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.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Année Universitaire 2009-2010

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 –

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 IIIe République (1880-1920). Entre gymnastiques et sports modernes – 120 –

I. Sportivisation et scolarisation des activités physiques à la fin du XIXe 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 XIXe 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. Cherche 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 indiquée[3]. 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'ambigüité 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. Originaire 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 effectuées 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 demis 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 tacle 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 débuter la seconde séance d'entraînement de la journée.

Là aussi, le bureau médical est verrouillé par un boitier 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, a 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 débuter 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 autorisées 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'affut 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 débuter. 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 réconforter 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 disposent 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 convoyer 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 côtoierons 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 mas 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, 46ème 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 rencontrées[6]. 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, 41ème 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 son 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 généralistes[7], 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, 46e 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 sanctionnés[11] » 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 sportive[12] », 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 décrient 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, 47ème 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'élite[13]. 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] **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.

[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 différenciées[15]. 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 nait 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 question[16]. 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 XIXe 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 XXe 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 scientifiques[19]. Leur « aura sociale » suffit à diminuer le besoin de démonstration par la preuve, et permet l'élaboration de définitions sur la base d'injonctions morales[20]. 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 publique dont certains médecins se revendiquent seuls capables d'endosser, et qui colorent inlassablement leurs interventions tout au long du XXe 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 plait 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 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.

[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 puissante 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'expliciter 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 XXe 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 XXe 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. Etonné 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. A 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 potentiels[24].

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 habilité 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 variés[26].

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.

Finalement, 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 a 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 monterons 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 » décrient 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 Rétiaires[28]. 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 ubuesque[29].

> « 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 XVIe 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 internationales[31], à un programme éducatif du XVIe 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 évènement 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 évènement 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 évènements 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 Fleuriel 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 XIXe 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] **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.

[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 anciens[36], 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 18ème 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 XIXe 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 XXe 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, 1ère Année, 1922.

[38] **EL BOUJJOUFI**, 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 XIXe 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. 19e et 20e 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 XIXe 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 social[42]. Or, en cette fin de XIXe 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 médicale[43]. 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 XIXe 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 XIXe 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 XXe 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 « prestigitateurs ». 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 XXe 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 débilités »[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. 25[51].

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 XIXe 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 XXe 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’ambigüité 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 XIXe 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 folie[58]. 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 XIXe 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 XXe 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 anormalités 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 XIXe 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 surveillés[60]. 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 XXe 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. **GOMMES**. « 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. Etre en bonne santé dans un tel maillage hygiéniste, c'est finalement disposer des capacités corporelles adaptées aux tâches qui nous incombent. *Etre 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 travail[66]. La tenaille idéologique des médecins hygiénistes enserre 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, 1ère 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 IIIe 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 Demenÿ, 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 humaine[69]. Mais Lagrange et Demenÿ 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 XXe 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 morale[73]. Comme le rappelle précisément cet aphorisme eugéniste du docteur Rochu-Méry, « le sport est un puissant modeleur 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 XIXe 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-MERY**. 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 citoyenneté[75]. 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 Tissié 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, mois 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, Editons 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 exposeraient 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 XIXe siècle la gymnastique dans des perspectives de consolidation du sentiment national[82], 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 sanitaires[84]. 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 scientiste 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 transparaît ». « 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 « scientifisante », 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 XXe 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 XIXe 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 XVIIe 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 physiologiques de la fin du XIXe 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 scientistes qui trahissent l'intrusion d'une morale bourgeoise. « La seconde moitié du XIXe 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 scientifisant 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 dépends 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 nation[95]. 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 XXe 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 mouvement 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 XIXe 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 avoué[104]. « 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-MERY**. 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'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, Imprimerie Nationale, p. 23.
[104] **VIGARELLO**, Georges. 1999. *Op. Cit.*, p. 268-270.
[105] **DEMENY**, 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 XIXe siècle finissant auront marqué toute la médecine du XXe 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 XXe 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 Demenÿ. 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 Tissié. 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.*

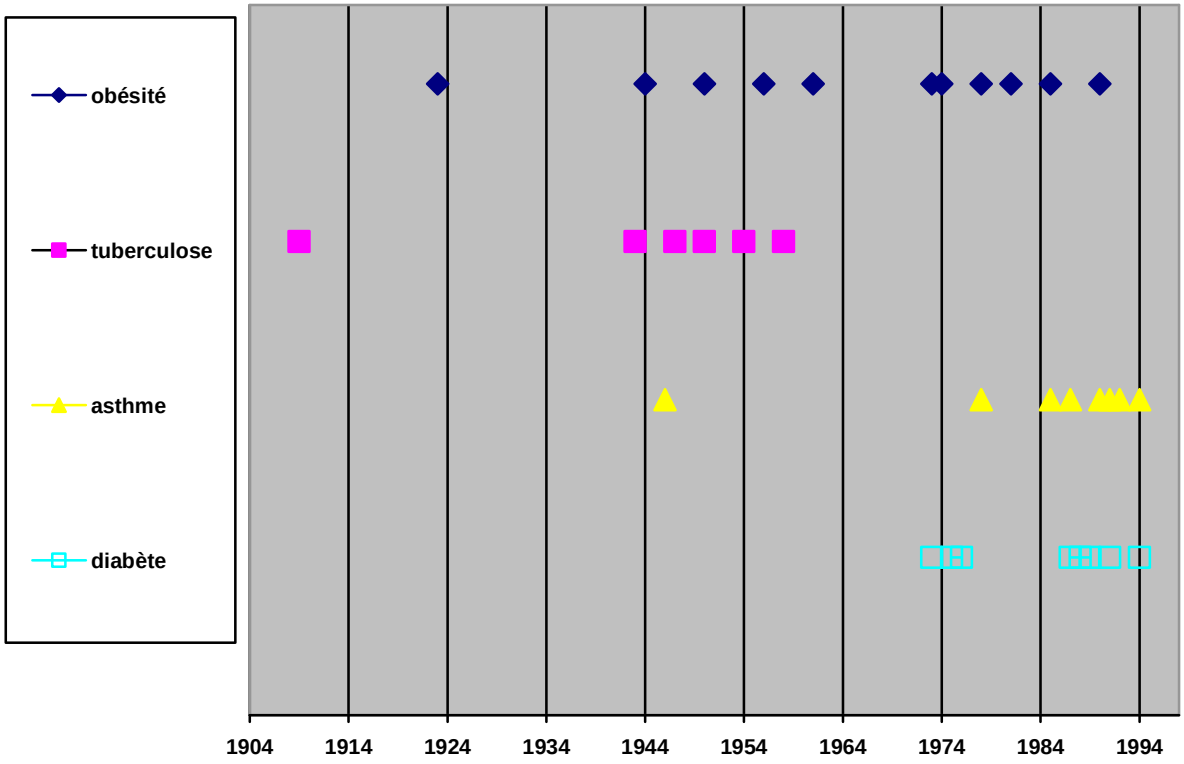
« Depuis longtemps, le flux montant de la société de consommation, exclusivement limité aux seuls domaines de la production et de la vente, n'incitait guère à comprendre la vie dans sa cohérence globale et tendait à négliger nombre de valeurs et nécessités existentielles dont le manque se révélait dangereusement 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 citadin 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 résonnance 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 limité[121]. 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 pourrons 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 remarquable[122]. Lorsqu'ils s'opposent par exemple à la fin du XIXe 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 spécifiques[123]. 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 XXe 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 XIXe 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.

