

Panser les deux mondes

Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances

THESE DE DOCTORAT

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

Discipline : Sociologie

Présentée

et soutenue publiquement par

Baptiste VIAUD

Le 2 décembre 2009, devant le jury ci-dessous

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

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

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

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

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

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

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

Directeur de thèse : M. SUAUD, Charles.

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

SECONDE PARTIE

**MEDECINS DU SPORT, MEDECINS
SORTIFS. LE TUMULTE DES
IDENTITES**

EXORDE (Bis)

« La croisière s'amuse ».

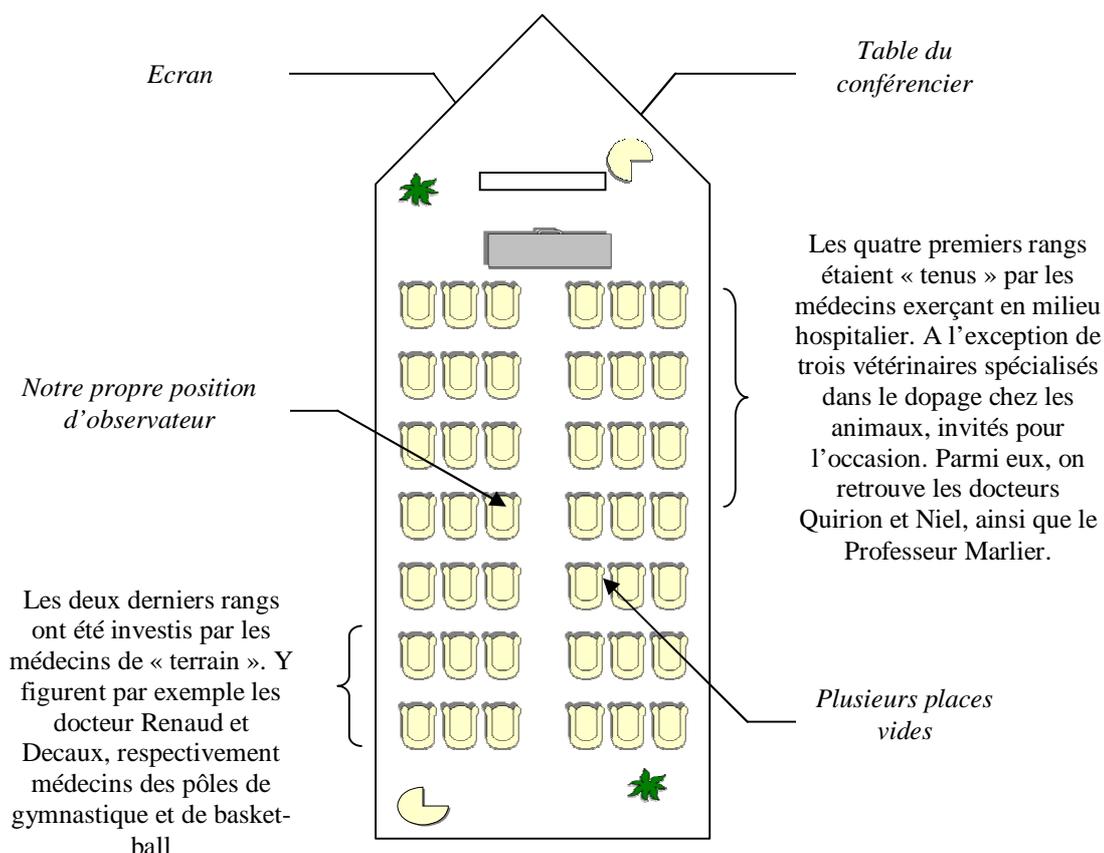
– Soirée de formation médicale continue –

Le 18 novembre 2004, nous sommes conviés à participer à une formation réservée aux médecins du sport et animée par deux conférenciers connus. Le premier est le professeur François Carré, cardiologue du sport qui fait autorité dans son domaine et figure parmi les spécialistes les plus reconnus à l'échelle nationale ; le second n'est autre que le bouillant Serge Simon, médecin du sport et ancien rugbyman de haut niveau. Le cardiologue entend discuter ici « des effets cardiogéniques des produits dopants » et l'expilier international du « suivi psychologique longitudinal pendant et après la carrière chez les sportifs de haut niveau et professionnel ». L'affiche est prestigieuse et peut intéresser des médecins du sport aux profils variés dans la mesure où seront abordés au cours des interventions des données scientifiques très pointues, ainsi que des préoccupations d'un ordre plus pragmatique. Ainsi, près d'une trentaine de praticiens seront présents pour embarquer sur le bateau croisière qui accueille le cocktail et les conférences. Parmi eux, figurent des médecins de pôles (gymnastique, basket-ball, etc.) ainsi que des praticiens attachés ou hospitaliers employés par les divers CHU de la région. Pendant le cocktail, nous constatons que les médecins du sport engagés dans des structures sportives forment un groupuscule fermé de parole et se mettent à l'écart du rassemblement. A l'inverse, les médecins hospitaliers, plus nombreux, naviguent entre plusieurs îlots de discussion qui se forment et se déforment au gré des allers-venues. Le conférencier cardiologue participe aux échanges. A l'inverse, Serge Simon s'est mis à l'écart, passant quelques coups de téléphone ou faisant les « cents pas » au fond de la pièce. Après une ballade fluviale de plus d'une heure, nous revenons à quai et l'ensemble des invités quitte la salle de banquet et descend d'un étage, dans une salle de conférence (une dizaine de rangs de chaises avaient été dressés face à une tribune dominée par un large écran blanc). Les médecins prennent place et les groupes de discussion se reforment à l'identique. Les hospitaliers occupent les quatre premières rangées, là où les médecins de « terrain » investissent les

places situées au fond de la salle. Le premier orateur, fier de son expérience hospitalière, expose de manière très théorique « les risques cardio-vasculaires du dopage ». Sa communication entend faire la part des choses « entre ce dont on est sûr et qui a été prouvé scientifiquement et ce qui tient de la rumeur et du fantasme ». A ce titre, il reste convaincu que le dopage est un réel problème, mais dont on ne possède qu'un recul limité en termes d'investigations scientifiques. Dans son domaine, il montre par exemple que les autopsies de morts subites chez le sportif conduisent souvent à de mauvaises interprétations laissant planer l'ombre du dopage sans que rien ne puisse venir l'attester scientifiquement. Il est par exemple normal de constater un épaissement post mortem de la paroi du cœur car le sang dont il a été vidé n'exerce plus de pression. « Donc on ne peut pas dire que le cœur s'est développé par la prise de produits comme trop de gens aiment à se l'imaginer dans ce genre de situations ! ». Malgré ce discours prudent, le cardiologue conclut son intervention par un commentaire inquiet dans lequel il se demande si le pire n'est pas à venir compte tenu de l'incrémentation du dopage sportif et de l'augmentation de la durée de vie des individus. Le coordonateur de cette conférence, professeur et illustre spécialiste de médecine du sport, remercie son confrère pour sa « grande érudition » et ne manque pas de glisser sa propre opinion sur le dopage et les sportifs qui s'y adonnent. Par le biais de petites anecdotes « croustillantes » sur des « sportifs idiots » prêts à prendre tout ce qui leur tombe sous la main pour gagner, y compris les produits les plus farfelus, son monologue provoque le sourire de ses collègues des premiers rangs mais soulève dans le même temps un long murmure plaintif et diffus venant du fond de la salle, traduction bruyante de la grogne des médecins qui travaillent au plus près des athlètes et s'indignent de l'image bêtifiante que l'on en donne. L'intervention du second conférencier, le docteur Serge Simon, va apaiser pour quelques temps seulement cette agitation. Il « remercie sincèrement [son confrère] pour la qualité de son exposé ». Il lui est « d'autant plus reconnaissant que la démarche entreprise est rare. Faire la part des choses entre la rumeur et les faits n'est pas facile dans un domaine où tout s'emmêle et où la fantasmagorie prend le pas sur les données scientifiques ». Aussi, tout l'enjeu de sa communication va consister à déconstruire les liens trop directs que l'on établit entre le sport et la santé. « Le sportif n'est pas un modèle d'équilibre ! Contrairement à cette idée de l'épanouissement par le sport, les activités sportives ne sont pas bonnes pour la santé. Elles produisent logiquement de multiples formes d'addiction, souvent favorisées voire encouragées par l'entourage sportif et / où familial. Quand on dit ça, on vient heurter une vérité populaire extrêmement ancrée dans les esprits et également dans les esprits des médecins. Les valeurs sont

inversées dans l'univers sportif et on glisse facilement vers la pathologie ». Cette diatribe sert les intérêts du médecin qui est venu présenter un outil d'évaluation psychologique du sportif qu'il souhaite voir diffuser largement parmi ses confrères spécialistes du sport (il a créé et dirige le Centre de Prévention et d'Accompagnement pour les Sportifs depuis le 3 décembre 2001 au CHU de Bordeaux). Cette fois, de manière tout à fait inverse aux réactions qui ont succédé à la première allocution, son propos soulève de façon visible l'indignation des hospitaliers dont les chuchotements colériques cumulés finissent par créer un brouhaha sonore. Plus tard, lorsque nous discuterons avec l'un d'entre eux au sein du CHU dans lequel il travaille, il nous expliquera les raisons de ce mécontentement. C'est la vision pessimiste du champion et la destruction de l'idéal sportif qui leur étaient difficilement supportables dans le discours du médecin rugbyman. « Le sportif se doit d'être un exemple pour les jeunes ! Ni fumer, ni boire, ni rien... Cela fait justement partie du métier d'être intègre ! ». Les représentations diverses du sport et du sportif renvoient manifestement à des expériences individuelles fort différentes responsables d'un désaccord profond de vision.

Places assises et « géographie sociale »



CHAPITRE 5

SOCIALISATIONS MEDICALES ET RAISONS D'AGIR

« Quand tu fais un cursus de spécialité, le sport ça n'existe pas ! D'ailleurs le sport en médecine est mal perçu. Des médecins qui pratiquent du sport ?... Tu sais, le niveau sportif du médecin de base, c'est sédentaire. Très sédentaire ! Les mecs qui font du sport et de la médecine, c'est l'exception. C'est un extra-terrestre, oui. Le sport et la médecine, c'est presque antinomique parce que le sport, c'est pas bon pour la santé. Surtout en compétition... »

Dr. David. Praticien Hospitalier. Chef d'un service hospitalier de médecine physique, réadaptation locomotrice, et réadaptation gériatrique. Ancien footballeur de haut niveau (sélection en équipe de France des moins de 17 ans ; contrat promotionnel de trois ans dans un club professionnel).

Les tensions originelles qui accompagnent l'invention de la médecine de l'exercice corporel sous la troisième République en France, entre perspectives de santé et intérêts sportifs, sont responsables d'une hétérogénéité de pratiques. L'analyse socio-historique de la structuration progressive de cet espace permet d'éclairer la multitude des possibles professionnels sur lesquels vont venir se cristalliser autant de manières d'être et de penser, que de rapports au sport et à la médecine. Conseiller une activité physique régulière et modérée afin d'atteindre un niveau de forme optimale pour « bien vivre » au quotidien (le fameux *Men sana in corpore sano*), ou à l'inverse encadrer le projet de vie d'un athlète centré sur la performance afin de lui assurer une forme optimale pour réaliser un exploit sportif, sont deux réalités distinctes d'une même branche médicale. De contrôle, sociale, expérimentale ou du record, cette médecine se conjugue au pluriel et s'exerce dans d'innombrables lieux. L'intimité des cabinets libéraux cède parfois la place à l'inquiétant paysage mécanisé des services hospitaliers ou à la moiteur familière d'un vestiaire. Aussi, si la tension entre les deux mondes, principe structurant responsable d'une telle hétérogénéité, a désormais été objectivement repérée, des interrogations demeurent. Après avoir dégagé les fondations d'un tel édifice, il devient en effet nécessaire de rencontrer ceux qui l'entretiennent et le font vivre. Que signifie donc aujourd'hui pour un médecin de prendre place sur ces différents univers de pratiques ? Comment s'opère très concrètement la distribution de ces positions ? Se pose finalement ici en toile de fond un double projet.

Comprendre *qui sont ces médecins*, et analyser la façon dont *fonctionne le « marché » médico-sportif* par lequel se créent, évoluent ou disparaissent les placements repérés.

Cette entreprise ne peut faire l'économie du terrain. Dans la mesure où l'espace offre visiblement de nombreuses loges susceptibles d'héberger des profils médicaux dissemblables, le souci premier devant guider l'analyse sera celui de tous les embrasser indifféremment. Tâche complexe au demeurant si l'on considère d'après les données fournies par la Direction Nationale des Affaires Sanitaires et Sociales au 1^{er} janvier 2005 que le nombre de médecins du sport en exercice atteint sur le territoire français la somme non négligeable de 7621 praticiens... Saisir une réalité vaste et fuyante nécessite pourtant de dresser un tour d'horizon le plus exhaustif possible afin de ne pas amputer l'espace de ses membres les plus silencieux, les plus éloignés. « Tout phénomène d'ordre professionnel doit être rattaché théoriquement à la production et à la sanction sociales du savoir. Quoique à des niveaux différents et localisés, nous devions donc toujours trouver des pratiques et des codes de conduite qui se justifient par des discours "savants". La capacité différente qu'ont divers individus ou groupes professionnels de s'approprier ces discours "autorisés" et "autorisants" semble constituer une dimension caractéristique de l'inégalité sociale ». Dès lors, « au centre, les sujets parlants se différencient par leur relation avec le discours vrai lui-même, par l'autorité attachée à leur position ou à leur nom. Dans le cas des professions, le centre tend à correspondre au système de recherche et de formation ; en effet, nous y trouvons ceux qui "créent" le savoir (chercheurs ou spécialistes chargés de systématiser les connaissances pertinentes), entourés de ceux qui enseignent aux apprentis et, [plus] en périphérie, de ceux qui diffusent le savoir et rendent la profession visible dans la presse et les médias électroniques »¹. Il importe donc de ne pas se limiter à l'épicentre visible et bruyant d'un espace pour en comprendre les rouages, au risque de se faire complice des jeux de pouvoir qui y ont cours et ne ressortir ainsi de l'analyse qu'une vision idéologisée du monde. Entendre les présidents des sociétés savantes, les directeurs de syndicats, les professeurs est important bien sûr en ce qu'ils impriment par leurs discours et leurs pratiques la direction que prend cette branche médicale, mais n'est en rien suffisant lorsqu'il s'agit de dresser le panorama précis des praticiens, de leurs contextes de travail et de leurs registres d'exercices réels. N'écouter que ceux qui ont l'autorité de parler, c'est accorder *a priori* à cette fraction légitime une

¹ SARFATTI LARSON, Magali. 1988. « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, octobre 1988, p. 24 ; 34.

attention démesurée. « Il est aisé de prévoir que l'on ne peut obtenir de cette manière qu'une notion subjective et tronquée. Cette élimination, en effet, ne peut être faite que d'après une idée préconçue, puisque, au début de la science, aucune recherche n'a pu encore établir la réalité de cette usurpation, à supposer qu'elle soit possible. Les phénomènes choisis ne peuvent avoir été retenus que parce qu'ils étaient, plus que les autres, conformes à la conception idéale que l'on se faisait de cette sorte de réalité »². Difficile en effet dans une recherche que l'on désire sérieuse d'aboutir au constat pourtant parlant que parfois la médecine du sport, c'est de la médecine sans le sport... Nous le verrons par la suite, nombreux sont en effet les praticiens qui n'utilisent cette compétence que dans un unique souci d'affichage. Ils n'en font aucun usage spécifique dans la pratique de leur profession. L'envie serait grande de les mettre de côté. Très éloignés du centre de l'espace, ils ne disent rien et n'ont rien à dire. Faut-il pour autant ne pas écouter la spécificité de leur positionnement ? Non, à l'évidence. Habitants des zones d'ombre, passagers clandestins d'une frontière dont les contours sont mal dessinés, leur existence même est d'une incroyable richesse analytique. Toute la complexité d'une telle prétention empirique consiste à isoler précisément l'ensemble de la population enquêtée, avec son lot de stars et de fantômes. Dans un monde où le chiffre est roi, et dans lequel les statistiques ont le pouvoir triomphant d'épaissir le niveau de réalité des phénomènes sociaux mesurés, se mettre en quête de données quantifiées paraissait être un moyen privilégié d'amorcer la rencontre avec *les* médecins du sport. Cette étape préliminaire s'est pourtant rapidement transformée en épreuve initiatique. Voilà donc le sort réservé aux espaces dominés, ils ne « comptent » pas et ne sont pas « comptés ».

I. Lorsque domination rime avec invisibilité

- *Comment expliquez-vous que la médecine du sport ne soit pas une spécialité reconnue ?*

² DURKHEIM, Emile. 2004 [1937]. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, p. 39.

- “Spécialistes médecins du sport” ? C’est pas noble !
*Le cœur, c’est noble. Le cerveau, c’est noble... Tandis
que médecin du sport, [soupir], vous êtes sportifs
aujourd’hui, demain vous ne le serez plus...*

Dr. Jean-Louis **CLOUET**. Président du
Conseil de l’Ordre de Loire Atlantique.

I.1. Recherche désespérément médecins du sport

Les principaux instituts de mesure de la démographie et de l’activité médicale ne disposent d’aucune information concernant spécifiquement les praticiens compétents en médecine du sport. C’est bien d’un *vide statistique total* dont il s’agit ici. La Caisse Primaire d’Assurance Maladie du département de la Loire Atlantique (CPAM-44), dans sa volonté d’encadrer et de contrôler les dépenses de santé des professionnels n’a jamais isolé la médecine du sport pour en faire une catégorie d’analyse propre. De la même façon, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES), qui produit très régulièrement « l’état des lieux des professions de santé » en France, ne livre que peu d’informations concernant cet exercice. Pour cause, elle l’assimile à une « orientation complémentaire *a priori* proche de la médecine générale » et fait disparaître les médecins du sport dans la catégorie des omnipraticiens (ce qui exclut de fait un nombre conséquent de statuts et d’exercices)³. Le Rectorat possède pour sa part les renseignements relatifs aux origines sociales des étudiants inscrits dans le cursus universitaire de médecine. De nombreuses tractations ont rendu possible la consultation des chiffres escomptés. Bien maigre résultat, force est de le constater. En effet, ces mesures sont réalisées à partir d’un formulaire que les étudiants doivent remplir lors de leur inscription à l’Université. A Nantes, pour la rentrée universitaire de l’année 2003-2004, là où 40 étudiants du troisième cycle des études de médecine ont fait figurer sur le formulaire leur inscription à la capacité

³ Voir par exemple **DARRINE**, Serge & **NIEL**, Xavier. 2001. « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d’exercice particuliers », *DREES, Etudes et Résultats*, n°99, janvier.

de gérontologie et 56 à la capacité de médecine d'urgence (CAMU), seuls deux étudiants l'ont fait concernant la capacité de médecine et biologie du sport, et l'un d'eux a omis d'indiquer son origine sociale⁴... Le service de la scolarité de la Faculté de médecine, malgré une bonne volonté évidente, n'a guère pu éclaircir ce mystère. Disposant pourtant de nombreuses mesures statistiques, la médecine du sport, contrairement à d'autres disciplines médicales, n'a fait l'objet d'aucun relevé la concernant spécifiquement. C'est finalement au Conseil de l'Ordre départemental que nous avons enregistré nos premières avancées. Il disposait de la liste des médecins du département ayant indiqués sur leurs fichiers professionnels une qualification en médecine du sport, mais n'était pas légalement disposé à nous la fournir. Réorienté vers le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, c'est à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) que notre quête du Graal nous a mené. L'Etat tient en effet à jour un répertoire administratif ADELI au sein duquel les médecins sont tenus de faire état de leur pratique professionnelle (adresse, statut, type d'activité, diplômes, ancienneté...). Ainsi, en isolant l'occurrence « compétence [ou capacité] de médecine et biologie du sport » dans ce fichier informatisé, on accède fatalement à l'ensemble des médecins du sport (**Voir [encadré méthodologique n°2 p. 405](#)**). Mais cette démarche n'avait alors jamais été entreprise et cette population chiffrée restait à construire. Malgré la fronde des secrétaires qui auraient préféré en rester au constat sans appel que « la médecine du sport, c'est compliqué », à force d'escaliers et de guichets, la signature d'un contrat moral de confidentialité nous a ouvert les voies du fichier ADELI. La représentation de l'enquête ethnographique proposée par Stéphane Beaud prend un sens ténu. « [Elle] n'est pas un outil neutre de la science sociale. Elle est aussi l'instrument d'un combat à la fois *scientifique* et *politique*. L'ethnographe est par définition celui qui ne se contente pas de visions en surplomb, qui ne se satisfait pas des catégories déjà existantes de description du monde social. Il manifeste un scepticisme de principe à l'égard des analyses « généralistes » et des découpages préétablis du monde social. Il se soucie toujours d'aller *voir de plus près* la réalité sociale, quitte à aller à l'encontre des visions officielles, à s'opposer aux forces qui imposent le respect et le silence, à celles qui monopolisent le regard sur le monde »⁵. Une quelconque héroïsation de soi serait malvenue. Le détail de ces pérégrinations administratives n'est ici consigné

⁴ In « Doctorat 3^{ème} cycle 2003 par département-diplôme-spécialité ». Source : Rectorat DAGE DOC SSA.

⁵ **BEAUD**, Stéphane & **WEBER**, Florence. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, Collection Guides repères.

que parce qu'il est porteur de sens. Les difficultés pour rendre visible une réalité dissimulée est le témoin incontestable de la domination de l'espace enquêté.

Médecine du sport et tracasseries administratives :

Lorsque nous parvenons enfin au bureau des professions de la DRASS des Pays de la Loire, la secrétaire, suite à l'exposé de notre requête, prend la mesure des approximations qui caractériseront la population ainsi isolée.

« Les médecins du sport, c'est compliqué vous savez. Parce que je pense qu'ils n'indiquent pas toujours tous qu'ils ont un diplôme de médecine du sport. Normalement ils sont obligés de le faire, mais vous savez, la médecine du sport hein... Donc je ne peux pas vous promettre que cette liste soit tout à fait complète. Il en manquera sûrement un peu ».

Lorsque nous nous adressons pour la première fois au Conseil de l'Ordre du département, nous évoquons à la secrétaire notre désir de rencontrer un conseiller ordinal ou le président lui-même afin de discuter du rapport qu'une telle instance entretient localement avec la médecine du sport. La secrétaire disparaît et nous prie de patienter quelques instants. L'air visiblement gênée, elle nous rejoint finalement afin que nous expliquions à nouveau « très précisément » l'objet de notre visite. Sans même écouter véritablement notre réponse, elle ne tarde pas à souffler les quelques mots qui venaient de lui être transmis :

« Oui, mais le problème, c'est que la médecine du sport, c'est compliqué vous savez... Et puis, on n'a aucun conseiller ordinal qui est spécialisé en médecine du sport, alors bon... Le président va avoir bien du mal à vous répondre maintenant. Le mieux est d'envoyer un courrier avec vos questions de façon à ce qu'il puisse se préparer à vous recevoir... ».

Nous avons donc finalement obtenu du Ministère la liste précise des médecins ayant fait état de leur compétence en médecine et biologie du sport dans le fichier professionnel d'Automatisation des Listes. Malgré l'obligation à laquelle les médecins sont tenus, l'inscription reste une démarche individuelle et « une part non négligeable d'entre eux ne le fait pas, surtout en milieu hospitalier »⁶. Il s'agit d'un biais méthodologique important, difficilement contournable. Pour autant, les données recueillies, à défaut d'être exhaustives, ont un niveau de fiabilité satisfaisant. A l'échelle de la nation, seul le nombre total de médecins du sport par région nous a été fourni. Nous avons fait le choix délibéré de ne cibler qu'une région parmi les plus importantes en terme de densité médicale, afin d'élever par la suite notre degré de sévérité empirique en élargissant nos critères d'appréciation.

⁶ DARRINE, Serge & NIEL, Xavier. 2001. *Op. Cit.*

Démographie de la médecine du sport en France. Densités médicales par Régions.

Médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés, ayant une capacité ou une compétence en médecine et biologie du sport*		Estimations de la population au 1 ^{er} janvier 2005**	Densité médicale par habitant	Estimation de la population des licenciés sportifs***	Densité médicale par licenciés
Région d'exercice	Effectifs	Effectifs	1/10 000	Effectifs	1/10 000
Rhône-Alpes	827	5 958 000	1.39	1 604 301	5.16
Ile-de-France	765	11 399 000	0.67	2 203 597	3.47
Pays de la Loire	623	3 401 000	1.83	919 209	6.78
Provence-Alpes Côte d'Azur	595	4 751 000	1.25	1 114 597	5.34
Midi-Pyrénées	461	2 735 000	1.69	721 868	6.39
Bretagne	455	3 062 000	1.49	902 519	5.04
Aquitaine	381	3 080 000	1.24	781 098	4.88
Alsace	378	1 806 000	2.09	459 927	8.22
Centre	333	2 497 000	1.33	595 292	5.60
Nord Pas-de-Calais	311	4 032 000	0.77	870 386	3.57
Languedoc Roussillon	307	2 497 000	1.23	598 691	5.13
Poitou-Charentes	282	1 705 000	1.55	442 595	6.37
Basse Normandie	281	1 446 000	1.94	337 192	8.34
Haute Normandie	265	1 806 000	1.47	358 823	7.38
Lorraine	256	2 334 000	1.10	533 588	4.80
Auvergne	247	1 331 000	1.86	323 433	7.64
Bourgogne	205	1 623 000	1.26	338 996	6.05
Picardie	189	1 881 000	1.00	402 075	4.70
Champagne Ardennes	141	1 338 000	1.05	273 284	5.16
Limousin	140	724 000	1.93	180 011	7.78
Franche Comté	110	1 142 000	0.96	245 950	4.47
D.O.M.	58	1 813 000	0.32	N. R.	N. R.
Corse	11	277 000	0.40	67 636	1.63
Total France	7621	62 638 000	Moy = 1.3	14 275 069	Moy = 5.6

* Données fournies par la Direction Nationale des Affaires Sanitaires et Sociales au 1^{er} janvier 2005.

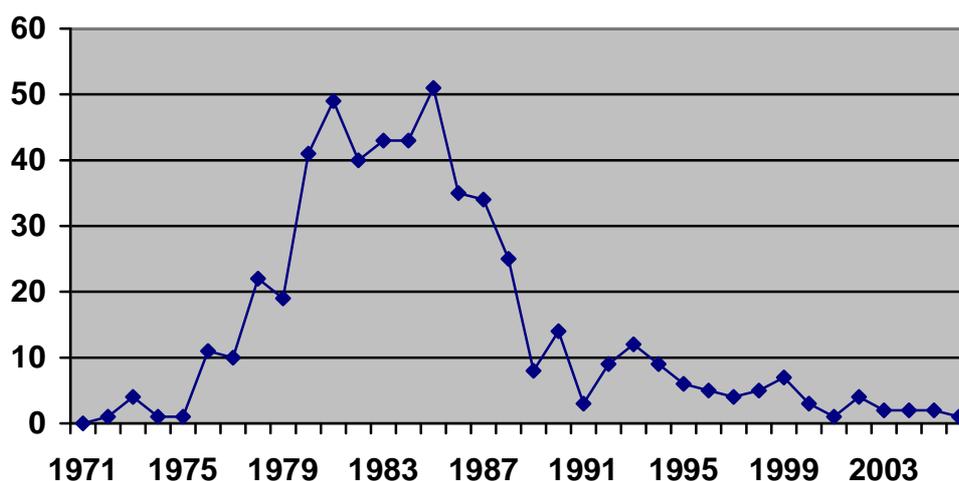
** Données issues du rapport de l'Insee construit sur la base des « enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 », au 1^{er} janvier 2005.

*** Données issues du recensement réalisé pour l'année 2006 par la Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques, auprès des fédérations sportives agréées par le Ministère de la Santé et des Sports (fédérations unisport olympiques et non olympiques ; fédérations multisports).

Pour des raisons de faisabilité, notre focale d'analyse s'est donc posée sur la région des Pays de la Loire. Avec 623 médecins du sport recensés en 2005, elle possède l'une des plus importantes densités médicales par licenciés sportifs (6.78 pour 10 000)⁷. La réponse à nos plus fortes exigences en matière d'extraction des données du fichier ADELI a nécessité un délai conséquent, et lorsqu'enfin une liste nous a été fournie en mars 2006, l'effectif des médecins du sport de la région avait fondu d'une dizaine membres (départ à la retraite ou décès). De 623 en 2005, la population concernée représentait donc 613 médecins en 2006. Cette fois, les critères renseignés ont permis d'envisager une évaluation plus fouillée des « forces en présence » et de donner enfin à cette population sa réalité chiffrée...

Le sport est une affaire d'hommes ? – Avec seulement 13.2 % de femmes, la population des médecins du sport possède un taux de féminisation extrêmement faible. En France métropolitaine, les femmes représentent en effet au 1^{er} janvier 2006 39.2 % des médecins en activité, proportion quasi-égale à la part des femmes dans les professions libérales (38.2%). Cette surreprésentation masculine (86.8 %) est à rattacher à la crise des vocations déjà évoquée (Chapitre 3), et qui se donne ici à voir par des indicateurs simples tel que l'évolution du nombre de diplômés à la compétence médico-sportive.

Evolution des diplômés à la compétence de médecine et biologie du sport de la région des Pays de la Loire depuis 1971 (sur 530 répondants)



⁷ L'Alsace, les Basse et Haute Normandie, l'Auvergne ou encore le Limousin possèdent une densité médicale plus élevée que l'ensemble des régions fortement peuplées. Les Pays de la Loire ont la densité la plus forte des régions de plus de 2 000 000 d'habitants.

En chute libre depuis la fin des années quatre-vingt, le recrutement médico-sportif est responsable en partie de la très faible représentativité des femmes dans la mesure où, dans le champ médical global, « la proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes, avec une majorité de femmes dans les effectifs médicaux de moins de 40 ans (54 %) »⁸. Mais le vieillissement de cette population spécifique de médecins n'est sans doute pas la seule cause explicative d'une telle discrimination de genre. Dans un espace si peu attractif pour les femmes, il est en effet légitime de penser que le jeu qui y est joué porte lui-même les attributs de la masculinité et rassemble les conditions de cette « répulsion symbolique ». De ce point de vue, la comparaison avec la médecine du travail est intéressante en ce qu'elle éclaire un phénomène inverse. Sur 339 médecins du travail en exercice dans la région des Pays de la Loire en 2005, il faut compter 241 femmes pour 98 hommes, soit un taux de féminisation record de plus de 71 %. Cette affluence est à imputer au mode d'exercice de la médecine du travail. Salariée, elle offre en effet aux femmes la possibilité de vivre leur profession sans pour autant sacrifier leur vie de famille. Le salariat permet de rétablir dans une certaine mesure la division sexuée des tâches par la réorganisation des temps. On admet avec beaucoup plus d'aisance la démesure du temps de travail chez les hommes. Aussi, peut-on émettre l'hypothèse que la très faible part de femmes dans la médecine du sport s'explique par les conditions de travail et le rapport spécifique au temps qu'elle suppose. Réputée pour être une « médecine bénévole », dans laquelle « les passionnés ne comptent heureusement pas leurs heures », elle n'est évidemment guère attractive pour des femmes dont le temps est culturellement plus contraint.

La médecine du sport, une spécialité de généralistes ? – Avec 85.6 % de médecins généralistes (soit 525 praticiens sur les 613 inscrits sur les fichiers ADELI), la médecine du sport livre l'une de ses principales caractéristiques. Elle est une médecine d'omnipraticiens et s'inscrit dans une démarche de renforcement de la pratique quotidienne. « L'Ordre des médecins rappelle que : "l'aptitude à la pratique sportive relève avant tout d'un examen médical courant, pratiqué par le médecin traitant habituel, dans le but d'éliminer une contre-indication qui serait à l'origine d'un risque plus ou moins grave. L'aptitude à la compétition, qui peut nécessiter des examens particuliers ou le recours à un avis spécialisé,

⁸ Dr. **KAHN BENSUADE**, Irène & Pr. **LANGLOIS**, Jean. 2006. « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006 », *Ordre National des Médecins, Etude n°39*, juin 2006, p. 26.

reste d'une façon générale du ressort du médecin habituel de l'intéressé" »⁹. Sur un marché concurrentiel, alimenté par la crainte perpétuelle de la pléthore médicale, la compétence médico-sportive représente une qualification abordable (une année d'étude seulement) susceptible de valoriser ensuite un exercice en cabinet. Pas étonnant alors de constater que 81.6 % de la population des médecins du sport de Loire Atlantique déclarent avoir pour activité principale une pratique libérale (pour 18.4 % de médecins salariés). C'est d'ailleurs cette très forte proportion de médecins généralistes exclusivement libéraux qui explique leur répartition géographique peu différenciée. Si la part des médecins installée en milieu urbain est plus importante que celle exerçant en milieu rural, cette distinction n'est en rien un élément caractéristique de la médecine du sport et ne fait qu'épouser une des caractéristiques de la médecine libérale en général. Un exercice spécialisé et salarié aurait à coup sûr donné à la médecine du sport une teinte plus urbaine. La proportion non négligeable de médecins installés dans des communes de moins de 5000 habitants est une nouvelle indication du caractère peu spécialisant de cette branche médicale. « Je considère que faire sa spécialité de généralités est un principe antiphilosophique et anti-scientifique »¹⁰. Loin de pouvoir juger de la justesse d'un tel énoncé, il apparaît néanmoins clairement que l'empreinte de la médecine générale dans l'exercice médical lié au sport est un handicap pour l'accès à sa spécialisation.

La médecine du sport dans la région des Pays de la Loire :
Généraliste, libérale et éclatée.

		Effectifs	%
Profil médical	Généraliste	525	85.6
	Spécialiste	88	14.4
Activité principale	Libérale	500	81.6
	Salariée	113	18.4
Taille de la commune d'exercice	Moins de 5000 habitants	166	27.1
	5000 / 20000 habitants	164	26.7
	Plus de 20 000 habitants	283	46.2

Source : Données extraites à notre demande du Fichier ADELI au 01/03/2006 par les services statistiques de la DRASS des Pays de la Loire.

⁹ HARICHAUX, Michèle & Pr. HARICHAUX, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 7.

¹⁰ Citation de Claude Bernard reprise dans DAGOGNET, François. 1998. *Op. Cit.*, p. 58-59.

Ces premières données ont le mérite de donner quelques grandes indications démographiques mais souffrent d'un manque évident de précisions. La référence à l'activité principale, libérale ou salariée, et le profil médical généraliste ou spécialisé ne nous renseigne pas sur le type d'activité exercé (exclusivement en cabinet, bénévole ou « indemnisé » par un club sportif, salarié d'une fédération ou d'une clinique privée, vacataire ou titulaire d'un poste au sein d'un service hospitalier, etc.), ni sur la part exacte de leurs pratiques qui est consacrée à une patientèle sportive. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de réduire à nouveau notre focale d'analyse. Cette fois, c'est à l'échelle du département de la Loire Atlantique qu'ont porté nos investigations. Bénéficiant via le fichier administratif ADELI de la liste complète des adresses des médecins ayant indiqué détenir une compétence liée au sport, un questionnaire de recherche a été diffusé auprès des 230 praticiens concernés (**Voir [encadré méthodologique n° 2](#) p. 405** pour la construction du questionnaire et **[annexe méthodologique](#) p. 632** pour trois exemplaires du document remplis par des enquêtés aux profils médicaux différenciés). Avant même l'envoi du questionnaire, nous disposions à leur sujet d'un certain nombre d'informations fournies par la DDASS qui, bien que plus détaillées n'ont fait que confirmer les évaluations réalisées à l'échelle de la région. Seuls 15.6 % des praticiens déclarent une activité spécialisée (soit 36 individus sur 230). Les spécialités les plus représentées sont la médecine du travail et la médecine physique et réadaptation (MPR), qui rassemblent chacune 6 individus sur le département, puis la cardiologie avec 5 praticiens, la psychiatrie et l'anesthésie avec 3 médecins chacune et enfin la chirurgie orthopédique, la radiologie, la stomatologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la pneumologie et la rhumatologie avec un ou deux représentants. Il n'est donc pas étonnant de constater que 79 % de la population générale des médecins du sport de Loire Atlantique déclarent exercer une activité libérale dans la mesure où les médecins généralistes, surreprésentés, pratiquent majoritairement la médecine du sport dans leur cabinet. Pour autant, la DDASS demande aux médecins d'indiquer leur activité principale sans préciser l'éventualité d'une pratique mixte. Ainsi, un médecin généraliste salarié d'un club professionnel de football (contrat stipulant 25 heures de présence hebdomadaire au sein du centre sportif) qui exerce le reste du temps au sein d'un cabinet, fera figurer sur les fichiers professionnels son activité libérale sans mentionner son activité salariée. Il en va de même pour un médecin généraliste qui effectue des vacations au sein d'un service hospitalier de médecine du sport. Pourtant, ces praticiens ne partagent sans doute pas les mêmes représentations du métier. Aussi est-il extrêmement difficile de mesurer l'étendue exacte de chacun des sous-groupes de

médecins du sport. Il est évident que la médecine hospitalière est celle qui regroupe le nombre le plus réduit de praticiens. Seuls 13 médecins indiquent avoir pour activité principale une pratique hospitalière (soit à peine 6 %), dont 6 généralistes, 3 cardiologues, un pédiatre, un stomatologue et un médecin rééducateur. 6 Spécialistes travaillent à temps plein en clinique (soit moins de 3 %), dont deux chirurgiens orthopédiques, deux anesthésistes, un stomatologue et un ophtalmologue. 4 praticiens (soit moins de 2 %) travaillent exclusivement dans des centres de thalassothérapie. Encore une fois, ne figurent ici que les médecins qui ont déclaré posséder une compétence en médecine du sport, tous ne l'ont sans doute pas fait et certains l'ayant fait n'en font dans la réalité qu'un usage extrêmement limité. Sur les 207 individus restant, 35 pratiquent la médecine dans des structures qui n'entretiennent que peu, voire pas de liens possibles avec cette compétence liée au sport, telles que la Mutualité Sociale Agricole, SOS médecin ou encore un Service Départemental d'Incendie et de Secours. Restent les 172 praticiens qui indiquent exercer de manière libérale, sans évoquer d'éventuelles pratiques mixtes, empêchant ainsi de différencier les médecins du sport qui restent en cabinet de ceux qui réalisent des vacations hospitalières ou encore de ceux qui se déplacent sur les terrains sportifs. Le questionnaire de recherche a été réalisé et diffusé afin d'éclaircir au mieux ses quelques zones d'ombres.

I.2. Des médecins du sport nombreux, aux degrés d'investissement variés

Après deux vagues successives d'envoi du questionnaire, nous avons obtenu 149 réponses susceptibles d'être exploitées, soit un taux de retour qui avoisine les 65 %. Les champs renseignés ont ouvert de nouvelles perspectives pour penser et caractériser les médecins du sport.

La médecine du sport, une médecine de cabinet ? – Le déplacement sur le terrain sportif est le témoin incontestable d'un engagement important à l'égard des pratiquants. Aller à leur rencontre sur les lieux d'entraînements, de compétitions, ou attendre leur venue lors de consultations en cabinet renvoie à des démarches opposées. De la même façon, exercer une fonction au sein d'une fédération ou d'une ligue suppose d'entretenir un rapport particulier

aux sports et plus particulièrement à la discipline concernée. Sur les 149 répondants, 81 praticiens n'entretiennent aucun lien avec une quelconque institution sportive, 42 indiquent travailler en collaboration avec un club, 23 dans une fédération, 15 dans une ligue, et 10 au sein d'un comité départemental (un même praticien pouvant occuper plusieurs de ces fonctions). Autrement dit, plus d'un médecin sur deux ayant été formé à la médecine du sport et déclarant cette compétence sur le fichier professionnel enregistré auprès de la DDASS n'en fait pas usage hors des locaux médicaux (soit 54.4 % des enquêtés). Parmi ces 81 praticiens, 14 indiquent d'ailleurs ne posséder aucune part de sportifs parmi leur clientèle. Finalement, c'est donc près de 10 % de la population globale des répondants qui ne donne aucune application à une compétence pourtant affichée. Il est important de noter à ce sujet que seuls 3 praticiens font état d'une clientèle composée de plus de 50 % de sportifs. La pratique exclusive d'une médecine appliquée aux activités physiques et sportives est donc extrêmement rare. Enfin, près d'un médecin sur trois déclare posséder une fréquence mensuelle d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport, si ce n'est même parfois annuelle, très occasionnelle ou inexistante.

Sport et Médecine : des engagements différenciés...

		Effectifs	%
Engagement médical au sein d'une institution sportive	Aucune	81	54.4
	Club	42	28.2
	Comité départemental	10	6.7
	Ligue	15	10.1
	Fédération	23	15.4
	Autres*	8	5.4
	Non réponse	6	4
	Total	185	124.2
Part des sportifs parmi la clientèle	Aucune part	14	9.4
	Moins de 25 %	100	67.1
	Entre 25 et 50 %	18	12.1
	Plus de 50 %	3	2
	Non réponse	14	9.4
	Total	149	100

Fréquence d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport	Jamais**	2	1.3
	Activité annuelle, occasionnelle	26	17.5
	Activité mensuelle	19	12.8
	Activité hebdomadaire	51	34.2
	Activité quotidienne	44	29.5
	Non réponse	7	4.7
	Total	149	100

* Les « autres » institutions sportives déclarées sont par exemple une section sportive d'un comité d'entreprise, une société de course de chevaux, ou encore la Direction Régionale de la Jeunesse et Sport.

** Il aurait été logique de retrouver ici les 14 praticiens n'ayant aucun sportif parmi leur clientèle. Mais il est effectivement possible d'utiliser les actes en lien avec les activités sportives dans un cadre différent (diététique, traumatologie, test d'effort...).

Les actes médicaux cités par les enquêtés révèlent l'écrasante domination d'une médecine du sport de cabinet, qui s'actualise dans « la délivrance des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive », dans les « conseils aux sportifs », ou dans la « petite traumatologie des gestes sportifs ». Mais les « bilans d'aptitude », les « échographies cardiaques ou musculaires », ou encore la « réalisation de tests d'effort » révèlent l'existence d'une médecine plus spécialisée qui nécessite un environnement mécanisé (disponible en règle générale dans les services hospitaliers ou certaines cliniques privées). Enfin, le « suivi de club », la « surveillance des compétitions ou des stages », le « suivi d'un centre de formation » ou « d'une équipe professionnelle » témoignent de la présence locale de médecins engagés sur le terrain sportif. Le diagnostic socio-historique d'une forte hétérogénéité spatiale semble se confirmer dès les premiers résultats du recueil quantitatif des données, et augure d'une nécessaire analyse ethnographique précise de chacune des branches médicales ainsi identifiées.

Les actes médicaux cités dans le cadre de la compétence médico-sportive...

Actes médico-sportifs réalisés*	Effectifs	%
Délivrance des certificats médicaux de non contre-indication	99	66.4
Traumatologie du geste sportif	23	15.4
« Conseils aux sportifs »	20	13.4
Surveillance de compétitions ou de stages sportifs	15	10.1
Médecin d'une structure de haut niveau (centre de formation, pôle)	10	6.7
Echographies cardiaques et musculaires	9	6
« Suivi de club »	9	6
« Suivi d'athlètes de haut niveau »	9	6
Réalisation de tests d'effort	8	5.4
Bilan d'aptitude	8	5.4
Médecin départemental CRDP	5	3.4
Chargé de cours / formation universitaire de médecine du sport	5	3.4
Médecin d'une équipe professionnelle	4	2.7
DRJS contrôle anti-dopage	4	2.7
Aucun	14	9.4
Non réponse	10	6.7
Total	252	169.1

* Réponse à la question ouverte : « Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (Soyez le plus précis possible, du type médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France, ou encore gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune, réalisation des tests d'effort en CHU, formateur à l'UFR de médecine, délivrance de certificats médicaux, etc.) ?

La médecine du sport, « l'Art du pauvre » ? – Face à une médecine surreprésentée par les omnipraticiens de sexe masculin, il n'est guère étonnant de constater, non pas la prépondérance très nette des catégories sociales supérieures dans l'ascendance de ce groupe, mais bien au contraire une origine sociale plus modeste. Toutes proportions gardées bien entendu, puisqu'il s'agit malgré tout d'une population de médecins, passée par toutes les phases de l'hyper sélection sociale qu'un tel cursus universitaire suppose. Au sein de cette population richement dotée en capitaux économiques, sociaux et culturels, une fraction importante des médecins du sport interrogés fait office de parent pauvre. Ainsi, moins de la moitié des enquêtés ont un père issu des professions libérales, des cadres supérieurs du privé ou du public (regroupés dans « catégories supérieures »), alors que l'on retrouve dans des proportions quasi identiques les enfants de pères agriculteurs,

artisans, commerçants et assimilés, techniciens, employés administratifs, d'usine, de service, ou encore ouvriers (regroupés dans « catégories modestes »).

CSP du Père	Effectifs	%
Catégories sup.	71	47,7
Catégories modestes	65	43,6
Non réponses	13	8,7
Total	149	100

Niveau de diplôme du père	Effectifs	%
Aucun, BEP, CAP, certificat d'études	60	40,3
Baccalauréat	11	7,4
Diplôme du supérieur	67	45,0
Non réponse	11	7,4
Total	149	100

Cette origine sociale, faible relativement au groupe professionnel d'appartenance, peut être directement corrélée à un parcours universitaire souvent lui-même plus modeste que les trajectoires scolaires traditionnellement suivies par les étudiants en médecine. Dans la très grande majorité des cas, les enquêtés sont « les premiers médecins de la famille »¹¹. Or le succès universitaire dépend fortement du degré d'information mobilisable ainsi que de la capacité et de la vitesse avec lesquelles un réseau efficace peut être constitué. L'équipe du MIRE 1998, dirigée par Anne-Chantal Hardy-Dubernet a réalisé une étude sur les conséquences de la réforme de l'Internat de 1982, extrêmement complète et argumentée sur la base de comparaisons et d'échantillons statistiques massifs. Les connaissances auxquelles cette équipe de recherche accède illustrent parfaitement le handicap réel que représente l'ouverture d'une nouvelle voie professionnelle au sein d'une histoire familiale. « Comme à chaque fois qu'il s'agit de constituer une élite il faut, pour former un médecin, commencer par le détacher des autres, le séparer du « commun » afin de donner à sa position une dimension « sacrée ». Le concours de première année remplit cette fonction symbolique par différents mécanismes. Le premier est relatif à la somme de travail qui impose à tous les étudiants de limiter, voire de supprimer toute vie sociale extérieure à la faculté. Le second, plus informel et moins explicite, se manifeste par l'apprentissage de règles informelles permettant de passer cette étape. C'est là que les différences entre les étudiants se repèrent, puisque les plus éloignés du « milieu » mettent un temps de retard (quand ils y arrivent) pour comprendre ces règles. Cette inégalité, visible dès le début des études, se renforce ensuite année après année, en particulier depuis la réforme de l'internat

¹¹ Seuls 12% (soit 18 individus sur 149) des médecins du sport enquêtés possèdent dans leur entourage familial proche des professionnels de santé.

[...]. Car, pour se donner le maximum de chances de réussir cette première année, il faut posséder des informations que seuls connaissent les pairs, redoublants ou aînés. Or ces informations ne circulent pas de façon ouverte puisque la solidarité est limitée [...] »¹². Innovateurs d'un « destin médical » au sein d'un schéma familial qui y est étranger, les médecins du sport qui constituent notre échantillon ont donc fait les frais de ce « temps de retard » (y compris ceux formés avant la réforme de 1982). Près d'un tiers d'entre eux ont ainsi échoué au moins une fois la première année et environ 15% ont redoublé ensuite plusieurs fois au cours du cursus universitaire.

Des origines relativement modestes cumulées à une évidente frustration universitaire (31 % des praticiens interrogés avouent leur désir initial de réaliser une spécialité à laquelle ils n'ont finalement pas eu accès) se traduit implicitement par des stratégies de conservation et de maintien d'une position sociale durement acquise. L'impossibilité de réaliser l'internat a été compensée par l'inscription dans diverses formations leur permettant l'obtention d'un nombre élevé de diplômes complémentaires. Ce « rattrapage » offre la possibilité d'améliorer son identité professionnelle par des diplômes ayant un coût de formation relativement faible comparativement aux effets durables qu'ils sont susceptibles de jouer (des formations d'une année pour la possibilité d'inscrire ensuite la compétence acquise sur la plaque professionnelle ainsi que sur l'ordonnancier). La qualification étant la forme institutionnalisée d'un capital culturel, il inscrit donc des compétences dans la durée. « Avec le titre scolaire, l'alchimie sociale produit une forme de capital culturel qui a une autonomie relative par rapport à son porteur et même par rapport au capital culturel qu'il possède effectivement à un moment donné du temps ; elle institue le capital culturel par la magie collective... »¹³. Ainsi, ces médecins du sport, en proie à cette véritable « boulimie sociale » du diplôme, ont engrangé un nombre impressionnant de formations diverses, qui, finalement, ne leur sont souvent que d'une utilité très relative. Sur 149 médecins du sport, nous avons ainsi répertorié pas moins de 92 formations médicales différentes (DU, CES, Capacités). La trajectoire du docteur Gardet, médecin du centre de formation d'un club de football professionnel illustre idéalement ces propos et son récit dépasse le simple caractère anecdotique.

¹² **HARDY-DUBERNET**, A-C. ; **ARLIAUD**, M. ; **HORELLOU-LAFARGE**, C. ; **LE ROY**, F. & **BLANC**, M-A. 2001. *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Paris, MIRE, 165 pages.

¹³ **BOURDIEU**, Pierre. 1979. « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, novembre 1979.

Médecine du sport, origines sociales et choix professionnels : La trajectoire du Docteur Gardet¹⁴.

« Je suis fils de paysan. Dans ma famille, je suis le seul, l'unique médecin. Peut-être qu'un jour il y en aura d'autres, mes descendants...mais pour l'instant, je suis l'unique. »

« J'ai commencé médecine à vingt-deux ans puisqu'il a fallu que je travaille avant pour avoir un peu d'argent pour rentrer en médecine. Tout ça a fait que j'avais un peu plus de retard, donc j'avais déjà fondé une famille, des enfants, et finalement le choix était très simple. Il a fallu que je me dirige dans un premier temps vers la médecine générale pour gagner ma vie. C'est comme ça que le choix s'est fait. [...]. Mais bon, ma première idée, si j'avais pu financièrement faire face, c'était l'internat.»

Après un parcours universitaire difficile, le docteur Gardet adopte clairement une stratégie de conservation de sa nouvelle position sociale par l'obtention de nombreux diplômes complémentaires. Il justifie cet appétit insatiable par « le goût des études. J'avais toujours l'impression, et je suis toujours dans le même état d'esprit, de ne jamais en savoir assez. Mais je ne suis pas plus courageux qu'un autre, donc je me suis toujours motivé pour travailler, passer des diplômes. [...] Et c'est vrai que toutes ces formations là, ce sont des diplômes universitaires. C'est à dire pour la plupart reconnus sur le plan national et européen ! [...] Il faut être capable d'apporter tous les jours ce que l'on nous demande, sinon ça peut très vite aussi périliter, donc je suis conscient de ça. C'est pour ça que je reste à ma place, je fais mon travail du mieux que je peux, je continue à m'investir et à travailler parce qu'on ne sait jamais trop. Ça a toujours été mon leitmotiv, et ça continuera tant que j'aurai les capacités de travailler. Ça c'est clair ! Je pense que lorsqu'on s'épanouit dans une profession, il ne faut pas se contenter de son statut, en disant : "oh bah ça y est maintenant je suis arrivé...". Je considère que c'est un demi-échec à ce moment là. Ça veut dire qu'on voulait en arriver là, mais qu'après tout, basta..., c'est fini. Pour moi c'est..., ce n'est pas fini. Je veux dire que c'est..., et ceux qui me connaissent bien savent bien que ça ne sera jamais fini, tant que j'aurai les capacités de travailler et de m'investir. »

Le docteur Gardet possède aujourd'hui un CES de médecine et biologie du sport, un DU de traumatologie du sport, un DU de médecine manuelle et ostéopathie, un diplôme de mésothérapie et d'acupuncture, et enfin un DU de traitement et d'évaluation de la douleur.

La médecine du sport, exercice de sportifs ? – A la question « êtes-vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? », un fort taux de réponses positives était attendu. Pour une personne enquêtée sur sa pratique professionnelle liée au sport, il est en effet probable que la pratique ait été perçue comme une caractéristique « minimum », attendue

¹⁴ Extraits de l'entretien semi-directif de recherche réalisé dans le cabinet du docteur Gardet le 04 mai 2003.

légitimement par l'enquêteur. La marche, le vélo et la piscine sont alors autant d'alibis qui justifient d'une « pratique physique » et permettent de respecter à « moindre frais » cette idée largement partagée qu'il serait aberrant de faire de la médecine du sport sans faire de sport... Aussi, plus de 80 % de la population interrogée déclare avoir été et être toujours actuellement pratiquant sportif. Ce résultat dépasse très largement le taux de licenciés parmi la population française qui est inférieur à 25 %. La question des niveaux de pratiques atteints a été posée afin de contrôler la hauteur de l'engagement sportif. La pratique du sport en compétition, quel qu'en soit le niveau de performance, nécessite une préparation régulière et répétée dans le temps qui témoigne d'un investissement plus conséquent que la simple « pratique du vélo » ou de « la marche ». Question contrôle, elle permet donc de limiter les effets d'une surreprésentation logique.

Médecins du sport, pratiquants sportifs et niveaux de performances :

		Dans le passé		actuellement	
		Effectifs	%	Effectifs	%
Pratique sportive	Non réponse	13	8,7	5	3,4
	Oui	124	83,2	121	81,2
	Non	12	8,1	23	15,4
	Total	149	100	149	100
Niveau atteint	Non réponse	22	17,7	16	13,2
	Loisir*	36	29,1	85	70,2
	District / département	18	14,5	10	8,3
	Région / inter région	31	25,0	6	5,0
	National / international	17	13,7	4	3,3
	Total	124	100	121	100

* *Loisir sportif réalisé ou non dans le cadre d'une structure sportive institutionnalisée.*

Ainsi, sur cette population de médecins pratiquants, 70 % conservent actuellement une activité de loisir occasionnel. Seule une vingtaine de médecins reste engagée sur le mode compétitif (10 à un niveau égal ou supérieur au niveau régional¹⁵). Au plus fort de

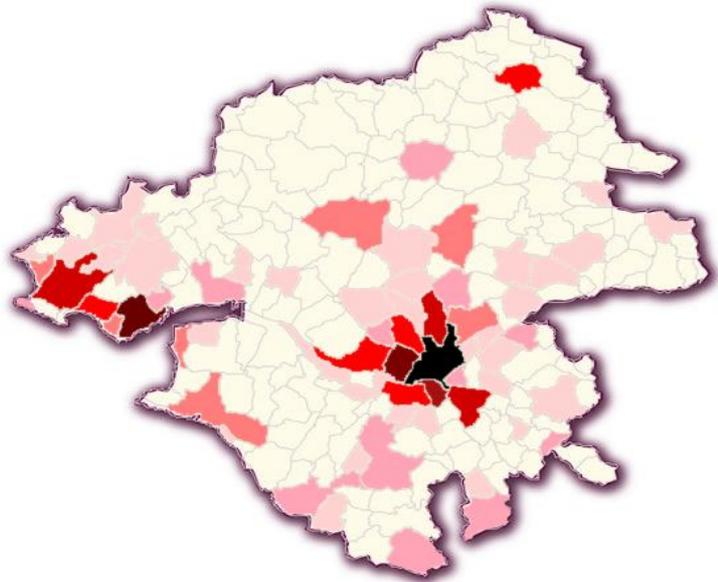
¹⁵ Pour être tout à fait pertinent, il nous aurait fallu rapporter les divers niveaux de compétition répertoriés aux activités sportives pratiquées. Le niveau « régional » en volley-ball n'équivaut par exemple en rien au niveau « régional » en athlétisme. Pour autant, compte tenu du propos, ces données nous semblaient suffisamment significatives pour être mentionnées ici.

leurs « carrières sportives », 18 médecins participaient à des compétitions de niveau départemental, et 41 médecins à des rencontres régionales, nationales voire même internationales. Autrement dit, lorsqu'ils étaient le plus engagés dans leurs activités physiques encadrées, près d'un médecin sur deux était investi sur le mode de la compétition et un médecin sur trois à un niveau élevé de performance. Ce ratio est élevé.

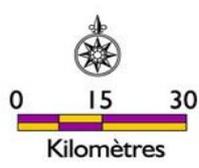
En outre, 16 % des 149 médecins interrogés indiquent avoir entretenu ou entretenir actuellement un rapport familial étroit à la pratique du sport de haut niveau. Le lien de parenté concerne dans 71 % des cas un membre du noyau familial intime (le père, le conjoint, les enfants). Cette proximité culturelle colore les visions du sport de ces médecins et influencent très certainement leurs pratiques de la médecine liée aux activités physiques (dans des proportions qu'il reste à définir).

Constat doit donc être fait d'un rapport au sport diversifié selon les parcours de chacun. Si les médecins interrogés se déclarent sportifs dans une très large majorité, le niveau atteint dans les compétitions sportives et l'éventuelle proximité culturelle à la haute performance laissent entendre des modes d'engagement distincts dans la pratique. Cela suppose une incorporation elle-même très diversifiée des valeurs proprement sportives qui vont conditionner ou non l'orientation vers la médecine du sport. La question « peut-on faire de la médecine du sport sans avoir jamais été soi-même sportif » ne se pose plus. Pas plus d'ailleurs que celle de la compatibilité entre sport de haut niveau et pratique de la médecine. Non pratiquants et sportifs d'élite se partagent cette même compétence médico-sportive. Ces questionnements ouvrent de nouvelles interrogations autour des intérêts particuliers mobilisés et des voies par lesquelles la rencontre entre la médecine et le sport a pu s'opérer dans la spécificité de chaque trajectoire. La représentation cartographique de la démographie des médecins du sport à l'échelle départementale ne nous apprend rien (si ce n'est qu'il s'agit bien d'une médecine éclatée, dont l'exercice ne se limite pas aux zones urbaines, et que le volume de médecins du sport installés est fortement corrélé au nombre d'habitants). Le recueil quantitatif des données atteint donc ici ses limites et doit être désormais suppléé par la conduite d'entretiens, au plus près de la pratique des médecins du sport enquêtés.

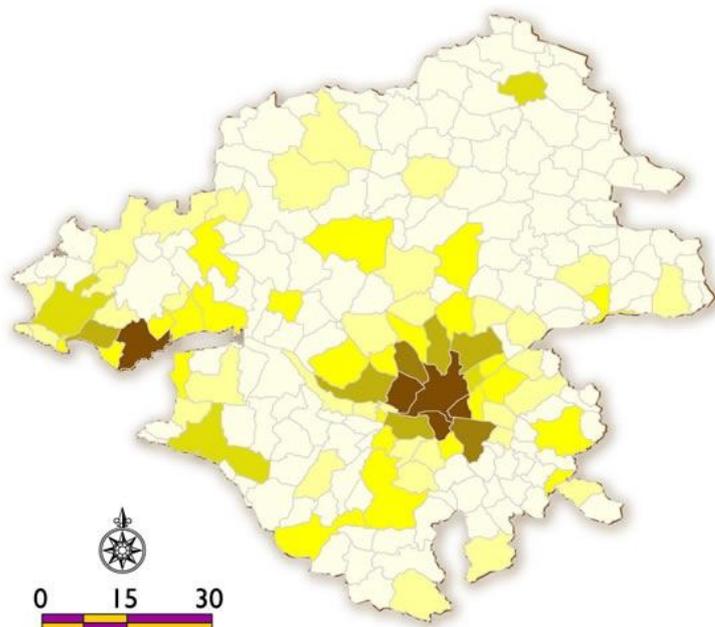
Département de Loire Atlantique.
Répartition démographique des médecins
du sport.



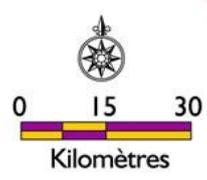
Carte réalisée à partir d'un fond de carte
présenté sur le site web de la région des
Pays de la Loire, et modifié grâce au
logiciel « Adobe photoshop 7.0 ».



LEGENDE	
	Limites communales
	Pas de médecin du sport
	1 médecin du sport
	2 médecins du sport
	3 médecins du sport
	4 médecins du sport
	5 médecins du sport
	8 médecins du sport
	10 médecins du sport
	12 médecins du sport
	95 médecins du sport



Département de Loire Atlantique.
Armature urbaine.



Source Région des Pays de la Loire /
IGN BD CARTO. Cartographie :
D.A.T. : Cellule Cartographie – Sylvie
PERRAUD.

LEGENDE	
	Moins de 3 000 hab (1322)
	3 001 - 5 000 hab (87)
	5 001 - 10 000 hab (58)
	10 001 - 15 000 hab (15)
	15 001 - 20 000 hab (8)
	20 001 - 25 000 hab (2)
	Plus de 25 001 hab (11)

Source Région des Pays de la Loire/IGN BD CARTO 2002
Cartographie : D.A.T. : Cellule Cartographie - Sylvie PERRAUD

Encadré Méthodologique n° 2

Modes de recueil et temporalités de la recherche...

Entretiens exploratoires. Choix des enquêtés ?

Les premiers entretiens de recherche menés en compagnie de médecins du sport ont été réalisés en avril 2003, dans le cadre d'un rapport d'initiation à la recherche (*Licence 3 – éducation motricité – UFR STAPS de Nantes*). Véritables entretiens exploratoires, il s'agissait alors d'aller à la rencontre d'un terrain, de saisir l'extraordinaire complexité d'un quotidien, d'une pratique, d'un discours afin de poser les bases d'un questionnement sociologique.

Le choix des enquêtés avait alors été réalisé sur la base de nos propres socialisations. Notre médecin traitant, le docteur Simonneau, ami de la famille, fait état de sa compétence liée au sport sur sa plaque ainsi que sur son ordonnancier. Premier enquêté, il est très vite devenu une personne ressource que nous avons sollicité à de nombreuses reprises au cours de cette recherche (entretien du 10 avril 2003). Puis, nous avons logiquement interrogé le docteur Raulo, médecin du sport intervenant en qualité d'enseignant en « traumatologie du sport » au sein de l'UFR STAPS de Nantes afin de recueillir des éléments de compréhension de sa pratique professionnelle. Médecin des équipes de France de Handball, salarié à plein temps de la fédération française de cette discipline, cet entretien ne pouvait être qu'instructif ! (Entretien du 22 avril 2003). Enfin, un membre de notre entourage ayant recours à la mésothérapie dans le cadre d'un traitement local de la douleur, il nous a été permis de rencontrer le docteur Gardet. Utilisant sa compétence en mésothérapie et acupuncture dans son cabinet, il n'en demeure pas moins que ce praticien avait également la fonction de médecin du centre de formation d'un célèbre club professionnel de football inscrit en Ligue 1 (entretien du 4 mai 2003).

Cette première incursion dans l'univers médico-sportif nous a convaincu de l'extrême diversité des pratiques médicales qu'il recouvre. Dès lors, la compréhension et

l'analyse d'un espace éclaté se sont logiquement imposées comme fil directeur d'un travail de maîtrise réalisé en 2003-2004. Les entretiens exploratoires ont été poursuivis afin de compléter un paysage médico-sportif dont certains des personnages principaux n'avaient pas encore été identifiés. C'est donc sur le versant hospitalier que s'est dirigée notre attention. Par la voie institutionnelle « classique », nous avons ainsi rencontré le professeur Marlier, ancien directeur d'un service hospitalier de médecine du sport et d'effort physique, ainsi que le docteur Niel qui en est l'actuel directeur (entretiens réalisés le 10 avril et le 11 mai 2004). Conscient du fossé insondable qui opposait les pratiques des médecins hospitaliers de celles des docteurs Raulo et Gardet, nous avons en outre décidé d'étendre le panel des médecins œuvrant sur le terrain sportif. Bénéficiant du capital social de notre directeur de mémoire, nous avons ainsi eu la possibilité de discuter longuement avec le docteur Renaud, médecin d'un pôle espoir masculin de gymnastique artistique (entretien réalisé le 24 avril 2004).

Plusieurs des médecins qui ont guidé l'exploration primitive de leur espace professionnel prendront par la suite une place extrêmement importante dans nos investigations et analyses.

Questionnaire de recherche. Les contraintes d'une population médicale ?

Face au constat d'une hétérogénéité de profils médicaux, il était nécessaire de se faire une idée beaucoup plus précise de la réalité de cette population spécifique et ainsi de quantifier la part relative de chacun des « sous-groupes » de praticiens. Sans une évaluation préalable des forces en présence, le discours sociologique sur la pratique des médecins du sport n'a en effet que peu de valeur. C'est le service statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales qui nous a livré les premiers renseignements chiffrés issus du fichier ADELI. Ce fichier recense tous les professionnels de santé qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la D.D.A.S.S. de leur département d'exercice. Le Code de la Santé Publique précise d'ailleurs l'obligation pour les professionnels de santé dont l'exercice est réglementé, de faire enregistrer auprès du Préfet leur diplôme ou leur autorisation d'exercer. Ce répertoire est géré par les D.D.A.S.S. et la coordination régionale (échelon statistique D.R.A.S.S.) permet de centraliser les informations auprès de la D.R.E.E.S. (Département des Méthodes et des Systèmes

d'Information). Une mise à jour permanente est assurée d'après les renseignements donnés par les inscrits eux-mêmes et la collecte auprès de certains établissements publics du département. Un contrôle systématique de chaque fichier est prévu tous les deux ans par l'envoi à chaque praticien d'une fiche à corriger extraite du répertoire. Ainsi, les médecins, lorsqu'ils doivent « remplir la feuille de renseignements correspondant à la profession », doivent faire figurer les divers diplômes médicaux obtenus. C'est donc par le biais de ce feuillet professionnel contenu dans les fichiers ADELI que nous avons eu accès aux informations souhaitées. Suite à un contrat moral de confidentialité, et avec l'appui écrit de l'UFR STAPS de Nantes, la D.D.A.S.S. nous a en effet fourni la liste de tous les médecins du département 44 « ayant une compétence liée au sport ». Cette liste recensait le nombre impressionnant de 230 praticiens en activité.

C'est donc sur cette population recensée par les fichiers ADELI au niveau du département de la Loire Atlantique que nous avons décidé de faire porter notre enquête par questionnaire ([annexe méthodologique p. 632](#)). Il faut en effet rappeler que les feuillets d'information les concernant sont remplis par les médecins eux-mêmes, qui, dès lors, font le « choix » volontaire d'y faire figurer leurs éventuelles compétences en médecine du sport et les divers diplômes obtenus. Le questionnaire n'a donc pas été distribué de façon arbitraire par le chercheur à un groupe plus ou moins étendu d'agents pensés comme étant de « bons représentants » d'une réalité idéalisée, mais, bien au contraire, à un groupe d'agents déterminé, qui fait objectivement vivre la médecine du sport en Loire Atlantique. Pour autant, il nous faut indiquer ici un des biais méthodologiques importants de cette enquête, malheureusement incontournable. En effet, comme nous venons de le préciser, ce sont les médecins eux-mêmes qui remplissent les fichiers ADELI, et qui sont libres de présenter ou non leurs diverses compétences médicales. Il est donc à craindre qu'un certain nombre de médecins du sport n'aient pas indiqué leurs compétences liées au sport au sein de ce fichier, et que la population ainsi dénombrée soit incomplète.

Afin d'éviter au maximum l'indifférence des enquêtés, le questionnaire a été construit avec le souci de coller au plus près des caractéristiques culturelles d'une population médicale aux trajectoires scolaires et sociales favorisées. Conscient du rapport au temps extrêmement tendu manifesté traditionnellement par les professions libérales, nous avons ainsi favorisé une version relativement courte du document (4 pages sur deux feuillets). Un nombre de pages trop élevé aurait très certainement augmenté les risques de

désintérêt, de lassitude et finalement de non réponse. Pour autant, face à un groupe au capital culturel élevé, une telle entreprise ne pouvait à l'inverse selon nous se limiter à une série de questions fermées. Partant de l'idée sans doute surfaite que les classes les plus favorisées, parce que maîtrisant les outils du langage et possédant un statut social autorisé ont souvent des « choses à dire », nous avons décidé d'introduire un certain nombre de questions ouvertes susceptibles d'attiser un ego social parfois élevé. Le risque d'imposition de problématique était ici évident. Mais il devient un outil très intéressant lorsqu'il est maîtrisé. La question « *que représente le sport pour vous ?* » est une interrogation que les médecins du sport sont en droit de ne jamais s'être posé. Elle n'en perd pas pour autant son intérêt ici. Elle permet de visualiser très précisément les registres de sens commun auxquels les médecins selon leurs profils spécifiques font appel et livre des indications précieuses sur leurs identités (dans le paysage des réponses types, le « *men sana in corpore sano* » n'équivaut pas au « sport comme lieu de dépassement de soi » ou au « sport comme lieu de rencontres et de diversité sociale »...).

Le questionnaire a été testé une première fois auprès des docteurs Simonneau et Renaud. Leurs commentaires ont permis la clarification de certaines formulations ainsi que des améliorations concernant la forme du document. Une première vague d'envois postaux, suivie d'une relance après trois mois ont permis le retour de 155 documents dont 149 exploitables sur 230 médecins interrogés, soit un taux avoisinant les 65 % (6 questionnaires nous sont revenus vierges, 5 pour des raisons liées à un récent décès ou un départ à la retraite, 1 pour un refus clairement notifié de réponse). Le traitement informatique des données recueillies par l'utilisation du logiciel Moda Lisa a permis de confirmer la structuration spécifique de l'espace. L'investissement variable de chaque médecin du sport renvoie à un continuum de positionnements, dont la distribution ne peut être objectivée qu'au prix d'une catégorisation issue de l'analyse. Les résultats de l'enquête permettent ainsi de distinguer clairement trois pôles distincts et de poids variable, qui divisent l'espace autour des différents lieux d'exercice déjà identifiés. Les médecins du sport de cabinet, qui travaillent régulièrement avec les associations sportives locales (sur le mode du « bon service rendu entre voisins » et dans une logique de démonstration de soi qui n'est pas sans lien avec des stratégies de conquête ou de renforcement sur un territoire local), représentent sans conteste le groupe le plus étendu. Viennent ensuite ceux qui mettent leur compétence médicale au service des filières sportives de sélection et d'encadrement des athlètes d'un bon niveau d'expertise (il s'agit des médecins de pôles, de

centres de formations, d'équipes, etc.). Puis, dans un dernier temps, la médecine du sport hospitalière est celle qui regroupe le nombre le plus faible de praticiens (malgré la réalisation de vacations par des médecins généralistes). La mise en lumière de ces univers médico-sportifs si différents, chacun porteur d'une vision du monde opposée et de pratiques spécifiques, interroge les logiques de formation et de recrutement. Le diplôme de médecine du sport est une compétence que les médecins, à l'issue de leur thèse, et ce quelle que soit leur spécialité, peuvent « ajouter » à leur savoir-faire médical disponible. Il est donc possible de retrouver dans cette population des anesthésistes, des cardiologues, des rhumatologues..., et bien évidemment nombre de médecins généralistes. Au-delà des différences de cursus proprement médicaux qui opposent ces professionnels de santé, et qu'il ne faudrait pas sous-estimer, il nous paraît déterminant d'interroger les motivations qui ont conduit ces médecins vers une compétence liée au sport, et donc de comprendre, expliquer et décrire les modes d'insertion professionnelle qui les caractérisent. Le recueil de données quantitatives, s'il pourra apporter des informations importantes sur les trajectoires sportives et professionnelles des médecins du sport doit ici céder la place à une analyse plus fine. Des entretiens approfondis ont donc été entrepris dans chacun des groupes de médecins préalablement identifiés.

Campagne d'entretiens semi-directifs de recherche. Profils identifiés et grilles d'entretiens ?

A la liste des médecins ayant volontairement laissé leurs coordonnées au sein du questionnaire afin de poursuivre cette enquête par un entretien de recherche, nous avons ajouté, suite à une campagne de « recrutement téléphonique », un certain nombre de praticiens dont le profil spécifique intéressait l'analyse. Nous parlons bien sûr ici en termes de tendances puisque les différents types d'exercices ne sont pas nécessairement exclusifs les uns des autres. Dans ce cadre, nous avons ainsi rencontrés 16 médecins du sport de cabinet qui possèdent la compétence de médecine et biologie du sport, mais l'utilisent quasi-uniquement dans le contexte libéral ; 12 praticiens ayant une fonction dans un pôle, centre de formation, fédération ou encore club professionnel ; et enfin 9 médecins exerçant en milieu hospitalier (voir [annexe méthodologique](#) p. 644 pour un tableau récapitulatif du profil des médecins interviewés). L'enjeu était double : découvrir d'éventuelles récurrences dans les intérêts, les manières d'être, d'agir et de légitimer chacune de ces

positions, puis tester leurs perméabilités. Peut-on être à la fois praticien hospitalier et médecin dans une structure sportive de haut niveau ? Si tel est le cas quels sont les effets produits ? Inversement, en cas d'incompatibilité, quels sont les déterminants responsables d'une telle exclusivité de placement ?

Les entretiens ont tous été préparés de manière spécifique. Les informations fournies sur les questionnaires dont l'anonymat avait été volontairement levé par certains enquêtés eux-mêmes, ont en effet permis de préparer les débats et d'anticiper les relances. Gain particulièrement appréciable pour des enquêtés dont le temps est compté, au sens propre du terme ! (les entretiens ont été réalisés dans la majorité des cas sur le lieu de travail, parfois même entre des consultations, ce qui contraignait bien évidemment la durée des discussions. Ainsi, avec une durée moyenne située aux alentours d'une heure et quart, il était extrêmement rare de réaliser des entretiens de plus de deux heures). Des exemples de grilles d'entretiens ont été consignés dans les annexes méthodologiques. Y figurent la première grille d'entretien utilisée pour la rencontre avec le docteur Simonneau en 2003, puis deux grilles plus récentes utilisées en 2008 pour le Professeur Landais et le Docteur Alberti (**Voir [annexe méthodologique](#) p. 649**). La totalité des entretiens de recherche a été retranscrite verbatim (soit 1173 pages). Nous avons fait le choix de ventiler les données issues de ces discussions sous forme d'extraits dans le corps de l'analyse, sans fournir les entretiens en annexe afin de ne pas alourdir le document.

L'ensemble des agents dont nous avons personnellement recueilli la parole possèdent des noms fictifs, inventés par le chercheur. Notre intégration au sein de leurs lieux de travail et l'enregistrement audio de leurs réponses ont reçu un accueil favorable à condition que soit respecté et préservé l'anonymat des personnes enquêtées. Ces médecins du sport sont donc protégés par le secret. Pour certains praticiens dont la fonction est unique, le maintien d'un tel principe peut paraître illusoire et naïf. Pourtant nous persistons à camoufler leur identité nominale et réaffirmons que toute tentative menée pour percer ce secret serait stérile et engagerait la seule responsabilité de son auteur.

II. Entrer dans le métier. La préservation de la santé à l'épreuve des intérêts particuliers

Partant du principe déjà bien connu que l'obtention du diplôme ne joue qu'un rôle extrêmement limité dans la construction sociale des carrières¹⁶, il est particulièrement intéressant d'analyser les voies par lesquelles un médecin en vient à mettre sa compétence au service de la performance athlétique, au service de la recherche clinique en centre hospitalo-universitaire, ou enfin au service de son propre exercice dans le cadre unique de sa pratique libérale. Pour l'ensemble des médecins interrogés, les raisons d'agir évoquées renvoyaient essentiellement et logiquement à la préservation de la santé. Pour les uns, travailler à l'hôpital est un gage de meilleure prise en charge sanitaire des sportifs car il s'agit d'un espace neutre, dégagé des pressions de l'entourage sportif. Pour les autres, compte tenu de l'urgence du calendrier sportif, un athlète, pour être bien soigné, doit être vite soigné, ce qui suppose la présence du médecin au plus près du quotidien du sportif et sa mise au service de la structure qui l'encadre. Enfin, pour les derniers, la pratique de la médecine du sport en cabinet renvoie à des problématiques générales de santé publique ; les conseils, l'évaluation de l'aptitude, la prescription, la modification ou parfois même l'interdiction de la pratique physique étant perçus comme autant de missions salutaires à l'échelle de la population¹⁷. Ainsi, s'ils se défendent tous de respecter leur serment d'Hippocrate, on perçoit sans difficultés les fossés qui les séparent. Différences d'autant

¹⁶ P. Malherbe et H. Slimani, dans leur étude sur la relation « formation-métier » dans le secteur de l'encadrement des activités équestres, ont par exemple montré que « sans la mise en place de stratégies annexes, qu'elles soient familiales ou matrimoniales, l'insertion professionnelle était quasiment vouée à l'échec ». MALHERBE, Patrick & SLIMANI, Hassen. 2002. « La relation "formation – métier" dans le secteur de l'encadrement des activités équestres », *Rapport de recherche*, Carif-Oref des Pays de la Loire, 60 pages. De façon plus générale, Claude Dubar éclaire la notion de construction sociale des trajectoires individuelles en s'intéressant aux dimensions historiques, contextuelles et stratégiques de l'insertion professionnelle. DUBAR, Claude. 2001. « La construction sociale de l'insertion professionnelle », *Education et Sociétés*, n°7 / 2001 / 1, p. 23-36.

¹⁷ Au point de retrouver dans les discours de ces praticiens des thématiques proches de celles développées par les « romanciers anthropologues de la race humaine » dans le cadre de « l'hygiénisme social » français du début du siècle. Sur une toile de fond où la science se confond avec la morale, là où les activités physiques devaient servir à combattre l'alcoolisme, la dépravation, la neurasthénie ou la phtisie par exemple, elles sont aujourd'hui appelées au secours des fléaux sociaux modernes que sont l'obésité, la sédentarité et certaines formes de diabète. Le docteur Amazan, « ennemi du gros », après avoir beaucoup réfléchi à la façon d'amener massivement les personnes obèses à la pratique sportive (ce à quoi elles sont selon lui « souvent opposées »), en conclura, non sans dépit, que l'unique solution serait de les payer...

plus identifiables que les occupants de chaque position entretiennent dans leurs pratiques discursives des rapports de dérision réciproques, rapports dont la finalité n'est autre que l'imposition de la définition légitime de la « bonne médecine du sport ». Dans le jeu croisé entre carrières médicales et sportives, la certification en médecine du sport peut ne représenter qu'un « passage obligé » pour certains médecins dont la trajectoire les a antérieurement inscrits dans l'univers sportif, ou au contraire une véritable socialisation primaire aux « choses du sport » pour ceux dont le passé sportif reste vierge. Bien évidemment, ce rythme calendaire et ordonné des socialisations soulève et induit la question des intérêts poursuivis. Entre des médecins qui utilisent la médecine pour se faire une place dans le milieu sportif, et ceux qui investissent l'objet sportif pour bénéficier d'une légitimité dans le milieu médical, ou s'assurer de l'élargissement d'une clientèle, les univers de possibles semblent infinis. Pour accéder aux fondements de chacun de ses exercices médicaux particuliers, il est apparu utile d'interroger la (ou les) voie(s) par lesquelles le praticien justifie son placement. Sur cette question, les écarts se creusent et mettent au jour des logiques fort différentes.

II. 1. Se faire une place à l'hôpital

A. Boccage est étudiant en dernière année de médecine et prépare une thèse de médecine générale. Il est interne dans le service d'exploration fonctionnelle et vasculaire du docteur Alberti. Il y réalise un DESC de médecine du sport et est à ce titre l'un des très rares étudiants à bénéficier d'une telle formation complémentaire en France (on estime entre 15 et 20 le nombre d'étudiants inscrits chaque année depuis la création de ce DESC en juin 2002, soit approximativement aujourd'hui un peu plus d'une centaine de praticiens formés). C'est d'ailleurs ce sentiment de posséder un parcours exceptionnel dans le domaine qui a poussé A. Boccage à venir spontanément nous rencontrer afin de nous faire partager son expérience (« C'est bien toi qui fait une thèse où tu compares la médecine du sport de terrain et celle à l'hôpital ? »¹⁸). Brillant élève, il s'est toujours beaucoup plus intéressé aux choses de l'esprit qu'à celles du corps, avouant même une méconnaissance

¹⁸ Cette comparaison n'ayant jamais été évoquée d'une telle façon dans les diverses présentations de nos travaux au sein de ce service hospitalier, la présentation qui en est faite par l'étudiant en dit long sur sa propre représentation de l'espace médico-sportif et augure d'une volonté de jouer le jeu de la distinction.

quasi-totale des activités sportives. La première année de médecine a été d'une violence absolue et son corps en a payé le tribut. Une prise de poids très importante va ainsi bouleverser le rapport entretenu à son corps et lui imposer une nouvelle hygiène de vie. Très en peine, il « commence donc à courir en 3^{ème} ou en 4^{ème} année de médecine pour éliminer cet excès ». Les résultats sont encourageants et l'étudiant se prend au jeu. Curieux de comprendre les mécanismes physiologiques par lesquels les activités sportives ont eu raison d'une morphologie jugée disgracieuse, il entreprend de se familiariser, hors cadre universitaire, à la littérature concernant l'entraînement et la physiologie sportive. La surprise fut totale, il découvrit alors « tout un champ extrêmement intéressant et dense, mais dans lequel [il] était une vraie "bille" ». Après des demandes appuyées, il a « finalement réussi à se faire prendre en externe en médecine du sport ». Les épreuves d'effort, la spirométrie, les mesures de lactatémie, etc., ont été autant de révélations qui très vite se sont transformées en évidences dans son esprit : « c'est ça que je veux faire ! ». Engagé dans un cursus de médecine générale, le sport lui permet en outre d'aspirer à une pratique mixte. Généraliste en cabinet bien sûr, « en milieu rural de préférence car les pathologies sont plus intéressantes », et médecin du sport à l'hôpital. « Mais uniquement à l'hôpital ! ». A. Boccage fait part de son aversion pour le terrain et la « médecine de club ». Le milieu sportif est « un milieu qui [l'] impressionne ». Son intérêt se porte uniquement sur le versant très physiologique de l'exploration fonctionnelle. « Faire des tests, apprécier les réactions cardiaques à l'effort, éprouver la résistance musculaire... », il admet sans mal avoir un goût certain pour la recherche. Sa thèse est à ce titre révélatrice de cette volonté de garder un pied dans l'institution hospitalière. Le docteur Alberti lui avait soufflé un premier sujet qui a été refusé au prétexte que le travail prenait « une orientation trop recherche pour une thèse de médecine générale ». Qu'à cela ne tienne, l'étudiant trouve la parade et engage une réflexion sur « l'utilisation des services d'urgences par les sportifs traumatisés ». Son hypothèse de départ est simple. « Les gens en souffrance psychologique se blessent plus gravement ». Sur la base d'une échelle de gravité des blessures et suite à la passation de questionnaires capables de déceler des souffrances mentales et d'établir des scores d'estime de soi, les faits sont venus très exactement contredire son postulat. Ce sont finalement les sportifs qui consultent pour de la « petite bobologie » qui présentent les signes les plus nets de souffrance mentale. A. Boccage voit immédiatement l'intérêt d'une telle étude dans le cadre de sa future pratique de médecin généraliste, mais précise que cette analyse doit également ouvrir une réflexion interne aux services hospitaliers.

Un tel portrait est utile pour penser dans un cadre plus général les liens qui rassemblent sport et hôpital. Dans une telle institution, faire valoir son éventuel passé sportif n'a pas de sens. Le capital sportif n'est en rien un levier efficace pour « entrer dans le métier » (ce qui ne signifie évidemment pas qu'un médecin sportif soit condamné à ne jamais être praticien hospitalier). Il est d'ailleurs significatif de constater le rapport très faible, voire parfois même inexistant, que les médecins du sport hospitaliers entretiennent pour la plupart aux activités sportives. S'il faut reconnaître aux docteur David et professeur Landais, respectivement chefs d'un service de rééducation fonctionnelle et d'un service de chirurgie orthopédique, une pratique sportive de haut niveau en football (Equipe de France des moins de 17 ans) et en volley-ball (Nationale 1, Champion de France Espoir), force est de remarquer la très grande distance de bon nombre de leurs confrères aux compétitions sportives. Le « service régional de médecine du sport » d'un important CHU fonctionne avec un praticien hospitalier titulaire de son poste, le docteur Alberti, deux praticiens attachés vacataires, les docteurs Quirion et Amazan, et enfin un interne en médecine, A. Boccage¹⁹. Aucun des professionnels de santé présents ne possède de liens particuliers avec la sphère sportive d'élite.

Sport et Médecine à l'hôpital

L'équipe médicale du service de médecine du sport d'un important CHU

	Profil médical	Pratique sportive « préférée » et niveau de performance atteint	Proximité familiale au sport de haut niveau	Commentaires
Dr. Alberti	Spécialiste Praticien hospitalier Cardiologue HDR Physiologie	Cyclotourisme Loisir	Aucune	« j'ai pratiqué plusieurs activités, mais toutes plus mal les unes que les autres, et toutes pendant des durées relativement courtes... »
Dr. Quirion	Généraliste Vacations service médecine du sport et d'exploration vasculaire	Danse Classique et contemporaine	Aucune	« Ma mère était plutôt anti-sport. C'est pour ça que je n'en ai pas fait. [...]. Mais j'adorai regarder le sport à la télévision ».

¹⁹ A ces figures cadres, il faut bien entendu rajouter l'incontournable infirmière / secrétaire du service, ainsi que le flux continu d'étudiants stagiaires qui apportent une main d'œuvre non négligeable. Nous y reviendrons lors de la description des lieux d'observation ethnographique.

Dr. Amazan	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Praticien hospitalier service médecine générale Praticien attaché service médecine du sport	Aucune (Sport scolaire)	Aucune	« Je suis fils d'agriculteur, donc quand on fait du sport, c'est qu'on est feignant. Il y avait du travail à la maison. [...]. J'ai découvert le sport à 14 ans. Pour la première fois j'ai eu une prof de gym. Ça a été une révélation pour moi parce que je me croyais handicapé... ».
A. Boccage	Interne Médecine générale DESC médecine du sport	Footing Loisir	Aucune	« Je me suis mis à pratiquer une activité physique régulière vers 24 ans pour perdre du poids ».

Se former à la médecine du sport ne renvoie donc pas ici à la volonté ou au besoin de faire coller sa pratique professionnelle au plus près d'un ensemble de dispositions sportives antérieurement constituées. Il ne s'agit pas de retrouver la familiarité d'un espace durablement côtoyé et le confort de valeurs faites corps. Tous ont pourtant en charge le suivi d'athlètes engagés à un niveau élevé de compétition²⁰. Cette orientation médicale tient dans la majorité des cas à la volonté de s'inscrire et de se faire une place dans un espace hospitalier dont les logiques d'insertions professionnelles sont relativement verrouillées du fait sans doute de la rareté des postes à pourvoir. Ce sont bien les opportunités médicales qui sont à l'origine du « choix » médico-sportif. Le mode de recrutement répond aux normes classiques des milieux hospitaliers et universitaires. La titularisation des praticiens hospitaliers ou des maîtres de conférences et l'engagement à la vacation de praticiens attachés sont soumis à un certain nombre de principes dans lesquels la trajectoire sportive du candidat n'a qu'une place anecdotique. Les performances sportives personnelles ne jouent aucun rôle. Les diplômes et les « faits d'armes » proprement médicaux sont les seuls éléments valeureux. Si le sport ne vaut rien, la certification médico-sportive elle, peut devenir le « petit plus » qui décidera de l'évolution d'une carrière hospitalière. Logiquement, on trouve ici un nombre beaucoup plus élevé de spécialistes tels que des cardiologues, physiologistes, etc., bien que les vacations soient réalisées majoritairement par des médecins généralistes. Les motivations évoquées

²⁰ En effet, pour l'ensemble des athlètes, « nul ne peut être inscrit sur la liste des Sportifs de Haut Niveau s'il n'a fait l'objet d'examens médicaux. [...] Il était prévu par le décret du 1^{er} juillet 1987, qu'à la différence des contrôles préalables d'aptitude au sport, la surveillance médicale de ces sportifs devait être exercée par des médecins titulaires du certificat d'études spéciales en médecine du sport [...]. Cette exigence est formellement reprise dans l'arrêté du 11.01.04 ». La nature de certains examens réclamés (les épreuves d'effort par exemple) rend difficile la réalisation des tests ailleurs que dans une institution hospitalière ou un plateau technique.

dépendent bien sûr du profil et de la situation du médecin concerné, mais le principe fondamental reste le même : le sport n'est pas une fin en soi, uniquement un moyen mis au service d'un projet médical. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils sont nombreux à n'avoir passé cette compétence que tardivement, parfois bien après leur cursus universitaire, dans le cadre d'un virage biographique.

Le Professeur Landais – Pour se consacrer pleinement à la préparation du très sélectif concours de l'internat auquel il sera reçu en 1967, le professeur Landais met un terme à sa pratique du volley-ball à haut niveau. Assistant des hôpitaux dans un service d'orthopédie à partir de 1972, sur la base de ses anciennes relations sportives, de nombreux athlètes viennent le consulter pour des problèmes de traumatologie. Or, au début des années 70, dans ce même hôpital commence à se développer un service très dynamique de physiologie du sport fondé et dirigé par le Professeur Marlier. Ce dernier, soucieux de répondre à l'ensemble des besoins de la population sportive et ainsi faire « tourner la boutique », s'est adressé au service d'orthopédie afin de trouver un praticien pour assurer des consultations de dépistage sur le plan locomoteur et assurer la prise en charge des sportifs traumatisés. Le « sportif de l'ortho » était tout désigné. Très vite, il est invité à intervenir parmi les enseignants qui animent la Capacité de médecine et biologie du sport pour partager sa connaissance très pointue de l'appareil locomoteur. Pour des questions de procédure, le Professeur Marlier a jugé bon de demander au Professeur Landais de s'inscrire en tant qu'étudiant dans la formation qu'il contribuait à professer. Situation cocasse dont le chirurgien orthopédiste rit encore aujourd'hui. « C'était du pipeau bien sûr ! Juste histoire de régulariser une situation... ». Il n'en reste pas moins qu'il se pliera aux exigences de la Capacité et effectuera un mémoire sur « les pubalgies du footballeur ». Partageant le réseau social de l'un des dirigeants du Club professionnel de football de la ville, il opère quelques footballeurs connus. Il fait pression sur le club pour faire venir le chirurgien yougoslave dont les dirigeants s'étaient attachés les services afin d'observer précisément cette opération miracle si onéreuse, réputée pour remettre sur pied les footballeurs traumatisés en un temps record. Dans son service, le Professeur Landais s'aperçoit ainsi que le chirurgien des stars n'effectue finalement qu'une intervention de base. Il l'interrompt et finit l'opération. Ce coup d'éclat ternira définitivement la notoriété de son confrère de l'Est, mais lui ouvrira toutes grandes les portes de la reconnaissance. Certains des plus grands footballeurs français lui confieront alors leurs corps meurtris, finissant ainsi d'asseoir sa réputation de chirurgien. « Ce n'est pas la peine de publier dans des revues

médicales ou scientifiques, il vaut mieux faire *Ouest-France*, *Presse-Océan*, voire *l'Equipe*, et puis vous avez un recrutement ! Ça a été le véritable point de départ. Parce que les gens lisaient “le Professeur Landais a vu untel et untel”... et ça a provoqué un véritable effet boule de neige. Les consultations qui avaient été mises sur pied se sont amplifiées. D'une petite consultation le lundi matin où on voyait trois ou quatre patients, on est passé très vite à plus de vingt patients et on a été obligé de refuser du monde ». Lorsqu'il fait le bilan de sa carrière, sa plus grande fierté est d'avoir réussi à s'imposer sur ce registre sans pour autant faire partie de l'élite parisienne. Car « à cette époque-là [les années 1980], un sportif de haut niveau se faisait opérer sur Paris ».

Le Docteur Alberti – Parisien d'origine, il est reçu au concours de l'internat et son classement l'amène à s'installer dans le Grand Ouest. A la fin d'un internat de cardiologie, le docteur Alberti rejoint une équipe de médecine vasculaire et devient rapidement Chef de clinique. Le patron de ce service, à qui la direction de l'hôpital avait fait part de son souhait de voir se développer une activité de médecine du sport, s'est naturellement tourné vers son interne cardiologue pour réaliser les toutes premières épreuves d'effort. La Capacité de médecine du sport était une formalité dont le docteur Alberti s'est acquitté sans grand enthousiasme. Embryonnaire pendant deux ou trois ans, cette petite activité médicale hébergée dans un service de médecine vasculaire a profité de la soudaine notoriété du chirurgien vasculaire de l'hôpital, qui à l'époque, venait de développer des connaissances inédites sur l'endofibrose. En seulement quelques années, il est devenu la référence mondiale pour le traitement de cette pathologie. Or, par une heureuse coïncidence, le docteur Alberti dans son laboratoire de médecine vasculaire « faisait de la pathologie vasculaire de sportif de haut niveau ». L'endofibrose étant la maladie par excellence des cyclistes, l'effet d'affichage fut radical. Pour le cardiologue qui avait entre temps réalisé un doctorat puis une HDR de physiologie, ce nouvel afflux de patients sportifs représentait une véritable aubaine pour développer sa carrière scientifique. Après une intense activité de publication, le docteur Alberti s'est fait un nom, et est aujourd'hui responsable d'un service d'exploration fonctionnelle et d'exploration vasculaire.

Le docteur Quirion – Elle soutient sa thèse de médecine générale et se forme à la médecine du sport dans la même année 1991. Elle « ne voulait pas [s'] arrêter à la médecine générale »... Mais, elle ne se rappelle pas précisément la raison pour laquelle son « choix » s'est orienté vers la médecine du sport. Ce dont elle se souvient en revanche,

c'est qu'en 1991, elle était déjà enceinte du premier des 4 enfants qu'elle aura en 6 ans. Elle réalise donc des remplacements de médecine générale jusqu'en Novembre 1993. Date à laquelle elle quitte Paris pour venir habiter avec sa famille dans le Grand Ouest. Son mari, lui aussi médecin généraliste, s'installe alors à son compte dans un cabinet aménagé sur le lieu même de son domicile. « Et un seul libéral dans la famille, ça suffit ! ». Elle décide donc de se présenter dans le service de médecine du sport du docteur Alberti afin de lui faire part de sa volonté d'y réaliser des vacations. Dès 1994, elle intègre l'équipe. Malgré le traitement quasi-bénévole qui lui sera réservé pendant longtemps (« payée une demi-journée par mois pour une ou deux journées effectives par semaine, soit ¼ de vacation... »), elle se réjouira de pouvoir concilier une activité professionnelle à sa vie familiale. D'autant que le statut de praticien attaché en milieu hospitalier lui apparaît particulièrement gratifiant. Petit-à-petit, avec le développement du service, les vacations se sont multipliées au point aujourd'hui de lui assurer un emploi qu'elle limite volontairement à un mi-temps, afin de s'occuper de ses enfants et « de ne pas laisser tout le travail » à son mari. Très récemment, un bon ami vient d'être nommé « nouveau patron du service de chirurgie orthopédique ». Celui-ci, contrairement à son prédécesseur, aimerait développer une activité de traumatologie du sport et ainsi monter une collaboration avec le service du docteur Alberti. L'achat d'un appareil isocinétique appelé « cybex » permettrait de proposer des consultations médico-chirurgicales au sein du service de médecine du sport. Il s'agit là bien sûr d'une très belle occasion d'ouvrir un marché et de développer l'Unité. A la dernière réunion interne à laquelle nous avons assisté, le docteur Alberti présentait ce projet à l'équipe et faisait du docteur Quirion le futur « médecin référent du cybex ».

Le docteur Amazon – Reçu au concours de kinésithérapeute l'année même de son baccalauréat, cette occupation professionnelle n'était, pour ce fils d'agriculteur, qu'un « moyen de vivre socialement sans être dans le besoin ». Sitôt le diplôme obtenu, il s'engage dans des études de médecine et réalise pendant chaque période de congés des remplacements de kinésithérapie. Les études longues étaient un réel besoin et cultivaient en lui le sentiment de se hisser vers un « réel pouvoir de décision ». Lors de son stage d'internat, il pratique pendant 18 mois la médecine physique et réadaptation, qui fait écho à sa formation initiale de kinésithérapeute. « Pour moi, cela devenait évident ». Thésé en 1992, il occupera diverses fonctions en Bretagne. « Durant mon périple breton, j'avais pris pour décision de faire des formations sans cesse. Je voulais faire une autre discipline qui est le bilan urodynamique. Mais mon chef de service était urodynamicien et voyait mal une

concurrence directe, d'autant qu'il travaillait avec sa femme ». Mais l'achat d'une maison avec son épouse et ses enfants dans la région des Pays de la Loire à partir de 1995 va le pousser à trouver des solutions pour rapprocher son exercice professionnel de son domicile. « Je voulais vraiment rentrer..., parce que je souffrais de l'éloignement ». Il souhaite en outre « travailler avec des confrères d'autres disciplines, des chirurgiens vasculaires, orthopédistes, rhumatologues... ». Habitant la ville où se situe le centre hospitalier dans lequel travaille le docteur Alberti, le docteur Amazan cherche à se faire recruter dans le service de rééducation. En délicatesse avec la personne en charge de sa direction, le médecin a vite compris que son profil ne correspondrait jamais à celui recherché... C'est à ce moment qu'il a fait le « choix » de la capacité de médecine du sport. Formé par le docteur Alberti, il réalisera alors quelques vacations dans un centre médico-sportif situé en Bretagne. En 1997, après des demandes répétées, le responsable d'Unité, heureuse victime de son succès, lui propose de devenir praticien attaché du service afin d'assurer une vacation chaque mercredi après-midi (journée où le docteur Quirion ne travaille pas). Une journée de gagnée auprès de sa famille donc... Enfin, le docteur Amazan, après avoir passé le concours de praticien hospitalier, a été recruté en tant que médecin rééducateur titulaire dans le centre hospitalier d'une ville voisine. Le docteur Amazan, pourtant las d'une activité qu'il perçoit comme très répétitive, conserve cette demi-journée de vacation dans le service de médecine du sport du docteur Alberti. Le mercredi est une journée où il rentre plus tôt à la maison.

Ce tour d'horizon, qui n'a pas la prétention d'être exhaustif, éclaire le mécanisme par lequel des praticiens usent stratégiquement d'une compétence pour servir des intérêts qui bien souvent sont éloignés voire étrangers de ceux qui animent le milieu du sport d'élite. Pour le Professeur Landais, si son ancienne pratique sportive lui a assuré un temps une importante surface sociale de visibilité, il s'est ensuite emparé des opportunités proprement médicales que lui offraient l'institution hospitalière afin d'ouvrir une voie jusqu'alors inoccupée et ainsi construire sa légitimité. Sa fierté n'est pas d'avoir été celui qui a opéré tel grand joueur de football, mais bien d'être devenu *le* chirurgien des champions, dont la réputation nationale a largement dépassé la seule sphère sportive. Cette compétence en traumatologie du sport lui a ouvert les voies de la consécration dans l'univers de la chirurgie, pourtant soumis à rude concurrence. Cette sorte de « transfert de prestige » d'un monde à l'autre, du sport vers la médecine, est également le mécanisme dont use encore le docteur Alberti pour « faire tourner le service ». S'il est lui aussi

parvenu, sans avoir la possibilité de mobiliser un quelconque capital sportif, à se faire un nom par le biais de cette compétence en s'inscrivant dans une course aux projets de recherche, à leurs éventuels financements et aux publications scientifiques, il reste parfaitement conscient du grand intérêt de recevoir un maximum d'athlètes de haut niveau pour le bien-être du service qui doit rendre des comptes à la direction de l'hôpital. Au-delà du véritable effet publicitaire que peut représenter la venue d'un médaillé olympique par exemple, relayé par de multiples affiches dédicacées qui viennent orner la salle d'attente comme autant de trophées, il s'agit bien là de préoccupations purement financières où la valeur sportive s'inscrit clairement sur une échelle de rentabilité. D'où cette discussion étonnante entre le docteur Alberti et la secrétaire du service, convaincus face au nombre croissant des consultations qu'il est « nécessaire de revoir les priorités ». « Ce qui rapporte, c'est le sport de haut niveau, ce ne sont pas les sections sportives départementales [SSD] ! Donc c'est vite vu ! ». L'idée alors exposée consisterait à ne plus effectuer qu'un seul contrôle annuel pour les SSD, en transférant le second contrôle vers un centre médico-sportif, et ainsi être en mesure de se recentrer sur les sportifs d'élite²¹. En salle de pause, la secrétaire tente de nous en persuader en griffonnant ainsi son calcul au dos d'une serviette en papier. La logique semble implacable.

Sport de haut niveau : Epreuve d'effort = 86 euros + Consultation médicale = 22 euros + Entretien psychologique = 22 euros + Bilan diététique = 25 euros. Soit un total de 155 euros par athlète. Avec deux consultations en une demi-journée, c'est **310 euros** de rapportés.

Section sportive départementale : Consultation médicale = 22 euros + Tests variés (ECG, vision, audition, taille, poids...) = 25 euros. Soit un total de 47 euros par jeune. Avec cinq consultations en une demi-journée, c'est seulement **235 euros** de rapportés.

Se faire un nom, faire tourner un service hospitalier, ne sont pas les seules motivations qui orientent les hommes de l'Art vers la pratique hospitalière de la médecine

²¹ Jean Peneff remarque ainsi que « les institutions de la Santé ont développé une extraordinaire capacité à maintenir leur existence face à toutes les évolutions ». PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 131.

du sport. Comme en témoignent les trajectoires des docteurs Quirion et Amazan, l'utilisation de cette compétence peut s'inscrire dans des logiques extrêmement éloignées des questions de prestige médical et de reconnaissance scientifique. Dégager du temps pour sa famille en refusant une installation libérale, se rapprocher de son domicile par des voies détournées sont autant de stratégies mobilisées qui éclipsent l'intérêt sportif. La compétence de médecine du sport, choisie initialement pour compléter une pratique généraliste, peut alors devenir providentielle lorsque la « bonne occasion » se présente. D'ailleurs, pour bon nombre de médecins vacataires, la plupart du temps généralistes, le simple fait de travailler à l'hôpital est un gage de réussite professionnelle. « En effet, il existe souvent un complexe des généralistes vis-à-vis des médecins hospitaliers. La formation scientifique qu'ils ont reçue en tant qu'étudiants, l'approche théorique des questions médicales telle qu'enseignée à l'hôpital public a ancré dans leur esprit l'idée que la médecine la plus avancée, donc la plus performante, est l'apanage des CHU »²².

II. 2. « Faire partie à nouveau de la grande famille »

Le docteur Bouguen est médecin généraliste dans un quartier vieillissant de centre ville. Agé de 34 ans, son installation en cabinet libéral remonte à dix-huit mois environ, date à laquelle il a racheté la clientèle d'un médecin partant à la retraite. Lors de son résidanat, il effectue 6 mois de stage en CHU et passe deux semestres dans un service d'urgences. Le grand nombre de patients sportifs traumatisés, « cassés de partout », fait immédiatement naître en lui un intérêt certain. Il replonge avec bonheur dans sa propre histoire sportive familiale. Son père cumulait en effet une double profession, professeur d'EPS en collège et kinésithérapeute en cabinet libéral. Il a côtoyé en outre la sphère du handball d'élite, évoluant un temps à un niveau international de compétition. Autant dire pour citer les propos du médecin lui-même qu'il a « baigné dedans depuis qu'il est tout petit ». Pas étonnant dans ces conditions de constater qu'il est lui-même rapidement devenu un sportif confirmé. Pratiquant le handball depuis de nombreuses années, il est sélectionné dans l'équipe régionale de Bretagne. Il décide de mettre un terme à sa pratique sportive intensive lorsqu'il rentre en première année de médecine. Il regrette aujourd'hui

²² VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Op. Cit.*, p. 113.

amèrement ce choix, convaincu qu'il aurait été capable de mener les deux de front et reste profondément déçu de ne pas avoir réussi à construire une carrière sportive. Aussi, se former à la médecine du sport pendant son cursus de médecine générale est devenu une évidence. « Je l'ai fait pour essayer d'avoir ensuite un suivi rapproché des sportifs, rentrer dans une fédération, faire du suivi d'équipes, faire du terrain quoi... Bref, pour être dans ce milieu-là. Puisqu'en tant que sportif, je n'ai pas pu le faire, je ne me suis pas donné les moyens de le faire plutôt, et bien je vais essayer de le faire au niveau de ma profession de médecin. C'est pour ça que j'ai fait la médecine du sport ». Dans le cadre de son diplôme universitaire de traumatologie du sport, le docteur Bouguen sollicite de sa propre initiative le docteur Beaugendre, responsable des services médicaux du club professionnel de football de la ville, en quête d'un sujet de mémoire. Il choisit un sujet parmi les deux que ce dernier lui a soumis et réalise l'étude médicale d'un joueur évoluant en Ligue 1. Véritablement séduit par la fonction, il tient un discours admiratif et enchanté sur la pratique de son aîné. « Au-delà des paillettes, des 40 000 personnes par match, d'un passage à la télé, c'est un métier difficile ! Mais c'est hyper intéressant. Le médecin est aussi important que l'entraîneur. Moi ce que je recherche, c'est ça. C'est un travail d'équipe avec un kiné et un entraîneur pour mettre toutes les connaissances au service d'un joueur, d'une équipe, d'un club. Et essayer de faire avancer tout le monde ». Conscient de la très grande pression que le milieu sportif d'élite fait peser sur le médecin d'une équipe, le docteur Bouguen reprend les propos du docteur Beaugendre avec qui il a gardé depuis sa formation des contacts réguliers et qu'il considère comme un ami : « Il le dit très bien, c'est dur, mais la passion est là ! Quand une équipe gagne un match, quand le joueur que l'on vient de soigner marque le but du vainqueur, c'est une récompense. C'est ça qui fait avancer le médecin ! [...] L'intérêt c'est ça. C'est d'avoir des sportifs qui ont envie de gagner, un club ambitieux, et ce quel que soit le sport. Le but en fait, c'est de potentialiser les performances de l'équipe avec l'aspect médical ». De telles déclarations enflammées ne sont pas que pures velléités. Après quatre années de remplacements en médecine générale, satisfait de la liberté que ce statut supposait, il s'est finalement décidé à se sédentariser. En partie pour satisfaire son envie de suivre une équipe. « Parce qu'il faut quand même un lieu pour examiner les gens. Il faut être joignable tout le temps au même endroit ». Installé depuis seulement 18 mois, il a ainsi multiplié les démarches auprès du milieu sportif. Il est devenu du fait de sa relation avec le docteur Beaugendre, le « médecin d'astreinte » du club professionnel de football et assure la surveillance des matches de l'équipe réserve lorsqu'aucun des deux médecins de la structure ne peut être présent. Mais il a surtout pris

contact avec le président de la ligue de Handball des Pays de la Loire et s'est fait récemment élire médecin régional. « C'est purement administratif, ça n'a rien de passionnant, mais votre nom est ensuite distribué dans tous les clubs et à tous les entraîneurs. Donc après, les équipes de hand sont sans doute plus à même de venir consulter le médecin de la ligue que d'autres médecins ». Enfin, le jeune médecin généraliste a entamé des démarches auprès du président du club de handball professionnel de la ville. Sans réponse au moment de l'entretien, il s'apprêtait à relancer le club pour offrir ses services²³.

Un tel portrait est utile pour penser dans un cadre plus général les liens qui unissent la médecine au sport de haut niveau. Il apparaît avec évidence que les praticiens qui exercent au cœur des structures sportives s'engagent dans la pratique sur le mode de la vocation sportive. Le registre passionnel est logiquement le premier évoqué lorsque l'on tente de mettre à jour leurs motivations professionnelles. Cette empathie sportive intense résulte d'une longue incorporation des normes et des valeurs de l'espace de la haute performance. Il est en effet particulièrement significatif de constater que ces médecins entretiennent dans la majorité écrasante des cas un rapport biographique étroit avec le sport d'élite. Ils ont été souvent eux-mêmes athlètes de haut niveau, ou possèdent dans leur entourage familial des proches qui l'étaient ou le sont devenus. Ici, l'enjeu est clairement de garder un pied dans un univers pour lequel le médecin possède des affinités antérieurement acquises. Le mode de recrutement de ces praticiens est souvent assez obscur, et les illusoire appels à candidature affichés parfois dans les locaux départementaux de l'Ordre des Médecins ou diffusés via les sociétés savantes ne sont pas suffisamment efficaces pour camoufler des pratiques de cooptation. Chose peu originale, si ce n'est que dans ce cas, le sésame est donné par le passé sportif des professionnels de santé, ou par le « palmarès médico-sportif » (avoir été le médecin d'une équipe consacrée est considéré comme un gage de compétence et possède à ce titre une valeur certaine sur le marché du recrutement). Les diplômes médicaux complémentaires n'ont ici qu'un intérêt limité. A la recherche d'un médecin pour son centre de formation et la surveillance des matches à domicile, le Lille Olympique Sporting Club (LOSC) diffuse en septembre 2007

²³ Depuis cet entretien réalisé en avril 2005, nous avons appris par voie de presse que le docteur Bouguen avait été recruté sur les recommandations du docteur Beaugendre au sein d'un très important club de football amateur du département. Plus récemment, suite à la démission du docteur Beaugendre, il a été pressenti pour le remplacer au sein du club de football professionnel. Les journalistes spécialisés ont laissé entendre que cette ascension était le résultat du parcours exceptionnel de l'équipe première du club amateur dont il avait la charge lors d'une récente Coupe de France.

une annonce dans laquelle sont explicitées les contraintes spécifiques liées à la fonction. Dans le profil médical ainsi décrit, figurent ensemble la nécessité de détenir la Capacité de médecine du sport ainsi qu'une « expérience dans le sport ». En revanche, dans un « appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral national » du squash, parue dans une importante revue professionnelle, il est indiqué que le candidat devra être « *si possible* titulaire d'une capacité en médecine du sport »²⁴... Dans les faits, il apparaît très nettement que les principaux arguments de démonstration de soi sont issus de la trajectoire sportive du médecin (et de ses « résultats » médico-sportifs) bien plus que de sa carte de visite professionnelle (ce qui est logique dans la mesure où les personnes en charge du recrutement n'ont bien souvent pas compétence à juger de la qualité purement médicale du ou des postulants). C'est la raison pour laquelle nombre des médecins qui exercent au sein d'une structure sportive se sont spécialisés dans la discipline sportive dans laquelle ils étaient eux-mêmes pratiquants ou entraîneurs. On trouve donc ici toute sorte de praticiens, spécialistes ou généralistes. Les conditions d'exercice et les modes de rétribution sont extrêmement variables selon les contextes sportifs. Salariés dans les sports professionnels, les médecins peuvent également être bénévoles dans certains clubs de très haut niveau, ou encore indemnisés sous forme de vacations dans certains pôles.

Dans une réflexion menée sur les motivations des médecins à l'égard du sport, la question de la rétribution doit être abordée. Malheureusement, plus le niveau de performance sportive s'élève et plus l'omerta sur les salaires des médecins est de rigueur. Les praticiens salariés évoluant parmi l'élite sportive restent tous très évasifs mais s'accordent à dire que la rétribution accordée reste inférieure à celle à laquelle ils pourraient prétendre en libéral.

Médecine et sport de haut niveau, la mine d'or ?

Dr. Beaugendre (médecin salarié à mi-temps pour le suivi d'une équipe professionnelle de football): « Je n'ai pas un salaire extraordinaire, je gagne plus d'argent à mon cabinet qu'en étant ici ! Mais c'est correct, très correct ! Mais ça n'a rien à voir avec les entraîneurs, avec les joueurs, on est à 10 000 lieues de ça... Moi, je suis un administratif, donc les gens voient les salaires dans le football et se disent : "oh putain, le doc, ça doit être exceptionnel, mirobolant" ..., pas du tout ! ».

²⁴ **PLUSQUELLEC**, Vincent. 2006. « Rubrique professionnelle : Appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral au sein du comité directeur », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année, p. 58.

Dr. Raulo (médecin des équipes de France de handball salarié à plein temps par la fédération) : « Mon salaire par rapport à un contexte libéral ? Il n'y a pas photo ! Cette situation ne comporte aucun avantage. C'est uniquement du passionnel. Etre médecin du handball, c'est du passionnel. Peut-être que dans d'autres sports il peut y avoir des avantages financiers, mais pas ici ».

Dans son annonce pour recruter un médecin à plein temps, le LOSC évoque une rémunération pouvant « avoisiner les 3500/4000 euros par mois sur 13 mois (brut) ». Mais ce traitement ne nous renseigne pas véritablement sur la hauteur des sommes perçues. Elles varient selon la structure et sont bien souvent améliorées par un système obscur de bonus. De façon générale, ils se défendent tous de toucher des primes de matches, autrement dit de recevoir des rétributions supplémentaires en fonction des résultats sportifs. Pourtant, sans pouvoir ici le démontrer, il semble que cette pratique soit largement répandue. Comme nous le confiait l'un de nos enquêtés, proche du milieu : « généralement, les médecins de l'élite perçoivent un fixe, puis sont ensuite rétribués sous la forme de primes en fonction du nombre de points gagnés par l'équipe encadrée. On parle actuellement de 600 euros du point ». Ce flou s'accompagne de profondes inégalités de traitement selon les disciplines sportives et les hommes en place. « C'était la situation de Pierre Sébastien, longtemps attaché à l'équipe de France masculine de handball. Il n'a pas apprécié de ne pas avoir droit à une prime après la médaille d'or remportée par les Bleus, contrairement à d'autres membres de l'encadrement. "Ce n'est pas une simple question d'argent, explique-t-il. C'est une question d'équité et de justice. Sur les dix premiers mois de l'année 2008, j'en ai passé quatre avec l'équipe de France. Je le faisais par passion. Mais il y a des limites. Un préparateur physique touche une prime parce qu'il est salarié, pas un médecin parce qu'il est vacataire". Résultat : [il] a rendu son tablier »²⁵.

Entre les médecins salariés de l'élite professionnelle et les médecins vacataires du haut niveau amateur, il y a un monde. Pour le docteur Renaud, médecin d'un pôle espoir de gymnastique artistique masculine, la vacation qu'il réalise chaque semaine au sein du gymnase où s'entraînent les athlètes lui rapporte 22 euros 87 (pour environ deux à trois heures bloquées par cette activité). Comme il se plaît à le dire : « avec un seul patient en cabinet, financièrement, j'ai déjà fait ma vacation... Donc il n'y a pas photo. Tu n'y vas pas pour l'argent. Au contraire. Ça te coûte même plus d'argent qu'autre chose. Mais tu

²⁵ CHARRIER, Pascal. 2009. « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance », *La Croix*, 23 janvier 2009.

n'y vas pas pour ça... ». Si certains médecins persistent donc dans cette voie, c'est parce qu'elle les met au diapason de leurs propres dispositions. Ils y retrouvent ce qui les a faits et qui continue d'attiser en eux une sensibilité particulière pour le sport dans sa version la plus compétitive. Quelles que soient les conditions d'exercice et de rétribution, le mode de légitimation de leurs pratiques est ainsi toujours issu du milieu sportif. La victoire sportive apporte bien souvent le sentiment du devoir accompli, et le médecin bénéficie au même titre que l'équipe technique du prestige sportif. « Etre le médecin d'une équipe de France championne du monde n'est pas rien ! », nous expliquera ainsi le docteur Raulo. Les participations aux grandes compétitions qui ponctuent les calendriers spécifiques de chacune des disciplines sportives sont ainsi les événements marquants de la « carrière médico-sportive » de ces praticiens. « J'étais aux Jeux de Moscou » est par exemple un gage indéniable de valeur et de réussite professionnelle. Pour le docteur Renaud, dont la satisfaction personnelle est de permettre à des jeunes de réaliser des performances dans les meilleures conditions possibles, « quand tu suis un gamin depuis deux, trois ans, et qu'il devient Champion de France, c'est pas rien ! ».

Le docteur Paget – « Mes parents n'ont pas voulu que je fasse partie d'un club civil, donc je n'ai fait que du sport scolaire. Mais à partir du moment où j'ai eu mon bac, je me suis lancé comme un forcené dans la compétition. J'ai commencé le vélo en première année de médecine, en bas de l'échelle, en 4^{ème} catégorie. Au bout de trois ans, j'étais en première catégorie, donc le meilleur niveau amateur, et j'avais déjà gagné pas mal de courses ! ». Pour le docteur Paget, la médecine du sport n'était pas simplement une évidence, c'était une nécessité et un véritable projet professionnel. « Moi, j'ai toujours adoré la performance. Il me fallait être au contact des sportifs. Et la médecine du sport est un élément pour améliorer la performance des sportifs ». Sûr de ses convictions, dès la fin de ses études médicales, il ouvre ce qui restera sans doute en France l'un des seuls cabinets libéraux uniquement dédié à la médecine du sport. « Il n'était pas vraiment reconnu dans le sens où c'était une spécialité qui n'existait pas vraiment. Je devais être le seul, au moins à 300 km à la ronde, à ne faire que ça ». En fait, plutôt que d'une médecine du sport, il s'agissait quasi-exclusivement d'une médecine du cyclisme. Très connu dans le milieu (sa passion pour le cyclisme ne s'arrête pas à la course, il est également Commissaire B, organisateur de courses et président d'un club qu'il a fondé avec son frère), les gens se déplaçaient de toute la région pour bénéficier de ses consultations. Il s'agissait principalement d'un suivi, et de conseils au niveau de l'entraînement. Très rapidement, sa

réputation de médecin du sport se diffuse et s'accompagne de nouvelles propositions. Il s'engage ainsi comme médecin de l'équipe de France d'aviron et aura la fierté de les accompagner aux Jeux Olympiques de Moscou et à un championnat du monde en Nouvelle Zélande. De la même façon, il devient médecin de l'équipe de France de patins à roulettes. Son plus beau souvenir reste un championnat d'Europe où l'entraîneur avait eu un empêchement de dernière minute, le laissant seul aux commandes de l'équipe. « Et ça, ça me plaisait ! Ah oui ! Parce que moi, je suis médecin du sport, d'accord, mais j'ai aussi mon brevet d'entraîneur, un BE 1^{er} degré en cyclisme. Et honnêtement, moi, ce qui m'intéresse, c'est surtout d'être entraîneur ». Persuadé qu'un « champion, ça se fabrique », il applique naturellement à ses deux fils ses techniques d'entraînement. « Il faut travailler, travailler, travailler pour essayer de garder une certaine concentration. [...] Et on peut être champion en sport sans avoir des qualités extraordinaires. Il faut donner les bons préceptes dès le départ, pour les choses rentrent et soient imprimées dans le cerveau. Les sœurs Williams, elles ont été typiquement fabriquées par leur père ! Moi j'aurai d'ailleurs bien aimé avoir une fille parce qu'au niveau du sport, c'est quand même mieux parce que la concurrence est moins forte. Mais j'ai eu deux garçons, donc c'est plus dur ». Il est d'ailleurs particulièrement fier d'avoir lui-même entraîné son ex-femme, coureuse cycliste de niveau international, pendant toute sa carrière. Courir aux côtés de Longo sur plusieurs championnats du monde, être championne de France de poursuite, etc., étaient autant de victoires partagées. Pourtant, le docteur Paget sera contraint de mettre la clef sous la porte et d'envisager une nouvelle orientation professionnelle. Son cabinet de médecine du sport atypique n'était pas du goût de la Sécurité Sociale et ne survivra pas aux « petits ennuis » que ces conflits vont générer. Elle trouvait injustifiée les feuilles de soin réalisées par le médecin pour une activité essentiellement préventive. Ainsi, après un peu moins d'une vingtaine d'années consacrées exclusivement à la médecine appliquée au sport, le docteur Paget, qui avait également passé une compétence de médecine du travail, est aujourd'hui médecin dans deux entreprises, et n'a plus aucune activité médico-sportive. Il poursuit cependant l'entraînement de ces deux enfants.

Le docteur Renaud – Gymnaste de bon niveau évoluant à son apogée en Nationale 2, le docteur Renaud est resté fidèle au club de ses premières acrobaties et a foulé le praticable de 7 à 27 ans. C'est là qu'il s'est formé à la fonction de juge, toujours occupée aujourd'hui. Ce sont des blessures à répétition qui l'ont contraint à mettre un terme à sa pratique. « C'est simple, je suis complètement cassé des épaules, je ne peux plus rien faire. Mais

bon, au moins, depuis que j'ai arrêté la gymnastique, je n'ai plus mal nulle part... C'est un peu dérangent de dire ça, mais c'est comme ça ! La gym, c'est un sport où il faut aimer se faire mal, et on aimait ça ! ». C'est d'ailleurs parce qu'il a fait les frais d'un encadrement médical très aléatoire durant sa propre carrière sportive qu'il a décidé de se former à la médecine du sport pendant son cursus universitaire. « Ça bricolait pas mal. T'étais médecin, tu faisais du sport, donc tu étais médecin du sport. Sans formation. Du coup ils ne connaissaient pas bien les pathologies, ne savaient pas les diagnostiquer et donc pas les traiter ». C'est toute sa pratique médicale qui porte les marques de son passé sportif. Spécialisé en médecine physique et réadaptation, il reçoit dans son cabinet un très grand nombre de sportifs traumatisés. Il réalise également à l'hôpital une vacation de traumatologie du geste sportif en compagnie du Professeur Landais. D'ailleurs, avant même d'être installé, il avait officieusement mis sa compétence médicale au service de son club et du club concurrent dans lequel, après bien des années de compétitions, il avait lié de nombreuses amitiés. Vingt ans plus tard, il s'y déplace toujours pour réaliser les certificats de non contre-indication ou pour assurer la surveillance des compétitions, « contre une bonne bouteille bien sûr ». Aussi, lorsque le médecin du pôle espoir de gymnastique artistique masculine a quitté ses fonctions, c'est tout naturellement au docteur Renaud que le Comité Régional s'est adressé pour assurer sa succession. « Moi, ça faisait longtemps que ça m'intéressait. Les pauvres mecs, ils se blessent, ce serait bien de pouvoir leur rendre service. Moi, j'en ai souffert quand j'étais gymnaste, de voir des types qui te plantent des aiguilles dans les épaules avec de l'encens et puis basta. Il y a un moment où ça va bien. C'est un peu... comment dire ?... un juste retour des choses ». Mais que les choses soient bien claires. Il met un point d'honneur à préciser qu'il est médecin du pôle mais en aucun cas médecin de son club support. « J'y vais pour les gymnastes ! Pas pour [le club] ! ». Cette distinction est le résultat direct de très vieilles rancœurs sportives. Entre son club d'origine et le club support du pôle, les deux structures les plus performantes du département, s'actualisaient en permanence les profondes querelles de clochés qui opposaient leurs fédérations respectives d'appartenance ; la Fédération Sportive et Culturelle de France (FSCF) et la Fédération Française de Gymnastique (FFG). « Bon, maintenant on s'entend bien, mais c'est pas des potes ! Et puis c'est pareil, eux ne m'ont jamais rien demandé non plus... ». Depuis seize ans maintenant qu'il occupe cette fonction, sa motivation n'est en rien entamée. D'autant que cette année, « avec deux champions de France parmi nos gars, c'est une belle réussite ! ».

Ces deux portraits, qui n'ont pas la prétention d'épuiser l'ensemble des mécanismes par lesquels un médecin est susceptible de se rapprocher de la sphère du sport d'élite, apportent des éclairages incomplets mais utiles pour comprendre la façon dont se construisent certaines trajectoires médico-sportives. Bien loin d'utiliser le sport dans l'unique but de servir un projet médical, il s'agit bien plus ici d'utiliser la médecine dans un objectif typiquement sportif (une grande majorité détient d'ailleurs des fonctions dans l'univers sportif). Il est par exemple étonnant de constater dans le cas du docteur Renaud, la manière dont son histoire sportive – inscrite dans des tensions associatives historiques mais toujours vivantes localement – définit l'univers des possibles de son activité médico-sportive actuelle. Le choix de se former à la médecine du sport a été pris de façon précoce, le passage du diplôme s'inscrit dans la temporalité du cursus universitaire et cette compétence est toujours recherchée dans le but explicite de pouvoir ultérieurement suivre des athlètes d'un bon niveau et ainsi rester dans le milieu sportif. Se former pour s'ouvrir des perspectives professionnelles, la logique est donc fort différente de celle évoquée pour certains hospitaliers qui à l'inverse, se sont formés tardivement afin de régulariser un virage biographique et ainsi valider de nouvelles orientations professionnelles qui n'avaient pas été anticipées.

Les médecins du sport d'élite

Sportifs de niveau élevé, « fidèles » à leur discipline et engagés dans l'univers sportif

	Profil médical	Pratique sportive « préférée » et niveau de performance atteint	Fonctions sportives	Proximité familiale au sport de haut niveau
Dr. Beaugendre	Généraliste Salarié (1/2 temps) Club <u>football</u> professionnel (L1) Chef des services médicaux Cabinet libéral	<u>Football</u> Equipe jeune club professionnel (arrêt définitif pour pathologie de croissance)	Entraîneur <u>football</u> Club amateur régional	N.R.
Dr. Boyer	Généraliste Vacations : centre médico-sportif contrôle antidopage permis de conduire pôle espoir <u>natation</u> <u>synchronisée</u>	<u>Natation</u> National <u>Natation</u> <u>synchronisée</u> Internationale	Entraîneur salarié (1/2 temps) Club <u>natation</u> <u>synchronisée</u> National Juge	Sœur Entraîneur équipe de France <u>natation</u> <u>synchronisée</u>

Dr. Renaud	Spécialiste Cabinet libéral Médecine physique et réadaptation Médecin du pôle espoir de <u>gymnastique</u> artistique masculine	<u>Gymnastique</u> Nationale 2	Juge <u>gymnastique</u>	Beau-frère <u>gymnastique</u> International
Dr. Paget	« Médecin du <u>cyclisme</u> » puis spécialiste en médecine du travail Médecin équipe de France aviron Médecin équipe de France patins Médecin club de <u>cyclisme</u> contrôle antidopage	<u>Cyclisme</u> 1 ^{ère} catégorie Champion de France universitaire cyclisme International militaire en cyclo- cross Marathon 2h39	BE <u>cyclisme</u> Commissaire B <u>cyclisme</u> Co-fondateur et président d'un club de <u>cyclisme</u>	Ex-femme <u>Cyclisme</u> international Frère <u>Cyclisme</u> 1 ^{ère} catégorie Nièce Course à pied Championne de France
Dr. Raulo	Généraliste Médecin des équipes de France de <u>handball</u> Salarié à plein temps de la fédération française de handball Suivi de l'équipe de France féminine A	<u>Handball</u> Nationale 3	Entraîneur <u>Handball</u> Nationale 3	N.R.
Dr. Niger	Généraliste Cabinet libéral Médecin pôle espoir féminin <u>volley-ball</u> Médecin SSR masculin <u>volley-ball</u> Médecin équipe Pro-B basket-ball Médecin courses en montagne/Trek	<u>Volley-ball</u> Nationale 1	N.R.	Mari <u>Volley-ball</u> Nationale 1

II. 3. Renforcer sa pratique généraliste

Le docteur Mériot est médecin généraliste dans une commune périurbaine. Agé de 35 ans, son installation à son compte remonte à une douzaine de mois, date à laquelle il a racheté la clientèle d'un médecin partant à la retraite. Il s'est formé à la médecine du sport après avoir terminé son cursus médical, alors qu'il effectuait des remplacements. « J'avais

envisagé assez vite de le faire ». Il invoque logiquement son attrait pour les activités sportives afin d'explicitier ce choix, et fait le récit de ses nombreuses années de pratique du football et de l'athlétisme, toujours sur le mode compétitif mais jamais à un niveau élevé de performances. Suite à un accident au genou survenu, il a été contraint d'abandonner le football au profit de l'équitation. Inscrit en qualité de médecin du sport dans l'annuaire et faisant figurer sur sa plaque ce statut spécifique, le docteur Mériot avoue n'avoir qu'une pratique limitée de la médecine liée aux activités physiques. « Pour l'instant j'ai peu de sportifs. Comme j'ai repris une clientèle à un médecin qui est parti en retraite, j'ai beaucoup de personnes âgées. Donc les sportifs ne sont pas les patients les plus nombreux. Mais j'en ai quelques-uns, et quand c'est un problème relatif au sport, j'aime bien leur apporter un peu d'informations, un peu plus que quelqu'un qui ne s'intéresse pas au sport ». Il perçoit donc la capacité de médecine du sport comme un moyen utile de renforcer sa pratique généraliste. « Parce que je pense que les généralistes ne sont pas toujours très bien formés à la traumatologie. Du sport, mais aussi la traumatologie en général ». Ainsi, ce jeune médecin se sent-il plus à l'aise dans la prise en charge de la petite traumatologie du genou et de l'épaule depuis sa formation. Mais en ce qui le concerne, l'activité médico-sportive qui prédomine dans sa pratique est la délivrance des certificats médicaux de non contre-indication à la compétition sportive. « C'est vraiment un moment privilégié pour examiner les patients, pour les informer et puis pour les orienter si il y a besoin ». C'est dans ce cadre qu'il donne parfois des conseils d'entraînement, d'échauffement, ou qu'il évoque les volumes d'entraînement réalisés afin de discuter des excès éventuels et des risques cardio-vasculaires qu'ils représentent. Mais ce qu'il considère comme l'essence même de son activité de médecin du sport, c'est l'incitation à la pratique sportive lors des visites en cabinet. « Je les incite à faire du sport. Le sport, cela peut être aussi un petit peu de marche active, du vélo, des choses comme ça. Pour des gens qui ont soixante-dix ans, c'est toujours intéressant. Et pour leur corps, et pour leur esprit. J'essaie de leur faire passer ma passion du sport ! Parce que c'est génial. Mais ça fait aussi partie de mon rôle de médecin généraliste, parce que cela contribue à la santé physique et mentale. Pour être bien dans sa peau et dans sa tête, il faut être bien dans son corps. Moi, quand je vois parfois des gens qui se traînent, qui ne sont pas bien dans leur corps, je trouve ça triste, franchement triste. Donc j'essaie de leur dire... (Sourire) ». Ce jeune médecin, qui réalise au détour de consultations médicales classiques quelques actes médicaux liés aux activités physiques, ne possède aucune fonction médico-sportive sur le terrain. Il a surveillé quelques concours hippiques, mais de façon très ponctuelle et limitée,

pour rendre service à son club dont les dirigeants savent pertinemment qu'il est médecin et n'hésitent pas à le solliciter. Proche d'une médecine d'urgence, les actes réalisés ne sont pas spécifiques au sport et s'adressent finalement en priorité aux spectateurs (crise d'asthme, piqure de guêpes, malaise...). Il existe bel et bien une pathologie du cavalier, mais le docteur Mériot ne semble pas y être familier. « Je ne la connais pas très bien parce que je ne suis pas du tout impliqué dans ce milieu ». D'ailleurs, « le monde du haut niveau n'est pas un milieu qui [l'] attire forcément ». C'est un milieu dont il se méfie. « [Je pense que] c'est facile de confondre son rôle avec celui de l'entraîneur ou avec celui du compétiteur. Je crois que c'est assez vite fait, parce que quand on est impliqué dans une équipe, c'est..., c'est un peu pour ça que je suis assez méfiant justement dans le monde du sport de haut niveau, c'est que à mon avis on change, on devient rapidement plus un médecin quoi. Quand il y a une pression, et puis qu'en plus on est investi affectivement avec un club, je pense qu'il devient possible de faire des erreurs ». Bénéficiant d'un partenariat passé entre un CHU et les services médicaux d'un club de football professionnel, il a réalisé le mémoire qui valide la formation sous la direction du docteur Beaugendre. Le discours qu'il tient à son sujet n'a rien de la vision enchantée développée par le docteur Bouguen. « Le docteur Beaugendre, lui, il est confronté à cette pression. Et je ne sais pas comment il le vit au quotidien, pour moi c'est un mystère. Parce que quand on voit dans le journal qu'un joueur s'est fait un traumatisme, qu'il passe une IRM, et puis qu'on le revoit courir quinze jours plus tard où le week-end d'après, moi, ça m'échappe toujours un peu. J'ai du mal à comprendre ». « Mais moi, j'en suis loin parce que je ne suis pas assez impliqué. *J'exerce surtout dans mon cabinet, je suis avant tout un médecin* ».

Ce portrait esquisse les rapports complexes que peut entretenir la médecine libérale de cabinets avec une compétence professionnelle liée au sport. De très nombreux médecins généralistes se réclament en effet de cette qualification mais n'en font qu'un usage limité et confidentiel, inscrit dans l'intimité de leur cabinet. Ce versant spécifique de l'exercice de la médecine du sport éclaire une des évolutions récentes de la médecine généraliste qui se doit de plus en plus de faire la preuve de son poly-exercice. Ces praticiens se forment donc à la médecine du sport sur le mode du « une corde de plus à mon arc dans ma pratique quotidienne »²⁶, qui sert d'évidentes stratégies de valorisation de soi dans un espace concurrentiel. Il est à ce titre significatif de constater que nombre d'entre eux se forment à

²⁶ Pour reprendre les propos du docteur Simonneau.

cette compétence l'année qui précède leur installation. Dans une logique de maximisation de sa propre valeur sur un marché redouté, ils s'engagent d'ailleurs bien souvent dans de multiples formations susceptibles d'ouvrir ensuite en cas de « coup dur », de nouveaux champs d'activités. A ce titre, le CES de médecine du travail ou de médecine tropicale par exemple sont des compétences prisées. Elles offrent aux jeunes médecins peu aguerris l'assurance d'un à côté, la satisfaction d'avoir la possibilité de « faire autre chose ». Ainsi, la médecine du sport est considérée comme une ligne utile sur son curriculum vitae. Parmi leurs futures clientèles, ils sont en effet sûrs d'avoir à traiter des pratiquants sportifs. La qualité de médecin des activités physiques prend alors toute son importance. Bien souvent, cette compétence n'est qu'à peine utilisée en cabinet. Pourtant les généralistes n'hésitent pas à faire figurer cette « spécialité » sur leurs plaques professionnelles, sur leurs ordonnanciers et font les démarches pour figurer dans la rubrique « médecine du sport » des pages jaunes. « La médecine du sport et l'annuaire, c'est une centaine d'euros par an. Tu paies pour être inscrit. Après, ça vaut le coup parce que les gens peuvent trouver ton nom aussi bien en médecine générale qu'en médecine du sport ». Dans les déclarations, certains d'entre eux précisent même *attendre* de cette démonstration publique d'éventuelles transformations ou augmentations de la clientèle. Sans une étude très précise de l'évolution des clientèles dans le temps, il est difficile de mesurer la véritable force de cet affichage. Les effets semblent néanmoins bien réels tant cet aspect revient en permanence dans leurs discours et représentations. Le docteur Gouraud, médecin généraliste, a « passé la médecine du sport en même temps que le monitorat de plongée ». Passionné de plongée et côtoyant dans sa pratique de nombreux sportifs, il sait pertinemment que cette activité nécessite l'obtention d'un certificat médical signé de la main d'un médecin affilié à la fédération de plongée. C'est dans cette logique qu'il s'est formé à la médecine du sport, préalable nécessaire à l'accès au titre de « médecin fédéral de la plongée ». Non engagée dans des associations sportives, sa pratique médico-sportive se limite exclusivement au cabinet. Il nous explique précisément la façon dont cette activité a progressivement transformé sa clientèle. « J'ai beaucoup de gens qui du fait de mon rôle spécifique auprès de la fédération de plongée, viennent en médecine du sport alors que je ne suis pas leur médecin traitant. Et ceux que tu vois comme ça, et qui s'aperçoivent que contrairement à ce qu'ils ont vu ailleurs, tu ne fais pas un coup de stéthoscope, 30 flexions, et "au revoir monsieur", et bien dès qu'ils ont une question ou un problème liés à leur activité sportive, et bien ils reviennent te voir. Parce qu'ils ont remarqué que pour la plongée, je regardais les genoux, les rotules et les chevilles qui grincent, l'intérieur des

cuisses... A partir du moment où tu leur apportes quelque chose qu'ils n'ont pas trouvé ailleurs, que tu les regardes complètement, et bien ils reviennent ensuite te voir en consultation ».

A l'évidence, l'acte médical le plus réalisé dans ce contexte libéral est la visite d'aptitude. Un praticien nous précisera même : « les certificats médicaux de non contre indication à la pratique du sport, c'est un sacré fond de commerce ! ». Le rapport à l'économie de ces médecins du sport de cabinet est prégnant dans chacun de leurs entretiens. Ils aiment suffisamment le sport pour avoir eu l'envie de se former à une médecine qui y était intéressée, mais ne sont pas passionnés au point de sacrifier leur temps et leur argent. Pour le docteur Devise, faire une médecine du sport de terrain, « ça veut dire qu'il faut supprimer une partie de [son] activité et supprimer des plages horaires de consultations », ce dont il n'a « pas très envie ». Chacun le sait donc, s'expatrier du cabinet représente en médecine du sport une perte importante de revenus. « 20 ou 30 euros pour une surveillance le dimanche après-midi..., c'est sans commune mesure avec une journée normale de travail au cabinet ! ». Tous sollicités par des clubs locaux, ils en ont bien souvent fait l'amère expérience et refusent désormais au maximum les excursions. Le docteur Gouraud explique ainsi : « en fait, tu faisais ça gratuitement, pour dépanner le club. Ça évitait aux licenciés de prendre un rendez-vous chez leur médecin. Moi, je faisais ça bénévolement, aussi parce que personne n'a jamais proposé de me payer... Moi toute la médecine en dehors du cabinet, ça se faisait bénévolement. Mais on s'est vite aperçu qu'on ne pouvait plus se permettre. La majorité de la population médicale a compris que si tu voulais offrir un vrai service médical, ça nécessitait de bonnes conditions, donc pas dans les vestiaires, et qu'il s'agissait d'un temps professionnel méritant rémunération. Moi je ne le fais plus, même si on me téléphone régulièrement... J'ai clairement scindé les deux. Sport et médecine. Tout ce qui est médical, c'est dans le cabinet, et tout ce que je fais à côté ce n'est plus médical ». Mais cette propension élevée des médecins généralistes à se déplacer, en début de carrière, sur le terrain sportif local, ne doit pas être lue que dans une perspective humaniste et désintéressée. La surveillance des compétitions locales est un moyen très utile et efficace de se montrer publiquement et de faire la démonstration de sa compétence devant un parterre de patients potentiels. Cette forme d'engagement « est typique des libéraux des petites villes [...] où il faut asseoir socialement sa notoriété, en

raison, entre autres, de la forte densité médicale et de la concurrence qui en découle »²⁷. C'est d'ailleurs très certainement la raison pour laquelle ces engagements se tarissent à mesure que les réputations se forment et que les clientèles se stabilisent. « Il faut laisser faire les jeunes ! » conclut logiquement le docteur Lecoq. Seules certaines compétitions majeures conservent une valeur symbolique forte qui suffit à inscrire l'engagement d'un médecin dans le temps. Le docteur Burot, médecin généraliste de 53 ans, qui utilise sa compétence en médecine du sport uniquement dans son cabinet, a progressivement abandonné la surveillance des petites compétitions locales « qui prennent beaucoup de temps pour pas grand-chose ». A l'inverse, il conserve avec fierté son rôle de responsable de la sécurité sur une compétition internationale d'équitation. « Un des plus gros événements mondiaux, connu dans le monde entier. Personne ne peut ignorer une telle rencontre ! ». Ici, le recrutement médico-sportif dans les clubs et les compétitions locales se fait par connaissances interposées, souvent même lors des consultations en cabinet. Il n'est pas rare de constater chez un médecin généraliste un regain d'intérêt lorsque ses propres enfants sont pratiquants sportifs et atteignent un certain niveau de compétition. C'est de cette façon que le docteur Devise a été « démarché » dans un premier temps par un club de course à pied dans lequel il « connaît des gens qui font partie de [sa] patientèle » et pour qui il a accepté de réaliser très ponctuellement quelques surveillances d'épreuves. Rapidement, la présence de ce médecin sur le terrain a été relayée dans le milieu sportif local, provoquant des sollicitations diverses. A l'exemple « des gens de la boxe [qui] sont venus [le] voir, parce qu'ils ne trouvaient pas de médecins pour surveiller leurs combats ». Par « manque de temps », il déclinera pendant plusieurs années ces propositions. Puis ces deux fils se sont lancés dans le handball, et sa fille dans l'équitation. Les dirigeants de chacun de leurs clubs se sont rapidement tournés vers lui pour bénéficier de conseils, ainsi que de son aide dans l'encadrement médical des compétitions. Difficile de refuser dans ces conditions, il est désormais le référent d'un tournoi de Sand-ball de grande réputation, et encadre plusieurs compétitions de horse-ball par an. Dans un cadre exactement similaire, le docteur Burot reconnaît lui aussi « ne pas avoir été recruté pour [ses] compétences ». « Ce sont mes relations sociales avec des gens du club qui ont fonctionné. Dans les clubs sportifs, c'est parce qu'on vous connaît qu'on vous recrute. C'est affreux mais c'est comme ça ». Le docteur Niger, très investie dans le monde du volley explique d'ailleurs qu'elle contourne habilement les sollicitations de la ligue.

²⁷ PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 183-187.

Prétextant une non disponibilité, elle oriente les demandes vers un autre confrère. « Moi ils me connaissent et sont tellement habitués à me voir bénévolement qu'ils ne me payent pas. Mon confrère, lui, ils le payent ! C'est pas normal, mais c'est le milieu qui est comme ça. Parce que tout marche à la relation ». Le récit de l'installation du docteur Bachelot dans une petite commune rurale de 1800 habitants, dans laquelle seul le football avait le droit de cité (« c'était foot ou rien à l'époque ») est symptomatique de la pression comme de l'intérêt que suppose le jeu médico-sportif à une échelle locale. « Un jour, peu de temps après mon installation, je vois arriver un client qui me dit après la consultation : venez voir, j'ai quelque chose pour vous dans le coffre de ma voiture. Je me retrouve sur le parking. Dans le coffre, j'avais une caisse de 12 bouteilles de vin, et par-dessus, j'avais toutes les licences du club de foot à signer ! Alors au début, quand on vient de s'installer dans une commune comme ça, c'est clair que c'est un peu difficile de refuser, c'est comme si on vous mettait le couteau sous la gorge ! Alors je l'ai fait. Pendant plusieurs années. Mais je n'étais quand même pas très à l'aise avec ça. C'est pour ça que je me suis formé à la médecine du sport. Et puis un jour, à une réunion de la commission médicale du comité départemental de football, le président s'est levé et a évoqué le problème sérieux des licences, ayant eu écho de la récente déclaration d'aptitude d'un unijambiste. Le médecin s'était fait coincer et du coup, collectivement, on s'était mis d'accord pour faire front et éviter les discordes pour que les clubs ne se rendent pas tous chez celui qui accepte la caisse de vin ». La médecine du sport à l'échelle locale répond donc autant à une demande sociale qu'à des intérêts proprement professionnels. Satisfaire la demande des « gens du coin », c'est aussi s'assurer du recrutement d'une clientèle pour un cabinet récemment acheté ou installé²⁸.

Le docteur Lecoq – Pour ce généraliste, « la médecine du sport est arrivée par hasard ». Lorsqu'il s'installe dans une petite commune très touristique du littoral atlantique, il est jeune et doit affronter la concurrence des quatre médecins déjà installés depuis de nombreuses années. Or, « au début des années 1970, il devenait presque automatique de devoir passer devant le médecin de médecine sportive pour avoir son certificat de non contre-indication ». Conscient du nombre encore limité de médecins pouvant se réclamer

²⁸ A ce titre, le docteur Clouet, président du Conseil de l'Ordre des médecins 44 reconnaissait avoir lui-même dans sa pratique généraliste signé des licences sportives dans des conditions plus que limites. A tel point qu'il refuse désormais cette activité. Il est en outre conscient de l'étendue de ce problème et est inquiet de constater le nombre important de confrères qui prennent de ce point de vue « des risques inconsidérés en terme de responsabilité médicale ». « Encore trop souvent, les licences de sport se font au cul du camion ».

de cette spécificité face à l'énorme besoin que représentaient déjà la population sportive, le docteur Lecoq y voit très rapidement l'intérêt de se former. « J'avais déjà avant été faire une formation de planning familial parce qu'avec la fameuse loi Veil, le planning familial montait en puissance et ils cherchaient des médecins. Moi j'étais jeune, je sortais de la faculté, et bien j'allais partout hein. J'avais même commencé la médecine du travail mais je ne m'étais finalement pas présenté à l'examen. Et la médecine du sport, c'est pareil, c'est comme ça que j'en ai fais ». Ce n'est pas son activité personnelle qui l'y a en effet poussé. N'ayant pratiqué que le judo pendant 5 ans dans un cadre universitaire, ce n'est que très récemment, soit plus de trente ans après son installation, qu'il s'est pris de passion pour la plongée sous-marine. D'ailleurs la façon dont il a choisi son sujet de mémoire qui validait sa formation en médecine du sport illustre le rapport distant qu'il entretient aux activités sportives. « C'est un copain non-médecin qui était abonné à une revue sur le cheval qui m'avait dit qu'il y avait lu des articles sur la rééducation par l'équitation. Alors on avait pris les revues existantes et j'avais fait mon mémoire sur la rééducation des handicapés par le cheval ». Les motivations du docteur Lecoq n'avaient alors que peu à voir avec sa biographie. « Au moment où je me suis installé, et c'est encore vrai aujourd'hui, j'étais et je suis le seul à faire ça dans la commune. Les autres, c'était des médecins qui étaient plus âgés que moi, et qui n'étaient plus du tout battant pour quoi que ce soit. Moi, j'étais battant au départ, parce que j'arrivais d'internat, et à la sortie de l'internat, on sautait sur tout ce qui bougeait ! ». Pendant longtemps, sa pratique médico-sportive se limitera à la délivrance des certificats, à de la petite traumatologie et à du « conseil sportif », sans jamais quitter son petit cabinet de bourg. C'est seulement depuis une dizaine d'années que ce médecin aujourd'hui proche de la retraite est devenu « médecin fédéral de la plongée sous-marine » après avoir lui-même découvert cette activité en tant que pratiquant. Désormais, il « reçoit forcément tous les plongeurs du coin dans son cabinet » et ne se déplace sur le terrain que pour réaliser les visites de ses camarades d'entraînement, directement à la piscine dans laquelle ils plongent et nagent ensemble une fois par semaine. Il s'étonne lui-même de constater que des sportifs de discipline différente, « en particulier des cyclistes » viennent le consulter spécifiquement en sa qualité de médecin du sport, et reconnaît finalement que sans avoir jamais été « un grand sportif », cette compétence aura servi avec bénéfice sa pratique généraliste.

Le docteur Simonneau – Le docteur Simonneau est généraliste et est installé depuis près de trente ans dans un petit village de moins de 2000 habitants. Il s'est formé à la médecine

du sport pendant son cursus médical parce qu'il était attiré par les activités sportives. Ayant pratiqué le rugby, le tennis, et le ski en compétition mais jamais à un niveau très élevé, il a en revanche un frère « qui a fait beaucoup de gymnastique à un bon niveau », et un second « qui a joué en équipe de France de jeux à treize ». « A l'époque, des copains de la fac se sont dit que ce serait sans doute bien de faire cette formation qui était courte et réputée pour ne pas être très compliquée. Du coup, comme j'aimais bien le sport, je me suis dit que ça valait le coup d'approfondir pour mettre une corde de plus à mon arc ». Lors de son installation dans un petit village où tout le monde se connaît et dans lequel exerçait déjà un médecin généraliste plus âgé, le docteur Simonneau a très vite perçu l'intérêt d'une telle compétence. Sur sa plaque professionnelle, la mention médecine du sport a été gravée, à la différence de sa qualité de médecin généraliste, en caractères gras majuscules. Très vite sollicité par les diverses associations sportives locales, il réalise pendant sept ans le suivi médical du concours hippique qui regroupait les pratiquants de la commune, il assure régulièrement la surveillance des combats organisés par l'association de boxe française du village, et enfin, il a « aussi fait pendant longtemps les courses cyclistes, quand elles se faisaient avec l'école publique (du village), qui organisait une épreuve du championnat départemental de cyclo-cross ». L'inscription géographique de ses interventions témoigne de sa volonté de se distinguer de son confrère, pour sa part non disposé à répondre aux demandes sportives. C'est là une des voies par lesquelles il a su « renforcer [sa] clientèle » et ainsi faire sa place sur un territoire « occupé ». A 54 ans, cela fait déjà de nombreuses années que le docteur Simonneau s'est désengagé d'une médecine du sport de terrain et qu'il se consacre pleinement à la médecine générale au sein de son cabinet, pratiquant à l'occasion des actes liés aux activités physiques (Certificats d'aptitude, petite traumatologie, conseils aux sportifs). Il explique de la manière suivante son retrait : « Je suis vieux... Donc j'ai autre chose à faire que d'aller perdre mon temps. Quand je faisais les courses hippiques, je partais le dimanche matin à sept heures et je revenais le soir à vingt deux, vingt trois heures... Je faisais donc seize heures sur le terrain. Hop, dès qu'un mec se casse la gueule, il faut courir, le soigner, s'occuper aussi des spectateurs qui se faisaient piquer par une guêpe, un mec qui a glissé, qui a avalé un truc de travers, qui faisait une crise d'asthme. Non au fil du temps, il faut laisser les jeunes faire ». Mais le docteur était encore jeune lorsqu'il a décidé de mettre un terme à ses excursions. Bien plus que d'une usure, c'est d'un manque d'intérêt dont il s'agit là. Connus, reconnus et désormais bien établis localement, les sorties sur le terrain n'avaient plus véritablement de raison d'être.

La transformation des clientèles est particulièrement visible pour certains des médecins très impliqués dans le sport et qui conservent une pratique mixte, entre la médecine générale de cabinet et la pratique médico-sportive au sein des structures de formation des élites athlétiques. Le recrutement des patients par « la radio vestiaire » semble en effet particulièrement opérant (plus encore que le médecin généraliste engagé dans les associations sportives locales). Le jeune docteur Bouguen est convaincu d'avoir réussi à rajeunir sa clientèle en fidélisant de jeunes familles par le simple affichage de sa qualité de médecin du sport sur sa plaque et ses ordonnances. « J'ai racheté une clientèle à un jeune médecin qui était spécialisé en gériatrie. Donc il s'était orienté vers une clientèle très âgée. Moi, quand je suis arrivé, j'ai beaucoup rajeuni la clientèle justement en proposant autre chose. Il y a des gens qui sont venus me voir uniquement pour la médecine du sport, et qui du coup emmènent ensuite leurs femmes et leurs gamins. A la fin, vous vous retrouvez à suivre toute une famille alors qu'à la base vous avez juste vu un gars pour un problème de genou lié au sport ». Mais il doit bien le reconnaître, cet afflux de clients sportifs ne doit rien au hasard. Le docteur Beaugendre, médecin d'un club professionnel de football avec qui il est ami, est victime de son propre succès et ne peut répondre à la demande sportive que son statut provoque. Des footballeurs de tous niveaux affluent de toute la région pour bénéficier de son diagnostic, et ce, de l'avis du médecin lui-même : « bien souvent pour des choses qui n'ont rien à voir avec le football et qui pourraient être soignées par n'importe quel confrère généraliste. Mais ils me voient le samedi soir à la télé, alors ils pensent que je suis différent des autres... ». Aussi, n'ayant pas la capacité de recevoir de nouveaux patients, il les adresse à son jeune confrère. Le docteur Bouguen lui en est reconnaissant. « J'ai eu grâce à lui beaucoup de sportifs. Qui sont arrivés dès que je me suis installé. Il m'avait dit : "écoutes, dès que tu t'installes, moi je te les envoie". Et c'est incroyable, mais des gens viennent d'un peu partout, parfois de loin. Autant dire que j'ai la pression, parce qu'au lieu de voir le docteur Beaugendre, ils viennent me voir moi, donc j'ai intérêt à leur apporter ce qu'il faut ! ».

III. Conclusion sommaire

Force est de constater la grande variété des attentes et des intérêts que recouvre la certification en médecine du sport. La non stabilité de cet exercice particulier, qui s'accomplit dans des lieux divers et selon des objectifs distincts, éclaire la valeur plus que relative de la formation. Incapable de produire un espace de pratiques et de discours dont les logiques et les rapports de force puissent être communément partagés, elle est au contraire traversée par des intérêts multiples et devient le support de possibles professionnels extrêmement variés. Dès lors, si le diplôme est source d'intérêts, la formation par sa porosité empêche au segment médico-sportif de posséder les attributs propres à un « marché du travail fermé ». Sans véritable contrôle « de l'accès aux postes de travail, qui filtre les candidats en fonction des qualités considérées comme nécessaires à l'activité professionnelle », la clôture du marché est impossible²⁹. Dans un espace où le recrutement semble dominé par des formes multiples de cooptation (scientifique, politique, sportive, familiale), les raisons d'agir ne peuvent être que fortement disparates. Qu'elles soient économiques (remplir un service hospitalier, transformer ou fidéliser une clientèle de cabinet...), scientifiques (engager des protocoles de recherche, mettre au point de nouvelles techniques chirurgicales...), familiales (saisir une opportunité professionnelle pour se rapprocher de son foyer, suivre ses enfants...) ou enfin sportives (être le médecin d'une équipe de France, aller aux JO de Pékin...), ces raisons d'agir différenciées ne se croisent pas nécessairement et justifient que l'on s'intéresse aux faits susceptibles de les déterminer. Les médecins quels que soient leurs profils, se réclament tous logiquement d'un attrait pour le sport, si ce n'est même d'une véritable passion. Mais il est désormais clair que sur ce marché mouvant et peu défini, le capital sportif des agents peut varier du tout au tout, et est diversement mobilisable et utile dans cette volonté de se faire une place. L'exemple des deux jeunes médecins généralistes et de l'interne en médecine générale inscrit au DESC de médecine du sport, qui viennent d'entrer ou qui s'apprêtent à entrer dans le métier et qui aspirent à une carrière de médecin du sport est à ce titre particulièrement révélateur. Leurs biographies sportives servent leurs aspirations et participent de la construction des carrières. Finalement, si la médecine du sport à l'hôpital ne nécessite pas la valorisation d'un capital sportif important et dépend plus largement

²⁹ PARADEISE, Catherine. 1988. « Les professions comme marché de travail fermé », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, p. 13.

d'intérêts et d'enjeux propres à la médecine, une pratique physique minimale reste à l'origine du « choix » des médecins généralistes souhaitant diversifier leur pratique médicale de cabinet, et la pratique sportive à un niveau élevé représente le trait commun le plus caractéristique des médecins du sport mettant leur compétence au service de l'amélioration des performances. Chacun y trouve alors le moyen de se démarquer dans son propre espace de légitimité. « Sortir un champion de France » ; « Faire tourner un service en recrutant dans la clientèle un champion olympique » ; « Afficher en trophée dans la salle d'attente de son cabinet libéral les autographes des champions soignés » sont par exemple autant de manières d'user du prestige sportif pour mettre en lumière et ainsi développer une pratique médicale. « Avoir son nom dans une rubrique supplémentaire de l'annuaire » ; « Afficher sa compétence médico-sportive sur sa plaque ou sur les feuillets de son ordonnancier » ; « Rendre service aux associations sportive locales » offrent cette fois la possibilité de bénéficier dans sa pratique libérale des effets « publicitaires » que représente la démonstration publique d'une telle compétence. La distinction établie par Pierre Bourdieu et Luc Boltanski entre le titre et le poste est ici particulièrement fonctionnelle. Les médecins du sport qui effectuent la quasi-totalité de leur activité en cabinet sont ceux qui utilisent clairement le *titre* et lui seul pour donner à voir une compétence spécifique. A l'inverse les médecins les plus investis sur le terrain du sport de haut niveau, délaissent le titre au profit du *poste*. Le docteur Beaugendre n'est plus simplement un médecin du sport, mais bien *le* médecin du club professionnel de football qui l'emploie. De la même manière, le docteur Raulo ne peut se désigner autrement que comme *le* médecin des équipes de France de handball. Or, « la distance sémantique est une expression transformée de la distance sociale »³⁰.

Les médecins du sport possèdent à ce titre une conscience très aiguisée des placements. Ils partagent une sorte de taxinomie des positions qui leur permet d'identifier et de classer les médecins entre eux. Et ce, dès le début de carrière. En reprenant respectivement les propos des docteurs Bouguen et Mériot ainsi que ceux de l'interne A. Boccage, c'est à une description relativement précise de l'espace avec ces cloisonnements et ces fossés que nous accédons³¹.

³⁰ BOURDIEU, Pierre. 1975. « Le titre et le poste : rapport entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°2, mars 1975, p. 105.

³¹ Cette conscience des placements s'accompagne logiquement d'une hiérarchie des compétences estimées et organise en partie les trajectoires de soin. Ayant été pratiquant sportif à un niveau relativement élevé de compétition, nous souffrons régulièrement de vieux traumatismes mal soignés. Au cours de ce travail, il nous

Médecines du sport et oppositions sémantiques

A. Boccage: « Moi, la médecine du sport que je veux faire c'est celle à l'hôpital. En cabinet je suis généraliste, je peux donner des conseils mais ce n'est pas pareil. Moi ce qui me plaît c'est cette exploration fonctionnelle que les appareils hospitaliers permettent. Réaliser des tests d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique est d'un point de vue scientifique très intéressant. J'adore la recherche. Mais surtout pas de médecine de club ! Le milieu sportif est un milieu qui m'est inconnu et qui m'impressionne un peu. Médecin de terrain, ce n'est pas ce que je veux être ».

Dr. Mériot: « Il y a plusieurs façons de faire de la médecine du sport. Soit on utilise ça simplement comme je le fais, comme une compétence en plus pour se sentir plus à l'aise dans sa pratique quotidienne, soit on s'investit complètement et on devient médecin d'une équipe professionnelle ou d'un centre de formation, soit enfin on fait la médecine du sport à l'hôpital. Je n'ai jamais évolué dans le haut niveau donc je ne connais pas suffisamment pour juger, mais c'est un monde un peu spécial, qui me fait un peu peur. Avec toute la pression que cela suppose, je ne sais pas si on y fait de la bonne médecine quoi ! Je ne suis pas sûr ».

Dr. Bouguen: « Moi je n'ai jamais voulu faire de la médecine du sport à l'hôpital ! Je n'aimerai pas faire ça. Je préfère le côté humain et concret, que le côté physiologique et appareil. Faire passer des épreuves sur tapis roulants et enregistrer la fréquence cardiaque, pfff, non. Je préfère le terrain, essayer de remettre en piste des sportifs, de les voir s'éclater plutôt que de leur faire passer des tests. Moi, je me vois plus sur le stade, sur la piste ou à l'entraînement. Parce que j'aime le contact avec les gens et ça fait plaisir de voir quelqu'un que tu as soigné et qui fait ensuite une belle performance. Ça me rend heureux. Mais à l'inverse : bonjour monsieur, déshabillez-vous, respirez là-dedans, et puis on pédale, on pédale, on pédale... C'est sans doute indispensable mais moi, je ne me verrais pas faire ça ».

Reste à identifier maintenant les dispositions et les manières d'être qui accompagnent ces placements et organisent le rapport au monde des médecins enquêtés.

a fallu consulter pour un problème de cervicalgies chroniques. Dès lors, nous avons fait fonctionner l'espace que nous étions précisément en train d'étudier. Notre médecin traitant, le docteur Simonneau, qui possède exclusivement une activité de cabinet semble ne pas être en mesure de régler ce souci. Il décide alors de nous adresser au docteur Renaud dont l'engagement sportif et la réputation en traumatologie du sport lui accordent un crédit certain. « Lui, c'est un vrai médecin de terrain. Il est très fort pour diagnostiquer et traiter les pathologies liées aux gestes sportifs ». Ainsi, dans la lettre qu'il lui envoie, peut-on lire simplement : « Je t'adresse Mr. Baptiste VIAUD, 24 ans, qui a des cervicalgies chroniques avec point C5 droit ; baptiste pratique le badminton après avoir eu longuement pratiqué le volley-ball ».

CHAPITRE 6

JOGGING OU BLOUSE BLANCHE ?... AU CŒUR DES PRATIQUES

*« Faire l'inventaire de tous les caractères qui
appartiennent à un individu est un problème
insoluble. Tout individu est un infini,
et l'infini ne peut être épuisé ».*

DURKHEIM, Emile.

Décrire, comprendre et analyser l'espace médico-sportif est un projet qui suppose de franchir une nouvelle étape de la recherche et qui nécessite de se rendre sur le terrain des pratiques. Les mots et les actes ne sont jamais immédiatement superposables et la situation d'entretien est elle-même une première phase de retranscription de la réalité par l'enquêté qui par le simple fait de se raconter prend une distance avec le monde. Le recours à l'observation ethnographique est utile pour tester les diverses positions identifiées et ainsi repérer d'éventuelles spécificités dans les usages, les manières d'être, de se tenir et de se présenter qui les caractérisent. Dans les clubs sportifs, les cabinets de généralistes ou les bureaux d'un service hospitalier, les profils médicaux sont différenciés. Faire l'hypothèse que les attitudes seront-elles aussi variées selon les contextes d'exercice ne semble donc pas risqué. Encore est-il nécessaire de le démontrer.

Il aurait été de ce point de vue important de mener des observations dans l'intimité des cabinets de praticiens qui utilisent leur compétence liée au sport dans le strict cadre de leurs pratiques libérales. Mais la part déclarée de sportifs parmi leur clientèle (85 % des médecins libéraux possédant cette compétence indiquent avoir moins de 25 % de « sportifs » dans leur patientèle), ainsi que la fréquence peu élevée d'utilisation des actes médicaux liés à la médecine du sport (66 % des praticiens évoqués déclarent faire usage de cette compétence moins d'une fois par semaine), impliqueraient l'observation d'un nombre très important de pathologies extra-sportives. Cet exercice, trop minime dans la pratique globale de ces médecins libéraux, ne justifiait pas le déploiement d'une enquête ethnographique contraignante. Il a donc semblé nécessaire de recentrer l'analyse sur les

médecins plus engagés dans l'univers sportif, ceux dont les pratiques sont clairement orientées vers les activités physiques et s'inscrivent sur des lieux qui y sont entièrement consacrés (le service médical d'un club sportif, un service hospitalier de médecine du sport, etc.). Notre regard s'est donc posé de façon privilégiée sur les pratiques des médecins du sport hospitaliers ainsi que sur celles des médecins possédant une activité au sein d'une structure sportive (**voir [encadré méthodologique n°3](#), p. 451**).

La prudence est pourtant de mise. Nos propos ont en effet tendance à rigidifier une réalité beaucoup plus mouvante que ces catégorisations ne donnent à voir. Dans le cadre du double processus d'instrumentalisation de la médecine par le sport ou du sport par la médecine, il existe des mécanismes complexes qui brouillent les régularités précédemment évoquées. En effet, comment comprendre qu'un praticien hospitalier, dont le rapport au sport de haut niveau est extrêmement distant, puisse être le médecin d'un pôle espoir de handball ? Inversement, les déterminants sociaux mis au jour doivent-ils être remis en cause dans la mesure où certains praticiens, qui n'ont de sportif que la compétence en médecine du sport, acceptent malgré tout de sacrifier plusieurs week-ends par an pour assurer l'encadrement médical de compétitions importantes à la demande du milieu sportif ? En fait, cette perméabilité n'est qu'apparente, et représente l'issue extrême du phénomène d'instrumentalisation. Le moyen le plus efficace d'augmenter son emprise et de renforcer sa légitimité n'est-il pas d'investir d'autres terrains ? Ainsi faut-il comprendre les raisons pour lesquelles le docteur Alberti, responsable d'une unité de médecine du sport, a été pendant six ans le médecin de l'équipe de France de course en ligne en canoë-kayak. Malgré un passé sportif inexistant, c'est par le biais d'un collègue travaillant dans un autre CHU et déjà investi dans la fédération de ce sport, que ce poste lui a été proposé. Au moment où le service se stabilisait et recevait majoritairement de jeunes athlètes de niveau modéré, il était extrêmement intéressant, stratégiquement, de commencer à côtoyer la sphère du haut niveau, d'autant qu'à cette époque, il y avait un centre de formation de la fédération française de kayak géographiquement proche du CHU. L'équipe venait ainsi régulièrement dans le service. De même, le docteur Quirion n'a jamais pratiqué le sport en compétition et son activité principale se déroule à l'hôpital. Elle est le médecin d'un pôle de handball depuis plusieurs années. Retracer l'historique de l'encadrement médicalisé de cette structure sportive de formation des élites permet d'en comprendre les raisons. Ce pôle était encadré médicalement par un jeune remplaçant en médecine générale qui, lors de son installation en cabinet, a mis un terme à cette collaboration. Suite à plusieurs tentatives

infructueuses de recrutement d'un médecin dans les alentours du centre d'entraînement, les dirigeants se sont tournés vers le service de médecine du sport du CHU le plus proche, dans lequel les athlètes venaient déjà réaliser les batteries de tests obligatoires. Le docteur Alberti, responsable du service et conscient des enjeux du moment (il était question que ce pôle déménage dans une ville voisine qui possédait un service concurrent de médecine du sport), a demandé au docteur Quirion d'en prendre la charge. Pas franchement convaincue de l'intérêt d'une telle fonction, « [elle s'est] finalement attachée aux jeunes du pôle », et prend aujourd'hui la mesure du service rendu : « ça nous fait quand même quarante personnes qui viennent deux fois par an au CHU ! Et ça nous fait en gros dix VO2 [*mesure du débit d'oxygène consommé lors d'un effort*] par an ! ». Enfin, en ce qui concerne les médecins choisis par le milieu sportif d'élite en dépit d'une appétence reconnue pour les valeurs qui le caractérisent, le principe est identique. Le nombre de médecins « ajustés » aux attentes sportives n'étant pas par définition extensible à l'infini, le milieu de la haute performance cherche le médecin providentiel et n'hésite parfois pas à éclaircir les rangs des médecins généralistes au tamis à grandes mailles. C'est de cette façon que le docteur Devise a été « démarché » dans un premier temps par un club de course à pied dans lequel il « connaît des gens » et pour qui il a accepté de réaliser ponctuellement des surveillances d'épreuves. Rapidement, la présence de ce médecin sur le terrain a été relayée dans le milieu sportif local, provoquant des sollicitations diverses. A l'exemple « des gens de la boxe [qui] sont venus [le] voir, parce qu'ils ne trouvaient pas de médecins pour surveiller leurs combats ». Par « manque de temps », il déclinera nombre de ces propositions. Puis ces deux fils se sont lancés dans le handball, et sa fille dans l'équitation. Les dirigeants de chacun de leurs clubs se sont rapidement tournés vers lui pour bénéficier de conseils, ainsi que de son aide dans l'encadrement médical des compétitions. Difficile de refuser dans ces conditions, il est désormais le référent d'un tournoi de Sand-ball de grande réputation, et encadre plusieurs compétitions de horse-ball par an. Ainsi, sans que ce praticien ait lui-même incorporé « l'habitus du champion », la présence de ses propres enfants dans l'espace sportif suffit à justifier son placement et permet aux dirigeants sportifs de l'utiliser comme ressource. Pour autant, cette hyper-instrumentalisation qui mélange biographies sportives et lieux d'exercices en faisant fi des règles courantes dans l'espace médico-sportif, n'est pas sans produire certaines résistances de la part des individus eux-mêmes. Ces sortes de montages sociologiques dans lesquels des individus prennent place sur des positions mal ajustées à leurs dispositions sont nécessairement difficiles à tenir. Des conflits éclatent et des transformations s'opèrent. Le docteur Alberti, responsable de l'unité

hospitalière, médecin de l'équipe de France de course en ligne, a décidé de mettre un terme à cette activité (« de mon point de vue, ils ne m'ont pas viré, c'est moi qui suis parti »), parce qu'il « commençait à être un peu mal à l'aise avec [ses] compétences médicales qui n'étaient plus du tout adaptées ». « Avec le travail que je faisais ici [à l'hôpital], il était devenu impossible pour moi de continuer à faire ce travail. Parce que je me suis axé sur des perspectives de recherche très spécialisées, [...] qui m'ont fait passer dans un autre domaine, à un autre niveau. Ce qui fait qu'à la fin, je crois que je n'étais même plus bon pour faire ce travail. Donner des antibiotiques pour une angine, je ne suis même plus sûr de savoir faire ça encore correctement, quoi ». De même, le docteur Quirion dont l'activité principale se déroule à l'hôpital, et qui a accepté de suivre le pôle de handball, menace, « depuis deux ou trois ans déjà », les dirigeants de la structure de mettre un terme à leur collaboration. Cette fois, c'est sûr, le praticien ne se rendra plus dans le lycée des jeunes athlètes, se plaignant de l'exigence beaucoup trop forte du milieu sportif (les demandes répétées de déplacements et d'augmentation du temps de présence de la part des cadres du pôle, doublée d'une sur-sollicitation téléphonique sont vécues comme un véritable harcèlement), de son aspect trop compétitif (le médecin comprend le projet basé sur la recherche de performance, mais n'adhère pas à un système dans lequel la rentabilité sportive prend le pas sur l'humain), ainsi que du manque de poids de sa parole médicale (ses consignes n'étant effectivement pas toujours respectées). Les relations avec le pôle sont tendues. Les dirigeants savent qu'ils ne trouveront pas d'autre médecin dans l'immédiat et laissent traîner la situation, espérant ainsi un apaisement.

Du côté hospitalier, le docteur Alberti, lors d'une réunion de service, explique qu'il ne souhaite pas que le médecin stoppe son activité au pôle (qui accélérerait le départ de la structure vers un autre CHU et leur ferait perdre 40 individus. « Il ne faut pas lâcher le pôle, ces jeunes sont des sportifs de haut niveau, ils nous rapportent énormément ! »). Les négociations s'engagent. Le docteur Quirion précise qu'elle n'est pas contre l'idée de s'occuper des jeunes du pôle, mais à l'unique condition que ce suivi soit réalisé exclusivement à l'hôpital, seul endroit où « on fait de la bonne médecine ». Là aussi, la forme de la relation se transforme, pour aboutir à un montage plus acceptable pour un individu en position inconfortable. La forme se conforme aux réalités biographiques et professionnelles. Le pôle se résigne, accepte cette idée d'un suivi uniquement hospitalier (un des cadres techniques du pôle expliquera en aparté : « encore une fois, ce sont les jeunes qui vont en pâtir, car l'incompatibilité des emplois du temps signifiera le sacrifice

du temps scolaire »), et décide de se mettre à la recherche d'un kinésithérapeute susceptible de se déplacer deux fois par semaine de façon à combler sur place le départ du médecin. Enfin, en ce qui concerne les médecins peu impliqués sportivement dans leurs histoires individuelles, ayant été démarchés par le milieu sportif, et qui pour diverses raisons ont accepté de suivre une équipe ou de se déplacer sur des compétitions, il est également difficile de tenir le rôle sur la longue durée. Dans la plupart des cas rencontrés, cette mise à disposition se clôt par un abandon. Et toujours, c'est le rapport au temps qui pose problème. La distance avec les normes et valeurs de la haute performance rend la chronophagie du milieu sportif et le manque à gagner rapidement insupportables. Le docteur Devise s'en fait l'écho : « Surveiller une compétition de course à pied le dimanche, je le fais de façon anecdotique parce que je connais les gens d'un club. Mais très vite, on vous demande d'être là tous les dimanches, et tout ça pour 20, 30 euros ? C'est sans commune mesure avec ma journée normale ! Donc j'ai dit stop ».

Ces légers « défauts de placement », qui produisent le sentiment de « ne pas être à l'aise », de ne pas « se sentir à sa place », témoignent d'un ensemble de « caractères auxiliaires » attendus qui varient selon le statut social. « Everett Hughes a proposé une théorie pour rendre compte du fait que tel ou tel statut social peut se voir doté d'un faisceau de “caractères de statuts auxiliaires” qui font que nous attendons par exemple, d'un prêtre catholique américain qu'il soit “d'ascendance irlandaise, athlétique et un brave type qui a du mal à ne pas proférer un juron en présence du mal et peut envoyer son poing dans la gueule de quelqu'un si le service du seigneur l'exige” ». Les efforts produits pour modifier son engagement afin de le rendre plus conforme à ce que l'on est un indicateur fort de cette idée que « nous sommes socialisés de façon à confirmer nos propres hypothèses sur notre nature »³². « Dans ces conditions, être “réellement” un certain type de personne, ce n'est pas se borner à posséder les attributs requis, c'est aussi adopter les normes de la conduite et de l'apparence que le groupe social y associe »³³. Autrement dit, à chaque position son « physique de l'emploi ». Dans ce paysage bigarré de positions, nous interrogerons donc les dispositions repérables de chacun des acteurs selon la vision du monde qu'il est la sienne. Dans la mesure où ce mélange complexe de socialisations médicales et sportives s'actualise dans les pratiques et sur les lieux d'exercice différenciés

³² GOFFMAN, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 28.

³³ GOFFMAN, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit, p. 76. Cité dans DETREZ, Christine. 2002. *La Construction sociale du corps*, Paris, Le Seuil, p. 155.

des professionnels de santé, les oppositions entre les différents médecins du sport repérés deviennent visibles dès lors que sont observés leurs quotidiens. Les écarts se creusent sous l'angle de rapports variés. *Le langage* est à ce titre un indicateur privilégié de la sensibilité d'un médecin au jeu sportif et en dit long de son identité sociale. Le tutoiement, l'utilisation des prénoms en lieu et place des noms, l'aisance dans la manipulation d'un vocabulaire sportif technique, sont autant de marques distinctives qui témoignent de l'incorporation de valeurs extra-médicales. *Le code vestimentaire* adopté participe d'un même principe. Entre le port d'une blouse blanche et celui d'un jogging aux couleurs de la structure sportive qui nous emploie, les effets ne doivent pas être sous-estimés. Si l'accoutrement contribue à marquer une identité pour soi, il participe également à la définir auprès de ceux qui composent l'entourage direct. La perception d'un costume produit un ensemble d'attentes, comme s'il portait en lui-même des attributs sociaux. La vision d'une blouse blanche pour de jeunes sportifs s'accompagne à n'en pas douter d'un ensemble de suppositions et d'attentes vis-à-vis de celui qui la porte, quel qu'il soit. *Le partage des temps et des espaces* est lui aussi symptomatique de rapports au monde variés. Se déplacer, être sur place, donner de son temps, sont autant d'indicateurs d'une certaine forme d'allégeance au « Roi sportif », et s'opposent à l'attitude inverse qui consiste à refuser le déplacement hors du cabinet ou du service hospitalier, et pour laquelle l'urgence sportive ne rime pas avec urgence médicale. Dans ce panel nuancé de conjugaisons des temps sportifs et médicaux, *le rapport au secret professionnel* est lui-même variable. Selon la sensibilité du médecin aux enjeux de performance, les liens entretenus avec l'entourage sportif sont plus ou moins forts. Travailler avec, travailler sans... Cette inclination à se penser ou non comme partie prenante de l'équipe sportive d'encadrement des athlètes, au même titre que l'entraîneur ou le préparateur physique, sous-tend une vision de la « bonne » médecine là aussi largement influencée par les biographies individuelles. L'attitude face au secret professionnel en est une conséquence directe. Dans une volonté commune de préservation de la santé de l'athlète, on rencontre aux extrêmes d'un continuum de visions du partage de l'information, un « secret médical absolu », où il s'agit d'éviter au maximum le contact avec l'entourage sportif susceptible de contaminer la relation soignant / soigné, et son opposé, qui cette fois consiste en un « secret sportif totalement partagé », où l'ensemble des informations médicales fait l'objet d'un traitement collectif. Enfin, pour clore ce tour d'horizon non exhaustif des marques rendues visibles dans les manières d'être, de parler et de se penser, et qui sont autant de signatures de profils sociaux différenciés, nous évoquerons *leurs publications respectives*, ainsi que les

modes de gratification qui justifient leurs placements. Dans cet espace médico-sportif, même si elles épousent les oppositions entre médecins spécialistes et médecins généralistes, les stratégies de publication sont elles aussi traversées des pesanteurs déjà évoquées. Le volume de publications et le type d'écrits présentés sont particulièrement significatifs des enjeux poursuivis par chacun. A ce titre, ils sont une porte d'entrée utile pour discuter des modes de justifications des pratiques. Si certains utilisent l'objet sportif dans une logique de construction d'une carrière hospitalo-universitaire, et se lancent dans course effrénée à la découverte scientifique, d'autres n'y perçoivent qu'un intérêt réduit, et possèdent une activité d'écriture limitée, voire nulle. De la même façon, certains se félicitent d'un but marqué, de la montée d'une équipe dans un championnat de niveau supérieur, de la conquête d'une médaille ou d'un podium, et justifient leurs pratiques médicales par la gratification proprement sportive.

Encadré Méthodologique n° 3

Au cœur des pratiques professionnelles

Observations ethnographiques. Accueil et implication

« Lorsque des anthropologues et des sociologues se lancent dans une recherche sur le terrain, ils ont très souvent du mal à établir et à maintenir avec les gens du cru le type de rapport qui leur permettra pendant une période prolongée d'observer ce qu'ils veulent. Les retards occasionnés et les obstacles rencontrés lors de la négociation des arrangements nécessaires peuvent être décourageants. Mais les chercheurs chevronnés savent que ces difficultés mêmes fournissent des indices précieux quant à la nature de la collectivité sociale qu'ils veulent comprendre. Les réactions d'un groupe face à l'étranger qui veut l'étudier disent quelque chose de sa manière de vivre et de s'organiser »³⁴.

Endosser la blouse blanche...

Nous avons rencontré le 11 mai 2004 le chef du service de médecine du sport et de l'effort physique du CHU d'une importante ville de l'Ouest de la France. Il s'agissait d'un entretien semi-directif de recherche enregistré. Conformément à son désir, la version retranscrite de cette discussion lui a été envoyée le 22 juin (sans que cela ne donne de suites particulières). Nous l'avons sollicité à nouveau au mois de septembre de cette même année 2004 afin d'évoquer l'éventuelle possibilité de réaliser un stage d'observation au sein du service. Nous obtenons rapidement un accord de principe à la condition de ne pas assister aux colloques singuliers entre les patients sportifs et les praticiens du service. Sans réponse définitive pour « se laisser le temps de la réflexion », le responsable du service ne nous recontactera finalement pas. Après plusieurs semaines d'attente et l'envoi d'un document attestant de la réalité de nos travaux signé par nos directeurs de recherche, nous décidons de le contacter. Après de nombreux appels infructueux au cours desquels les secrétaires désolées se faisaient le relais de son indisponibilité à notre égard, c'est

³⁴ **BECKER**, Howard. 2004. *Ecrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Economica, p. 69-70.

finalement de la bouche même de l'une d'entre elles que nous apprenons que le responsable du service refuse de nous accueillir. Le message qu'on lui a demandé de transmettre est lapidaire et brutal : « la sociologie n'est finalement pas la bienvenue dans le service ». Nous n'aurons, malgré nos demandes, aucune explication supplémentaire. Près de 6 mois se sont écoulés depuis notre première rencontre et il nous faut repartir de zéro. Engagé sur d'autres terrains, nous abandonnons temporairement le versant hospitalier de la médecine du sport. En juin 2007, par chance, nous côtoyons le responsable du service de médecine du sport du CHU de la ville voisine lors de réunions scientifiques auxquelles nous participons tous deux. L'exposé de nos travaux et le récit du premier refus essuyé le convainquent de nous ouvrir les portes de son Unité. Le règlement administratif de notre incursion à l'hôpital prendra plusieurs mois. Accord des hiérarchies est donné, nous bénéficions enfin du statut de stagiaire hospitalier. Après une ultime mise au point avec le praticien hospitalier qui nous rappelle les engagements éthiques auxquels nous sommes logiquement soumis, nous avons carte blanche pour observer le service, discuter avec les médecins présents ainsi qu'avec les patients, et nous disposons en outre de la plus grande liberté pour organiser notre emploi du temps. Les investigations vont se dérouler du mois de décembre 2007 au mois de mai 2008, à raison de deux à trois journées de présence hebdomadaire.

Dès la première journée, nous nous apercevons de la très grande importance de la « tisanerie », salle de pause aux odeurs de café qui est un haut lieu de socialisation. C'est dans cette petite salle que nous rencontrons la plupart des acteurs hospitaliers et que de très riches discussions se construiront sur toute la durée de nos observations. C'est en outre le lieu où sont dressés les « casiers » et où l'on quitte son identité civile (manteau, besace...) au profit d'une identité médicale marquée par le port de la blouse. Ce sera là un rituel qui ne nous abandonnera plus, sitôt rentré dans le service, nous enfilons pour la journée notre blouse blanche. Cette tenue, en plus de la crédibilité qu'elle nous donnait auprès des patients, a également permis notre très rapide intégration dans le service (renforcée par la vocation universitaire de cette institution, habituée de recevoir des étudiants en son sein). Les deux principaux médecins du sport étaient au courant de notre statut et étaient satisfaits des raisons de notre visite ; « comprendre l'organisation professionnelle de la médecine du sport en France ». Nous avons assisté ainsi en leur compagnie aux épreuves d'effort dans les grandes salles mécanisées, mais également aux consultations dans l'espace intime d'un bureau médical. Seul un des deux praticiens, après quelques jours passés dans le service et

à l'issue de plusieurs consultations cliniques en compagnie de jeunes filles, a voulu bénéficier de précisions sur notre travail. Inquiet de notre présence et soucieux du devenir des notes prises lors des consultations (« vous citerez mon nom ? »), nous le rassurons sur nos intentions. Il accepte notre présence à ses côtés mais pense qu'il serait judicieux désormais que nous nous présentions au début de chaque nouvelle consultation afin de ne pas embarrasser les patients. Notre statut « d'étudiant qui mène une recherche sur la médecine du sport » a fait figure d'explication et restait suffisamment évasif pour ne pas dévoiler aux patients la distance que nous entretenons au milieu médical. Bref, les patients nous ont tous pris pour un étudiant en médecine, certains même pour un jeune médecin. En effet, dans le fonctionnement du service nous avons été finalement traité au même titre que les étudiants du service (futurs médecins pour leur part), avec interrogations devant les patients par le médecin (« tu as trois secondes pour me dire ce qu'est la supination » ; « Qu'est-ce que je fais quand j'appuie là ? »...), et réalisation de certains actes (pesée des patients, mesure d'envergure, test de vision, test de Ruffier, test d'Astrand, utilisation d'un tensiomètre automatique...). Nous nous sommes à ce titre retrouvé dans des situations inconfortables lorsque nous étions par exemple incapable de répondre au questionnement médical d'un médecin mandarin (« quand je tire sur l'articulation de cette façon là, je fais quoi exactement ? » ; « Quel protocole tu appliquerais pour l'épreuve d'effort de ce patient ? » ; « Ce n'est pas grave de ne pas savoir, on est justement là pour que tu sois compétent »...). Et d'inconfortables, ces situations devenaient parfois périlleuses, lorsque seul avec des patients, ces derniers nous demandaient par exemple des précisions ou des explications sur les chiffres affichés par certains appareils de mesure (« docteur, à quoi correspond le chiffre du bas ? »). En outre, c'est également dans ce contexte que nous avons pu mesurer à quel point l'orientation scientifique d'un tel service était prégnante. La recherche étant gourmande des pré-tests et des comparaisons, les études sur des sujets sportifs ne peuvent être validées qu'après un certain nombre d'essais dans lesquels le personnel (et en particulier le petit personnel constitué des étudiants) fait office de volontaire désigné. C'est dans ce cadre que nous nous sommes fait raser les mollets pour mesurer grâce à des électrodes l'activité de nos muscles lors d'une épreuve de marche sur tapis roulant, que l'on nous a fixé un casque permettant de mesurer les variations de notre pression artérielle transcrânienne lors de l'exercice physique, etcetera. Ce partage de l'expérience hospitalo-universitaire en compagnie des étudiants présents nous a permis de nous intégrer parfaitement dans l'équipe.

Les données issues de l'observation étaient consignées dans un carnet de terrain que nous avons en permanence avec nous (les larges poches de la blouse semblent avoir été inventées pour cela). Cet outil est passé inaperçu dans un espace où les médecins et les étudiants sont eux-mêmes équipés de calepins et de crayons. En plus de cette activité de prises de notes qui nous a permis de retranscrire nombre de consultations et de discussions informelles réalisées en compagnie de « l'infirmière/secrétaire », des étudiants stagiaires, de la diététicienne et bien évidemment des patients du service, nous avons également réalisé lors de cette période 7 entretiens de recherche avec le responsable du service, les deux praticiens attachés et l'interne.

Enfin, dans la mesure où un des médecins du service était également médecin d'un pôle espoir de handball, nous avons eu le privilège de l'accompagner dans son activité. Au départ du CHU, elle nous emmenait ainsi vers le lycée où étaient scolarisés les jeunes sportifs. Dans les locaux scolaires, nous avons assisté aux consultations que ce médecin réalisait dans le cadre du suivi médical du pôle. Nous avons rencontré à ce titre les cadres techniques du pôle et de nombreux athlètes. Cette opportunité s'est révélée particulièrement riche d'enseignements, car elle nous a permis d'apprécier la complexité des relations entretenues entre une structure sportive de haut niveau et un CHU.

Au terme de cette observation, les relations entretenues avec les médecins enquêtés étaient devenues plus que cordiales. Notre présence n'a troublé que de façon mineure une institution habituée à recevoir des étudiants. Quelques mois après notre départ, nous recevions une lettre de félicitations signée par l'ensemble des praticiens du service pour la naissance de notre fille.

Fouler le praticable...

Nous avons rencontré le docteur Renaud pour la première fois en avril 2004. Dans le courant de l'année 2006, nous reproduisons l'expérience et avons même le privilège de le suivre sur l'une de ses interventions au sein d'un pôle espoir de gymnastique. Nous assistons alors aux consultations réalisées avec les jeunes gymnastes d'élite. Nous lui exposons notre désir de systématiser ses observations pour la saison sportive 2006-07. Il accepte sur le principe mais s'assure du droit de mettre un terme à cette collaboration dès lors que notre présence deviendrait problématique. Nous lui tiendrons compagnie sur

chacune de ses venues au pôle du mois d'août 2006 au mois de juin 2007 (soit pendant près d'une année). Chaque mardi, nous l'avons rejoint de 16 h 00 à 18 h 00 environ au gymnase dans lequel s'entraînaient les 12 jeunes sportifs du pôle. Agés de 11 à 18 ans, ils respectent tous scrupuleusement un même rituel médico-sportif ; la visite hebdomadaire du médecin. Pendant la séance d'entraînement du mardi, ils passent un à un devant le praticien, qu'ils aient ou non un problème d'ordre médical. La scène est immuable. Les consultations ont toujours lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs, directement attenante à la salle d'entraînement. Le docteur Renaud s'assoit et pose son sac sur la petite table où il n'est pas rare de trouver quelques tasses vidées de leur café et un cendrier plein de mégots. Les gymnastes prennent place en face de lui. C'est à un état des lieux général que le praticien procède pour chacun d'eux. Pépinières physiques, sommeil, alimentation et moral sont ainsi passés en revue et les résultats sont inscrits sur une petite fiche de suivi personnel que le médecin conserve afin de repérer les évolutions d'une semaine à l'autre. En cas de douleurs et de traumatismes, il est courant de voir le médecin se lever pour manipuler les gymnastes et ainsi se faire une idée de la gravité des pathologies (la tenue vestimentaire très légère des gymnastes, toujours torsos nus, l'y incite d'autant plus).

Les cadres techniques du pôle n'ont vu aucun inconvénient à notre présence et nous ont au contraire ouvert chaleureusement les portes de leur gymnase. Il nous est ainsi arrivé à plusieurs reprises de venir assister à un entraînement, sans que le médecin ne soit présent. Les discussions avec les gymnastes et les entraîneurs ont ainsi été multipliées. Nous avons réalisé en outre un long entretien avec le coordonnateur du pôle. Particulièrement réceptif à nos demandes diverses, il y répondra toujours positivement, nous donnant par exemple accès à de nombreux documents relatifs au fonctionnement interne de la structure ou nous livrant les adresses des familles des gymnastes afin que nous puissions diffuser un très bref questionnaire relatif à l'encadrement médical de leurs enfants. L'enjeu d'un tel outil de recherche était d'établir avec précision le paysage médical propre à chacun des gymnastes et ainsi évaluer leur consommation médicale. Après envoi électronique du document, sur onze familles (un gymnaste est sorti du pôle en cours de saison, avant la diffusion du questionnaire), huit ont joué le jeu ([Voir exemples de questionnaires remplis par des familles en annexe méthodologique p. 653](#)).

En ce qui concerne spécifiquement l'observation du suivi médical au sein du pôle, nous avons été initialement présenté aux gymnastes par le médecin comme « un étudiant

venu pour l'observer », sans préciser notre champ disciplinaire. Il est évident que les jeunes sportifs m'ont accordé de fait une identité médicale. Nous n'avons pas trouvé nécessaire de plus clarifier la situation dans la mesure où notre présence dans la petite salle de pause était assurée. Assis sur la même table que le médecin, toujours du côté des gymnastes, nous étions équipé de notre carnet de terrain. Les prises de notes pendant chaque consultation nous ont permis de retranscrire très précisément les colloques singuliers partagés entre le médecin et les sportifs. Mais notre présence dans cet espace restreint doit être interrogée. En effet, « une des difficultés inhérentes à la méthode anthropologique, impliquant une immersion dans la situation étudiée, voire parfois une participation, est effectivement que la présence même de l'observateur peut modifier les conditions de l'observation et produire certains effets. Toutefois, cela fait partie des conditions de l'enquête et doit être intégré à l'analyse. En effet, les difficultés que la présence de l'anthropologue représente sur les plans méthodologique et heuristique sont, par contrecoup, productrices d'information »³⁵. Ainsi, le docteur Renaud prend vite l'habitude de s'adresser à nous pendant les consultations pour justifier ou préciser son examen clinique, ses manipulations ou enfin ses diagnostics. Là aussi, tout se passe comme si nous étions effectivement étudiant en médecine. Autant dire que les consultations prennent une autre coloration lorsque nous sommes présent. Mais cette posture qui produit de l'information ne nous a pas semblé problématique et servait même avec bonheur nos projets. Véritable mine d'or du point de vue des informations recueillies, le rapport ainsi établi s'est rapidement transformé en une relation amicale où le tutoiement était de rigueur. De discussions d'abord uniquement médicales, le contenu des propos échangés s'est progressivement diversifié et enrichi (résultats sportifs, vacances, familles...). Ainsi, la longue durée de cette collaboration a favorisé le relâchement par les personnes enquêtées de leurs propres conduites, et les effets de notre présence sur les gymnastes et sur le médecin se sont progressivement atténués. A terme, nous avons eu accès à la réalité des pratiques et avons eu le privilège de saisir la véritable épaisseur des liens interpersonnels. Cette dernière remarque concerne également les relations entre le médecin et les entraîneurs de la structure dans la mesure où nous étions présent sur chacune de leurs interactions (de la première poignée de main jusqu'au traditionnel bilan médical de la semaine réalisé auprès du coordinateur du pôle sitôt les consultations terminées ...).

³⁵ **FAINZANG**, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies, p. 21.

Franchir les grilles...

C'est par le biais d'un sociologue ayant mené des travaux dans le domaine du football de haut niveau et qui connaît bien le docteur responsable des services médicaux d'un très grand club professionnel que nous avons eu la possibilité de nous en approcher. A la fin du mois d'août 2006, le docteur Beaugendre nous reçoit ensemble dans son bureau médical au centre sportif. Nous lui exposons notre projet de recherche et lui faisons part de notre désir d'observer sa pratique professionnelle. De longues tractations s'engagent. Ne pas assister aux consultations ; conserver un devoir de discrétion à l'égard des joueurs professionnels (pas d'effusion passionnée de sentiment) ; et surtout respecter le secret professionnel (ne faire sortir aucune information interne) ont été les conditions préalables d'un accord de principe. La rédaction d'une convention de stage fut une étape longue et difficile. Aidé en cela par les services juridiques de l'Université de Nantes, la version définitive verra le jour à la fin du mois de novembre, après plusieurs modifications exigées par le Club professionnel (qui a cherché en permanence à contrôler et à réduire nos possibilités de restitution des données issues de l'observation). ([Voir convention de stage en annexe méthodologique p. 663](#)).

Nos observations vont se dérouler au cœur du centre sportif du 18 décembre 2006 au début du mois de juin 2007, à raison de deux à trois demi-journées de présence hebdomadaire. Mais nous poursuivrons cette collaboration au-delà de l'échéance indiquée sur la convention. Plusieurs entretiens seront ainsi réalisés dans les bureaux médicaux du club au mois de septembre 2007, et nous accompagnerons le médecin du centre de formation sur un match de l'équipe CFA le 11 novembre 2007. Equipé d'une carte magnétique nous permettant de franchir les deux sas de sécurité du centre sportif, puis ayant connaissance du code à quatre chiffres qui ouvre la porte des locaux, notre badge de « stagiaire médical » accroché au col fut à peine suffisant pour nous sauver de la poigne brutale d'un vigile zélé. Nous serons en outre régulièrement contrôlé par les « gens du club », visiblement habitués aux infiltrations de journalistes non invités ayant déjoué les systèmes de sécurité. Comme convenu, nous n'avons aucune possibilité d'assister aux consultations entre le médecin et les footballeurs dans le bureau médical, qui restait toujours fermé dès lors qu'un joueur se présentait pour un entretien individuel. En revanche, nous étions libre (une fois que notre visage était connu de tous) de circuler dans les locaux, sur les terrains d'entraînement et de discuter avec qui nous le souhaitions. Très

vite nous avons pris position dans le couloir qui fait office de salle d'attente pour les joueurs qui souhaitaient consulter ou qui avaient été convoqués chez ceux que tout le monde appelle les « doc » (docteur Beaugendre pour l'équipe professionnelle, et docteur Gardet pour le centre de formation). Les bureaux des deux médecins sont voisins. Passage obligé des pros, des jeunes et des entraîneurs à la sortie des entraînements, ce couloir était une position extrêmement bénéfique pour nous faire connaître d'abord, puis pour nous faire oublier (le jour où nous avons pu enlever notre badge sans que personne ne soit étonné de nous voir...), condition *sine qua non* pour recueillir des données de valeur. Dans ce milieu extrêmement méfiant, toute une première phase de l'observation a donc consisté à montrer que nous « étions de la maison ». La machine à café était un lieu parfaitement adapté à cet effet. Il permettait de « croiser du monde », de saluer et de toucher quelques mots. Petit à petit, des liens privilégiés se sont tissés avec certains jeunes joueurs du centre de formation, avec l'entraîneur des gardiens professionnels, et surtout avec certains membres du personnel tel que le responsable des équipements. Véritable mémoire du Club et figure incontournable du centre sportif, la sympathie qu'il nous témoigne alors publiquement va accélérer notre intégration. A terme, notre position « d'homme du couloir » nous a permis de consigner un grand nombre de discussions informelles en lien avec la médecine et la santé des joueurs (discussions entre joueurs sur leur pathologies respectives, discussions joueurs entraîneurs, discussions joueurs médecins dans le couloir, discussions médecins entraîneurs...). Pourtant, il nous a fallu du temps pour commencer à récolter quelques informations intéressantes. Les données coûtent cher dans un tel espace, où on a constamment le sentiment de déranger. Les propos tenus par Stéphane Breton lorsqu'il tente avec peine d'intégrer la vie d'un village indonésien, ont fait écho ici plus qu'ailleurs. « Je suis un emmerdeur ? Tant pis, je les aurai à l'usure ! »³⁶. Retenue, discrétion, cafés et poignées de main ont finalement eu raison « à la longue » des méfiances, des discussions murmurées et des portes hermétiquement closes.

Nous nous sommes rapidement aperçu de la nécessité d'utiliser le carnet de terrain avec parcimonie. En effet, assimilé directement par les sportifs au travail journalistique, ce mode de recueil des données ne servait pas notre intégration. Nous avons donc eu recours à une utilisation beaucoup plus dissimulée des prises des notes, ne notant que quelques mots ou fragments de conversation dès lors que nous étions seul afin de pouvoir reconstruire a

³⁶ BRETON, Stéphane. 2001. *Eux et moi*, ARTE Vidéo, France, 63 min., couleurs.

posteriori les discussions sur la base de nos souvenirs immédiats. Contrairement à l'hôpital où au pôle de gymnastique au sein desquels nous avons une position active clairement identifiée par les patients sportifs, l'inactivité qui caractérisait notre position dans le club professionnel n'a pas facilité la compréhension par les joueurs des raisons de notre présence (« si tu bosses avec le doc, pourquoi tu restes dans le couloir ? Y a rien à voir ici »). Malgré cela, dans l'ensemble et en particulier chez les jeunes joueurs, notre statut a été assimilé à celui d'un étudiant en médecine (certains ont même tenté de se rapprocher de nous afin de bénéficier de notre avis à l'égard de pathologies dont ils souffraient alors).

Monter dans le bus...

Nous avons déjà rencontré le docteur Raulo lorsque nous l'avons sollicité pour un nouvel entretien et l'observation de sa pratique professionnelle. Salarié à plein temps de la fédération française de handball, il est le médecin des équipes nationales et assure le suivi de l'équipe féminine A. Il est également responsable de la gestion et du recrutement des médecins vacataires pour les équipes jeunes et l'équipe de France masculine. Au téléphone, il nous propose de le rejoindre directement sur les lieux d'un stage de la sélection nationale à Saint Malo, le 29 octobre 2007. L'entraînement ne devant débuter qu'à 10h00 ce matin là, le médecin nous propose de nous retrouver dans le hall du prestigieux hôtel de l'équipe de France vers 9h00 afin de discuter de sa pratique. Mais sur place, nous constatons rapidement que le programme a été modifié et l'entraînement avancé. Le médecin nous propose de retarder l'entretien et de l'accompagner sur le lieu d'entraînement des internationales. C'est de cette façon que nous nous sommes retrouvés assis dans le bus de l'équipe de France en direction d'un gymnase, après avoir été présenté à l'entraîneur national. Nous passerons en fait toute la journée en compagnie du médecin, du staff technique et des joueuses. Pendant l'entraînement, nous sommes assis à côté du docteur Raulo, sur le banc qui longe le bord du terrain. Plusieurs fois au cours de la séance, le praticien interviendra. Nous sommes donc là au plus près de l'activité médico-sportive. L'après-midi étant réservée à des soins de thalassothérapie, nous en profitons pour mener un long entretien avec le médecin, à la fin duquel nous lui faisons part de notre grand intérêt de le suivre sur une compétition de haut niveau. Il ne semble pas y être opposé dans le principe.

Ainsi, il nous invite quelques semaines plus tard à le rejoindre sur une compétition officielle organisée à Dunkerque, qui oppose les sélections française, brésilienne, polonaise et tunisienne. Cette rencontre fait office de préparation au mondial et se déroule du 21 au 26 novembre 2007. Lorsque nous évoquons la question des possibilités de recherche qui nous seront offertes sur place, le médecin est très clair. Il nous donne accès à l'ensemble des entraînements de l'équipe de France, nous invite à le rejoindre à l'hôtel pour « voir comment ça se passe et répondre à nos questions », et enfin nous propose l'accès privilégié et gratuit aux six rencontres internationales grâce aux billets « VIP » dont il dispose personnellement à chaque match. En revanche, le secret médical est invoqué en ce qui concerne les soins, et nous ne pourrions pas accéder à l'envers du décor sur les matches (vestiaires, réunions techniques, bancs) car le nombre de personnes autorisées est strictement limité (seules deux personnes sont autorisées pour la partie médicale : ici, le médecin et un kinésithérapeute). Nous le rejoindrons sur place et nous resterons en sa compagnie sur la totalité de la compétition. Le déroulement de l'observation suivra très exactement les consignes annoncées. Plusieurs rendez-vous sont organisés à l'hôtel où nous rencontrons, outre le médecin lui-même, les entraîneurs et les joueuses. C'est l'occasion de nombreuses discussions. Nous suivons l'effectif sur chaque entraînement (assis sur un banc jouxtant le terrain), ainsi que sur chaque rencontre. Armé de notre carnet de terrain, nous avons le loisir d'y consigner de nombreuses données. Comme pour le club de football professionnel et à l'inverse de l'hôpital et du pôle de gymnastique, nous ne pourrions accéder ici à l'intimité des consultations. Seule l'activité médico-sportive en situation d'entraînement et de compétition a donc été observée minutieusement.

Comme sur chacun des terrains observés, nous réalisons un dernier entretien avec le médecin qui a pour objectif de le confronter aux données de l'observation qui ont retenues notre attention. Ce retour aux allures de bilan permet en outre de marquer de façon spécifique la sortie du terrain. Cet entretien téléphonique a eu lieu le 30 novembre 2007.

(Voir [tableau récapitulatif des terrains observés en annexes méthodologiques p. 652](#))

Observations ethnographiques. Comment écrire sans trahir ?

Dans son travail sur la survivance de quelques communautés hippies bien au-delà de la période historique qui a été favorable à une telle mouvance, Bennett Berger « voulait

comprendre comment les communautés géraient le décalage inévitable entre ce qu'elles prênaient et les comportements qui émergeaient quand elles étaient amenées à adapter leurs croyances aux circonstances de leur vie ». L'écart inexorable entre le code et les actes est une expérience à laquelle est confronté chaque anthropologue. Mais ce constat prend une teinte particulière dès lors qu'il doit être couché sur le papier. Bennett Berger a ainsi eu beaucoup de difficultés à mettre son travail par écrit, car la posture scientifique de la sociologie, basée sur la recherche de la démystification, l'amenait à adopter une attitude cynique, voire méprisante par rapport aux observés, ceux là mêmes avec qui il s'était forgé des liens d'amitié³⁷. C'est sans doute la difficulté méthodologique majeure à laquelle nous avons été confronté dans notre propre travail. Les médecins rencontrés se réclament tous de principes idéologiques communs, guidés par les préceptes hippocratiques, le code de déontologie et le code de la santé publique. Pourtant, et c'est bien là l'enjeu de l'observation, dans les faits, leurs comportements médico-sportifs sont extrêmement différents, marqués cette fois par des contraintes biographiques et spatiales. Comment ne pas « trahir » des enquêtés appréciés qui nous ont accordé leur confiance et ouvert les portes d'une intimité professionnelle, lorsque nous évoquons publiquement ces écarts ? L'anonymat est bien sûr un outil puissant de préservation des identités, mais n'est sans doute pas suffisant. C'est par un effort soutenu de clarté et de neutralité dans l'ensemble du manuscrit que l'on pourra éviter au maximum ce sentiment de dénonciation au profit d'une unique volonté de compréhension. « Un des principes de la sociologie est de récuser le fonctionnalisme du pire : les mécanismes sociaux ne sont pas le produit d'une intention machiavélique ; ils sont beaucoup plus intelligents que les plus intelligents des dominants »³⁸. Mais dans le même temps, « la sociologie ne mériterait pas une heure de peine si elle avait pour fin seulement de découvrir les ficelles qui font mouvoir les individus qu'elle observe, si elle oubliait qu'elle a affaire à des hommes, lors même que ceux-ci à la façon de marionnettes, jouent un jeu dont ils ignorent les règles, bref si elle ne se donnait pas pour tâche de restituer à ces hommes le sens de leurs actes »³⁹.

³⁷ **BERGER**, Bennett. 1981. *The survival of a counterculture : ideological work and everyday life among rural communards*, Berkeley, UCP. Cité dans **BECKER**, Howard. 2004. *Op. Cit.*, p. 70-72.

³⁸ **BOURDIEU**, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 111.

³⁹ **BOURDIEU**, Pierre. 2002. *Le bal des célibataires*, Paris, Seuil, p. 255.

« *La correspondance étroite entre les usages du corps, de la langue et sans doute aussi du temps, tient au fait que c'est pour l'essentiel à travers des disciplines et des censures corporelles et linguistiques qui impliquent souvent une règle temporelle que les groupes inculquent les vertus qui sont la forme transfigurée de leur nécessité et que les choix constitutifs d'un rapport au monde économique et social sont incorporés sous la forme de montages durables et soustraits pour une part aux prises de la conscience et de la volonté* »⁴⁰. P. Bourdieu. Été 1980.

« *Le corps est le lieu où se réalise l'alchimie la plus secrète du social* »⁴¹. J-M. Berthelot. 1983.

I. Langage et présentation de soi, un entretien vraiment singulier⁴²

Parler le *même langage*, c'est l'assurance de se faire comprendre de son interlocuteur. Pour des médecins dont la profession les place dans un éternel colloque singulier, la question de la communication est déterminante. C'est de cette capacité à répondre précisément à une demande sociale que les praticiens seront en mesure d'alimenter et de renouveler un besoin médical. Ils sont nombreux à avoir parfaitement assimilé ce mécanisme et à user de stratégies de séduction en faisant la publicité de leur capacité à comprendre et se faire entendre d'une population spécifique de patients. Pourtant, une fois dépassé cet outil marketing de façade, la connaissance de l'hétérogénéité des positions médico-sportives interroge les véritables rapports de communications qui s'établissent avec les sportifs selon les profils des professionnels de santé. Doit-on avoir été soi-même sportif de niveau élevé pour s'adresser de façon adaptée à un champion ? Selon les biographies individuelles, les réponses divergent et les arguments invoqués sont

⁴⁰ BOURDIEU, Pierre. 2001. *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Editions Fayard, Collection points essais, p. 131.

⁴¹ BERTHELOT, Jean-Michel. 1983. « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV, p. 121.

⁴² Ce point est la version complétée d'un chapitre d'ouvrage actuellement sous presse. VIAUD, Baptiste. Sous presse. « Blouses blanches et survêtements, ce que "parler sport" veut dire... ».

tous recevables. Ainsi, pour le docteur Renaud, ancien gymnaste de haut niveau et médecin d'un pôle espoir, cet avantage « est certain ! Quand un athlète nous explique qu'il ne peut pas s'arrêter parce qu'il a une grosse compétition à venir, on comprend. Et on en a vu nous des médecins du sport qui visiblement n'ont jamais été sportifs, et bien on voit bien que cela ne passe pas auprès des sportifs. C'est un avantage d'avoir vécu ça soi-même. On sait ce que c'est de s'entraîner, on sait ce que c'est que d'en chier, on sait ce que c'est que d'enchaîner les compétitions, et ça, ça change tout ! Alors que le médecin qui n'a jamais fait de sport, il dit : mais attend, pourquoi il s'énerve ?, pourquoi il s'entraîne comme un dingue ?, pourquoi il est stressé avant la compétition ? Là, tu ne peux pas comprendre ça si tu n'as pas vécu les compétitions de l'intérieur ». A l'inverse, le docteur Niel, chef d'un service de médecine du sport et de l'effort physique, qui n'a jamais pratiqué d'activités sportives autrement qu'en loisirs et qui avoue « détester la compétition », pense que si « le contact est sans doute moins bon avec les athlètes de haut niveau, cela permet de ne pas être trop impliqué dans la relation. Ça permet de rester neutre, parce que l'ennui, quand vous êtes pris dedans, c'est que vous risquez de confondre votre motivation avec celle des athlètes ».

Sport et médecine. Langage et marketing

Médecins et pros du sport : une même langue

C'est une formation continue originale, dispensée à Angers. Elle vise à rapprocher le monde de la santé et celui du sport.

« La médecine doit être au service des athlètes. Pas de celui des entraîneurs. » Mine de rien, la nuance est de taille dans la bouche du Dr André Monroche. Cet Angevin, aussi médecin fédéral de la boxe française, a lancé avec d'autres, l'an dernier, un « diplôme européen interprofessionnel santé et sport » (1), « unique en France ».

L'objectif ? « Développer un langage commun entre tous les professionnels qui interviennent autour du sport. » Car, entre le monde médical et l'univers sportif, on n'a pas toujours la même culture, surtout dans un contexte de course à la performance.

Exemple : « La diététique vue par les entraîneurs est tournée vers la performance, pas vers la santé de l'athlète. Notamment dans les sports avec différentes catégories de poids, constate

André Monroche. Pourquoi, alors qu'un athlète de haut niveau a déjà subi des tests d'effort en laboratoire, son entraîneur lui fait-il passer le test navette, un test d'effort violent sur le terrain ? »

Cette formation continue, qui s'adresse entre autres aux kinés, entraîneurs, athlètes de haut niveau, professeurs d'éducation physique ou encore aux médecins, vise au final un meilleur encadrement des sportifs, amateurs ou de haut niveau. Au menu, des cours et interventions : la physiologie du sportif, la préparation à l'effort, la récupération, le surentraînement, la traumatologie, la psychologie et le sport, les conduites déviantes, etc.

(1) Les cours de cette formation privée reconnue par l'État se déroulent, à raison de sept modules de deux jours, en grande partie à



Le Dr André Monroche, l'un des responsables de l'enseignement.

la clinique Saint-Léonard, à Trélazé, près d'Angers. Droits d'inscription : 1 200 €. Rens. au 06 86 08 94 18 ou sur monroche@sport-medical.org.

Ouest France. Edition du 23.09.2008

Le langage, en tant « que philosophie pratiquée du social », porte la marque des trajectoires individuelles et des expériences passées. Ainsi, dans la mesure où les biographies sportives jouent un rôle déterminant dans l'accès des médecins aux différents lieux de pratiques de la médecine du sport, il est intéressant de s'interroger sur l'impact que ces différents rapports aux sports seront susceptibles d'avoir sur les processus de communication. Les échanges linguistiques qui s'établissent entre les sportifs de haut niveau et les médecins du sport sont-ils réellement si différents que l'opposition soulevée entre les docteurs Niel et Renaud le laisse entendre? L'observation et la retranscription des consultations, rétablies dans leurs contextes, peuvent être ici utilement convoquées.

Docteur Amazon – Praticien attaché d'un service hospitalier de médecine du sport.

Il intervient une fois par semaine dans le service régional de médecine du sport dans lequel nous menons des observations. Préposé au suivi des jeunes sportifs inscrits en sections départementales et régionales, ainsi qu'à celui de sportifs de haut niveau, il réalise des consultations et des examens cliniques dans un bureau de l'hôpital. Dans sa relation aux sportifs, ce médecin, qui n'entretient qu'un rapport très éloigné avec le sport d'élite, ne cesse de déconstruire le mythe sportif. Il expliquera d'ailleurs n'avoir jamais voulu pratiquer la médecine au sein d'un club, désireux « de rester médecin avant tout ». L'idée étant de « ne pas être médecin pour un club, mais bien médecin pour l'individu... ». Dans cette logique, même s'il se défend d'être un « expert froid », le niveau de technicité du langage employé de façon systématique contraint de fait le sportif à ne pas saisir certains de ses commentaires.

Consultation du 19 / 12 / 07 :

Entretien individuel avec Julien, basketteur de 13 ans évoluant au sein d'une section sportive départementale. Le médecin est curieux de connaître la discipline scolaire préférée du jeune homme. Assez logiquement, Julien évoque sa passion pour le sport.

Dr. A. : « *Mais ce n'est pas une vraie matière ça, le sport ! (Rires). Non, je rigole. Mais t'as d'autres loisirs que le sport quand même ? Il faut bien que tu comprennes que le sport, ce n'est pas tout dans la vie hein ! Faut faire autre chose dans la vie que du sport !* ».

[...]

Dr. A. : « *Pour t'amuser d'accord. C'est bien. C'est comme ça qu'il faut voir les choses* ».

Consultation du 16 / 04 / 08 :

Entretien individuel avec un marathonien de 47 ans, qui réalise 5 heures d'entraînement par semaine en club, plus une grosse sortie le dimanche lors de laquelle il « travaille à 85% du seuil, soit une fréquence cardiaque indiquée à 156 battements par minute ». La raison de sa présence est simple, il veut « faire un marathon en dessous des 3 heures et demi » et souhaite donc « voir si [il] peut encore améliorer la machine ». Il désire bénéficier des conseils d'un « spécialiste du sport » afin « d'adapter et d'améliorer [son] programme d'entraînement ». Après un examen clinique où le docteur Amazan repère « une petite bascule du bassin », une différence de morphologie entre les deux mollets du patient (il se propose de prendre une photo afin de lui montrer la différence), et enfin un genou qui lui semble moins stable que l'autre, sans d'ailleurs que l'ensemble de ces commentaires ne soit suivi d'effets, le marathonien est invité à réaliser une épreuve d'effort sur tapis roulant. A l'issue de l'exercice, le médecin pense qu'une « petite amélioration est possible, mais pas énorme ».

Dr. A. : « *Il ne faut peut-être plus vraiment regarder le chronomètre maintenant. Il faut surtout regarder le plaisir pour vous-même. Je pense que c'est surtout ça le sport* ».

Patient : « *Oui, mais mon plaisir à moi, c'est justement de faire un marathon en moins de 3h30. C'est dans la performance que je prends mon plaisir* ».

Dr. A. : « *Vous êtes bien entraîné, mais si vous voulez atteindre cet objectif, il faudra faire des sacrifices et en particulier au niveau diététique. Vous ne pourrez pas réussir en maintenant cet entraînement là* ».

Patient : « *Donc concrètement, vous me conseillez quoi ?* ».

Dr. A. : « *Bah c'est à vous de voir si vous voulez rentrer dans cette secte...* ».

Finalement, le médecin ne donnera que de simples conseils évasifs sur l'alimentation et la musculation. Le patient remercie poliment mais semble assez peu satisfait des deux heures qu'il vient de passer à l'hôpital.

Consultation du 09 / 01 / 08 :

Entretien avec Chloé, jeune sportive de 13 ans inscrite en section sportive départementale d'escalade, qui se prépare pour les championnats de France et va prochainement entrer en

section sport-études. Elle est accompagnée de son père qui tient à assister à la consultation. C'est une discussion à trois voix qui s'engage et où la parole de Chloé est bien souvent couverte par celle de son père. Après avoir détaillé ensemble les antécédents familiaux, le docteur Amazan procède comme à son habitude à l'examen clinique. En soutien-gorge, la jeune fille se prête gentiment aux examens articulaires, aux tests de tonicité musculaire et de réflexes, à un bref examen dermatologique (« tiens, tu as des névus. Il faudra faire surveiller celui-là ! »), puis est invitée à monter sur le podoscope (« Tu as un valgus assez prononcé. Tu n'as pas besoin de semelles, ne t'inquiètes pas ! Il y a par contre une petite bascule du bassin, pas grand-chose »). Après avoir ausculté le cou, les yeux et les oreilles, le médecin décide d'examiner à nouveau le dos de la sportive. Il conclut devant une jeune fille un peu perplexe : « Oui, tu as une ensellure lombaire assez prononcée ». Puis il mesure enfin la masse grasse de l'athlète, écoute son cœur et ses poumons. Lorsqu'il se rassoit pour écrire son rapport, une discussion s'engage sur le poids de Chloé.

Dr. A. : « *Et tu grignotes un peu ?* »

Patiente : « *Non, pas vraiment* ».

Dr. A. : « *Tu ne prends rien entre les repas ? Le soir, après manger, tu ne grignotes rien ?* ».

Patiente : « *Non* ».

Dr. A. : « *Tu es réglée depuis combien de temps ?* »

Patiente : « *Un an* ».

Dr. A. : « *Tu te rends compte que tu as pris un peu de masse grasse ?* ».

Patiente : « *Non* ». [Le médecin regarde le père, qui se sent obligé de rentrer dans la conversation]

Père : « *Oui, c'est vrai, peut-être un peu* ».

Dr. A. : « *Il faut que tu fasses attention. L'escalade, ce n'est pas un sport d'endurance, donc il faut que tu en fasses à côté* ».

Père : « *Oui, on va courir de temps en temps le week-end, mais elle fait déjà beaucoup d'activité sportive dans la semaine donc on ne voudrait pas la fatiguer* ».

Dr. A. : « *Mais ce n'est pas un problème. Elle ne sera pas fatiguée car ce qu'elle fait la semaine, ce n'est pas de l'endurance. Il ne faut pas hésiter. C'est dommage le sport, si c'est pour ne pas être bien. Non ?* ».

Patiente : « Si... » [*La jeune fille, debout en soutien-gorge devant son père, le médecin et nous-mêmes, rougit et baisse les yeux au sol*]

Docteur Alberti – Praticien hospitalier, responsable du service régional de médecine du sport (supérieur hiérarchique du docteur Amazan).

Particulièrement reconnu pour ses compétences dans le domaine de l'exploration vasculaire et en particulier pour ses grandes qualités d'expertise de pathologies telles que l'artériopathie, ce praticien hospitalier, très engagé dans le milieu de la recherche médicale (direction de mémoires et grand nombre de publications) voit en consultation une population de malades (en majorité non sportifs). Pour autant, spécialisé dans la médecine du sport, il conserve une activité de diagnostic de diverses pathologies susceptibles de rendre difficile, voire impossible la pratique sportive. Tout comme le docteur Amazan, sa pratique de la médecine du sport se déroule exclusivement à l'hôpital et il n'est engagé dans aucune structure de haut niveau. Le milieu de la haute performance lui est d'ailleurs étranger du point de vue biographique. Une nouvelle fois, les pratiques discursives de ce médecin face aux sportifs portent la marque de ce rapport distant au sport d'élite.

Consultation du 17 / 12 / 07 :

Damien, 20 ans, est footballeur dans un club local engagé à un niveau régional de compétition. Il réalise environ 6 heures de football par semaine. Nous avons appris par l'infirmière que ce patient avait pris rendez-vous pour « troubles cardiaques à l'effort ». Cette information se vérifiera lors de l'entretien individuel entre le médecin et le sportif. Dans le questionnaire sur les antécédents familiaux, le sportif fait part au docteur Alberti de son inquiétude liée au récent infarctus de son père à l'âge de 52 ans. La discussion porte quasi-intégralement sur des aspects médicaux (description poussée des symptômes et des effets ressentis par le patient) et techniques (consignes et injonctions pour réaliser correctement l'exercice). Pour autant, en fin de consultation (l'examen s'est avéré « d'une absolue normalité »), lorsque le médecin cherche à converser de façon détendue avec le sportif, il nous livre de façon magistrale sa méconnaissance du milieu sportif.

Dr. Alberti : « Et vous jouez à quel poste ? ».

Patient : « Je suis numéro 10 ».

Dr. Alberti : « [Le médecin cligne des yeux pour indiquer qu'il a compris, mais ne poursuit pas sur cette voie] ».

Dr. Alberti : « *Bien, on fait ça donc. A la douche! Pour moi, aujourd'hui, il n'y pas de raisons d'aller plus loin* ».

Le patient sort de la salle, nous nous retrouvons seuls avec le médecin. Il nous regarde et demande en souriant :

Dr. Alberti : « *Il joue où le numéro 10 en Foot?* ».

Nous le lui expliquons en évoquant l'exemple incontournable de l'un des héros sportifs nationaux : Zinedine Zidane...

Dr. Alberti : « *Ah oui, c'est bien ce que je pensais, mais bon... Ils me font souvent le coup. Les rugbymen, c'est pareil, « je suis numéro 2... » Bon, d'accord... (Rires). Non, mais..., le principe, c'est de toujours donner aux sportifs l'impression de savoir de quoi ils nous parlent!* ».

Inversement, les médecins dont les biographies sportives leur ont autorisé l'accès et la pratique de leur art au plus près des sportifs, et qui se déplacent sur le lieu de l'entraînement, du stage, et / ou du match selon leurs attributions, ont incorporé les valeurs et les codes de l'espace du sport de haut niveau. Convertis aux normes de cet univers séparé, le partage d'une même « culture sportive » va transformer le déroulement du colloque singulier entre le médecin et l'athlète. Cette fois, c'est l'adhésion du médecin aux enjeux proprement sportifs (performance, victoire) qui va transparaître dans les structures langagières.

Docteur Renaud – Spécialiste Médecine physique et réadaptation installé en cabinet libéral ; médecin d'un pôle espoir de gymnastique artistique masculine.

Le docteur Renaud possède un cabinet libéral dans le centre d'une grande ville de l'Ouest de la France. Il y reçoit une clientèle composée d'un nombre important de sportifs. Il est en effet connu et reconnu pour ses compétences en traumatologie sportive. Ancien gymnaste de bon niveau (il a pratiqué ce sport de 7 ans à 27 ans, sans jamais quitter son club d'origine), son entourage familial et amical est issu de ses relations passées et actuelles dans le « petit monde de la gymnastique ». Il joue le rôle de « médecin officieux » pour le club dans lequel il a réalisé sa carrière sportive, et chaque année, « contre une bonne bouteille », il remplit bénévolement les certificats médicaux des pratiquants désireux

d'obtenir une licence sportive. Il est également le médecin officiel du pôle espoir de sa région. Il y assure le suivi hebdomadaire des jeunes athlètes de haut niveau. Nous avons assisté pendant l'intégralité d'une saison sportive à ces consultations, qui avaient pour vocation de repérer et résoudre les éventuels « pépins physiques » susceptibles de mettre en danger l'intégrité physique des jeunes gens, ou plus simplement de rendre difficile voire impossible la poursuite de l'entraînement. Les entretiens et examens cliniques ont lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs du pôle. Un par un, au cours de l'entraînement, les gymnastes viennent à la rencontre du médecin. Cette fois, le contenu des échanges langagiers atteste de la familiarité du médecin à l'égard de l'univers sportif. La technicité du vocabulaire ne concerne cette fois plus les pathologies rencontrées mais bien les conditions dans lesquelles les douleurs et accidents sont survenus. Les ensellures lombaires, les gibbosités et autres récurvatum du docteur Amazan laissent ici la place aux Thomas, Kovacs, et autres figures gymniques. Les propos prennent donc une coloration très différente, qui semble se rapprocher au plus près de cette idée d'un *langage commun*. A tel point que les premières semaines, un certain nombre de discussions nous étaient inaccessibles. Par défaut de vocabulaire gymnique, nous ne comprenions pas certains des échanges verbaux entre le médecin et les jeunes sportifs lors des consultations : « *j'ai senti mon muscle s'étirer en faisant un Thomas* »...

Consultation du 12 / 12 / 2006 :

Timothée a 11 ans et effectue sa première année au sein du pôle. C'est le plus jeune sportif de la structure. C'est aujourd'hui le huitième gymnaste à se présenter devant le docteur Renaud. Les mains encore pleines de magnésie et le torse nu, le jeune homme arrive en courant et s'assoit à nos côtés. La discussion s'engage.

Dr. Renaud : « *Bon alors ?* ».

Gym : « *Je me suis fait mal à la hanche gauche* ».

Dr. Renaud : « *En faisant quoi ?* ».

Gym : « *En lune vrille. J'ai mal géré ma récep', je me suis retrouvé sur une jambe et je me suis écrasé sur ma hanche* ».

Dr. Renaud : « *Depuis quand ?* ».

Gym : « *Jeudi. Et après j'ai fait la compèt' et depuis j'ai mal* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation] *Qu'est-ce qui te fait mal ?* ».

Gym : « *Quand je m'étire comme ça [il montre le geste], et quand je cours* ».

Dr. Renaud : « *Ouais, t'as du prendre un petit jeton sur le moyen fessier. Ça n'a pas l'air trop méchant. Bon, tu fais gaffe sur les percussions. Tu ne fais pas trop ce qui te fait mal* ».

Gym : « *Et puis j'ai mal au doigt. J'ai chuté aux parallèles* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation]. *C'est bon. C'est une petite entorse, mais il n'y a pas de soucis. Et pour la hanche, on surveille ça et on voit si ça persiste ou pas* ».

Le gymnaste acquiesce et part en courant vers le gymnase afin de reprendre l'entraînement.

Consultation du 09 / 01 / 2007 :

Allan a 15 ans. Cela fait déjà plusieurs années qu'il évolue au sein du pôle. Les compétitions importantes approchent mais il ne semble pas au mieux de sa forme.

Dr. Renaud : « *Quoi de neuf ?* ».

Gym : « *Bah, en fin de semaine dernière, vendredi [le gymnaste bafouille sur ce terme, ce qui provoquera dans la suite de la discussion un malentendu, le médecin ayant compris "en vrille"], j'ai commencé à avoir la même douleur qu'avant* ».

Dr. Renaud : « *Mais où ?* ».

Gym : « *Toujours sur la clavicule. Comme d'hab'* ».

Dr. Renaud : « *En vrille ?* ».

Gym : « *Non, en soleil à la fixe. Mais j'ai arrêté la fixe parce que j'avais mal* ».

Dr. Renaud : « *Toujours à la clavicule ? Bizarre ton truc. [Manipulation]. Oui, il y a un petit surmenage de la clavicule. Mais ça, on ne va pas pouvoir faire grand chose. [Lève les bras pour marquer son impuissance]. Faut attendre mon pauvre gars. Il n'y a que le temps qui peut faire quelque chose* ».

Gym : « *Ok* ».

Le gymnaste sort de la salle de pause et reprend l'entraînement. Le médecin nous confie en aparté :

Dr. Renaud : « *Bon... On va bien voir comment il est en compèt'. Allan, il est toujours bon dans les compèt', et nettement moins aux entraînements. C'est une habitude* ».

Consultation du 05 / 06 / 2007 :

Les gymnastes du pôle viennent de rentrer de compétition. Il s'agissait des plus grosses échéances de l'année. Avec deux champions de France dans des catégories d'âge différentes, il règne dans le gymnase une belle euphorie. Timothée, lui, n'est pas satisfait de ces résultats. D'autant qu'il en est revenu blessé.

Dr. Renaud : « *Alors toi ?* ».

Gym : « *J'ai encore mal au pied gauche sous la malléole. Et je me suis fait mal en compèt' au gros orteil et à la cheville droite* ».

Dr. Renaud : « *Ben voyons ! Et à part ça, les résultats ?* ».

Gym : « *Pfff, j'ai tout raté... Je fini 14^{ème} en Avenir* ».

Dr. Renaud : « *Donc pas terrible. Et donc à gauche, c'est toujours pareil ?* ».

Gym : « *Oui* ».

Dr. Renaud : « *Fais voir. Comment tu as fait pour l'orteil ?* ».

Gym : « *Sur un échauffement avant un passage, le tremplin était dur. Et quand je me suis engagé sur ma rondade, c'est pas sorti, et j'ai fini mon salto arrière sur la table de saut. C'est le doigt de pied qui a tapé en premier* ».

Dr. Renaud : « [Eclat de rires] *Ah bah c'est original ! [Manipulation de l'orteil] Oui, c'est là, sur la dernière phalange. Ça va, ce n'est pas grand-chose ! Et autrement ?* ».

Gym : « *Bah il y a la cheville* ».

Dr. Renaud : « [Manipulation de la cheville droite] *C'est où ? Là ?* ».

Gym : « *Non... Je ne sais pas trop en fait* ».

Dr. Renaud : « *Oui, écoutes, ça doit pas être trop méchant. Et l'autre cheville alors ? [Manipulation de la cheville gauche]. Oui, toujours pareil. Essayes de ne pas trop faire d'impulsions. Ne fais pas trop de sol* ».

Le jeune gymnaste acquiesce et part rejoindre ses camarades.

Les colloques singuliers médecin / patient, dont Boltanski a montré depuis longtemps que leur déroulement variait fortement selon le « contexte social », sont ici très

clairement différenciés⁴³. Selon le profil médical et les conditions d'intervention, la forme des échanges langagiers n'est pas la même et trahit des rapports au monde variés. D'ailleurs, sans que la démonstration en soit aisée car il s'agit de données non « quantifiables », il est possible de repérer d'autres caractéristiques qui témoignent de la position des médecins dans l'univers sportif. Dès lors que l'on s'attache à étudier « l'ordre des interactions, les formules et les formes qui font que les gens ont des relations qui s'imbriquent et s'engagent dans un comportement de face à face coordonné », il devient intéressant de constater certaines récurrences selon le type de médecin observé⁴⁴. Ainsi, dans les manières dont les sportifs s'adressent aux médecins, il est frappant de constater d'immenses différences. Dans le contexte hospitalier, le médecin « n'a pas de nom ». En effet, les sportifs évitent curieusement d'avoir à le dénommer au cours de la consultation, où, lorsqu'ils ne peuvent y échapper, l'appellent avec déférence « docteur ». Le vouvoiement est ici automatique. A l'inverse, sur le terrain sportif, les noms triomphent des titres. Dans une écrasante majorité des cas, le médecin est appelé par son prénom, voire même souvent par un surnom. A l'évidence, le tutoiement est de rigueur. Au pôle de gymnastique, lorsque des jeunes gymnastes rentrent pour la première année au sein de la structure et s'initient au suivi médical hebdomadaire du docteur Renaud, ils conservent tous le réflexe de vouvoyer le praticien. En à peine quelques semaines, l'attitude se renverse, le médecin est tutoyé et appelé par son prénom. Les plus anciens font en effet figure de modèle pour les plus jeunes (« salut Bernard, je voulais te voir parce que je me suis fait mal au genou en faisant du foot l'autre jour »). De manière identique, le docteur Raulo est tutoyé par l'ensemble de la délégation française de handball (staff et joueuses) et est affectueusement appelé par un surnom (diminutif de son prénom). Il est également possible de constater des gestions différentes du contact physique entre les médecins et leurs patients sportifs. Au sein du service hospitalier de médecine du sport, ces contacts se limitent aux actes techniques réalisés lors des examens cliniques ou des épreuves d'effort (réaliser un examen articulaire en manipulant à mains nues les membres inférieurs, poser des électrodes sur un torse nu, etc.). Il est d'ailleurs presque rare d'observer des poignées de main entre le médecin et son patient lorsque celui est invité à sortir de la salle d'attente pour se diriger vers un bureau médical. A l'inverse, l'univers sportif est le théâtre du perpétuel ballet des mains serrées. Dans le club de football professionnel, au pôle de gymnastique où en équipe de France de handball, les médecins sont au centre de multiples

⁴³ BOLTANSKI, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, février 1971.

⁴⁴ GOFFMAN, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 12-13.

accolades et embrassades chaleureuses. Il n'est pas rare cette fois de surprendre une petite tape amicale sur l'épaule d'un « patient ». On pourrait être tenté de penser qu'il s'agit là uniquement d'un effet d'établissement, indépendant du médecin lui-même (avec cette idée que l'hôpital est par définition un lieu inquiétant, et que c'est précisément cette caractéristique qui produit les comportements observés). C'est là tout l'intérêt d'avoir suivi le docteur Quirion dans son activité au sein d'un pôle de handball. En répondant aux exigences du docteur Alberti afin de « faire vivre » le service hospitalier dans lequel elle est attachée, le docteur Quirion se retrouve sur une position peu ajustée à ses dispositions et sur laquelle elle ne se sent pas toujours à l'aise. Elle se rend une fois tous les quinze jours sur le lieu d'entraînement des athlètes pour réaliser un suivi médical. A l'occasion de l'une de ses visites, elle voit ce jour-là 14 handballeurs sur 45 en un midi. