue à se faire reconnaître ? Quelles sont les raisons qui incitent à exercer dans le domaine du sport et quelles sont les attentes des médecins par rapport aux institutions sportives ? Le questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise et se structure votre spécialité en Loire Atlantique, quels en sont les enjeux et comment les médecins envisagent-ils son évolution.

Cet envoi constitue la deuxième vague de passation de ce questionnaire (j'ai réalisé un premier envoi au début du mois de Janvier), car, même si mes recherches sont en bonne voie, il me semble nécessaire, pour que mon analyse soit pertinente, de recueillir le maximum de réponses possibles. Vous comprendrez, j'en suis sûr, l'importance pour un chercheur de disposer d'un corpus de données particulièrement dense afin d'alimenter un travail aussi exigeant que celui d'une thèse.

Je vous remercie par avance de votre soutien, qui, au-delà de ma propre recherche, participera activement à une meilleure compréhension de cette discipline et de ses éventuelles évolutions dans le temps...

Cordialement. Baptiste VIAUD.

I – Votre pratique médicale

1. Quelle est votre situation professionnelle à ce jour ?

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

2. Indiquez votre spécialité *Pédiatre*

3. Indiquez si vous êtes

Installé à votre compte

Salarié d'une structure

4. Si vous êtes installé, indiquez la part que les sportifs représentent dans votre clientèle ?

Plus de 75 %

Moins de 25 %

Entre 50 et 75 %

Aucune part

Entre 25 et 50 %

j'essaie de stimuler tous les enfants à faire du sport ! le plus jeune possible

5. Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (soyez le plus précis possible, du type « médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France » ou encore « gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune », « réalisation de tests d'effort en CHU », « Formateur à l'UFR de médecine », « délivrance de certificats médicaux », etc.) ?

je ne suis surtout que pédiatre.
je stimule au maximum les enfants à
faire du sport dès 3 à 4 ans.
j'anime les examens pour les certificats
médicaux pour le sport

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> Activité annuelle (- de 12 fois/ans) |
| <input type="checkbox"/> Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) | <input type="checkbox"/> Activité très occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois) | |

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Une ligue |
| <input type="checkbox"/> Un club | <input type="checkbox"/> Une fédération |
| <input type="checkbox"/> Un comité départemental | <input type="checkbox"/> Autre, précisez |

II - Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|---|

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

CES médecine du sport
Il y avait un 1000 mètres à courir - j'étais
enceinte de 8 mois ... j'ai été exemptée !!

11. Lors de vos études universitaires de médecine, avez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

j'étais déjà pédiatre

12. Etes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

Aucune

Oui

13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

Pédiatrie en Nohvite (à la garde tous les jours)
ou plus de mon cabinet

III - Vos pratiques culturelles et sportives

14. Etes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

Non aucune

Oui

15. Précisez l'objet de cette organisation

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez

17. Etes vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? *oui*

18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

natation, vélo, golf, un peu de tennis
marche

19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? *oui*

20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquiez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

tennis, états jeune - Pas de compétition
j'habitais en pleine campagne

IV - Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

le sport me paraît indispensable pour le développement du corps de l'enfant ; ce qui n'est pas toujours évident aux yeux des parents de mes petits patients... qui préféreraient la télé, le game-boy, et surtout de ne pas trop bouger si leurs parents ne disent rien. j'essaie donc de les convaincre très jeune que le sport est indispensable dans leur vie.

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

Masculin



Féminin

23. Indiquez votre âge :54.....

24. Indiquez votre situation matrimoniale

Célibataire

Union libre

Marié(e), Pacsé(e)



Veuf



Divorcé, séparé

25. Indiquez le nombre d'enfants :3.....

26. Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été athlète de haut niveau ?



Non, aucun



Oui, précisez le lien de parenté et la discipline pratiquée :

27. Quel est où était la profession de votre père ?ingénieur.....

28. Quelle est où était la profession de votre mère ?prof de maths.....

29. Quel est le diplôme le plus élevé de votre père ?

BEP, CAP, certificat d'études

Baccalauréat



Diplôme du supérieur



Autres, précisez

centrale

30. Quel est le plus haut diplôme obtenu par votre mère ?

BEP, CAP, certificat d'études

Baccalauréat



Diplôme du supérieur



Autres, précisez

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Accepteriez-vous de compléter ce travail par un entretien approfondi ? Si oui, merci d'indiquer sur une feuille séparée vos coordonnées pour que nous puissions prendre contact avec vous dès que possible.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Ci-joint dans ce même courrier, un timbre postal ainsi qu'une enveloppe adressée à :
VIAUD Baptiste,
Rue de la Mare,
44119 Grandchamp des Fontaines.

Entretiens semi-directifs de recherche. Profils des enquêtés

Noms des enquêtés (modifiés)	Profil médical	Fonctions médico sportives (actuelles ou passées)	Fonctions sportives	Gen re	Pratique sportive « préférée » Niveau de performance atteint	Date et lieu de l'entretien
Médecins « de cabinet »						
Dr. Simonneau	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Tennis Classé 30.3	10.04.03 Domicile
Dr. Vogel	Généraliste Cabinet libéral	Médecin fédéral plongée sous-marine	Formateur des moniteurs de plongée	M	Plongée	10.03.05 Cabinet
Dr. Rigadot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions	Arbitre bénévole dans club de basket-ball	M	Basket-ball départemental	15.03.05 Cabinet
Dr. Lecoq	Généraliste Cabinet libéral	Médecin fédéral plongée sous-marine	Président d'un club de dressage canin	M	Judo Ceinture marron	15.03.05 Cabinet
Dr. Devise	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs Surveillance de compétitions	Aucune	M	Football départemental	16.03.05 Cabinet
Dr. Mériot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Football départemental	17.03.05 Domicile
Dr. Leroux	Spécialiste Médecine du travail	Certificats Suivi de la section sportive du comité d'entreprise	Aucune	M	Course à pied Loisir	22.03.05 Domicile
Dr. Nival	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions Enseignement médecine de montagne	Aucune	M	Alpinisme	23.03.05 Cabinet
Dr. Balzan	Généraliste Cabinet libéral	Médecin de la ligue d'aïkido	Aucune	M	Aïkido 2ème Dan	24.03.05 Cabinet
Dr. Besse	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Ski Loisir	18.11.06 Cabinet
Dr. Gouraud	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux sportifs Petite traumatologie du sport Médecin fédéral plongée sous-marine	Moniteur de plongée	M	Voile Course au large Equitation Galop 7	23.11.06 Cabinet

Dr. Legoff	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Petite traumatologie sportive	Aucune	M	Tennis Loisir	29.11.06 Cabinet
Dr. Burot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions sportives	Aucune	M	Voile National	26.12.06 Cabinet
Dr. Hizambert	Généraliste Cabinet libéral	Certificats	Président d'un club de natation (2 ans)	M	Natation départemental	04.01.07 Parc public
Dr. Hameillon	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance des compétitions locales	N.R.	M	Judo Champion de France des - de 48 kg.	10.01.07 Cabinet
Dr. Gobin	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance des compétitions locales	Aucune	M	Handball National Vice-champion de France Junior	17.03.07 Cabinet
Médecins employés dans des structures sportives d'élite						
Dr. Raulo	Généraliste Salaire à plein temps de la Fédération de Handball	Médecin des équipes de France de Handball Suivi de l'équipe de France féminine A	Entraîneur Handball Nationale 3	M	Handball Nationale 3	22.04.03 UFR STAPS 29.09.07 Hôtel St-Malo 23.11.07 Hôtel Dunkerque 30.11.07 Entretien téléphonique
Dr. Gardet	Généraliste Cabinet libéral	Médecin du centre de formation d'un club professionnel de football inscrit en Ligue 1	Président d'un club de plus de 600 licenciés pendant deux années	M	Football N.R.	22.04.03 Cabinet 27.04.07 Bureau médical club football 11.11.07 Stade match de football
Dr. Renaud	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Cabinet libéral	Médecin d'un pôle espoir masculin de gymnastique artistique	Juge	M	Gymnastique Nationale 2	24.04.04 Cabinet 11.10.07 Cabinet
Dr. Griffaud	Généraliste Cabinet libéral	Médecin d'un pôle France d'aviron Membre de la commission médicale nationale de la fédération d'aviron	N.R.	M	Aviron Vice-champion de France élite Double champion de France Universitaire	10.03.05 Cabinet

Dr. Barathay	Généraliste Cabinet libéral	Médecin pôle France aviron Médecin pôle espoir athlétisme Médecin SSU / SSR athlétisme Médecin contrôleur anti-dopage	Aucune	M	Course automobile Rallye régional	11.03.05 Cabinet 11.10.07 Cabinet 20.09.08 Compétition internationale
Dr. Niger	Généraliste Cabinet libéral	Médecin pôle espoir féminin volley-ball Médecin SSR masculine volley-ball Médecin équipe Pro-B basket-ball Médecin courses en montagne/Trek	Aucune	F	Volley-ball Nationale 1	18.03.05 Cabinet 14.12.06 Cabinet
Dr. Paget	Spécialiste Médecine du travail	Surveillance compétitions Médecin équipe de France Aviron aux JO de Moscou Médecin équipe de France de patin à roulettes Médecin suivi cyclistes professionnels Médecin contrôleur anti-dopage	BE cyclisme Commissaire B cyclisme Co-fondateur et président d'un club de cyclisme	M	Cyclisme 1 ^{ère} catégorie Champion de France universitaire cyclisme International militaire en cyclo-cross Marathon 2h39	25.03.05 Domicile
Dr. Bouguen	Généraliste Cabinet libéral	Médecin ligue régionale de handball	Aucune	M	Handball Inter-région	05.04.05 Cabinet
Dr. Beaugendre	Généraliste Cabinet libéral	Médecin chef services médicaux club de football professionnel Médecin suivi équipe professionnelle football (L1)	Entraîneur Football pendant plusieurs années	M	Football Equipe jeune club professionnel	25.08.06 Bureau médical club football 16.03.07 Bureau médical club football 13.09.07 Bureau médical club football
Dr. Poëns	Généraliste Cabinet libéral	Surveillance compétitions Médecin pôle espoir judo	Aucune	M	Football départemental	01.12.06 Cabinet
Dr. Decaux	Généraliste Cabinet libéral	Médecin ligue régionale de basket-ball Médecin pôle espoir masculin basket-ball	Aucune	M	Basket-ball Interrégional	09.12.06 Cabinet
Dr. Boyer	Généraliste Vacations Centre médico-sportif Médecine	Médecin pôle espoir natation synchronisée Médecin contrôleur anti-dopage	Entraîneur salarié d'un club de natation synchronisée	F	Natation synchronisée Equipe de France	20.09.08 Compétition internationale

	scolaire Permis de conduire		(niveau national)			
Médecins hospitaliers						
Pr. Marlier	Spécialiste Professeur des Universités Praticien Hospitalier Physiologie	Fondateur et chef service hospitalier médecine du sport	N.R.	M	N.R.	10.04.04 Service médecine du sport et de l'effort physique Hôpital
Dr. Niel	Spécialiste Cardiologue	Chef de service Service médecine du sport et de l'effort physique Médecin régional de la retraite sportive	Aucune	F	Voile Loisir	11.05.04 Service médecine du sport et de l'effort physique Hôpital
Dr. David	Spécialiste Praticien hospitalier Rééducation fonctionnelle	Chef de service Service médecine physique réadaptation locomotrice et réadaptation gériatrique Médecin expert Agence Française de Lutte contre le Dopage Suivi médical des meilleurs joueurs de football DH engagés dans la Coupe d'Europe des clubs amateurs	Aucune	M	Football Equipe de France – de 17 ans Contrat promotionnel de 3 ans dans un club professionnel Athlétisme 1500 mètres National	14.12.07 Service de rééducation fonctionnelle Hôpital
Dr. Alberti	Spécialiste Praticien hospitalier Cardiologue HDR Physiologie	Responsable Unité service médecine du sport Médecin équipe de France Kayak (6 ans) Médecin d'un Comité Départemental Olympique et Sportif (4ans)	Aucune	M	Cyclotourisme Loisir	18.03.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
A. Boccage	Interne Médecine générale DESC médecine du sport	Non concerné Réalisation Thèse sur utilisation des urgences par les sportifs traumatisés	Aucune	M	Footing Loisir	20.05.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Salle de pause

Dr. Quirion	Généraliste Vacations service médecine du sport et d'exploration vasculaire	Praticien attaché service médecine du sport Médecin équipe de France Kayak (3 ans) Médecin pôles espoirs féminin et masculin handball Médecin contrôleur anti-dopage	Présidente association de gymnastique volontaire (6ans)	F	Danse Classique et contemporain e	07.02.08 Pôle espoir handball Infirmier lycée 20.05.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
Pr. Laroche	Spécialiste Doyen Faculté médecine Chirurgien orthopédiste pédiatre	Fondateur et chef service chirurgie infantile Médecin fédéral escrime	Co- fondateur et Président section escrime club omnisports	M	Volley-ball Champion de France Universitaire	21.05.08 Bureau du doyen
Dr. Amazan	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Praticien hospitalier service médecine générale Praticien attaché service médecine du sport	Médecin référent réhabilitation respiratoire Surveillance compétitions équitation	Aucune	M	Aucune (sport scolaire)	04.06.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
Pr. Landais	Spécialiste Chirurgien orthopédiste	Chef service chirurgie orthopédique Traumatologie du sport	Président de l'ASSUN	M	Volley-ball Nationale 1 Champion de France Espoir	28.05.08 UFR STAPS
Autres médecins enquêtés						
Dr. Rembelski	Spécialiste Radiologue	Retraité Médecin contrôleur anti-dopage	N.R.	M	N.R.	31.10.08 Locaux club professionnel football
Dr. Bachelot	Spécialiste Médecine du travail	Médecin de la Lutte Anti-Dopage (MLAD)	Adjoint aux sports de sa commune d'exercice pendant plusieurs années	M	Football Loisir	18.09.08 Locaux de la DRDJS 20.09.08 Compétition international 31.10.08 Locaux club professionnel football

Nombre total d'entretiens réalisé avec des médecins du sport = 52.

Exemples de grilles d'entretiens

Entretien Docteur Simonneau
[Médecin généraliste installé à son compte]
A son domicile
10 avril 2003 / 14 h 00

I / Modalités du « choix » du métier de médecin :

- Trajectoire scolaire et professionnelle.
- Origine sociale familiale.
- Goûts et dégoûts en matière scolaire.
- Rapport à la médecine, à la santé (individuel, familial, parental).
- Représentations initiales du métier ; autres métiers éventuellement envisagés ; autres spécialisations médicales éventuellement envisagées.

II / Modalités du « choix » de la « spécialité » médecine du sport :

- Trajectoire sportive personnelle et familiale.
- Rapport au corps individuel et familial.
- Type de sociabilité créée par la formation et par la pratique de cette médecine.
- Fonction et « utilité » de cette médecine envisagée relativement aux autres spécialités médicales et en elle même.

III / Pratiques professionnelles :

- Missions assignées.
- Pratiques en cabinet.
- Pratiques en milieu associatif, fédéral...
- Public sportif concerné.
- Type de traumatismes rencontrés et soins prodigués.
- Relations professionnelles (avec le milieu médical, avec le milieu sportif...).

IV / Rapport au sport :

- Engagement(s) présent(s) et passé(s) dans l'univers sportif associatif.
- Conception du sport (sport de masse / sport de haut-niveau...) et du sportif (« sportif du dimanche » / sportif de haut-niveau...)
- Apports de la médecine dans le sport.(médecine au service de la santé, médecine au service du sport...)
- Conception de la compétition de haut-niveau, de la relation entre sport et santé, du dopage, de l'entraînement sportif...

Entretien Docteur Alberti
[Spécialiste en cardiologie et médecine vasculaire - Responsable d'Unité du service de
médecine du sport d'un CHU] – Bureau Médical.
Mardi 18 Mars 2008 / 17 h 00

Historique service hospitalier d'Angers :

- Création du service (date, noms, missions, disciplines sportives représentées...)
- Constitution progressive de l'équipe (histoire du recrutement)

Trajectoire Professionnelle :

- Cursus Universitaire (spécialité. [Cardiologie])
- Thèse (titre. Rapport éventuel au sport)
- CES Médecine du sport (Année, motivation, stages)
- Trajectoire hospitalière (chemin effectué dans le service. [Patron du vasculaire])
- Emploi du temps actuel (répartition des tâches / labo explo vasculaire et labo explo fonctionnelle / consultations / Activités de recherche)
- Perspectives d'évolution professionnelle.
- Activités de recherche (protocoles de recherches actuellement engagés)

Engagements passés et présents dans médecine du sport :

- Premiers engagements professionnels en lien avec la médecine du sport (disciplines, actes médicaux demandés / réalisés, à l'hôpital, dans des structures sportives)
- Médecin pôle Handball (mode de recrutement, nombre d'années, modalités d'arrêt)
- Médecin équipe de France de kayak (mode de recrutement, nombre d'années, modalités d'arrêt)
- Autres ?...

Trajectoire sportive :

- Disciplines passées, présentes
- Niveaux passés, présents

Politique hospitalière :

- Histoire concurrence CHU [ville voisine]
- Stratégies de « captation » des populations sportives (Histoire du [club de football professionnel de la ville] / histoire des handballeurs [d'une ville voisine possédant un pôle espoir]... Stratégie de fidélisation de la population sportive)
- Discussion [secrétaire du service] : « Aller vers le plus rentable ». SHN plus rentable que SSD. Pouvoir de refuser des SSD au profit de consultation SHN ?
- Le docteur Quirion [confrère du service] m'expliquait également que sa fonction de médecin du pôle HB était issue d'une demande de votre part. Volonté de conserver une population sportive ?
- Quels impacts pourraient avoir la prise de fonction du Docteur Quirion sur le poste de médecin conseil DRDJS sur le service de médecine du sport ?

Entretien Professeur Landais
[Chirurgien - Chef d'un service de chirurgie orthopédique - traumatologie du sport]
UFR STAPS Salle 124
Mercredi 28 Mai 2008 / 9 h 00

Trajectoire Professionnelle :

- Cursus Universitaire (Spécialité. [Chirurgie])
- Thèse (Année. Titre. Rapport éventuel au sport)
- CES Médecine du sport (Année, motivation, stages)
- Trajectoire hospitalière (hors spécialisation sport)
- Activités de recherche (hors spécialisation sport)

Engagements passés et présents dans médecine du sport :

- Premiers engagements professionnels en lien avec la médecine du sport (disciplines, actes médicaux demandés / réalisés, à l'hôpital, dans des structures sportives)
- Trajectoire hospitalière (évolution de la Patientèle vers une sportivisation)
- Activités de recherche [papiers avec le docteur David]
- Engagements dans les sociétés savantes. Membre de la SFTS. Création du GATS. (Objectifs, durée, arrêt)
- Pas d'engagements dans la société française de médecine du sport (SFMS).
- Mise en place des journées de formation / information avec les entraîneurs (Objectifs, durée, arrêt)
- Mise en place des consultations de traumatologie du sport le lundi après-midi à l'hôpital (Objectifs, durée, arrêt).
- Relation de la Traumatologie du sport avec l'IRMS [de la ville]. Choc Traumato vs Physio.
- Enseignements UFR STAPS (recrutement, durée, arrêt).

Trajectoire sportive :

- Disciplines passées, présentes
- Niveaux passés, présents
- Proximité familiale SHN
- Engagements associatifs
- [Président ASSUN]

Enseignement Capacité médecine du sport :

- Direction des enseignements
- Organisation de l'enseignement (ligne directrice, choix des matières, choix des enseignants)
- Création du DESC : vers une spécialisation de la médecine du sport ?

Observations ethnographiques. Tableau récapitulatif des investigations menées

	Temps et conditions de l'observation	Statuts des enquêtés et modes de recueil des données
Club Professionnel de Football, doté d'un Centre de Formation.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des entraînements, matches et interventions médicales sur une durée de 7 mois à raison de deux à trois demi-journées de présence hebdomadaire. - Enregistrements audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Médecin de l'équipe professionnelle, chef de l'équipe médicale (3 entretiens). - Le Médecin du Centre de Formation (3 entretiens). - L'entraîneur de l'équipe des moins de 18 ans, directeur du Centre de formation (1 entretien). - L'entraîneur de l'équipe CFA (1 entretien). - 10 joueurs de Ligue 1 (discussions informelles). - 6 joueurs du Centre de Formation (discussions informelles ; 2 entretiens). - Le préparateur physique de l'équipe professionnelle (1 entretien). - Un kinésithérapeute de l'équipe professionnelle (1 entretien).
Pôle Espoir Masculin de Gymnastique artistique.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des entraînements et des consultations médicales pendant une année à raison d'une journée de présence hebdomadaire. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du Pôle (4 entretiens). - 10 gymnastes (discussions informelles ; questionnaires ; 2 entretiens). - Deux entraîneurs (2 entretiens). - Le kinésithérapeute du Pôle (1 entretien).
Pôle Espoir Masculin et Féminin de Handball.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des consultations médicales sur une durée de 6 mois à raison d'une journée de présence toutes les deux semaines. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du Pôle (2 entretiens). - L'entraîneur de la section féminine du pôle (2 entretiens). - 10 handballeurs (discussions informelles).
Equipe de France Féminine de Handball.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique d'une journée de stage de la sélection nationale, et des interventions médicales. - Observation ethnographique d'une compétition internationale et des interventions médicales sur la durée d'une semaine, à raison d'une présence ininterrompue. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin des sélections nationales, en charge du suivi de l'équipe A féminine (4 entretiens). - 5 joueuses (discussions informelles).
Service Régional de Médecine du Sport d'un Centre Hospitalier Universitaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des consultations médicales sur une durée de 6 mois à raison de trois journées de présence par semaine. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le responsable de l'Unité, Praticien Hospitalier (1 entretiens). - 2 praticiens associés à temps partiel (3 entretiens). - Un interne en médecine du sport (1 entretien). - Des dizaines de sportifs de tous niveaux (discussions informelles).

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau ». Exemples de questionnaires remplis par deux familles

ENQUETE ETHNOGRAPHIQUE :

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, j'effectue une recherche sur la Médecine du sport. Dans ce cadre, il m'a été possible d'observer la pratique médicale du Docteur Renaud au sein du pôle espoir de gymnastique des Pays de la Loire sur l'ensemble de la saison 2006-07. Guillaume faisait alors partie du groupe avenir/espoir de cette structure sportive. De façon à comprendre, expliquer et décrire la prise en charge médicale des jeunes gymnastes, je ne pouvais faire l'économie de recueillir l'opinion des familles. Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise la gestion de la santé des gymnastes au niveau familial.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Compte tenu du nombre limité de gymnastes de haut niveau engagé au sein de ce pôle, vous comprendrez j'en suis sûr l'intérêt que représente chacune de vos réponses pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.

Cordialement, B. VIAUD.

Contact : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

I / Votre fils et sa pratique gymnique :

1. A partir de quel âge votre enfant a-t-il commencé la pratique de la gymnastique ? **Très tôt, puisqu'étant entraîneur au club, Mon fils se trouvait fréquemment dans la salle de gym avec moi. Premières compétitions au niveau poussins 1ère année**
2. A partir de quel âge votre fils est-il rentré au pôle espoir ? **Officiellement depuis l'âge de 12 ans et demi. Mais il suivait déjà les entraînements avec le pôle, 4 soirs par semaines, depuis l'âge de 10 ans et demi.**
3. Quel a été le meilleur résultat de votre fils en compétition lors de la saison 2006-07 ? **7è aux coupes nationales par année d'âge (1994)**
4. A quelle fréquence votre enfant rentrait-il au sein du foyer familial lors de cette même saison ? **Il rentre à la maison tous les jours**

II / Le suivi médical des jeunes gymnastes :

5. Votre enfant conserve t-il un médecin traitant en dehors du médecin du pôle ? **Oui** (vaccinations, maladies passagères...)

6. Si oui, à quelle fréquence le consulte t'il en moyenne pour une année scolaire ? (soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois par semaine.
- 1 fois par mois.
- 1 fois tous les deux mois.
- 1 fois par semestre.
- 1 fois par an.
- autre. Précisez :

7. En règle générale, pour quel(s) motif(s) votre enfant consulte t'il son médecin traitant ? (Soulignez la réponse appropriée).

- Maladies
- Blessures.
- Bilans diététiques.
- Etat général (fatigue, stress, etc.).
- autre. Précisez : **vaccinations**

8. Quels sont les critères qui ont motivés votre décision de conserver un médecin traitant, où au contraire de vous référer intégralement au médecin du pôle ? **Le médecin traitant reste le médecin de famille, proche**

9. Dans le cadre de maladie(s), votre fils a-t-il été pris en charge par le médecin généraliste qui travaille en relation avec le CREPS ? **Non**

10. Si oui, combien de fois au cours de la saison 2006 – 07 ? (Soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- 4 fois et plus.

11. Quel est selon vous le rôle précis du médecin du pôle ? **Le suivi sportif (performances, suivi des blessures, soins du corps qui endure beaucoup)**

12. Avez-vous le sentiment que votre enfant se blesse : (Soulignez la réponse appropriée).

- Fréquemment. (En ce qui concerne les mains et poignets, et les chocs, bleus)
- Episodiquement.
- Rarement.
- Jamais.

13. Votre fils a-t-il été victime de blessures qui ont retenues votre attention lors de la saison 2006-07 ? **Blessures n'est pas le mot exact concernant mon fils, mais il a des douleurs régulières au niveau du cou. Il doit aussi gérer son osgood**

14. Si oui, la(les) quelle(s) ?

15. Dans le cadre de cette(ces) blessure(s), avez-vous consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical proposé au sein du pôle ? **Le pôle lui-même a pris rendez-vous pour un IRM (cou)**

16. Si oui, quel(s) type(s) de professionnels avez-vous consulté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Autre médecin généraliste.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

17. Précisez les raisons qui expliquent le recours à ce(ces) professionnel(s) de santé :

18. Lorsque vous consultez un professionnel de santé en dehors du pôle, en avertissez-vous le médecin de cette structure sportive ?

19. Pour quelle(s) raison(s) ?

20. Dans le cadre de la saison 2006-07 de votre enfant, avez-vous eu besoin de contacter directement le médecin du pôle ? **Non**

21. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.
- Téléphone.
- Courrier postal.
- Courrier électronique.
- Autres. Précisez :

22. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- Plus de trois fois.

23. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ?

24. Dans le cadre du suivi médical de votre enfant lors de la saison 2006-07, avez-vous eu besoin de contacter directement le coordinateur du pôle ? **Non**

25. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.
- Téléphone.
- Courrier postal.
- Courrier électronique.
- Autres. Précisez :

26. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- Plus de trois fois.

27. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ?

.....

.....

28. Comment qualifieriez-vous le suivi médical des gymnastes au pôle espoir masculin des Pays de la Loire ?

.....

III / Le suivi médical « à la maison » :

29. En début de saison, participez-vous à la constitution d'une trousse à pharmacie propre à votre enfant ? **Oui, on essaie de suivre régulièrement les besoins**

30. Si oui, de quoi est-elle composée en règle générale ? **élasto, sparadrap, vitadermacil., pansements, straps**

31. Avez-vous besoin de racheter certains éléments en cours de saison ? **Oui**

32. Si oui, le(s)quel(s) ? **élasto, vitadermacil**

33. Compte tenu des exigences propres à la gymnastique de haut niveau, aidez-vous votre enfant grâce à une médication légère ? **Non**

34. Si oui, quel(s) type(s) de médicament(s) utilisez-vous précisément ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- vitamines.
- compléments alimentaires.
- fer.
- homéopathie (précisez l'effet recherché :
- huiles essentielles (précisez l'effet recherché :
- autres. Précisez :

35. Si oui, demandez-vous conseil auprès de professionnels de santé ?

36. Après de quel(s) professionnels vous tourner vous alors ? ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Pharmacien.

- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

IV / Quelques renseignements divers :

37. Pouvez-vous indiquer vos professions respectives (soyez le plus précis possible) :

Père : [Ingénieur informatique](#)

Mère : [Professeur des écoles](#)

38. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ?

Père : [foot, basket \(loisirs\)](#)

Mère : [danse, gymnastique](#)

39. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous, et le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

Père : [Loisirs](#)

Mère : [Championnats de France \(scolaires\)](#)

40. Avez-vous ou avez-vous eu des fonctions dans le club de gymnastique d'origine de votre fils ? [Oui](#)

41. Si oui, la(les)quelle(s) ? [Entraîneur GAF](#)

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Rappel de l'adresse mail : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

ENQUETE ETHNOGRAPHIQUE :

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, j'effectue une recherche sur la Médecine du sport. Dans ce cadre, il m'a été possible d'observer la pratique médicale du Docteur Renaud au sein du pôle espoir de gymnastique des Pays de la Loire sur l'ensemble de la saison 2006-07. Mathieu faisait alors partie du groupe avenir/espoir de cette structure sportive. De façon à comprendre, expliquer et décrire la prise en charge médicale des jeunes gymnastes, je ne pouvais faire l'économie de recueillir l'opinion des familles. Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise la gestion de la santé des gymnastes au niveau familial.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Compte tenu du nombre limité de gymnastes de haut niveau engagé au sein de ce pôle, vous comprendrez j'en suis sûr l'intérêt que représente chacune de vos réponses pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.

Cordialement, B. VIAUD.

Contact : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

I / Votre fils et sa pratique gymnique :

1. A partir de quel âge votre enfant a-t-il commencé la pratique de la gymnastique ? **3 ans (babyGym) 5ans (Gym)**
2. A partir de quel âge votre fils est-il rentré au pôle espoir ? **12 ans**
3. Quel a été le meilleur résultat de votre fils en compétition lors de la saison 2006-07 ? **6ème de son âge au championnat de France Espoir**
4. A quelle fréquence votre enfant rentrait-il au sein du foyer familial lors de cette même saison ?
1 fois par semaine le week-end (hors compétitions)

II / Le suivi médical des jeunes gymnastes :

5. Votre enfant conserve t-il un médecin traitant en dehors du médecin du pôle ? **Oui**
6. Si oui, à quelle fréquence le consulte t'il en moyenne pour une année scolaire ? (soulignez la réponse appropriée).
 - 1 fois par semaine.
 - 1 fois par mois.
 - 1 fois tous les deux mois.

- 1 fois par semestre.
- 1 fois par an.
- autre. Précisez :

7. En règle générale, pour quel(s) motif(s) votre enfant consulte t'il son médecin traitant ? (Soulignez la réponse appropriée).

- Maladies
- Blessures.
- Bilans diététiques.
- Etat général (fatigue, stress, etc.).
- autre. Précisez :

8. Quels sont les critères qui ont motivés votre décision de conserver un médecin traitant, où au contraire de vous référer intégralement au médecin du pôle ? **Confiance – suivi – proximité**

9. Dans le cadre de maladie(s), votre fils a-t-il été pris en charge par le médecin généraliste qui travaille en relation avec le CREPS ? **Non**

10. Si oui, combien de fois au cours de la saison 2006 – 07 ? (Soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- 4 fois et plus.

11. Quel est selon vous le rôle précis du médecin du pôle ? **Devrait assurer un suivi, des contrôles, vérifier organisme ok et rapport sur aptitudes**

12. Avez-vous le sentiment que votre enfant se blesse : (Soulignez la réponse appropriée).

- Fréquemment.
- Episodiquement.
- Rarement.
- Jamais.

13. Votre fils a-t-il été victime de blessures qui ont retenues votre attention lors de la saison 2006-07 ? **Oui**

14. Si oui, la(les) quelle(s) ? **Douleurs persistantes adducteur / aine**

15. Dans le cadre de cette(ces) blessure(s), avez-vous consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical proposé au sein du pôle ? **Oui**

16. Si oui, quel(s) type(s) de professionnels avez-vous consulté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Autre médecin généraliste.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité : **.sport.....**).
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.

- Autres. Précisez :

17. Précisez les raisons qui expliquent le recours à ce(ces) professionnel(s) de santé : **confiance – efficacité – 2ème avis**

18. Lorsque vous consultez un professionnel de santé en dehors du pôle, en avertissez-vous le médecin de cette structure sportive ? **Non**

19. Pour quelle(s) raison(s) ? **Nous avertissons le responsable du pôle**

20. Dans le cadre de la saison 2006-07 de votre enfant, avez-vous eu besoin de contacter directement le médecin du pôle ? **Oui**

21. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.

- Téléphone.

- Courrier postal.

- Courrier électronique.

- Autres. Précisez : **à l'occasion de la réunion de présentation du pôle début d'intégration**

22. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.

- 2 fois.

- 3 fois.

- Plus de trois fois.

23. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ? **Demande que soit constitué un dossier médical auprès de la Fédération française de Gymnastique indiquant la prise d'un traitement pour asthme**

24. Dans le cadre du suivi médical de votre enfant lors de la saison 2006-07, avez-vous eu besoin de contacter directement le coordinateur du pôle ? **Oui**

25. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.

- Téléphone.

- Courrier postal.

- Courrier électronique.

- Autres. Précisez :

26. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.

- 2 fois.

- 3 fois.

- Plus de trois fois.

27. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ? **Dossier médical non établi auprès de la Fédération pour traitement contre l'asthme / information, suivi de la douleur adducteur/aine**

28. Comment qualifieriez-vous le suivi médical des gymnastes au pôle espoir masculin des Pays de la Loire ? **Très moyen**

III / Le suivi médical « à la maison » :

29. En début de saison, participez-vous à la constitution d'une trousse à pharmacie propre à votre enfant ? **Oui**

30. Si oui, de quoi est-elle composée en règle générale ? **Traitement asthme, paracetamol, elasto, crèmes mains**

31. Avez-vous besoin de racheter certains éléments en cours de saison ? **Oui**

32. Si oui, le(s)quel(s) ? **Crème mains**

33. Compte tenu des exigences propres à la gymnastique de haut niveau, aidez-vous votre enfant grâce à une médication légère ? **Oui**

34. Si oui, quel(s) type(s) de médicament(s) utilisez-vous précisément ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- vitamines.
- compléments alimentaires.
- fer.
- homéopathie (précisez l'effet recherché :
- huiles essentielles (précisez l'effet recherché :
- autres. Précisez :

35. Si oui, demandez-vous conseil auprès de professionnels de santé ? **Oui**

36. Auprès de quel(s) professionnels vous tourner vous alors ? ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Pharmacien.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

IV / Quelques renseignements divers :

37. Pouvez-vous indiquer vos professions respectives (soyez le plus précis possible) :

Père : **Chef d'entreprise**

Mère : **Mère au foyer**

38. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ?

Père : [Oui](#)

Mère : [Oui](#)

39. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous, et le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

Père : [Judo, foot, squash](#)

Mère : [Danse classique Conservatoire de Paris](#)

40. Avez-vous ou avez-vous eu des fonctions dans le club de gymnastique d'origine de votre fils ? [Non](#)

41. Si oui, la(les)quelle(s) ?

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Rappel de l'adresse mail : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

Convention de stage / Club de football professionnel

UNIVERSITE DE NANTES

CONVENTION

Article 1 – Parties à la convention

La présente convention est conclue entre :

- l'organisme d'accueil :

Nom : [REDACTED]

Représenté par : [REDACTED]

En qualité de : Président délégué [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Télécopie : [REDACTED]

Adresse électronique : [REDACTED]

Nature de l'activité de l'organisme d'accueil : Club professionnel de Football et Centre de formation

- l'Université de Nantes :

Représentée par : M. François RESCHE

En qualité de : Président de l'Université de Nantes

Adresse : 1 quai de Tourville
BP 13522
44035 Nantes

Téléphone : 02 40 99 83 20

Adresse électronique : cabinet@presidence.univ-nantes.fr

- l'UFR de rattachement :

Nom : UFR de Sociologie

Représentée par : M. Yves TERTRAIS

En qualité de : Directeur

Adresse : Chemin de la Censive du Tertre
BP 81227
44312 Nantes Cedex 3

W6

Téléphone : 02 40 14 10 04
Télécopie : 02 40 14 12 76
Adresse électronique : yves.tertrais@univ-nantes.fr

- le laboratoire de recherche :

Nom : Centre Nantais de Sociologie

Représenté par : M. Stéphane BEAUD
En qualité de : Directeur

Adresse : Chemin de la Censive du Tertre
BP 81227
44312 Nantes Cedex 3

Téléphone : 02 40 14 11 76
Télécopie : 02 40 14 12 76
Adresse électronique : cens@univ-nantes.fr

- et :

Nom : M. Baptiste VIAUD

Qualité : Chercheur Doctorant en sociologie. Chargé d'enseignement à l'Université de Nantes

Adresse : 6 Avenue de la Calypso
44000 Nantes

Téléphone : 06 70 36 03 55
Adresse électronique : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

Article 2 – Objet de la convention

La présente convention a pour objet la mise en œuvre d'une séquence d'observations en univers professionnel, au bénéfice de M. Baptiste VIAUD, dans le cadre de la réalisation d'une thèse en sciences humaines et sociales.

Les observations effectuées au sein du centre sportif [REDACTED] ont pour but d'alimenter en matériaux empiriques une analyse sociologique portant sur l'organisation du travail et les pratiques médicales dans le domaine du sport d'élite.

Cette thèse est conjointement dirigée par M. Charles SUAUD (Professeur des Universités) et M. Bruno PAPIN (Maître de conférences en sociologie et actuel directeur de l'UFR STAPS de Nantes). Elle s'inscrit dans le cadre des thématiques du quadriennal 2008-2011 développées au Centre Nantais de Sociologie.

Cette thèse bénéficie du soutien financier de la Région des Pays de la Loire pour une durée de trois ans.

46

Article 3 – Modalités de la période d’observation

D’un commun accord, il est convenu que la période d’observation aura lieu :
du 1^{er} Décembre 2006 au 30 juin 2007.

Lieux : Centre sportif [REDACTED]; Stade [REDACTED]; Matches de CFA.

Article 4 – Gratification

La période d’observation n’ouvrira pas de droit à gratification

Article 5 – Protection sociale – responsabilité civile

5.1 Pendant la durée de la période d’observation, M. Baptiste VIAUD conserve sa qualité d’étudiant salarié.

Il continue à recevoir au titre du régime général de Sécurité Sociale les prestations en nature des assurances maladie, paternité ainsi qu’éventuellement les allocations familiales.

En ce qui concerne les autres risques (accidents du travail et maladies professionnelles), M. Baptiste VIAUD bénéficie du régime général et perçoit les prestations, à l’exclusion des prestations en nature (indemnités journalières, capital).

5.2 M. Baptiste VIAUD contracte une assurance garantissant sa responsabilité civile, chaque fois qu’elle sera engagée.

Article 6 – Discipline – Confidentialité

Durant la période d’observation, l’étudiant est soumis à la discipline de l’établissement d’accueil, notamment en ce qui concerne les horaires, le règlement intérieur, les visites médicales.

M. Baptiste VIAUD est également tenu de respecter la confidentialité des documents mis à sa disposition et s’engage à respecter les règles déontologiques et éthiques propres au monde professionnel auquel appartient l’établissement d’accueil.

Le respect e l’anonymat des individus observés sera garanti, sauf accord écrit préalable du ou des intéressés.

Toute production écrite intégrant des données chiffrées et/ou personnelles recueillies à l’occasion de cette période d’observation sera soumise au droit de regard des responsables de l’organisme d’accueil.

Article 7 – Interruption – Rupture

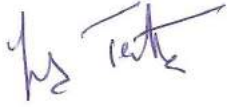
En cas de manquement à la discipline de l’établissement, ou en cas de difficultés dans le déroulement de cette période d’observation, les parties recherchent une solution amiable.

A défaut, la présente convention peut être résiliée.

MB

Nantes, le

Le Président de L'Université de Nantes
et par délégation, le directeur de composante,



Le Président délégué du [REDACTED],



Le directeur du laboratoire de recherche,



L'étudiant,



Autorisation d'utilisation des photographies

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES D'EFFORTS

Centre Régional de Médecine du Sport

CHU [REDACTED]

[REDACTED] le mardi 29 avril 2008

Je soussigné M. / Mme SOMEAC Jérôme né(e) le 09/11/1985
et domicilié à Arles (85)
accepte, à la demande de l'investigateur, que les expérimentations auxquelles je participe
puissent être filmées en partie ou en totalité et ce dans un unique but de présentation
(soutenance de thèse, présentation des travaux en congrès, présentation du laboratoire).

Par ailleurs, je certifie que l'investigateur m'a proposé, si je le souhaitais, de faire en sorte
que l'on ne reconnaisse pas mon identité à l'écran et/ou sur les photos. A ce titre (cochez la
case qui correspond à votre choix) :

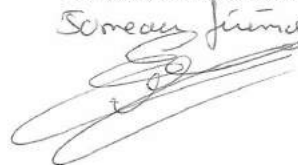
Je souhaite que l'on ne reconnaisse pas mon identité à l'écran lors de la projection du
film et des photos.

J'accepte que mon visage apparaisse à l'écran sans qu'il ne soit volontairement caché afin
de préserver mon identité.

Pour faire valoir ce que de droit.

A [REDACTED] le 29/04/08

Nom, Prénom et signature du patient

SOMEAC Jérôme


Nom, Prénom et signature de l'investigateur

Revue de « bobologie » de Karl

Pôle espoir de gymnastique artistique Suivi hebdomadaire du docteur Renaud

G = Gymnaste / D = Docteur / R = Responsable du pôle / E = Entraîneur du gymnaste

Mardi 19 / 09 / 2006:

G : « J'ai toujours mal à l'épaule ».
D : « Oui mais ça, mon pauvre ami... »
G : « Bah de toute façon, ça me gêne pas trop... »
D : « Et tes genoux (par rapport à la semaine passée) ? »
G : « Ouais encore un peu, mais c'est mieux »
D : « Ok, c'est bien ».

Mardi 26 / 09 / 2006:

G : « J'ai encore mal à l'épaule un peu ».
D : « La droite hein ? ».
D : « (Manipulation). Oh oui, toi, je suis sûr que c'est une ostéochondrose. Ça c'est chiant ! Tu fais gaffe quand même de pas trop forcer ! ».

Mardi 03 / 10 / 2006:

G : « Je me suis fait mal au cou. Je suis tombé sur la tête (Rires gênés) ».
D : « Ah bah ça c'est original (rires). Quand ? ».
G : « Samedi. J'ai mis du chaud ce week-end ».
D : « En faisant quoi ? ».
G : « Un double arrière ».
D : (Sifflement admiratif). Faut le passer ça dis donc... ça commence à plus rigoler là... T'as eu mal tout de suite ? ».
G : « Non, juste après ».
D : « Et maintenant, c'est comment ? ».
G : « Bah, c'est mieux, mais j'ai encore un peu mal. Mais ça me gêne pas trop pour les agrès, alors ça va. C'est surtout pour les percussions quoi ».
D : « (Manipulation). Bon, tu mets du chaud le soir ? ».
G : « Oui ».
D : « Bon bah c'est bien. De toute façon, t'as toute ta mobilité. »
D : « Et sinon ? ».
G : « Et puis, il y a toujours l'épaule ».
D : « Ben tiens ! Ça c'est pareil, on va se le farcir un moment ! Bon bah Ok, au suivant ».

Mardi 10 / 10 / 2006:

D : « T'es pas retombé sur la tête ? (Rires) ».
G : « Non ».

D : « T'as plus de douleurs ? ».
G : « Si, à l'épaule ».
D : « Et au cou ? ».
G : « Ah non, enfin un peu, mais ça c'est rien ! ».
D : « Bon, et quoi de neuf ? ».
G : « Je me suis fait mal à la clavicule en faisant un ? (= nom de figure gymnique inconnue) ».
D : « (Manipulation). Ah oui, t'as du forcer un peu. Repos là-dessus et tu mets de la glace ».

Mardi 24 / 10 / 2006:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bah j'ai encore mal à l'épaule, mais bon... (hausse les épaules d'un air résigné) ».
D : « Bah oui ».
G : « Sinon c'est tout ».
D : « La droite hein ! (Manipulation) ».
G : « Mais bon, ça va, ça me gêne pas trop ».
D : « C'est marrant, y a plein de douleurs qu'on voit pas ailleurs ! (fait référence à ses fameuses douleurs d'adaptation propre à la gym, dont il me parle souvent) ».
D : « Bon, bah très bien ».

Mardi 07 / 11 / 2006:

D : « Alors ? »
G : « Toujours pareil, l'épaule ! Et sinon, j'ai mal au poignet chaque lundi. A chaque fois que je reprends, ça me fait mal ! »
D : « Bah il faut pas que tu t'arrêtes ! (Rires). (Manipulation). Oui, c'est vraiment quand t'es en appui »
D : « (Longue manipulation) »
G : « Oui, là j'ai mal ! »
D : « Ah ?... Oui, ça doit être un petit surmenage dans ce coin là... »
D : « D'accord... »
D : « T'as un peu de pommade à mettre là ? »
G : « Non... Bah je peux mettre du Flector ? »
D : « Oui, si t'en as ! »
D : « Et de la glace après l'entraînement ! »
D : « Et c'est depuis quand ? »
G : « Deux semaines »
D : « Bon, et autrement ça va ? »
G : « Oui »
D : « Bon, tu fais ça, et tu me tiens au courant »

Mardi 14 / 11 / 2006:

D : « Comment ça va ? ».
G : « J'ai mal à l'épaule ! Mais bien ! ».
D : « Pfff. (Manipulation). Ça fait mal où ? ».
G : « Bah je sais pas ».
D : « C'est chiant ».

G : « Ahhhh, j'ai vraiment mal ! ».
D : « Pfff. (Fait la moue). Bon bah on va voir. Bon faudrait qu'on se voit pour faire quelques examens ! parce que là, t'as mal là ».
G : « Et le poignet aussi ».
D : « C'est revenu ? ».
G : « Oui, tous les lundis ! ».
D : « Bah oui, c'est des douleurs de reprise ! (Manipulation). Uniquement le lundi ? ».
G : « Oui ».
D : « Bah de toute façon, y a pas grand-chose à faire là-dessus ».
D : « Par contre je voudrais bien qu'on se voit en consultation pour l'épaule. C'est quand que t'as chuté ? ».
G : « Jeudi ».
D : « Bon, je vais te donner un peu d'anti-inflammatoire ».
G : « Du flector ? ».
D : « Oui, t'en as ? ».
G : « Oui ».
D : « Bon, t'en prends pendant trois jours ».
G : « OK ».
D : « Et puis on se voit en consultation ».

Mardi 21 / 11 / 2006:

N'a pas été vu en consultation malgré les conclusions de la semaine précédente. Le médecin en prend conscience lorsque nous lui demandons des nouvelles à ce sujet avant que le gymnaste ne se présente...
D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bah toujours pareil ! (Rires) ».
D : « Toujours pareil ! Mais on ne devait pas se voir ? ».
G : « Non ».
D : « Bah si ! ».
G : « Quand ? ».
D : « Quand tu pourras ».
G : « Bah, je peux tout le temps ».
D : « Bon bah faut que tu vois ça pour qu'on jette un coup d'œil là-dessus. Bon bah essaye donc de prendre un rendez-vous ».

Mardi 28 / 11 / 2006:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Rien ».
D : « L'épaule, c'est pareil ? ».
G : « Ouais ».
D : « Je t'attends toujours en consult' ».
G : « Bah je sais pas... Tu vois ça avec [prénom du Responsable du pôle]. Moi, je sais pas quand y aller ».
D : « Bon, il suffit d'appeler et de prendre RDV. Vois ça avec [prénom du Responsable du pôle]. Et puis je lui en parlerai moi ».
G : « D'accord ».

Mardi 12 / 12 / 2006:

Karl s'est fait une belle entorse au doigt la semaine passée en chutant sur un mouvement aux arçons.

G : « Épaule, doigt (rires) ! Et j'ai un peu mal à l'aine aussi ! ».

D : « Et alors ? (Désigne le doigt). (Manipulation). C'est gonflé toujours ! C'est mobile, ça va ! ».

G : « ça me fait mal sur le côté ! ».

D : « Ah bah ça, mon petit gars, ça va durer un moment ! Surtout qu'il a pas été tellement au repos là ! (Rires) ».

G : « Ouais bah non, avec les compétitions ».

D : « Et sinon, tu me disais ? ».

G : « L'aine ».

D : « (Manipulation). Ouais. Le long adducteur, ou le moyen... Bon bah tu fais attention sur les impulsions ».

D : « Tu matches pas demain ? ».

G : « Non ».

D : « Ah, bah t'es presque en vacances là ? Tu peux éviter de faire ce qui te fait mal ? ».

G : « Oui ».

Mardi 19 / 12 / 2006:

Discussion entre le Responsable du pôle et le médecin à propos de Karl avant les entretiens:

R : « Sinon, t'as vu ?, Karl il est incroyable pour son doigt ».

D : « Oui, bah oui, oui... ».

R : « Il a une résistance à la douleur ce même, c'est incroyable (nous regarde) ».

D : « Oui, bah encore coup où je me suis planté quoi (Moue de dépit) ! ».

C : « Mais parce qu'il avait le doigt cassé en fait ? ».

R : « Ah bah oui, et bien cassé ! ».

D : « Et ouais, c'est chiant, des fois tu passes à côté de trucs... ».

R : « Non mais bon... ».

D : « Tu vois (s'adresse à nous), tu ne peux pas faire des clichés à chaque fois, il faudrait..., mais tu ne peux pas... Donc des fois tu passes à côté de trucs. Bon bah là, il avait le doigt pété. Et je n'ai pas vu... Mais bon heureusement, il n'y a rien eu qui s'est déplacé ».

R : « Oui, c'est juste gonflé. Tu vois comme quoi, [prénom du kinésithérapeute], il me parlait du seuil de douleur. Bah là, c'est dingue. Je l'ai vu à l'entraînement faire des sauts comme les autres..., et sur les barres, faire des lâchers - rattrapés, avec le doigt pété et jamais rien dire ! Il a fait les championnats de France avec le doigt tout gonflé mais pas de problèmes ! C'est dingue ! ».

(Après un temps de silence où chacun semble réfléchir...)

C : « Ils sont peut-être tellement habitués à avoir plein de petits pêts, qu'ils ne ressentent plus la douleur ? ».

R : « Bah non, comme tu dis, y a pas tant de pêts que ça. C'est très rare qu'ils aient des pêts. Non, c'est plus une question de seuil de douleur individuel. Karl, c'est quelqu'un qui vient d'un milieu, qu'on va dire très... (hésite)..., rural, si tu veux, et il a pas été habitué à dire qu'il avait mal. C'est vraiment un dur au mal ! Parce que sinon, il y en d'autres des gamins, ils auraient eu le quart de ce que Karl s'est fait au doigt, même pas ils se seraient levés le matin tellement ils auraient eu mal ! ».

D : « (Acquiesce). Et c'est quand son IRM pour le doigt alors ? ».
R : « C'est noté là (Montre une feuille épinglée sur le mur). Le mardi 16 janvier ».
Début des entretiens:
D : « Rien de neuf, j'imagine ? ».
G : « Bah non ».
D : « Mais dis donc, tu devais pas mettre une atèle ? ».
G : « Ouais je sais, mais... ».
D : « Mais c'est quand t'as le temps quoi ! ».
D : « Faudrait penser à la mettre au repos quand même ! ».
D : « Bon, et donc une IRM, on a dit..., le Mardi 16 janvier ».
D : « Et ça va sinon ? ».
G : « Ouais, un peu dur maintenant au niveau des cours... (Sourire gêné) ».
D : « T'es en quelle classe là ? »
G : « Seconde générale ».
D : « Et c'est quoi ta moyenne ? ».
G : « Là ?, j'ai 9 ».
D : « Ah oui, c'est pas terrible ».
G : « Bah non ».
D : « Bah faut bosser un peu hein ! ».
G : « Ouais, ouais, je sais... ».

Jeudi 04 / 01 / 2007:

D : « Alors ? ».
G : « Courbatures ! (Sourire) ».
D : « Tu m'étonnes ! (Rires) ».
D : « (Consulte sa fiche). Y a une IRM de prévue ? ».
G : « Oui, pour l'épaule ».
D : « C'est quand ? ».
G : « Le 16 je crois ».
D : « Bon, et le doigt ? ».
G : « Bah pareil ! ».
D : « (Manipulation). Et oui, il est gonflé le pépère ! ».
G : « Y a de l'œdème ! ».
D : « Comme tu dis ! ».
D : « Bon, et l'épaule, ça va ? ».
G : « Ouais, bah je la sens moins, donc ça va ».
D : « Bon, c'est bien ! ».

Mardi 09 / 01 / 2007:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bof ».
D : « A part l'épaule ?... ».
G : « Bah ça va, sur les agrès ça me gêne pas trop... ».
D : « Et autrement ? ».
G : « Bah sinon, j'ai fait une conjonctivite ».
D : « T'es sûr que c'est pas une intolérance à tes lentilles ? ».
G : « Bah j'ai pris RDV vendredi mais je pense pas que ce soit ça, ça fait longtemps que je les porte ».

D : « C'est bien, ça a peut-être changé ».

D : « Et autrement ? ».

G : « Fatigué ».

D : « Bah c'est la reprise hein ! (Rires) ».

Fin des entretiens. Discussion entre le responsable du pôle et le médecin.

R : « T'as vu l'épaule de Karl ou pas ? ».

D : « Oui, enfin il m'en a pas parlé plus que ça ».

R : « Parce qu'il a l'air de ne plus avoir mal ».

D : « Oui, il m'en a pas vraiment parlé (nous regarde pour que nous confirmions son propos) ».

R : « Parce que du coup, on se posait la question de l'utilité de son IRM ».

D : « Oui ».

R : « Parce que bon, si il a plus mal, ça sert à rien de l'envoyer faire des examens ! ».

D : « Oui ».

R : « Bah le mieux, c'est de lui demander ».

R : « Karl ? T'as mal, là, à l'épaule ? ».

G : « (Timidement). Non, aux agrès, ça va ! ».

R : « Bah en même temps, tu fais pas du saut en hauteur. (Rires) ».

D : « (Rires) ».

Un second entraîneur prend part à la discussion.

E : « Moi, ce qui m'a un peu étonné, si tu veux (s'adresse au médecin), c'est qu'il a fait toute une séance de soleils aux anneaux. Or c'est ce qui fait le plus mal aux épaules en gym. Donc s'il avait vraiment mal à l'épaule comme il dit, il aurait jamais tenu toute une séance comme les autres quoi... ».

D : « Oui. (Karl s'étant entre temps rapproché du lieu de la discussion). Alors, t'as mal où t'as pas mal à l'épaule ? ».

G : « (Reste silencieux) ».

D : « Non mais dis-moi ? T'as le droit de ne plus avoir mal ! ».

G : « Bah pff... ».

D : « Tu veux qu'on annule l'IRM où pas ? ».

G : « Bah pff... ».

D : « Non mais c'est pas un problème, si tu n'as plus mal, on annule, c'est pas compliqué ! ».

G : « Bah aux agrès, ça va ».

D : « Bon bah on annule ! (S'adresse désormais à l'entraîneur) Tu rappelles pour annuler ? ».

E : « Oui ».

Mardi 16 / 01 / 2007:

D : « Comment ça va ? ».

G : « Ça va ! ».

D : « Donc on n'a pas fait l'IRM ? ».

G : « Non ».

D : « Sans regrets ? ».

G : « Non ».

D : « Y a intérêt ! ».

D : « Bon, l'épaule, ça va ? ».

G : « Ouais ».

D : « Et le reste ? ».

G : « ça va ».

D : « Pas trop fatigué ? ».

G : « Si un peu quand même ! ».

D : « Bah oui ! Et sinon, rien de spécial ? ».

G : « Non, un peu de courbatures, mais ça c'est rien ».

D : « Bon bah écoutes, très bien ».

Enfin, juste avant de partir, nous regardons les gymnastes s'entraîner en compagnie du docteur.

D : « C'est dingue comment il est en train de prendre du muscle Karl ».

C : « Oui, il est massif ! ».

D : « Faut qu'il fasse gaffe de pas en prendre trop. C'est ça qui est dur en gym, c'est qu'il faut être fort, mais aussi rapide et souple ! C'est une équation difficile ! (Rires). C'est d'ailleurs pour ça que le dopage, ça marche pas en gym. Ça ne sert à rien ! Y a juste en Russie qu'ils ont essayé un peu. Mais c'est tout ! Tant mieux hein ! Parce que si ça servait en gym, ils en prendraient hein ! Ils feraient comme les autres ! ».

Mardi 30 / 01 / 2007:

D : « Alors ? Les nouvelles ? L'épaule ? ».

G : « ça va ! Y a juste un truc que je fais pas en muscu parce que ça me fait mal ».

D : « T'as raison ».

D : « Et autrement, pas de douleurs ? ».

G : « Non ».

D : « Fatigue ? ».

G : « Oui, un peu. J'ai été malade la semaine dernière ».

D : « Qu'est-ce que t'avais ? ».

G : « Grippe et Rhino ».

Mardi 06 / 02 / 2007:

D : « Alors ? ».

G : « J'ai un peu mal à la clavicule ! En fait, je ne sais pas vraiment en fait. (Montre son épaule). C'est là en fait ! C'est surtout le matin quand je me lève ».

D : « Depuis quand ? ».

G : « Ce week-end ».

D : « Après une compèt' ».

G : « Non ».

D : « (Manipulation). C'est où ? [Là]. C'est la clavicule ! Bon... ».

D : « OK, et autrement ? ».

G : « Autrement rien ».

D : « D'accord ».

Mardi 13 / 02 / 2007:

Visite médicale. Pas d'observation possible cette fois.

Mardi 27 / 02 / 2007:

Karl est en stage National à Antibes.

Mardi 06 / 03 / 2007:

D : « ça va ? ».

G : « Oui ».

D : « Alors, ça s'est bien passé le stage ? ».

G : « Bof ».

D : « Ah bon ? Qu'est-ce qui s'est passé ? ».

G : « Je sais pas. J'étais pas... Si, en plus, je me suis fait mal là-bas, dans les tous premiers jours. Aux cervicales ».

D : « Ah bon ? ».

G : « Oui, je suis tombé sur la tête ».

D : « Et tu as toujours mal ? ».

G : « Oui, un peu, mais ça va ».

D : « Bah oui, c'est pas étonnant, souvent ça sonne un peu ce genre de choc à la tête ».
S'engage alors une discussion autour d'une conjonctivite, de ses symptômes (oreille bouchée, œil rouge, etc.), et des médicaments pris (« je prends du nifluril et du mucomist [?] »). Puis le médecin nous regarde et nous explique à ce sujet :

D : « Ils en font souvent je trouve des conjonctivites... Je ne sais pas si c'est la magnésie où quoi... ».

D : « Bon, et autrement ? Le reste, ça va ? ».

G : « Oui, l'épaule c'est bon. Il y a juste un geste qui me fait mal à la barre ».

D : « Oui ».

G : « Et puis sinon, j'ai une petite périostite à la jambe, mais ça, je suis habitué, et c'est rien du tout... ».

D : « Bon bah très bien ».

Mardi 13 / 03 / 2007:

D : « Et toi, comment ça va ? ».

G : « ça va ».

D : « Le cou ? ».

G : « J'ai encore un peu mal ».

D : « Mais c'est mieux quand même ? ».

G : « Oui ».

D : « Donc en voie de guérison (le cou). Et la conjonctivite ? ».

G : « Non, c'est bon ».

D : « Et autrement ? ».

G : « Bah, j'ai le coude là. Et aussi l'épaule qui est douloureuse ».

D : « A gauche ? ».

G : « Ouais ».

D : « (Manipulation / Epaule). [Là j'ai un peu mal..., là aussi...]. Depuis quand ? ».

G : « Oh pff, je sais plus trop ».

D : « T'as raison va, quand on aime on ne compte pas ! (Rires). Bon, on surveille. Tu me diras la semaine prochaine. Et le coude, c'est toujours pareil ? (Manipulation) ».

G : « Ouais, mais par contre il est sensible hein ! ».

D : « Mais ça s'est fait sur un choc où... ? ».

G : « Bah, c'est les arçons ! (Rires des deux). Et puis aussi, j'ai pris un bon coup aux parallèles ».

D : « Ah oui, bah voilà ! Bon, et la fatigue ? Le sommeil, ça va ? ».

G : « Oui, c'est bon ».

D : « OK, au suivant ».

Mardi 20 / 03 / 2007:

Karl s'est blessé pendant le week-end:

E : « Et puis on a Karl aussi qui s'est fait un joli coquard (Rires) ».

D : « Allons bon ! (Rires) Et comment il s'est fait ça lui ? ».

E : « Bah en fait, il s'était fait un gros steak dans une main, donc il y allait mollo aux anneaux. Et il a dû vouloir se laisser tomber dans la fosse, sauf que son genou est remonté dans son œil quoi... ».

D : « Bon, bah on va voir ça. Tu peux m'en envoyer un ».

Début des entretiens:

Tout le monde rit lorsqu'il rentre dans la salle avec son œil au beurre noir.

D : « Tiens ! V'là l'autre qui s'est battu avec je ne sais pas qui ! (Rires) ».

D : « ça fait mal un genou hein ! Oh, bah ça arrive hein ! ».

G : « Et là encore, il a pas mal dégonflé ! Mais là j'ai moins mal à l'œil maintenant. Parce que je le soigne ».

D : « Tu le soignes ? ».

G : « Bah oui, parce que ils m'ont dit que j'avais une hémorragie interne de l'œil, et donc il était tout rouge et il fallait le soigner (Montre son œil en écartant manuellement ses paupières meurtries) ».

D : « Ah oui d'accord. Et donc là, c'est bon ? ».

G : « Oui, oui, je le sens encore mais c'est mieux que ce que c'était ! ».

D : « Bon, et à part ça ? ».

G : « Bah là..., j'ai encore mal au cou là ! ».

D : « Oui ».

G : « Et le coude aussi ».

D : « Mais ça va mieux le cou quand même ? ».

G : « Bah oui, oui ».

D : « D'accord ».

D : « Bon, et tu es fatigué sinon ? ».

G : « ça va ».

D : « Très bien ! Bob bah on verra pour le cou là où t'en es... ».

G : « (Le reprend) Pour le cou ? ».

D : « Oui ».

G : « Ah oui, parce que j'ai toujours mal au coude aussi ».

D : « Oui, mais ça, pour l'instant, j'ai pas grand-chose à te proposer. Fais voir (Manipulation). Ça te fait mal quand ? ».

G : « Aux barres. Mais après, quand c'est chaud, ça me fait plus mal ».

D : « OK ».

Mardi 27 / 03 / 2007:

(Œil très nettement dégonflé).

D : « Bien. Alors, comment ça va ? ».

G : « Bien ».

D : « (Regarde son œil). Ça y est, le coquard, c'est fini (Sourire) ? ».

G : « Oui (Sourire) ».

D : « Bon, et autrement ? ».

G : « Bah le coude ».

D : « Toujours ? ».
G : « Oui ».
D : « Alors ça, c'est quand même bizarre ! Qu'est-ce qu'on pourrait faire là-dessus ? Ça te fait mal quand ? ».
G : « Bah c'est surtout aux arçons, mais en fait c'est quand je suis froid. Dès que je suis chaud, après je sens plus rien ».
D : « Et c'est quand tu fais quoi ? ».
G : « Bah c'est quand je sers ».
D : « Oui, quand t'es en extension ? ».
G : « Oui ».
D : « Tiens, fais voir. (Manipulation). Oui, c'est une petite tendinite du triceps. C'est quand les Coupes ? ».
G : « C'est pas ce week-end, c'est l'autre (= dans deux semaines) ».
D : « Oui, bah on verra après alors hein ! En attendant... Je te mets des anti-inflammatoires ? ».
G : « Oh non, je préfère pas ».
D : « Bon d'accord. Tu mets de la glace sinon un peu ? T'as de la pommade ? ».
G : « Bah, pour l'instant j'ai rien mis dessus. Mais j'ai du Flector ».
D : « Oui bah tu peux essayer d'en mettre un peu pour voir ».
G : « OK ».

Mardi 17 / 04 / 2007:

Karl est en stage.

Mardi 15 / 05 / 2007:

Karl rentre dans la salle en soufflant de douleur.
D : « Ah bah j'ai parlé trop vite (Rire). Qu'est-ce qui t'arrives toi ? ».
G : « Non, non, mais je viens de me mettre le doigt de pied dans la barre fixe ».
D : « Ah oui ! ça, ça fait mal ! (Rire) ».
D : « Alors ? Poignet ? ».
G : « J'ai encore mal ».
D : « C'est demain qu'on se voit ? ».
G : « Je sais pas ».
D : « Bah je ne sais pas non plus moi. On a dit qu'il fallait qu'on se voit. Faudrait peut-être que tu saches ! (Rires) ».
G : « Je sais pas ».
D : « Faut qu'on se voit de toute façon ! ».
En fait le rendez-vous a été fixé pour le lendemain. Le doc s'en rend compte en regardant les écritures qui figurent derrière lui sur un tableau « véléda ». Y sont indiqués les rendez-vous de Julien et de Karl.
G : « Et sinon, j'ai été voir un ostéo ».
D : « Et alors ? Mais de toute façon, ça ne change rien à mon problème. Il faut faire un bilan. Et qu'est-ce qu'il t'a dit cet ostéo ? ».
G : « Que ce n'était pas grave ! ».
D : « Ah bah si il l'a dit alors ! (ton ironique) ».
D : « Et qu'est ce qu'il te fait faire comme manipulation ? ».
G : « Bah en fait il m'a montré, dès que je commence à avoir mal, je travaille sur le pisiforme. En tirant comme ça (Montre le geste) ».

D : « Bon bah écoutes, si ça te soulage !... Mais de toute façon, on se voit demain, et on fera une radio ou une écho, et on verra ce que ça donne OK ? ».

G : « OK ».

Fin des entretiens. Le responsable du pôle n'étant pas présent, le doc s'adresse à un entraîneur.

D : « Bon bah je vois Karl et Julien demain apparemment ».

E : « Ouais. Mais pour Karl, ça me pose un problème. Julien il sera là. Mais Karl, ça m'embête parce qu'il a une compèt' importante ce week-end, et que les entraînements sont tous très importants là. Faut qu'il travaille sur des agrès ».

D : « Bah écoutes, c'est toi qui voit hein, tu me dis ».

E : « OK. De toute façon, c'est pour des radios de contrôle, c'est tout ? Bon je vais voir et je te dis. Mais Julien sera là, c'est sûr ».

Fin de la discussion.

Nous restons regarder l'entraînement comme chaque mardi.

Nous constatons que Karl n'arrête pas de se tirer sur le poignet, et à l'issu d'un saut, il lâchera même un : « j'ai trop mal ! » à l'égard de l'un de ses collègues (sans pour autant arrêter l'entraînement).

Mardi 05 / 06 / 2007:

Avant les entretiens:

D : « (Nous désigne les entraîneurs assis /allongés sur les tapis) Bah tu comprends, avec les résultats qu'ils ont eu, ils sont tellement contents qu'ils en foutent plus une ! (Rires) ».

C : « Ah oui, ils ont eu de bons résultats au France ? ».

D : « Ah bah dis, deux champions de France, avec Karl en Junior qui fait 1er, et je sais plus qui aussi. Et Morgan qui fait deuxième aussi. Ah oui, oui, c'est une belle réussite ! Si belle qu'ils ne s'y attendaient pas eux-mêmes ! (Rires) ».

D : « Du coup, tu vas voir, ils vont tous aller bien ! (Sourire) ».

Puis, entre deux entretiens:

Discussion à propos de Karl, champion de France de la catégorie Junior.

D : « Pour un mec qui avait mal au poignet ! ».

C : « Ah oui, d'ailleurs, ça a donné quoi cette radio qu'il devait passer ? ».

D : « Bah en fait il l'a pas encore faite. On a été obligé de décaler ».

C : « Ah oui, parce que c'était la semaine d'avant le championnat ? ».

D : « Oui, et c'est aussi parce que on veut lui faire passer une scinti, et c'est un peu compliqué pour le rendez-vous ».

Début de l'entretien avec Karl:

D : « Alors, il paraît que t'as triomphé ? ».

G : « Ouais ».

D : « En junior ? C'est plutôt pas mal hein ! ».

G : « Ouais, je suis content ! ».

D : « Pour un mec qu'avait mal au poignet ! ».

G : « Ouais, bah j'ai toujours mal hein ! Mais bon ça a été quand même ».

D : « Bah oui, bah je te dis, maintenant, il n'y a plus qu'à attendre hein ! Je vais essayer de voir quand même si je ne peux pas l'avancer. Parce que là, fin juin, ça fait loin quand même. Bon, et sinon, le reste, ça va ? ».

G : « Ouais ».

D : « OK. C'est la belle vie. Je vais essayer d'avancer la scintigraphie quand même ! C'est quand la fin de la saison pour vous ? Début juillet ? ».

G : « Oui. Mais pour moi, ça sera le 30 juin parce que je pars pour Antibes (=sélectionné en pôle France) ».

D : « Ah bah oui, c'est vrai, faut que je prépare ton dossier. Bon bah je vais regarder ça parce que sinon, là-bas, ils vont me chambrer et me dire que je fais pas du bon boulot ! (Rires). Ah oui, donc il faut vraiment que j'essaye d'avancer ton rendez-vous pour la scinti. OK ».

Mardi 12 / 06 / 2007:

D : « Alors, monsieur Karl. Comment ça va monsieur Karl ? ».

G : « ça va. Je suis un peu fatigué ».

D : « Toi aussi ? C'est quand il n'y a plus de compèt' que vous êtes fatigués. (Lève les yeux au ciel). Tu me diras, c'est mieux hein ! ».

G : « Non, mais j'ai fait une migraine ophtalmique ».

D : « Ah bon ? Quand ça ? ».

G : « Bah là, ce midi ».

D : « Mais qu'est-ce que t'appelles migraine ophtalmique ? C'est quoi exactement pour toi ? ».

G : « Bah j'ai mal aux yeux et ça me donne mal à la tête ».

D : « Tu as mal des deux côtés ? ».

G : « Oui ».

D : « C'est bizarre que cela soit bilatéral... ».

G : « Bah je sais pas moi, c'est l'ophtalmo qui me l'a dit ».

D : « Bah si c'est lui qui l'a dit, on va lui faire confiance hein ! ».

D : « Bon et le poignet, c'est comment ? Toujours pareil ? ».

G : « Ouais, j'ai toujours mal ».

D : « Oui, et puis ton rendez-vous, j'ai pas réussi à l'avancer. C'est vraiment le bordel. J'ai encore appelé cet après-midi, c'est pas possible. Bon bah si c'est pas possible, c'est pas possible hein. Donc ça sera le 26 ».

G : « OK. Et j'ai des périostites aussi ».

D : « Fais voir. (Manipulation). Ah, sur la crête ? OK, d'accord ».

Fin des entretiens. Discussion entre le responsable du pôle et le médecin :

R : « Et le poignet de Karl ? ».

D : « J'ai pas réussi à l'avancer. Donc ce sera le 26 ».

R : « 26 juin ? Et ce sera où ? ».

D : « Euh..., je ne sais plus, je crois que c'est juste à côté-là ».

R : « A [Nom d'une cinique] ? ».

D : « Ouais ».

Quatre gymnastes quittent le pôle cette année. Karl en fait partie. Il intègre le pôle France Junior d'Antibes.

Mardi 19 / 06 / 2007:

Visite médicale de fin de saison.

Karl rentre pendant l'entretien de Morgan:

G : « En attendant qu'il pisse, on peut peut-être commencer ? ».

D : « T'es pressé toi ! ».

G : « Ouais, je veux aller à la fixe après ! ».

D : « Bon, et le poignet, comment ça va ? ».

G : « J'ai trop mal ! ».

D : « Merde. Et puis j'ai été incapable d'avancer le rendez-vous. Tu pars quand à Antibes ? ».

G : « Le 16 ».

D : « Et les périostites ? ».

G : « Encore un peu ».

D : « Bon, viens là. (Manipulation. Tension, Cœur, Poumons). Bon, faut que je pense à demander à [prénom du responsable du pôle] de vous peser et de vous mesurer. C'est peut-être ça le plus important, mais bon... ».

Morgan revient dans la salle avec son gobelet.

D : « Bon, à part le poignet et ta périostite ? ».

G : « Bah j'ai encore mal à la périostite hein ! ».

D : « Oui, oui, je sais, mais à part ça ? ».

G : « ça va ».

D : « Bon, t'es content de partir ? ».

G : « Bah oui ! ».

D : « Tu fais quoi après ? ».

G : « Je sais pas. Je fais appel pour la seconde. J'ai galéré là ».

D : « Ah d'accord ».

D : « Bah va pisser tiens ! ».

Karl sort de la salle.

Nous sommes désormais responsable du chrono. Et nous effectuons en sa compagnie le test urinaire de Morgan.

D : « Une croix. Mais vous avez tous une croix en protéine. C'est chiant ça ! Comment ça se fait ? C'est marrant ça. C'est mon truc qui est périmé ou quoi ? C'est bizarre que vous en ayez tous ! 06 / 2006. Ah bah il est temps remarque ! OK. Donc lui, il s'en va. OK ».

Karl revient avec son gobelet. Morgan sort. Réalisation du test de Karl.

D : « Oh merde, il déconne mon truc là. Ils ne peuvent pas être tous à deux croix. Il a du virer un peu mon truc là ».

Evaluation psychologique de Tiphaine

QUESTIONNAIRE DE SURENTRAÎNEMENT DE LA SFMS

QUESTIONNAIRE SFMS		OUI	NON
1	Ca dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué	X	
2	Je ne soutiens pas autant mon attention		X
3	Mes proches trouvent que mon comportement a changé:		X
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine		X
5	J'ai une sensation de palpitations		X
6	J'ai une sensation de gorge serrée		
7	J'ai moins d'appétit qu'avant		X
8	Je mange davantage:		
9	Je dors moins bien:	X	
10	Je somnole et baille dans la journée:	X	
11	Les séances me paraissent trop rapprochées:		X
12	Mon désir sexuel a diminué:		X
13	Je fais des contre-performances:		X
14	Je m'anrime fréquemment:		X
15	Je grossis:	X	
16	J'ai des problèmes de mémoire		X
17	Je me sens souvent fatigué:		X
18	Je me sens en état d'infériorité	X	
19	J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes:		X
20	J'ai plus souvent mal à la tête:		X
21	Je manque d'entrain	X	
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements:		X
23	Je me confie moins facilement	X	
24	Je suis souvent patraque:		X
25	J'ai plus souvent mal à la gorge:	X	
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	X	
27	Je supporte moins bien mon entraînement:		X
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant: au repos		X
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant: à l'effort	X	
30	Je suis souvent mal fichu:		X
31	Je me fatigue plus facilement:	X	
32	J'ai souvent des troubles digestifs:		X
33	J'ai envie de rester au lit:	X	
34	J'ai moins confiance en moi:	X	
35	Je me blesse facilement:		X
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées:		X
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive:		X
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles:		X
39	J'ai perdu de la force, du punch:	X	
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler		X
41	Je dors plus:	X	
42	Je tousse plus souvent:	X	
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive:		X
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs:	X	
45	Je m'irrite plus facilement:	X	
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle:	X	
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre:		X
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles:		X
49	C'est ma faute si je réussis moins bien:	X	
50	J'ai les jambes lourdes:		X
51	J'égare plus facilement les objets (clés, etc...)		X
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	X	
53	Je maigris:		X
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité:	X	
		0	0

(Si plus de 20 à 25 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement)

Car je m'entraîne moins,
ce n'est pas du surentraînement.

Questionnaire de détection de troubles psychologiques (INSEP)

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL (endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>probleme à m'endormir, je le fais trop, et je me réveille dans la nuit sans trouver le sommeil.</i>			
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>augmentation de l'appétit</i>			
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (tristesse, euphorie) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>tristesse sans aucun je ne sais pas</i>			
6. TROUBLES DES EMOTIONS (joie affective, indifférence, hyperémotivité)	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>indifférence sur les court</i>			
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GENANT (agitation, irritabilité, impulsivité, TOC, ...)	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>impulsivité, facilement évitable.</i>			
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEE DELIRANTES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
9. DIFFICULTES SOCIALES (famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (communication orale, écrite, gestuelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
11. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
Alcool	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Tabac	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cannabis et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Amphétamines et dérivés	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cocaine et dérivés	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Heroïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
15. CONCLUSION :			

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE

I. Matériaux d'analyse :

Dr. **AIME**, Henri. 1914. « Ce qui différencie l'éducation physique des adolescents et l'éducation physique des adolescentes », *Paris Médical*, n°28, 13 Juin 1914.

Dr. **ALDHUY**. 1895. *Le périnée et la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **ALLIE**, Pierre. 1939. *Action de la cure hélio-marine associée à la gymnastique médicale sur les scolioses et le scoliotique...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

AMAR, Jules. 1917. *Organisation physiologique du travail*, Paris, Dunot et Pinat Editeurs.

Dr. **ANDRISI**, Christophe. 1986. *Accidents du travail et prévention dans un club de football professionnel : expérience de l'Olympique Lyonnais pendant 8 saisons sportives (1977-78 à 1984-85)*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **AZEMA**, Pierre. 1940. *Développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioses par gymnastique respiratoire et la spiroscope en cure héliomarine*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome premier. Karl Brandt, l'homme en blanc du III^e Reich*, Editions Famot, Genève.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome deuxième. Joseph Mengele ou l'incarnation du mal*, Editions Famot, Genève.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome troisième. Des cobayes par millions*, Editions Famot, Genève.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 1999. « Médecin du sport sous contrat », *Cinésiologie*, n°185-186, 38^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2001. « Pourquoi vouloir détruire la médecine du sport ? », *Cinésiologie*, n°196, 40^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « La valeur du certificat », *Cinésiologie*, n°226, 45^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « Rubrique Professionnelle. Lettre du Président du Syndicat National des Médecins du Sport au député Olivier Jarde », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2007. « Médecin du sport expert ou traitant ? », *Cinésiologie 2007*, n°233-234, 46^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2008. « L'exercice de la médecine dans une fédération », *Cinésiologie 2008*, n°238, 47^{ème} année.

Dr. **BARRET**. Sans date (vers 1913). *Conseils du docteur sportif*, Editions Nilsson, Paris.

BARTHES, Roland. 1957. *Mythologies*, Paris, Editions du Seuil.

BATEMAN, Lucy & **LEMAHIEU**, Thomas. 2007. « Médecine du travail : l'arnaque du MEDEF », *L'Humanité*, 08 novembre 2007.

BATS, Joël. 1986. *Gardien de ma vie*, Editions J'ai lu.

Dr. **BAUDY**, François. 1981. *Intérêt d'un réentraînement aérobie chez les sujets neurodystoniques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1922. « Une épreuve : Le Tour de France cycliste », *Sciences & Sports*, n°3, septembre 1922.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Médecins, venez au sport », *La Vie Médicale*, n°32.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Le Rôle du Médecin dans l'Education Physique à l'Ecole », *Revue Médicale de l'Education Physique et des Sports (R.M.E.P.S.)*, n°7, juillet 1923.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1925. « Education physique », *La Vie Médicale*, n°37.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1926. « Physiologie de l'effort », in **MERCIER**, Elie, *L'éducation physique par l'athlétisme*, Paris, Fédération Française d'Athlétisme.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1928. *Appel aux « Amis des Sports » dans le Nord*, conférence prononcée au banquet des Parlementaires sportifs le 6 juin 1928, Lille, imp. L. Danel.

* Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc ; Dr. **CHAUVIRE**, Maurice & **BERGERON**, Marcel. 1929. *Préparation aux sports. Conseils d'entraînement*, Editions des Nouvelles Médicales de Paris.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1930. *Le sport au secours de la santé. Réglage du moteur humain*, Dangles.

Dr. **BELLOCQ**, François. 1976. *Effets des efforts musculaires prolongés sur le métabolisme surrénal, application aux coureurs cyclistes professionnels*, Thèse de médecine, Bordeaux.

Dr. **BELLOCQ**, François & **BRESSAN**, Serge. 1991. *Sport et dopage : la grande hypocrisie*, Editions du Félin, Paris.

Dr. **BERGERON**, M. 1931. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **BERLIOUX**, Monique. 1985. *Organisation de la médecine du sport*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **BOEDA**, André. 1985. *Exercice de la médecine du sport, rapport final*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1917. *L'élevage humain*, Paris, Payot.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1919. *Physiologie générale de l'éducation physique*, Paris, Payot.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « Conception moderne de l'éducation physique », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « Traitement de l'obésité par l'exercice physique », *La Vie Médicale*, n°9, 3 mars 1922.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1923. *Manuel scientifique d'éducation physique*, Payot, Paris.

Dr. **BONNY**. 1899. *De la physiologie du membre inférieur dans la locomotion à bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

BORDENAVE, Yves & Dr. **SIMON**, Serge. 2000. *Paroles de dopés*, Editions Lattès.

BOUIN, Jean. 1913. « L'école du champion », *La Vie au Grand Air*, 4 octobre 1913.

BURNIER, Damien. 2009. « Equipe de France : Médecins en colère », *Le Journal du Dimanche*, 13 janvier 2009.

CANNASSE, Serge. 2008. « Réforme de la médecine du travail : l'avis du Conseil Economique et Social », *Carnets de santé, à propos...*, mars 2008, <http://www.carnetsdesante.fr>

Dr. **CARTON**, Paul. 1925. *Enseignements et traitements naturistes pratiques. Première série*, Librairie Lefrançois, Paris.

* Dr. **CATTIER**. 1945. *La santé par l'effort ou la Gymnastique pour tous*, Bonne Presse, Paris.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1921. *Etude sur la physiologie de la marche*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1923. « L'état actuel de nos connaissances sur la respiration et la circulation du point de vue de l'éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1935. « Education physique et Université », *Annales de l'Université de Paris*, n°1, janvier-février 1935.

Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1938. « L'Institut d'Education Physique. Son rôle », *Revue Médico-sociale*, 6^{ème} année, n°5.

* Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1941. *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

* Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1946. *Sports, Education physique, leurs réactions sur l'appareil circulatoire*, J-B. Baillière, Paris.

Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1949. « Le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°1.

Dr. **CHAPPOUX**, P. 1928. *Lésions méniscales et corps étrangers articulaires traumatiques chez les joueurs de rugby et de football-association (Pathogénie et traitement)*, Thèse de médecine, Université de Lyon.

CHARRIER, Pascal. 2009. « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance », *La Croix*, 23 janvier 2009.

Dr. **CHAUVOIS**. 1913. « Du rôle du médecin de l'éducation physique de l'enfant et comment l'y préparer », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris.

Dr. **CHORIVIT de SAGARDIBURU**, C-L. 1943. *Les préventoriums et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

Dr. **CLAUSTRE**, J. 1986. « Pied, enfant et sport », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de **BENEZIS**, Christian, **SIMERAY**, Jacques & **SIMON**, Lucien, Editions Masson, Paris.

Dr. **COLLET**, Marcel. 1941. « Le tennis », in Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul (dir.), *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

COMMANDRE, F. & **FORNARIS**, E. 1997. « Histoire et organisation de la médecine du sport », **MAGNIN**, P; **CORNU**, J-Y. *Médecine du sport, pratiques du sport et accompagnements médicaux*, Paris, Ellipses.

Pr. **CREFF**, A. 1985. « Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant », *Médecine du sport*, n°1.

Dr. **DEFOLIGNY**, Catherine. 2008. « Hommage à Henri Périé », *Cinésiologie*, <http://www.cinesiologie.com/news>

- Dr. **DE LABAREYRE**, Hervé. 2006. « 10 ans... Quel bilan ? », *Médecin du sport*, n°76.
- Dr. **DELEZENNE**, R. 1963. « Considérations actuelles sur le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°4.
- DELLACHERIE**, Christian. 2008. *L'avenir de la médecine du travail*, Avis et Rapports du Conseil Economique et Social.
- DELLACHERIE**, Christian. 2008. « La médecine du travail n'est plus adaptée », *Libération*, 27 février 2008.
- DEMENY**, Georges. 1890. « De la précision des méthodes d'éducation physique », *La Revue Scientifique*, n°12.
- DEMENY** George. 1905. « Education physique : sur l'évolution de l'éducation physique en France », *revue scientifique*, n°13.
- DEMENY**, Georges. 1910. *Education physique des adolescents. Préparation sportive par la méthode synthétique avec l'Art de travailler*, Paris, Alcan.
- DEMENY**, Georges. 1911. *Les bases scientifiques de l'éducation physique*, Paris, Alcan.
- * **DEMENY**, Georges & **SANDOZ**, A. 1920. *Danses Gymnastiques*, Librairie Vuibert, Paris.
- Dr. **DE MONDENARD**, Jean-Pierre. 1997. *Dopage aux Jeux Olympiques. La triche récompensée*, Amphora
- DESBORDES**, Nicolas. 2007. « Handball féminin. Les bleues championnes du monde ? », *Médecins du sport*, n°86.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1921. « Du rôle du médecin dans une Société Sportive », *La Vie Médicale*, n°27.
- * Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Contrôle du sport et de l'éducation physique*, Paris, Masson.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1927. « Une observation de "cœur forcé" », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1929. « Le budget de l'éducation physique », *La culture physique*, n°465.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. Non daté. *Leçons journalières de culture physique*, Editions de l'Entr'aide Roubaix, Cours de Radio-Paris.
- Dr. **DONNE**. 1870. *L'hygiène des gens du monde*, Paris.
- Dr. **DUFESTEL**, Louis. 1922. « L'éducation physique féminine », *La médecine scolaire*, n°11.

Dr. **DUJARDIN-BEAUMETZ**, G. 1885. *Leçons de clinique thérapeutique*, Octave Doin, Tome 1.

Dr. **DUJARDIN-BEAUMETZ**. 1888. L'Hygiène Thérapeutique. Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie, *Conférences de thérapeutique de l'Hôpital Cochin*, Paris.

Dr. **DUMAS**, Pierre-Claude. 1967. *Zoom. Sur le dopage*, Office national de radiodiffusion télévision française, Emission du 11/07/1967 avec le journaliste Jean Eskenasi. <http://www.ina.fr/sport/cyclisme/video/I00007652/le-docteur-dumas-sur-le-dopage.fr.html>

Dr. **DUMOULIN**, Henri. 1943. *Les fractures des plongeurs...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

Dr. **DUVAL**, A. 1911. *Méthodes de culture physique. Principes suédois et critique systématisée de l'Ecole française avec étude sur les agrès*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

* Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

* Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1957. *Influence des activités physiques et sportives sur le développement intellectuel et physique en milieu scolaire*, Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, Imprimerie Nationale, Paris.

* Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

Dr. **ETCHEPARRE**, Jean. 1901. *Quelques remarques sur le joueur de pelote*, Thèse de médecine présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1901, Université de Bordeaux.

Dr. **FABRE**, J-R. 1921. *De la valeur comparée des méthodes palpatoire, auscultatoire, et de l'oscillométrie pour la détermination de la tension artérielle maximum chez l'homme*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

* Pr. **FABRE**, Roger ; Pr. **MERKLEN**, Louis & Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1943. *Education physique et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

Dr. **FACHE**, O. 1896. *De la neurasthénie et de son traitement par les activités physiques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **FRIEMEL**, Françoise. 2002. « La vie de Société française de médecine du sport », *Science & Sports*, n°17.

Dr. **GABILLON**, A. 1920. *De l'éducation physique : valeur hygiénique, tendances et réalisations actuelles*, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Lyon.

* Dr. **GALTIER-BOISSIERE**, Emile. Sans date. (vers 1900). *L'anti-alcoolisme en histoires vraies*, Paris, Librairie Larousse.

Dr. **GLENARD**, Roger. « Le Collège d'Athlètes de Reims », *Paris Médical*, 1^{er} Novembre 1913.

Dr. **GOMMES**. « Physiologie du travail ménager et éducation physique », *La médecine scolaire*, n°7

GOSELIN, Hervé. 2007. *Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes.

Dr. **GUILLEMET**. 1897. *Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

* Pr. **GUILLET**, René & Dr. **GENETY**, Jean. 1975. *Abrégé de Médecine du Sport*, Masson et Cie, Paris, 2^{ème} édition.

HARICHAUX, Michèle & Pr. **HARICHAUX**, Pierre. 2004. *Droit et médecine du sport*, Editions Masson, Collection Sport, Paris.

Dr. **HECKEL**, Francis. 1913. *Culture physique et cures d'exercices*, Paris, Masson et Cie.

Dr. **HECKEL**, Francis. 1926. « Que faut-il penser du doping ? », *L'Escrime et le Tir*, 6, n°68.

Dr. **HECKEL**, Francis. 1927. « Le doping : les reconstituants et les régénérateurs du sang », *L'Escrime et le Tir*, 7, n°71.

HERVE, Edmond. 1985. *Discours de M. Edmond Hervé, Secrétaire d'Etat chargé de la Santé*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **HERVOCHE**, Charles. 1911. *Contribution à l'étude physiologique de quelques sports nouveaux. Nécessité de la surveillance par le médecin*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

HERZOG, Maurice. 2000. *Premiers pas...*, <http://www.ffme.fr/expedition/sommet/annapurna/prepa.htm>

HOFSTEIN, Cyril. Non daté. *Pierre-Claude Dumas, pionnier de la Médecine du sport*, http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff_article&id_article=874

HOUTH, Véronique. 2007. « Rebondir », *Magazine Strip-tease*, mk2, 55 minutes.

Dr. **HUCHET**, André. 1943. *L'examen médical du sportif au « Centre médico-sportif »*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **HUE**, Bertrand. 2007. *Prévention, aptitude et médecine du travail. Le médecin du travail n'est pas un gendarme*, Droit-medical.net, 30 janvier 2007.

Dr. **HUEL**, H. 1932. *L'éducation physique dans l'armée*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

Dr. **HUSSON**. 1930. *Considérations sur les lésions traumatiques dues au foot-ball association*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

JARDE, Olivier. 2005. *Avis présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2006 (n°2540) Tome XII Sport Jeunesse et Vie associative*, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2005, N°2569.

Dr. **JENOURE**, P. 1984. « Physiologie de l'entraînement au début de la scolarité », in *Le médecin, l'enfant et le sport*, sous la direction de **MANDEL**, Christian, Médecine et Enfance.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Les conjonctivites de piscine », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Journaux », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Le style sportif chez les médecins », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

Dr. **JOUVE**. 1932. *Le trouble du tonus chez les enfants arriérés*, Thèse de médecine, Université de Toulouse.

KESSEL, Joseph. 1960. *Les mains du miracle*, Editions Gallimard, Collection Témoignages.

KUREISHI, Hanif. 1998. *Intimacy*, Faber et Faber.

Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1888. *Physiologie des exercices du corps*, Paris, Alcan.

Dr. **LAGRANGE**, Fernand. 1901. *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, Paris, Félix-Alcan.

LAUBIER, R. 1913. « Chez les sportifs », *Le Médecin de Paris*, n°10.

Dr. **LAURENT**, Emile. 1906. *Précis d'éducation physique moderne*, Vigot frères éditeurs, Paris.

Pr. **LE BARS**, René. 1985. *Organisation de la médecine du sport, rapport final*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **LE BRIGAND** Jean. 1945. *Les paralysies cubitales des cyclistes. Considération sur les complications nerveuses des affections du poignet*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

Dr. **LE GENDRE**, Paul. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants les exercices de sport », *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen.

LEROY, G. 1913. *Education physique et gymnastique*, Lafitte et Cie, Paris.

Dr. **LIBARELLI**, Louis. 1940. *Appareillage d'urgence des fractures de jambe par accidents de skis, évacuation en haute montagne hivernale...*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **LOUBATIE**, René. 1927. *Le rugby, Technique du jeu. L'entraînement. La surveillance médicale des joueurs. Physiologie et hygiène*, Paris, Doin, Coll. « Médico-sportive ».

Dr. **LUCAS-CHAMPIONNIERE**, Just. 1913. « Les Méthodes de Gymnastique. A propos du récent Congrès d'Education physique », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 25 octobre 1913.

Dr. **LUMIERE**, Auguste. 1941. « La frénésie sportive et l'usure du cœur », *L'Avenir Médical*, n°9, Novembre 1941.

Dr. **MABILLE**, E. 1931. *L'articulation de l'épaule dans les lancers sportifs – Les fractures des lanceurs*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

MAITROT, Eric. 2003. *Les scandales du sport contaminé, enquête sur les coulisses du dopage*. Editions Flammarion.

Dr. **MALLARD**, François. 1981. *Bilan de quatre années de surveillance de la section sport-études football du lycée Chevrollier d'Angers*, Thèse de Médecine, Université d'Angers.

Dr. **MARTIN**. 1897. *La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

MARTIN, Maurice. 1923. « L'éducation physique, la médecine et les sports », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°24.

Dr. **MERKLEN**, Louis. 1926. *Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment les exercices sportifs*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

Dr. **MERKLEN**, Louis. 1927. « Rôle et place du médecin dans les sociétés d'éducation physique et de sport (I) », *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociales*.

Dr. **MICHAUX**, Paul. 1891. « Gymnastique et exercices militaires », *Bulletin de la Commission des Patronages*, 1(1891)3.

Dr. **MIGNON**. 1899. *La bicyclette chez les hernieux*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

Dr. **MINELLE**, Pierre. 1922. « Etudes pour la fiche physiologique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **MINELLE**. Pierre. 1922. « Les actualités », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année.

Dr. **MONGUILAN**, Georges. 1912. *Esquisse du rôle du médecin dans la vie sportive*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **MONROCHE**, André. 2003. « Médecine du sport : le DESC créé dans treize CHU à la rentrée », *Le Quotidien du médecin*, 26 août 2003.

Dr. **ORTHOLAN**, Maurice. 1943. *Contribution à l'étude des variations de la glycémie au cours de l'exercice musculaire*, Thèse de médecine, Université de Toulouse.

Dr. **OTTOZ**, Hélène. 1978. *Détermination indirecte de la consommation maximale d'oxygène : résultats obtenus au cours de trois années de contrôle des sections sport-études de la région Bordelaise*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

Dr. **PERIE**, Henri. 2007. « Chronique d'une médecine escamotée. La médecine du sport : 1921 – 2001 », *Cinésiologie 2007*, n°235, 46^{ème} année.

PERSONNE, Jacques. (1987). *Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant*. Paris, Editions Denoël.

Dr. **PETIT L-P**. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants, et leur cœur en particulier, les exercices de sport dans la convalescence des maladies infectieuses », *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen.

Dr. **PETITCLERC**, Marcel. 1924. *L'hygiène des piscines autrefois et aujourd'hui*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **PEZE**. 1899. *De l'exercice vélocipédique : ses effets physiologiques, ses indications et ses contre-indications*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

PICOT, Marcel. 1927. « Rapport présenté par le Stade Universitaire Lorrain en vue de l'attribution du Challenge du Meilleur Club », *Les cahiers du SUL*, Fascicule IV, janvier 1927.

Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1923. « La place de l'activité sportive aux diverses phases de la vie », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19, 25 septembre 1923.

Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1931. « L'éducation physique est un problème d'ordre pédagogique et non médical. La direction effective des Instituts d'Education Physique doit être confiée à des universitaires qualifiés et non à des Médecins », *L'éducation physique*, n°18, avril 1931.

PLUNKETT, Jack. 1927. « L'insensibilité de Victor Linart », *Match L'Intran*, n°9, 4 janvier 1927.

PLUSQUELLEC, Vincent. 2006. « Rubrique professionnelle : Appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral au sein du comité directeur », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année.

Dr. **RACHOU**, Jean. 1905. *Le foot-ball-rugby et ses accidents*, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Bordeaux.

RICARD, Cécile ; **RIGOU**, Annabel & **THELOT**, Bertrand. 2008. « Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, 2004-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Institut National de Veille Sanitaire, n°33, 2 septembre 2008.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Actualités. Le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Education physique... et sport », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « Nouvel an... Revue nouvelle », *RMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « L'évolution des Méthodes en éducation physique », *L'éducation physique en Belgique, Revue Médicale d'Education Physique et de Sport (RMEPS)*, n°3, 1^{ère} année, Mars 1923.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « L'éducation physique et les pouvoirs publics », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « Les dispensaires d'éducation physique », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1929. « Voici un plan d'organisation pour les Instituts Régionaux d'Education Physique », *L'Auto*, février 1929.

* Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *L'Hygiène du Sport*, Editions de L'Auto, Paris.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1958. « Le doping », *Revue INS*, n°58.

Pr. **RIEU**, Michel. 2003. « Médecine du sport », in **AEBERHARD**, Patrick & **BRECHAT**, Pierre-Henri, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, EHESP.

Dr. **ROCHU-MERY**. 1913. « L'éducation physique et le praticien (Du rôle du Physiothérapeute en éducation physique) », *Congrès International de l'Education Physique. Paris, 17-20 mars 1913. Compte rendu*, J-B. Baillièrre et fils Editeurs, Paris.

Dr. **ROCHU-MERY**. 1913. « Le médecin de sport – Sport et contrôle médical », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillièrre et fils Editeurs, Paris.

Dr. **ROCHU-MERY**. 1937. « Sport et eugénisme », *Exposition Internationale de Paris, Congrès International de Médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports*.

Dr. **ROMANO**, M.C. 1982. *La section gymnastique. Etude de Créteil*, mémoire pour le certificat de spécialité de biologie et de médecine du sport, faculté de médecine de Créteil.

Dr. **ROSENTHAL**, Georges. 1913. « Sélection médicale avant le sport, surveillance médicale pendant le sport, contrôle médical après le sport, formule de l'accord nécessaire des médecins et des hommes de sport », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillièrre et fils Editeurs, Paris.

* Dr. **ROSSANT-LUMBROSO**, Jacqueline. 1982. *La médecine du sport*, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, Paris.

Dr. **ROUHET**, Georges & **DESBONNET**, Edmond. 1908. *L'art de créer le pur-sang humain*, Paris, Editons Berger-Levrault.

ROUSSEL, E. 1994. Analyse des données d'un questionnaire sportif et de cadre de vie et du suivi physiologique de 22 gymnastes de haut niveau âgés de 8 à 17 ans, Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard, Lyon.

ROUX, Gaston. 1946. « Avant-propos », in Dr. **ENCAUSSE**, Philippe, *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

Dr. **ROZENBLAT**, Marc. 2002. « “Médecins spécialistes du sport” : tissons des liens ! », *Cinésiologie 2002*, n°202, 41^{ème} année, p. 35.

Dr. **RUFFIER**, J-E. 1925. « La phobie officielle en éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1925.

SAFRA, J.M. 1980. « L'informatique au secours de l'équipe de France », *Le Monde*, 30 septembre 1980.

SCHOSGER, Marcel. 1986. *Le docteur René Barthe (1893-1957), pionnier de la Médecine du travail en France. Biographie d'un humaniste*, Thèse de médecine, Université Louis-Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg.

SCHROEDER L., Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1927. *La course à pied, vitesse, demi-fond, etc.*, Paris, Doin.

Dr. **SEITZ**, Gilles. 1998. « Exercer la médecine du travail », in *Les médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Association Santé et Médecine du Travail, Paris, Syros.

Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. « Discours », *Congrès National d'Education Physique*, 24-25-26 septembre, Bordeaux.

Dr. **SIMERAY**, Jacques. 1986. « Pathologie traumatique sur dystrophies de croissance du membre inférieur chez le jeune sportif », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de **BENEZIS**, Christian, **SIMERAY**, Jacques & **SIMON**, Lucien, Editions Masson, Paris.

TARGOWLA, Olivier. 1976. *Les médecins aux mains sales. La médecine du travail*, Paris, Editions Belfond, Collection L'échappée.

Dr. **TAVERNIER**, L. 1934. « Le genou et le sport », *rapport, congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Chamonix, Fédération internationale médico-sportive.

THOMAS, Gaston. 1893. *La Médecine devant la Loi*, Editions Defresne.

Dr. **THOORIS**, Alfred. 1924. *La vie par le stade*, Librairie scientifique Amédée Legrand, Paris.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1894. « La psychologie des exercices physiques et leur application au vélo » [titre incertain], *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1896. « Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. Pathologie de l'entraînement », *Journal de Médecine de Bordeaux*.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1907. « Coups de ciseaux », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°3, Mars 1907.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1909. « Pour la France ! Pour la race. "L'œuvre de Joinville" », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°7, Juillet 1909.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. « L'homme nu. La Méthode Naturelle et le Collège d'Athlètes de Reims. Critique physiologique, pédagogique et médicale », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1 – 2 – 3, mars 1914.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1919. *L'éducation physique et la race. Santé-Travail-Longévité*, Flammarion, Paris.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1921. « Pour l'éducation physique de demain », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1, janvier 1921.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1922. « L'éducation physique est une affaire sérieuse », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1922. *L'éducation physique rationnelle*, Paris, Alcan.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1924. « L'éducation physique ; problème social à résoudre », *Paris Médical*, 3 août 1924.

Dr. **TREVES**, R. 1927. « Variations de la quantité de créatinine urinaire au cours du travail musculaire », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927.

Dr. **VOIVENEL**, Paul. 2007 [1942]. *Mon beau rugby*, Paris, La Table Ronde, Collection Les Classiques du Rugby.

VOULQUIN, Gustave. 1895. « Des dangers que présentent au point de vue physique, moral, patriotique les nouveaux exercices de sport », in *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus, Congrès de Bordeaux*.

Dr. **VULLET**, Francis. 1944. *Contribution à l'étude des épreuves cardio-vasculaires d'effort : la dépression rythmique au cours de la période de retour au calme. – Travail du laboratoire de physiologie appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Thèse de médecine, Université de Lyon.

Dr. **WALTER**. 1898. *Des ruptures de l'urètre chez l'homme par la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

WEBER, Ern. 1905. *Sports Athlétiques*, Garnier Frères, Libraires-Editeurs, Paris.

II. Ouvrages et articles d'histoire et de sociologie du sport :

ANDRIEU, Gilbert. 1998. « La loi du 27 janvier 1880 », *Spirales*, n°13-14.

ARNAUD, Pierre (Dir.). 1987. *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat.

ARNAUD, Pierre. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in Pierre **Arnaud** (dir.), *Les athlètes de la République. Sport et idéologie républicaine (1870-1914)*, Privat, Paris.

ARNAUD, Pierre. 1992. « Repères pour une histoire des politiques d'équipements sportifs », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5.

ARNAUD, Pierre. 1998. « Quand les réformes étaient dans l'air...jeux, sports, éducation physique et naissance de l'éclectisme en 1891 », *Spirales*, n°13-14.

BETTE, Karl-Heinrich. 2005. « L'individualisation du problème du dopage : déficits structurels dans le discours du dopage », *Revue Staps*, n°70.

BOHUON, Anaïs. 2008. *Entre santé et pathologie : discours médical et pratique physique et sportive féminine (1880-1922)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Paris XI, Novembre 2008.

BRISSONNEAU, Christophe. 2003. *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de ParisX-Nanterre.

BRISSONNEAU, Christophe & **LE NOE**, Olivier. 2006. « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48.

BROHM, Jean-Marie. 1987. « Pierre de Coubertin et l'avènement du sport bourgeois », in **ARNAUD**, Pierre (Dir.), *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat.

BRUANT, Gérard. 1992. *Anthropologie du geste sportif. La construction sociale de la course à pied*, Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, Paris.

BRUANT, Gérard. 2000. « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris.

CAILLAT, Michel & **BROHM**, Jean-Marie. 1984. *Les dessous de l'olympisme*, La Découverte, Collection Cahiers Libres.

CALLEDE, Jean-Paul. 1992. « La politique sportive de la municipalité de Bègles. Contribution à une approche généalogique de l'action sportive communale », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5.

CALLEDE, Jean-Paul. 1999. « Une "figure bordelaise" : Charles Cazalet (1858-1933). Eléments pour une biographie », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

CALLEDE, Jean-Paul. 2001. « L'invention des politiques publiques du sport en France (1919-1939) », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

CHAMBAT, Pierre. 1980. « Les muscles de Marianne », in Ehrenberg, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43.

CHAMBAT, Pierre. 1987. « La gymnastique, sport de la République ? », *Esprit*, n°125.

CHARPENTIER, Henri & **BOISSONNADE**, Euloge. 1996. *100 ans de jeux olympiques*, Paris, Editions France-Empire.

CHARPIER, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, CRIS, Lyon.

CHARPIER, Francis. 2004. *Aux origines de la médecine du sport*, de doctorat en STAPS, Université Lyon 1.

CORBIN, Alain. 1995. « La fatigue, le repos et la conquête du temps », *L'avènement des loisirs 1850-1960*, Aubier.

DANTEC, Ronan. 2003. *Il y a un siècle... Le sport*, Rennes, Editions Ouest-France.

DAUNCEY, Hugh. 2007. « Entre Presse et spectacle sportif, l'itinéraire pionnier de Pierre Giffard (1853-1922) », *Le Temps des Médias*, 2007-2, n°9.

DEFRANCE, Jacques. 1976. « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12.

DEFRANCE, Jacques. 1993. « La signification culturelle de l'hébertisme. Etude de sociologie de la culture des années 20 et 30 », *STAPS*, n°31.

DEFRANCE, Jacques. 1995. « L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970 », *Sociologie et Société*, vol. 27, n°1.

DEFRANCE, Jacques. 1998. « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7.

DEFRANCE, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *L'Etat contre la politique ? Les expressions historiques de l'étatisation*, L'Harmattan, Paris.

DEFRANCE, Jacques. 1998. *L'excellence corporelle, la formation des activités physiques et sportives modernes, 1770-1914*, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Cultures Corporelles.

DEFRANCE, Jacques. 1999. « Histoires de vie et socio-histoire du champ sportif. La trajectoire sportive et politique d'Henry Paté (entre 1918 et 1942) », in **DELAPLACE**,

Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

DEFRANCE, Jacques. 2004. « L'eugénisme et la culture scientifique dans le champ des activités physiques et des sports (1910-1950) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble.

DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.). 1981. *Sports et société. Approche socioculturelle des pratiques*, Paris, Vigot.

DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.). 1999. *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

DE LESELEUC, Eric & **MARCELLINI**, Anne. 2005. « Légitimité vs illégitimité du dopage chez les sportifs de haut niveau. Comment se définissent les limites du non acceptable ? », *Revue STAPS*, n°70.

DEMESLAY, Julie & **TRABAL**, Patrick. 2007. « De quelques contraintes du processus d'harmonisation des politiques antidopage. (Enquête) », *Terrains et Travaux*, 2007/1, n°12.

DE MONDENARD, Jean-Pierre. 2004. *Dictionnaire du dopage, substances, procédés, conduites, dangers*, Editions Masson.

DINE, Philip. 2002. « Le docteur Paul Voivenel : un chantre du rugby méridional au service de la révolution nationale », in **ARNAUD**, Pierre & **TERRET**, Thierry. *Le sport et les français sous l'occupation. 1940-1944*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport, vol. 2.

DUBREUIL, Bernard. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in **ARNAUD**, Pierre (Dir.), *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat.

DURRY, Jean. 1981. « Les origines du sport en France », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.), *Sports et société. Approche socioculturelle des pratiques*, Paris, Vigot.

DURRY, Jean. 1997. « Tissié et Coubertin », in *Coubertin et l'Olympisme : Questions d'avenir. Actes du Congrès du Havre, 17-20 Septembre 1997*, Université du Havre.

EL BOUJJOUI, Taïeb. 2004. « L'investissement médical en éducation physique. Perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble.

EL BOUJJOUI, Taïeb. 2005. *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Paris-Nanterre.

EL BOUJJOUI, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science & Motricité*, n°54, 2005/1.

EL BOUJJOUI, Taïeb & **MIERZEJEWSKI**, Stéphan. 2007. « Le recrutement socio-professionnel du personnel enseignant des Instituts Régionaux d'Education Physique (1927-1939) », *Staps* 2007/1, n°75.

ELIAS, Norbert. 1976. « Sport et violence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°6.

ELIAS, Norbert & **DUNNING**, Eric. 1994. *Sport et civilisation. La violence maîtrisée*, Paris, Fayard.

FAUCHE, Serge. 1996. « Hygiène de l'enfance et éducation physique. Rôle de la médecine scolaire après la première guerre mondiale (1918-1924) », *STAPS*, n°40.

FAUCHE, Serge. 2001. « La médecine et la bicyclette. Le sport vélocipédique entre sciences et idéologies à la fin du 19^{ème} siècle », *Stadion, XXVII, Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

FAUCHE, Serge & **ORTHOUS**, Marie-Hélène. 1990. « Les médecins et les enjeux d'une éducation physique dans la France de l'après-guerre (1920-1930) », *Science et motricité*, n°11.

FAURE, Jean-Michel. 1987. « L'éthique puritaine du marathonien », *Esprit*, Numéro spécial, *Le Nouvel âge du sport*.

FAURE, Jean-Michel & **SUAUD**, Charles. 1999. *Le football professionnel à la française*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui.

FAURE, Jean-Michel & **SUAUD**, Charles. 2003. « Des marathoniens à la poursuite du temps », *Revue internationale de psychosociologie*, n°20.

FAURE, Sylvia. 2000. *Apprendre par corps, socio-anthropologie des techniques de danse*, Paris, La Dispute.

FLEURIEL, Sébastien. 2003. « Les vertus généalogiques du sport », *Socio-Anthropologie*, N°13, Jeux / Sports, mis en ligne le 15 novembre 2004. URL : <http://socioanthropologie.revues.org/document177.html>.

FLEURIEL, Sébastien. 2004. *Le sport de haut niveau en France. Sociologie d'une catégorie de pensée*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

FLEURIEL, Sébastien & **SCHOTTE**, Manuel. 2008. *Sportifs en danger. La condition des travailleurs sportifs*, Bellecombe-en-Bauges, les éditions du Croquant.

FLEURIEL, Sébastien & **SALLE**, Loïc. 2009. « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n°1, mars 2009.

GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1991. *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1998. « Education physique, sports et médecine. Les thèses de médecine soutenues en France entre 1893 et 1945 à propos des activités physiques », *Spirales*, n°13-14.

GAY-LESCOT, Jean-Louis. 1999. « L'éducation physique, les sports et la médecine. Les thèses de médecine soutenues à Bordeaux entre 1893 et 1945 », in **FAUCHE**, Serge, **CALLEDE**, Jean-Paul, **GAY-LESCOT**, Jean-Louis & **LAPLAGNE**, Jean-Paul, *Sports et identités*, L'Harmattan, Paris.

GLEYSE, Jacques (Dir.). 1999. *L'éducation physique au XXe siècle. Approches historique et culturelle*, Paris, Vigot.

HOBERMAN, John. 1992. *Mortal engines : the science of performance and the dehumanization of sport*, The Free Press, New York.

HOIBIAN, Olivier. 1999. « Le costume des alpinistes. La manière de se vêtir comme indicateur d'autonomisation », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

HOLT, Richard. 1980. « L'introduction des sports anglais et la disparition du gentleman athlète », in **Ehrenberg**, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43.

HUBSCHER, Ronald. 1992. *L'histoire en mouvements. Le sport dans la société française (XIXe – XXe siècle)*, Armand Colin, Paris

LAHIRE, Bernard. 2004. « Sociologie dispositionnaliste et sport. Généralistes et spécialistes », *Dispositions et pratiques sportives. Débats actuels en sociologie du sport*, Paris, L'Harmattan.

LAURANS, Guy. 1990. « Qu'est-ce qu'un champion ? La compétition sportive en Languedoc au début du siècle », *Annales ESC*, n°5.

LAURE, Patrick. 1995. *Le dopage*, Paris, Presses Universitaires de France.

LAURE, Patrick ; **IHABBANE**, L. 2007. « Observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains ». *Science & Sports*, n°22.

LEBECQ, Pierre. 1989. « Le collège d'athlètes de Reims », in **ANDRIEU**, Gilbert, (dir.), *L'éducation physique et le sport en France de 1913 à 1936 et les influences étrangères*, Centre de recherche en STAPS, Nanterre.

LECOCQ, Gilles & **POCIELLO**, Christian. 2004. « Maladies de la volonté... et "voyageurs infatigables"... Ou comment Philippe Tissié s'intéresse à l'articulation du "psychologique" et du "physique" (1885-1887) », In **POCIELLO**, Christian (Dir.). *Entre*

le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle), Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés.

LE NOE, Olivier. 2000. « Comment le dopage devint l'affaire des seuls sportifs », *La fièvre du dopage*, Autrement, Collection Mutations.

LOIRAND, Gildas. 1989. « De la chute au vol. Genèse et transformation du parachutisme sportif », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°79.

LUCAS, John. 1974. « Genèse Olympique : les conférences de la Sorbonne de 1892 et de 1894 », *Revue Olympique*, n°85-86.

LUNEAU, Aurélie. 2003. « “A bas le XIII, vive le XV” ! La guerre des rugby sous Vichy », France Culture, *La Fabrique de l'Histoire*, réalisé par **LAMENDOUR**, Véronik, diffusé le 3 Novembre 2003.

MALHERBE, Patrick & **SLIMANI**, Hassen. 2002. « La relation “formation – métier” dans le secteur de l'encadrement des activités équestres », *Rapport de recherche*, Carif-Oref des Pays de la Loire.

MIERZEJEWESKI, Stéphan. 2004. « Le clivage entre les “sciences de l'homme et de la société” et les “sciences de la vie et de la santé” dans la constitution des STAPS », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble.

MIGNON, Patrick. 2002. « Le dopage : état des lieux sociologique », Paris, *Documents du CESAMES*, n°10.

MOURET, Jean-Noël. 2005. *Il y a un siècle... le vélo*, Editions Ouest-France, Rennes.

MUNOZ, Laurence. 2001. « Le sport catholique en France au début du 20^{ème} siècle », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

PAPIN, Bruno. 2000. *Sociologie d'une vocation sportive. Conversion et reconversion des gymnastes de haut niveau*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

PAPIN, Bruno. 2001. « La violence symbolique de l'institution sportive dans le processus de production de ses élites », in **BODIN**, Dominique, *Sports et Violences*, Editions Chiron.

PAPIN, Bruno. 2007. *Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive*, Paris, L'Harmattan.

PECOUT, Christophe. 2008. « Les pratiques physiques et sportives au service de l'idéal vichyste : l'exemple des Chantiers de la Jeunesse (1940-1944) », *Sciences sociales et Sports*, n°1, septembre 2008.

PERERA, Eric & **GLEYSE**, Jacques. 2005. « Le dopage dans quatre grands périodiques français de 1903 aux années soixante. Le secret, le pur et l'impur », *STAPS*, n°70.

POCIELLO, Christian. 1981. « Georges Demenÿ », in **ARNAUD**, Pierre, *Le corps en mouvement*, Privat, Toulouse.

POCIELLO, Christian. 2004. « Du mécanisme à l'éducation des mouvements, ou comment se forme une discipline scientifique et scolaire (1880-1920) », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble.

RAINIS, Michel. 2000. « Le docteur Ernest Moreau-Desfarges : un pionnier de l'éducation physique sur les plages », *Staps*, n°53.

RIPOLL, Hubert. 2008. *Le mental des champions. Comprendre la réussite sportive*, Paris, Editions Payot.

ROGER, Anne. 2003. *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon 1.

ROGER, Anne. 2005. « La rationalisation de l'entraînement sportif à l'épreuve des traditions. 1842-1942 », *Stadion*, XXXI, 1, *Sport and Tradition – Tradition in Sport*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

SAINT MARTIN, Monique (de). 1989. « La noblesse et les sports nobles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°80

SAINT-MARTIN, Jean. 2006. « Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1935) », *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, n°8, <http://rhei.revues.org/document374.html>.

SAINT-MARTIN, Jean. 2006. « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste », *Staps* 2006/1, n°71.

SALLE, Loïc. 2004. *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs, et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de Rouen, décembre 2004.

SCHANTZ, Otto. 1999. « L'œuvre pédagogique de Pierre de Coubertin », in **GLEYSE**, Jacques (Dir.), *L'éducation physique au XXe siècle. Approches historique et culturelle*, Paris, Vigot.

SENNERS, Patrick. 1999. *L'EPS : son histoire, sa genèse*, Edition Vigot, Paris.

SIMONET, Pierre. 1998. *L'INSEP, de la gymnastique joinvillaise aux sports contemporains*, Gérard Klopp, Nancy.

SLIMANI, Hassen. 2000. *La professionnalisation du football français : un modèle de dénégarion*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

SORIGNET, Pierre-Emmanuel. 2006. « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163.

SUAUD, Charles. 1989. « Espace des sports, espace social et effets d'âge. La diffusion du tennis, du squash et du golf dans l'agglomération nantaise », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°79.

SUAUD, Charles. 1996. « Les états de la passion sportive. Espaces sportifs, espaces médiatiques et émotions », *Recherches en communication*, n°5.

TERRET, Thierry. 2000. « Les activités physiques et la santé : orientations des recherches en histoire », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris.

TRANVOUEZ, Yvon. 2006. « Le sport catholique en France », *Vingtième siècle*, 2006/4, n°92.

TRAVAILLOT, Yves & **TABORY**, Marc. 2002. *Histoire de l'éducation physique. Genèse d'une discipline scolaire*, myt², 337 pages accompagnées d'un Cédérom, septembre 2002.

TREPOS, Jean-Yves & **TREPOS**, Gisèle. 2002. « Les médecins du sport face au dopage », *Psychotropes*, vol. 8, n°3/4.

VIAUD, Baptiste. 2008. « L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives, les paradoxes de la médecine du sport ? », *Revue Internationale de l'Education Familiale*, Editions Matrice n°24.

VIAUD, Baptiste. 2009. « Lorsque l'intervention des médecins du sport dans le champ du sport de haut niveau pose problème... », *eJRIEPS*, n°16, janvier 2009.

VIAUD, Baptiste. 2009. « Les "Romanciers anthropologues de la race humaine" : l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la III^e République », in **GUIBERT**, Christophe ; **LOIRAND**, Gildas & **SLIMANI**, Hassen, *Le sport entre public et privé : frontières et porosités*, L'Harmattan, Collection Sports en Société.

VIAUD Baptiste. 2009. *Catalogue des thèses de médecine soutenues devant les Universités françaises dont le sujet se rapporte aux activités physiques et sportives (1741 – 1994)*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>, publié le 02 juin 2009 sur le site de la Société Française de Médecine du Sport.

VIAUD, Baptiste. Sous presse. « Blouses blanches et survêtements, ce que "parler sport" veut dire... ».

VIAUD, Baptiste & **PAPIN**, Bruno. A paraître. « Temps sportif, santé du champion et logique de l'urgence », *Revue STAPS*.

VIGARELLO, George. 2004. « Le corps et ses représentations dans l'invention de la gymnastique », In **POCIELLO**, Christian (Dir.). *Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIII^e-XX^e siècle)*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés.

WACQUANT, Loïc. 1989. « Corps et âmes », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°80.

WACQUANT, Loïc. 2000. *Corps et âmes. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Editions Agone, Collection Mémoires Sociales.

WADDINGTON, Ivan. 1996. « The development of sport medicine », *Sociology of sport journal*, n°13.

WADDINGTON, Ivan. 2000. *Sport, health and drugs. A sociological perspective*, Londres, E & FN Spon.

WADDINGTON, I., **RODERICK**, M., & **PARKER**, G. 2002. *Managing injuries in professional football: the roles of the club doctor and physiotherapist*. Centre for research into sport and society, University of Leicester.

WADDINGTON, Ivan. 2005. « Le dopage sportif : la responsabilité des praticiens médicaux », *Staps 2005/4*, n°70.

WEBER, Eugen. 1980. « Gymnastique et sport en France à la fin du XIXème siècle : Opium des classes ? », in **Ehrenberg**, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43.

III. Ouvrages et articles d'histoire et de sociologie de la médecine et de la santé :

ADAM, Philippe & **HERZLICH**, Claudine. 2004. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin.

AÏACH, Pierre. 1998. « Les voies de la médicalisation », in **AÏACH**, Pierre ; **DELANOË**, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

AÏACH, Pierre & **DELANOË**, Daniel (Dir.). 1998. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

BACHELARD-JOBARD, Catherine. 2001. *L'eugénisme, la science et le droit*, Presses Universitaires de France.

BLANC, Alain. 2008. « Normes et Handicap », *Congrès National des Sciences Humaines et Sociales des Facultés de Médecine*, Angers, 24-25 avril 2008.

CANGUILHEM, Georges. 2003 [1966]. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

CAROL, Anne. 1995. *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation (XIXe-XXe siècle)*, Editions du Seuil, Paris.

CARRICABURU, Danièle & **MENORET**, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin Editeur.

CICOUREL, Aaron. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143.

CORBIN, Alain. 1977. « Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale », *Recherches*, n°29.

CORBIN, Alain. 1981. « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption, contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme*, n°31.

CRIBIER, Isabelle. 1990. *Les guérisseurs. Approche anthropologique des médecines dites douces*, Paris, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

DAGOGNET, François. 1998. *Savoir et pouvoir en médecine*, Paris, Institut Synthélabo, Collection les empêcheurs de penser en rond.

DARGELOS, Bertrand. 2005. « Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157.

DARRINE, Serge & **NIEL**, Xavier. 2001. « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers », *DREES, Etudes et Résultats*, n°99, janvier.

DUCLOS, Denis. 1984. *La santé et le travail*, Editions La Découverte, Collection Repères, Paris.

FAINZANG, Sylvie. 2001. *Médicaments et société*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies.

FAINZANG, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies.

FASSIN, Didier. 1998. « Les politiques de la médicalisation », *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Anthropos, Paris.

FAURE, Olivier. 1994. « Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », *Pour l'Histoire de la Médecine autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Presses Universitaires de Rennes.

FAURE, Olivier. 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe Siècles)*, Anthropos-Economica, Paris.

FOMBAD, Charles Manga. 2001. « La crise du secret médical dans le cadre de la lutte contre la pandémie de VIH/sida au Botswana », *Revue internationale des sciences sociales*, 2001/4, n° 170.

FREIDSON, Eliot. 1984. *La profession médicale*, Payot, Paris.

GOUDSBLOM, Johan. 1987. « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°68.

HARDY-DUBERNET, A-C. ; **ARLIAUD**, M. ; **HORELLOU-LAFARGE**, C. ; **LE ROY**, F. & **BLANC**, M-A. 2001. *La réforme de l'internant de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Paris, MIRE.

HERZLICH, Claudine, **BUNGENER**, Martine, **PAICHELER**, Geneviève, **ROUSSIN**, Philippe & **ZUBER**, Marie-Christine. 1993. *50 ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, INSERM, Paris.

ILLICH, Ivan. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Editions du Seuil, Paris.

JAISSON, Marie. 2002. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143.

JAISSON, Marie. 2002. « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143.

Dr. **KAHN BENSAUDE**, Irène & Pr. **LANGLOIS**, Jean. 2006. « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006 », *Ordre National des Médecins, Etude n°39*, juin 2006.

KALUSZINSKI, Martine. 1994. « Identités professionnelles, identités politiques : médecins et juristes face au crime au tournant du XIX^e et du XX^e siècle », *Histoire de la criminologie française*, L'Harmattan, Collection Histoire des sciences humaines, Paris.

LE NAOUR, Jean-Yves. 2002. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *Annales de démographies historiques*, n°1.

LEONARD, Jacques. 1978. *La France médicale au XIX^e siècle*, Editions Gallimard – Julliard, Collection Archives.

LEVASSEUR, Gwénola & **SCHWEYER**, François-Xavier. 2003. « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, 2003/2, n°15

MANDRESSI, Rafael. 2003. *Le regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident*, Editions du Seuil, Collection L'Univers Historique, Paris.

MATTEI, Jean-François. 2001. « Platon et le modèle rationnel de la santé », in **SFEZ**, Lucien (Dir.), *L'utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris.

MONET, Jacques. 2003. *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, Thèse pour le doctorat en Sociologie, Paris I – Panthéon-Sorbonne, Juin.

MONET, Jacques. 2006. « Construction historique d'une spécialisation médicale impossible : la kinésithérapie », *Kinésithérapie scientifique*, n°462, Janvier.

MUCCHIELLI, Laurent. 2000. « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles" », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2000/2, n°3.

MUEL-DREYFUS, Francine. 1984. « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°54.

MURARD, Lion & **ZYLBERMAN**, Patrick. 1996. *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Editions Fayard, Paris.

NOURRISSON, Didier. 1990. *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Editions Albin Michel.

PENEFF, Jean. 2005. *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil.

PICHOT, André. 2000. *La société pure. De Darwin à Hitler*, Champs Flammarion.

PINELL, Patrice. 1992. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Editions Métailié, Paris.

PINELL, Patrice. 2005. « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157.

PONET, Philippe. 2007. « Remettre les corps en ordre : entre savoirs et pouvoirs. La "professionnalisation" de l'évaluation médicale du dommage corporel », *Revue française de sociologie*, 48-3.

RAYNAUD, Philippe. 2001. « La santé est-elle un problème technique ? », in **SFEZ**, Lucien (Dir.), *L'utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris.

RIST, Edouard. 1955. *25 portraits de médecins français, 1900 – 1950*, Masson, Paris.

SCULL, Andrew & **FAVREAU**, Diane. 1987. « Médecine de la folie ou folie de médecins. Controverse à propos de la chirurgie sexuelle au 19^e siècle », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°68.

SFEZ, Lucien. 2001. « L'utopie de la santé parfaite », in **SFEZ**, Lucien (Dir.), *L'utopie de la santé parfaite. Colloque de Cerisy*, Presses Universitaires de France, Collection La politique éclatée, Paris.

TERROIR, Matthieu. 2004. « 1924 – 2004. 80 ans de vies hospitalières », *Revue hospitalière de France*, n°500, septembre – octobre 2004.

VANDERSCHULDEN, Mélanie. 2009. « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *DRESS, Etudes et Résultats*, n° 676, janvier 2009.

VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Le monde des médecins au XXe siècle*, Editions Complexe, Bruxelles.

VIGARELLO, Georges. 1999. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Editions du Seuil, Paris.

VILLEY, Raymond. 1986. *Histoire du secret médical*, Paris, Robert Laffont.

IV. Ouvrages et articles généraux d'histoire et de sociologie :

AZEMA, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Vichy. 1940-1944*, Librairie Perrin.

BEAUD, Stéphane & **WEBER**, Florence. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, Collection Guides repères.

BECKER, Howard. 2004. *Ecrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Economica.

BERGER, Bennett. 1981. *The survival of a counterculture : ideological work and everyday life among rural communards*, Berkeley, UCP.

BERTHELOT, Jean-Michel. 1983. « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV.

BOLTANSKI, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, février 1971.

BOLTANSKI, Luc & **THEVENOT**, Laurent. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

BONELLO, Yves-Henri. 1998. *Le secret*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?.

BOURDIEU, Pierre. 1975. « Le titre et le poste : rapport entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°2, mars 1975.

BOURDIEU, Pierre. 1979. « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, novembre 1979.

BOURDIEU, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Le Sens Commun.

BOURDIEU, Pierre. 1982. « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°43.

BOURDIEU, Pierre. 1989. *La noblesse d'état. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection le Sens Commun.

BOURDIEU, Pierre. 1992. *Les Règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil.

BOURDIEU, Pierre. 1995. « La cause de la science », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°106-107.

BOURDIEU, Pierre. 2001. *Science de la science et réflexivité, Cours du Collège de France, 2000-2001*, Paris, Editions Raisons d'Agir.

BOURDIEU, Pierre. 2001. *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Editions Fayard, Collection points essais.

BOURDIEU, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre. 2002. *Le bal des célibataires*, Paris, Seuil.

BOURDIEU, Pierre. 2003. *Méditations pascaliennes*. Paris, Editions du Seuil.

BOURDIEU, Pierre. 2003. « L'objectivation participante », *Actes de le Recherche en Sciences Sociales*, n°150.

BRETON, Stéphane. 2001. *Eux et moi*, ARTE Vidéo, France, 63 min., couleurs.

CASTEL, Robert. 2003. *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Collection Folio essais.

CHARVET, Marie. 2005. *Les fortifications de Paris : de l'hygiénisme à l'urbanisme, 1880-1919*, Presses Universitaires de Rennes.

COMMAILLE, Jacques. 1994. *L'esprit sociologique des lois*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Droit, éthique, société.

DESMOND, Matthew. 2006. « Des morts incompétents », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165.

DETREZ, Christine. 2002. *La Construction sociale du corps*, Paris, Le Seuil.

DODIER, Nicolas. 1991. « Agir dans plusieurs mondes », *Critique, Sciences Humaines : Sens Social*, n° 529-530.

DODIER, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, Collection Leçons de choses.

DUBAR, Claude. 2001. « La construction sociale de l'insertion professionnelle », *Education et Sociétés*, n°7 / 2001 / 1, p. 23-36.

DURKHEIM, Emile. 2004 [1937]. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

ELIAS, Norbert. 1985. « Remarques sur le commérage », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°60.

ELIAS, Norbert. 1985. *La Société de Cour*, Paris, Flammarion.

ELIAS, Norbert. 1991. *Qu'est-ce que la sociologie*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube.

FOUCAULT, Michel. 1966. *Les mots et les choses*.

FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

FRISON-ROCHE, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

GOETSCHEL, Pascale & **TOUCHEBOEUF**, Bénédicte. 2004. *La IV^e République. La France de la Libération à 1958*, Le Livre de Poche, Collection La France Contemporaine, Paris.

GOFFMAN, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.

HOLMES, Seth. 2006. « “Parce qu’ils sont plus près du sol”. L’invisibilisation de la souffrance sociale des cueilleurs de baies », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil.

KALUSZYNSKI, Martine. 2002. *La République à l’épreuve du crime. La construction du crime comme objet politique. 1880-1920*, L. G. D. J., Collection Droit et Société, Paris.

KLING, Didier. 1999. « Le monde des affaires et le secret », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

LE BRETON, David. 2003. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié.

LE BRETON, David. 2006. *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.

LECLERC, Henri. 1999. « Les secrets de l’avocat », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

LEMAIRE, Elodie. 2008. « Spécialisation et distinction dans un commissariat de police. Ethnographie d’une institution segmentaire », *Sociétés contemporaines*, 2008/04, n°72, p. 59-79.

MAITRE, Jacques. 1994. *L’autobiographie d’un paranoïaque*, Paris, Economica.

PARADEISE, Catherine. 1988. « Les professions comme marché de travail fermé », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2.

SARFATTI LARSON, Magali. 1988. « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d’essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, octobre 1988.

SOULIE, Charles. 1995. « L’anatomie du goût philosophique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°105.

SUAUD, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit.

SUAUD, Charles & **VIET-DEPAULE**, Nathalie. 2004. *Prêtres et ouvriers. Une double fidélité mise à l’épreuve. 1944-1969*, Paris, Karthala, Signes des Temps.

VEGA, Anne. 2000. *Une ethnologue à l’hôpital. L’ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines.

ZAIMAN, Claude. 2002. « Ensembles et séparés », in **GOFFMAN**, Erving, *L’arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.