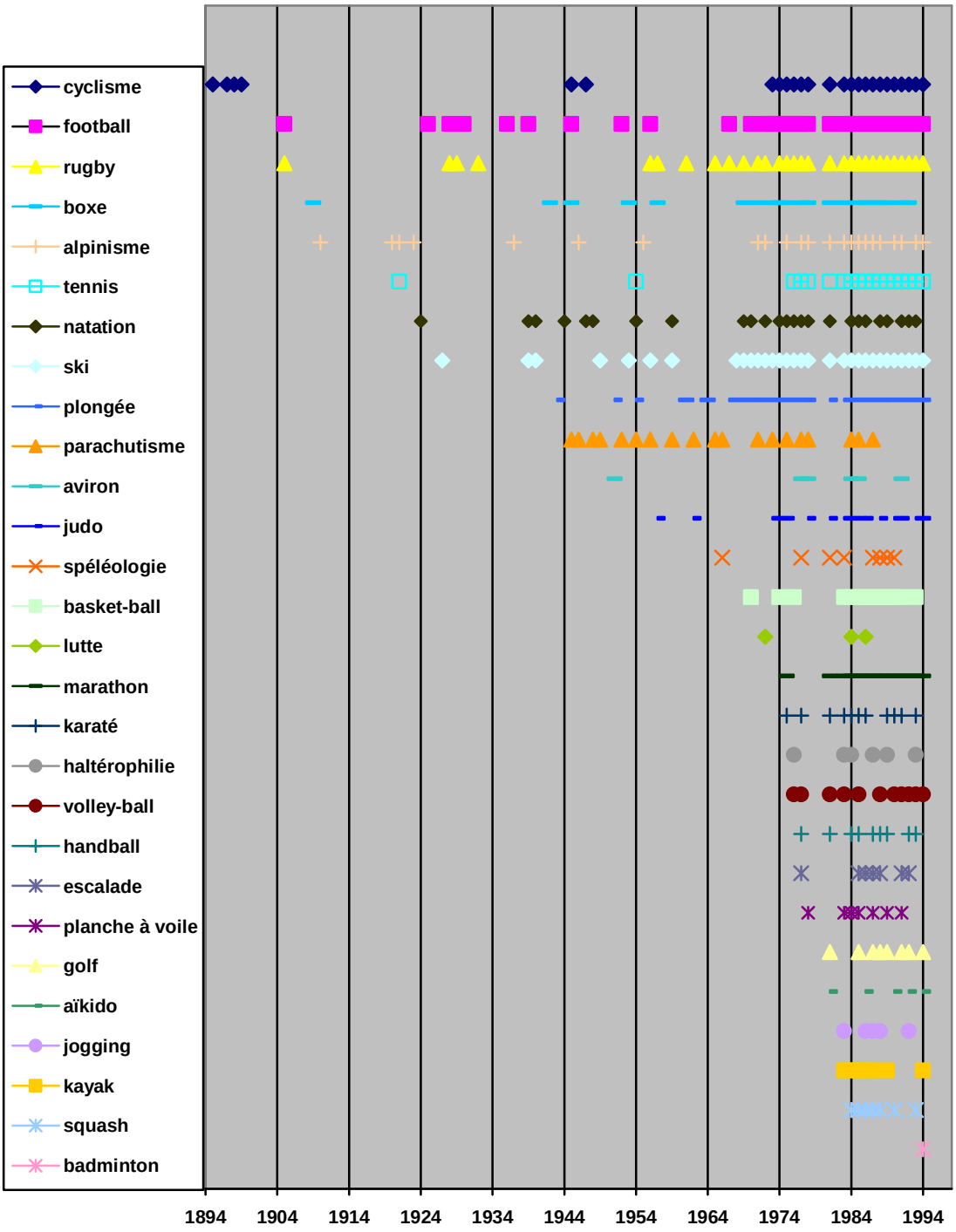
Mais la définition du sport ne peut faire l'économie d'une classification des différentes disciplines les unes par rapport aux autres. « Chacun doit faire du sport, mais ne peut ni ne doit pratiquer n'importe lequel, chaque sport réclamant des aptitudes spéciales. […]. Nul mieux que le médecin n'est 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 19ème 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 le 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 XXe 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 XXe 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 militaire[131]. 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 individuelles[132]. 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 e 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 aisés[134]. 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 favorisée[135]. 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 XXe 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.

Dr. Henri Diffre. 1923 : *Contrôle du sport et de l'éducation physique*[136].

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 XXe 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 plait surtout aux neurasthéniques, aux nerveux, aux débilités. […].*

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 ne 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. **BOIGEY**, 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 XXe 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 le 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'Ecole des moniteurs où on refera 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 XIII[143].

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 national[144]. 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 sportives[147]. 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 santé[148]. 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 établit 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 mais 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 sociale[155].

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 IIIE 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, 1ère 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 XIXe 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 XIXe 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 situé[156]. 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 XIXe siècle[157]. 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 XIXe siècle, dans les années 1880[158]. A cette époque, les sports anglais, importés par de riches commerçants et nécessitants 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 IIIe 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 bicyclette[160].

---

[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 XIXème 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 emparent[163]. 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 médial*, 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 usurpée 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 jokey 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 perplexe[169]…

Plusieurs éléments en cette fin de XIXe 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 IIIe 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 groupes[171]. 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 influents[172]. 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 sportives[173]. 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 évènements 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 XVIIIe 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 militaire[180]. C'est précisément en opposition à cette culture corporelle que les partisans des sports modernes chercheront leur place dans la France de la IIIe 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 dominent 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 Amoros[182]. « 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 distinction[185].

I. 4. Débats scolaires et encadrements idéologiques

Ce traitement inégal des cultures corporelles présentes en France à la fin du XIXe 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 ludique[188], les dirigeants politiques leur préfèrent 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 1882[189]. 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 suffit à engager les cultures corporelles sur un nouveau front, sous le feu croisé de combattants toujours plus nombreux. L'Eglise, 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 XXe 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 relative[193].

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 résistances[194].

Pour comprendre et décrire la participation de certains médecins dans les débats sur l'éducation physique de la jeunesse française dans cette fin de XIXe 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 XIXe 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 1803 (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 départemental[195]. 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 héritées de cette fin de XIXe 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 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, 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 population[197]. 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 XIXe 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 1848[200]. « Les inconvénients de la loi de ventôse suscitent pendant tout le XIXe 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 IIIe 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 XIXe 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 1884[203] 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 XIXe 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 habilitent 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 XXe siècle*, Editions Complexe, Bruxelles, p. 13.

des habiletés déclarées par ce métier »[206]. Everett Hugues 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 XXe 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 XIXe 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 XIXe 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 science[210]. 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 XIXe siècle et au début du XXe, 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 XIXe 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 politique[213]. « 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 « scientifisation » 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 XIXe 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 égouts[216]. « 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 idéologiques[222]. 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 militariste[224]. 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 régiments[225]. 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 syphilis[226]. 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 actions[227]. 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'évolutionnisme[228] 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. « Luttes 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 pastorienne, 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 le 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'aérothérapie, la mécanothérapie ou encore la climatothérapie par exemple, sont autant de thérapeutiques discutées alors dans les cercles scientifiques[235]. « 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 BOUJJOUFI**, 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, aérothérapie, 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 tuberculeux[238]…

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 créée 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 19ème 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 renforcé[241]. 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 publique[242]. 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 médical[245]. 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 individuelles[246]. 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 IIIe 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 XIXe 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 XIXème et du XXème 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*, myt^2, 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 scolaires[252].
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 enseigner[256]. 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 XIXe et le début du XXe siècle. Quel a été le rôle exact des médecins hygiénistes de la fin du XIXe 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 incontournables[261]. Toutes centrées sur la première moitié du XXe 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 20ème 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-études[262], 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 XXe siècle[264]. 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 Demenÿ, 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 Tabory*** nous ont été d'une grande utilité[265]. 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 publications[266].

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*, myt^2, 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 résonnance 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 médicine 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 XIXe siècle, afin de ne sélectionner que celles dont les préoccupions 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 physiques[274]. 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 visible[275]. 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'Education 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 XVIIIe siècle, ce sont bien les transformations de l'espace des activités physiques et de la médecine opérées à la fin du XIXe 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 bienvenue[277].

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°12[278].
>
> *« 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. Tissié. 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 animal[285] :
« *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 XIXème siècle restait réticente devant la réduction de l'homme à un animal (cette réticence datait du milieu du XVIIIème siècle, lorsque Linné avait intégré l'homme dans sa classification des animaux), et elle préférait 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 XIXème 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 « scientifisée » 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 XIXe 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 XXème 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 XIXe 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 corporel[292]. Ainsi, c'est bien dans cette logique scientiste 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.

médicales[293]. Les médecins avaient depuis longtemps posé leur regard sur le corps et son fonctionnement et ce en particulier par les progrès de l'anatomie[294], 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 XIXe et au début du XXe siècle le mode d'entrée dominant pour les agents sociaux engagés dans le processus de médicalisation des activités physiques[301]. 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-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.
[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 XIXe siècle et au début du XXe. 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 BOUJJOUFI**, 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 médical[310]. 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, 2e 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.

disserteront 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 surveillance[318].

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 Tissié et Georges Démeny font preuve d'une infatigable force d'écriture[319], 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 XXe 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'Education 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 : **SENERS**, 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 de cesse 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 XIXe 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'inestimables soutiens, et lui confèrent une autorité qui ne cesse de se renforcer à la fin du XIXe 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 beaucoup[326]. 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 particper 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 BOUJJOUFI**, 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'Education 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 adhérèrent 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 écho[338]. « 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 succès[340]. 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 publique[341]. 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 médecins[342]. 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 populaire[343], 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 Comité[344]. 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. 19e et 20e 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 salutaire, 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 Tissié 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 en1896 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 rabougris 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 20ème 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 5ème Olympiade ne classaient la France qu'au 6ème 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 collège[356]. En lieu et place des docteurs pro-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 naturelle[357]. « 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 Tissié 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 convaincus[360]. 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 Tissié. « 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 XIXe et au début du XXe 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*, 1er Novembre 1913. Cité dans Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. *Op. Cit.*
[362] **EL BOUJJOUFI**, 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] **DEFRANCE**, 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 XIXe 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 construire[368], 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 22.
[366] **EL BOUJJOUFI**, 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'époque[370]. 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] **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, 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 systématisée de l'Ecole 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] **DEMENY**, 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 pleine 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'Education 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 Demenÿ lors de la création du Cours Supérieur d'éducation physique. Philippe Tissié 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 XVIIIe et au cours du XIXe 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 XIXe 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 compétitions[382], 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. Tissié, 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 19ème 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 qualifiés[386]. 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 BOUJJOUFI**, 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 principes[392]. 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 assidus[393]. 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 Demenÿ 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 1890[395]. 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 Demenÿ, 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 Tissié[397]. 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 Suède[398].

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 éloquents… « 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 cônico-arrondis, à attitudes et à poses plastiques pour théâtreuses. […] 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] **SENERS**, Patrick. 1999. *Op. Cit.*, p. 16.

président[399]. 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 disputions notre premier match international et à peu près à la même époque, nous faisions 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 opposions à ces théories reposait, là encore, sur notre exemple. Au cours des randonnées que, bien

[399] **EL BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 faisions 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 sous-tend. 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 chacun[403]. 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 BOUJJOUFI**, 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 a 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, 1ère année.

[407] **EL BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 débuts[413]. 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 lu 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, 1ère 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, 1ère année, Mars 1923.

montrant l'intérêt d'une forme particulière du mouvement, mais il ne faut à aucun prix, parce que l'on a fat quelque chose de bien, délaisser 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 internationaux[418]. 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, 1ère 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, 2ème 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 rapide[423], 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, 1ère année, Juin 1922.
[420] Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1ère année, Juin 1922.
[421] Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1ère 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, 1ère année.

physique (Bordeaux, 24-26 septembre 1926) par la LGEP, la SMEPS et l'USGF » est à ce titre particulièrement révélateur[424]. 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 BOUJJOUFI**, 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 XIXe 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, 1ère 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'Ecole 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 indiscutables[435]. 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, 1ère 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-divisions. […] 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 corporels[446]. 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 devions 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 BOUJJOUFI**, 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 commerçantes, 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, 1ère année.
[448] **EL BOUJJOUFI**, 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. 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 contestables[451]. 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 Boisleux, 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, bascules, 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 35.
[453] **EL BOUJJOUFI**, 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'organisateurs, 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].

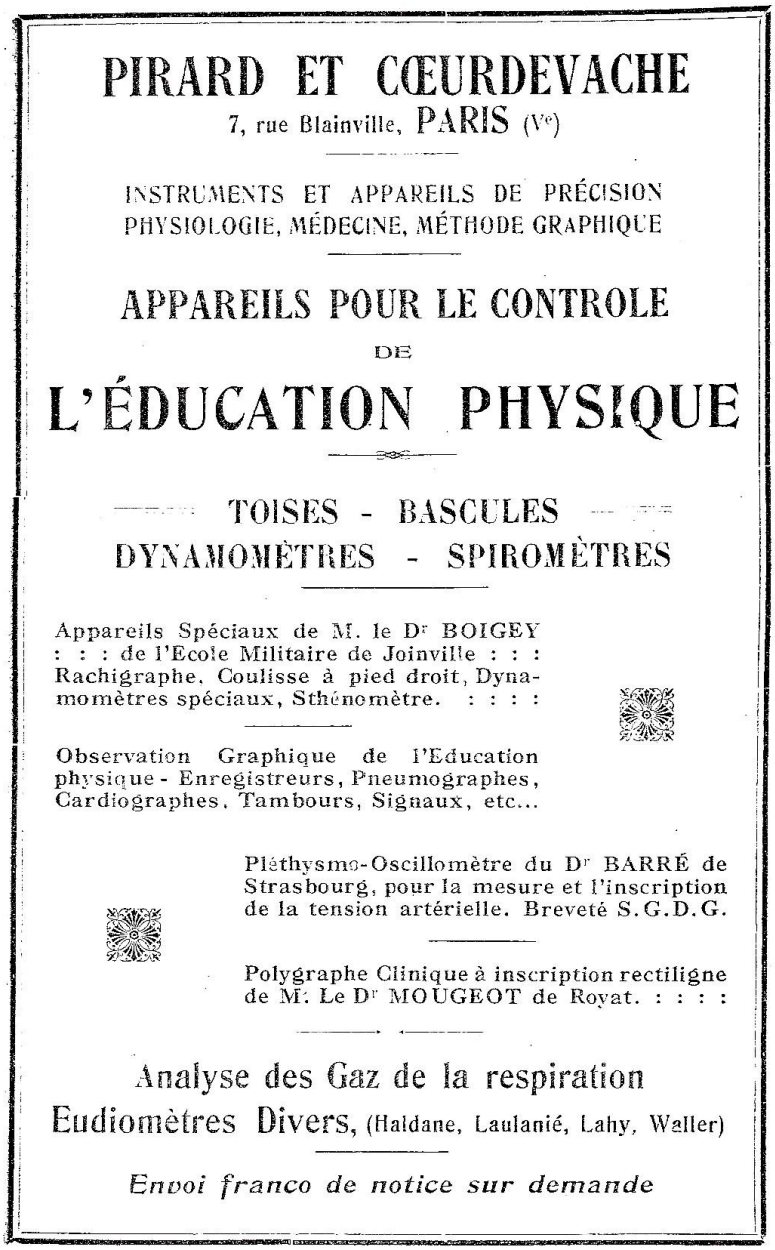
Cet impact économique ne semble pas être purement anecdotique puisqu'émergent dès les années 1920 des problématiques professionnelles aux sonorités troublantes d'actualité. Dans ce jeu complexe de valorisation de soi par des compétences inédites en vue du recrutement et de l'élargissement d'une clientèle, 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 (Ve)

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 Dr BOIGEY : : : de l'Ecole Militaire de Joinville : : : Rachigraphe, Coulisse à pied droit, Dynamomètres spéciaux, Sthénomètre. : : : :

Observation Graphique de l'Education physique - Enregistreurs, Pneumographes, Cardiographes, Tambours, Signaux, etc...

Pléthysmo-Oscillomètre du Dr 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 Dr 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°2, 1ère 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 résonnance […] 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 significatif[460]. 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 BOUJJOUFI**, 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 originale[461]. A ce titre, l'enseignement obligatoire de l'éducation physique leur sert effectivement de « cheval de Troie » pour consolider leur présence dans l'institution scolaire[462]. 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 XIXe 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 BOUJJOUFI**, 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. 19e et 20e 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 fédérales[465]. 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 diminue[466]. 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 sport[470]. 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 modifient. « 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'atténuent[473]. 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 XXe 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 originales[477]. 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 confère 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 BOUJJOUFI**, 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] salutaire 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'intérêt[481]. Jean-Louis Gay-Lescot repère également une augmentation substantielle du nombre de thèses soutenues en France sur le sujet à partir des années 1920[482]. 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, 1ère 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 médecins est encore assez peu élevé qui eurent le goût et le loisir d'étudier de près ces questions d'éducation physique. Le médecin 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 là le cheval de bataille de la SMEPS. « Persuader les incrédules »[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 médecin sur son rôle dans des questions dont il a peu l'habitude et qu'il lui est difficile aujourd'hui d'ignorer »[486]. « Etant donné l'intérêt capital des idées qui nous ont réunis, […] le corps médical doit petit à petit comprendre quel est son *devoir* à propos de l'éducation physique »[487]. « La *Revue MEPS* […] est un organe de propagande dont le but est de renseigner le médecin 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 médecins 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 réservèrent 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 devînmes 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, 1ère année.
[487] Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. *Op. Cit.*
[488] **Anonyme**. 1923. « A nos lecteurs », *RMEPS*, n°1, 1ère 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 le 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 alors[492]. 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, 1ère 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 front 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 dirigée[498]. « 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 médical[500]. 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 BOUJJOUFI**, 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, 2ème année.
[503] **Anonyme**. 1924. « SMEPS. Deux bonnes nouvelles », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2ème 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 témoignent 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-Bert[507].

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 médicale[509]. 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 camardes, 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, 1ère 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 124.
[513] **EL BOUJJOUFI**, 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 1926[517]. « 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 BOUJJOUFI**, Taïeb & **DEFRANCE**, Jacques. 2005. *Op. Cit.*, p. 97.
[516] **EL BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 IREP[519].

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 sportif[521] ; 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 104.
[520] **EL BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 **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. 19e et 20e 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 enseigneurs 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 vielles 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 BOUJJOUFI**, 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 mondial[526]. 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 risquerons 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 XXe 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, 1ère 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 extrêmes[528]. 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, 1ère 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 fort[530]. 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, 2ème année.
[530] **EL BOUJJOUFI**, 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'aiguiser. *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 **SENERS**, 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 128-129.
[535] **EL BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 172.

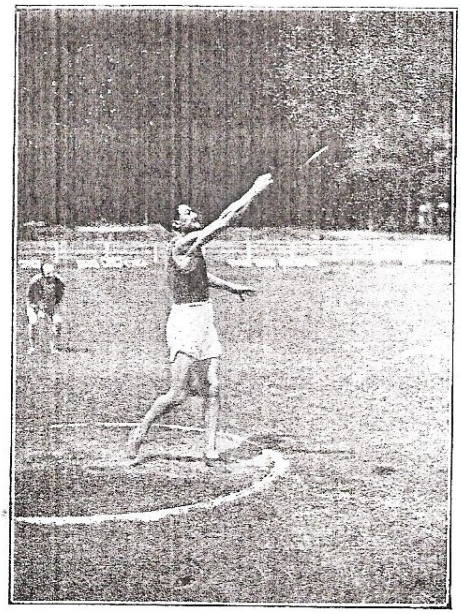
donné par les membres de la Société. Les membres présents à la réunion ont chaleureusement applaudi M. Barbarin pour le remercier de cette charmante idée »[536]. C'est d'ailleurs cette même année 1922 que la SMEPS organise sa première réunion sportive annuelle. Lorsque le médecin sportif Robert Jeudon 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, 1ère année, juin 1922.
[537] Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1ère année, Juin 1922.
[538] **Le Médecin Sportif** [Dr. **JEUDON**, Robert]. 1922. « Le style sportif chez les médecins », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1ère année.

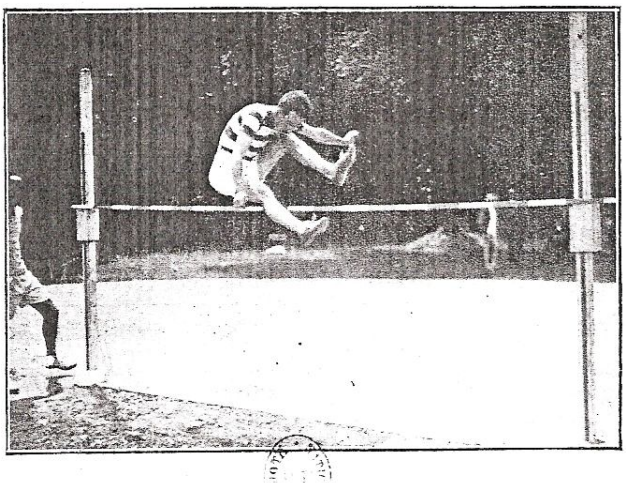
pas pour diminuer sa compétence »[539]. Enfin, dernier élément d'illustration de l'intérêt très net de certains praticiens à l'égard de l'exploit sportif, peut-on évoquer la réunion ordinaire qui a suivi l'Assemblée Générale de la SMEPS du 17 décembre 1923. Elle a été « consacrée à l'étude du champion 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, 1ère 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, 1ère année.
540 **Anonyme**. 1924. « L'assemblée générale de 1923 et les premières réunions de 1924 », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2ème 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 vierge[541]. 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 métier[542]), figurant au même titre que Maurice Boigey parmi les premiers membres de la SMEPS, sont dépourvus d'un palmarès sportif identifiable[543]. 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 efficientes 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 médicale[547].

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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 vielle 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 généralistes[553]. 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 BOUJJOUFI**, 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 médecins[554]. 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 athlètes[555]. « 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 particulière[557]. 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 1er Novembre 1922.
[555] **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*
[556] **EL BOUJJOUFI**, 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, 46ème 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 2005. *Op. Cit.*, p. 112.
[562] Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Les conjonctivites de piscine », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1ère 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 monde[565]. 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 BOUJJOUFI**, 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, 1ère 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'es-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, 1ère année.
[567] Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « Les dispensaires d'éducation physique », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2ème 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, 2ème 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*, 6ème 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 Demenÿ 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 Nancy[574]. Les IREP ne donnent pas lieu à une production savante autre qu'expérimentale, de type

[571] **EL BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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'amenèrent à prendre en compte la forte homologie entre rationalisation du travail (industriel) et rationalisation de l'entraînement et des principes d'efficience 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 glycocyamine, 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 BOUJJOUFI**, 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, 46ème 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 BOUJJOUFI**, 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'infirme 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 ensemble[579]. 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-guerres[580]. 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, ausculatoire, 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 manifestes[581]. 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, ausculatoire, 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 sportives[582]. 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'enseignements[583]. 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 BOUJJOUFI**, 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 XXe 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 XXe 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 manuels[585]. 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] **DEFRANCE**, 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 anti-dopage 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 XXe 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 hygiénique[588], 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 BOUJJOUFI**, 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 BOUJJOUFI**, 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 XIXe 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 sportifs[592]. 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 XIXe 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 responsabilités[596]. 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 inaptes 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 BOUJJOUFI**, 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'Ecole 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, 1er 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 médical[600]. 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 paraissant 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 faire[604]. 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 Laneau[605]. De plus quelques confrères avaient envoyés par lettre leurs renseignements sur la fiche proposée […] »[606]. Ainsi, entre la mesure du périmètre thoracique permettant le diagnostique 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.

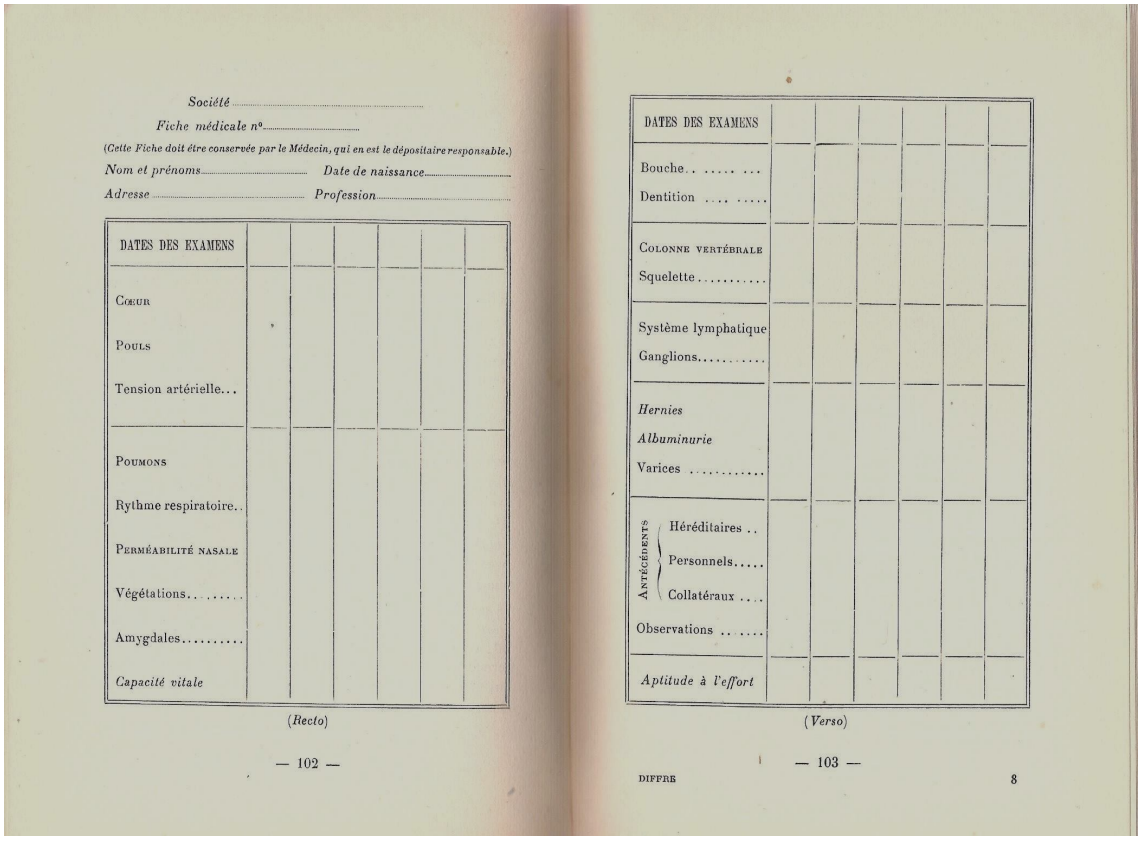
[604] Francis Charpier nous livre quelques éléments de réflexion à ce sujet dans son article sur le « contrôle médical ». **CHARPIER**, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, 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, 1ère 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'Education 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						
Cœur						
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						
Antécédents: Héréditaires ..						
Antécédents: Personnels.....						
Antécédents: Collatéraux						
Observations						
Aptitude à l'effort						

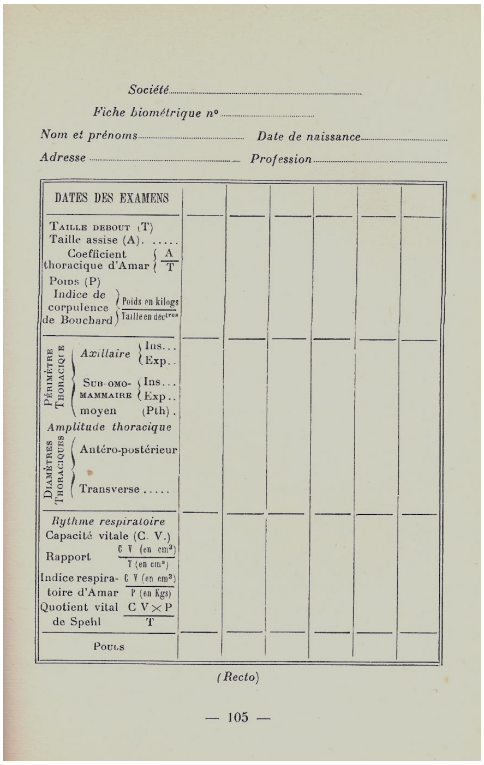
(*Verso*)

— 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°.....

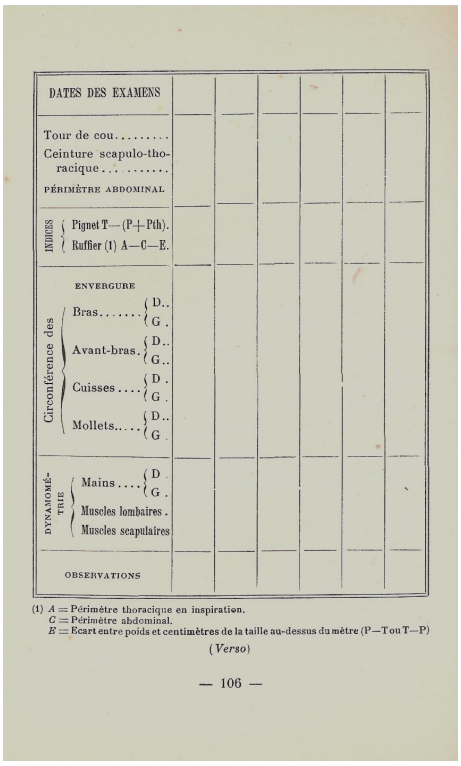
Nom et prénoms..... *Date de naissance*.....

Adresse..... *Profession*.....

DATES DES EXAMENS						
Taille debout (T)						
Taille assise (A).						
Coefficient thoracique d'Amar $\frac{A}{T}$						
Poids (P)						
Indice de corpulence de Bouchard $\frac{\text{Poids en kilogs}}{\text{Taille en décres}}$						
Périmètre thoracique — *Axillaire* Ins... Exp..						
Sus-omo-mammaire moyen Ins... Exp.. (Pth).						
Amplitude thoracique						
Diamètres thoraciques — Antéro-postérieur						
Transverse						
Rythme respiratoire						
Capacité vitale (C. V.)						
Rapport $\frac{C\ V\ (\text{en cm}^3)}{T\ (\text{en cm}^3)}$						
Indice respiratoire d'Amar $\frac{C\ V\ (\text{en cm}^3)}{P\ (\text{en Kgs})}$						
Quotient vital de Spehl $\frac{C\ V \times P}{T}$						
Pouls						

(*Recto*)

— 105 —



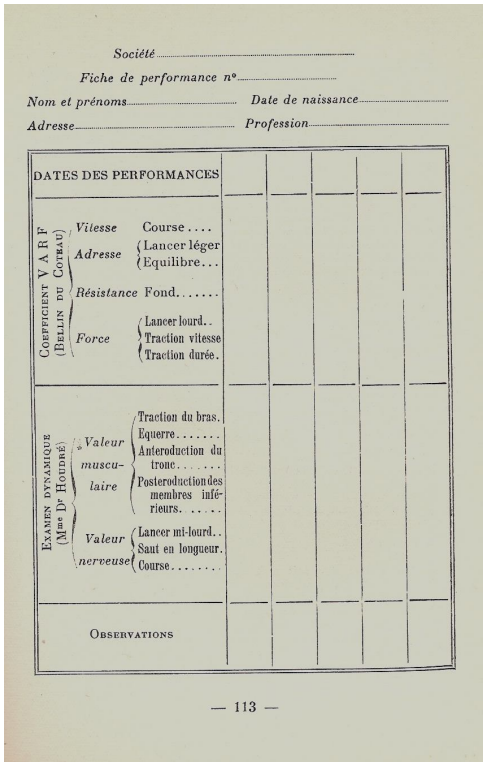
DATES DES EXAMENS						
Tour de cou.....						
Ceinture scapulo-thoracique...						
Périmètre abdominal						
Indices — Pignet T—(P+Pth).						
Ruffier (1) A—C—E.						
Envergure						
Circonférence des — Bras..... D.. G.						
Avant-bras. D.. G..						
Cuisses.... D. G.						
Mollets..... D.. G.						
Dynamométrie — Mains.... D. G.						
Muscles lombaires.						
Muscles scapulaires						
Observations						

(1) *A* = Périmètre thoracique en inspiration.
C = Périmètre abdominal.
E = Écart entre poids et centimètres de la taille au-dessus du mètre (P—T ou 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 du Coteau) — *Vitesse* Course....						
Adresse Lancer léger / Equilibre...						
Résistance Fond.....						
Force Lancer lourd.. / Traction vitesse / Traction durée.						
Examen dynamique (Mme Dr Houdré) — *Valeur musculaire* Traction du bras. / Equerre..... / Anteroduction du tronc..... / Posteroduction des membres inférieurs.						
Valeur nerveuse Lancer mi-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 conseils[611]. 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 discuté[613]. 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 BOUJJOUFI**, 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 cuillérée à soupe d'"OVOMALTINE" dans une tasse de lait (tasse à thé).
En outre, ils prenaient une heure avant l'épreuve, environ une cuillérée 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 ¾ 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 <u>période d'entraînement</u>, *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 <u>veille de l'épreuve</u> *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 <u>jour de l'épreuve</u>, *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 BOUJJOUFI**, 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 cuillérée à café de sulfate de soude : déblayage intestinal »[623]. Entre les bénéfices 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 tous[624]. 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 a 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'Escrime 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 XXe 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 ans 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 désintérêt 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 extrême[627]. 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 XXe siècle ne semble pas avoir offert les possibilités suffisantes de stabilisation et d'homogénéisation de la pratique professionnelle[628]. Non spécialisante, 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 évènements 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] enserre 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 mondiale[630]. Etonnamment, les historiens de la période Vichyste, malgré les difficultés inhérentes à

[629] **EL BOUJJOUFI**, 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 athlétiques[632]. A l'inverse, les rigueurs de l'Occupation vont se traduire par une démédicalisation 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 évènements 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 mondial[634].

---

[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. Baillière et Fils, Paris, 112 pages.

Pr. **FABRE**, Roger ; Pr. **MERKLEN**, Louis & Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1943. *Education physique et contrôle médical*, J-B. Baillière 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 réactivées[638]. « 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 fomente 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 BOUJJOUFI**, 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 obéir[640]. 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 démuni 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 1er 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 développement[644]. « 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 presqu'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 praticiens[655]. 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'emploie[656]. 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'usine[657]. 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 Commissariat[661]. « 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 encourent[664].

---

[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. **DUCLOS**, 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 prédécesseur[665]. 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 déshabilloirs (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 mensuré 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.

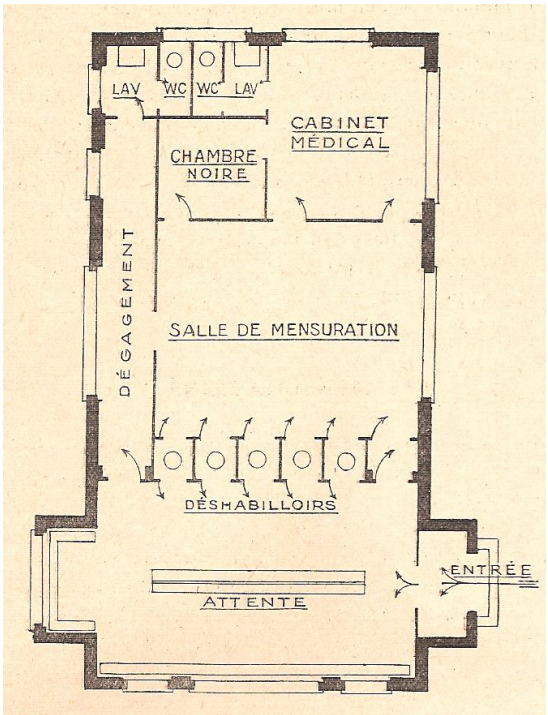


FIG. 9. — Service d'examen physiologique d'un groupe scolaire

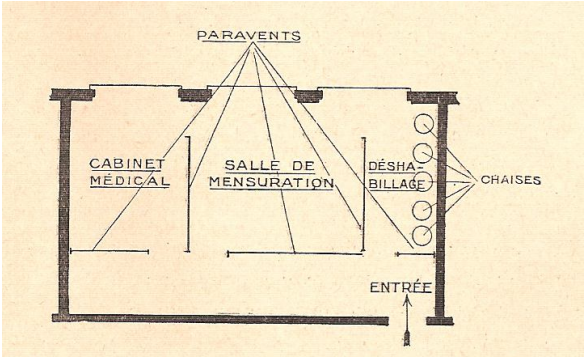


FIG. 10. — Aménagement d'une salle en salles d'examen médical.

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 BOUJJOUFI**, 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 inclues, puis 90 de 1919 à 1938, ce n'est moins de 93 thèses qui sont réalisées de 1939 à 1945[675]. 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 scolioses par gymnastique respiratoire et la spiroscopie 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 significatifs[676]. 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 contraire[678]. 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 scolioses par gymnastique respiratoire et la spiroscopie 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 XIXe 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 rationnalisé 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. Ct.*, 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. Baillière 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 Résistance[684]. 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 précédèrent 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 BOUJJOUFI**, Taïeb. 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'accroit 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 1950[687]. « 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] **GOETSCHEL**, Pascale & **TOUCHEBOEUF**, Bénédicte. 2004. *La IVe République. La France de la Libération à 1958*, Le Livre de Poche, Collection La France Contemporaine, Paris, p. 257-258.
[688] **GOETSCHEL**, 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 cotexte 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] **GOETSCHEL**, 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 ouverte[693]. « 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 créée 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 XXe siècle[702]. 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 sportives[704]. 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 localement[705]. 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, **BUNGENER**, 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 extra-scolaire (aux frais de l'Etat)[707]. Une fois dépassé le caractère anecdotique de ces

[706] Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, J-B. Baillière et Fils, Paris, p. 250-251.
[707] Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1962. *Op. Cit.*, J-B. Baillière 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'Education 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 précis 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 dermographiques (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 indiscrétion)
[…] »[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 compétent[713]. 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 XXe 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 5ème 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 cinquante[714]. 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 corporels[715]. 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 sportif[717]. 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 réduite[718]. Selon Stéphan Mierzejeweski, « 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 frontières[720]. 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 Lederer[721]. 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] **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, p. 215.

[720] **EL BOUJJOUFI**, 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 professionnel[722]. 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 largement[723]. 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 bénévolat. « 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 pourrons 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'encre[726]. 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 doping, 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 IVe 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 XIXe 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 ère[728]. 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 XXe 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 Ve 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 prémisses 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 mètres[730]. 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 irréelle de l'univers de l'altitude m'a toujours extasiée. 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 *déviance 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 médecins[735]. 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 préoccupation[736]. 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 trouille 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 récréer sainement, 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 1er 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-dopage[744]. « 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 sport[746]. Ainsi, dans le prolongement de la médecine du sport de contrôle, particulièrement choyée par les autorités depuis le gouvernement de Vichy jusqu'à la Ve 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'écrit 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 « enlisement ». 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 Sports[757].

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 évènements 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, 2ème 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 médecine[763]. Ainsi, en valeur relative, l'intérêt médical porté aux exercices du corps témoigne d'une étonnante stabilité. Mais en valeur absolu, 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 françaises[765]. 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 négligeable[767]. La médecine du sport de contrôle, développée dès les années 1940, trouve là les conditions d’une légitimité renforcée[768]. 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 : infériorisant, 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 formation[770]. 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, certains [772]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. Ct.*, 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 a 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 ordinal[778]. 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 na 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 volley-ball 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 mission[784]. 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 habillait 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 championnite 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 vie[791]. 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 technologie[795].

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 (ANFORMES[796]), 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, 40e 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 accumulé 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 2000[800]. « 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, 45ème 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 difficultueux. 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 patriciens 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, 38e 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 Paclet, 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 évènements datent de 2008 et ne sont pas des cas isolés[807].

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 sport[808]. 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 sport[809].

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 Monroche[812]. 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.afld.fr/docs/page8_308_delib115.pdf
[810] Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « La valeur du certificat », *Cinésiologie*, n°226, 45e 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. 1888[816].

[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. 2007[817].

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 XIXe 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 déconsidérés[822]. 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 1er 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] **GOSSELIN**, 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 sport[827], et au passage de l'aptitude des individus à occuper un poste à l'aptitude d'un poste à être occupé par un salarié donné[828].

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 répartisse 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, 46e 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, 46e 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 IIIème 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. Jospeh 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 imager 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 IIIe 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 bancal[838]. 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 psychologique[842]. 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 phalanges[843], 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 entretenus 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 épluche 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'issu 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 disfonctionnement 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'autorité[850]. 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 fragilisation[851]. 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 dopeur 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'exigeait[852]. 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 patronat[853]. 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 égard[854]. D'autant que de récentes affaires viennent obscurcir les liens réellement entretenus entre certains services de santé et des organismes patronaux[855]. 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 Tf1 le 1er 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 marche[861].

---

[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] **VANDERSCHELDEN**, 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 laborieuse[862]. 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 XXe 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'écarter 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 « coté » 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 XXe 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'affaires[869], 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 BOUJJOUFI**, 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.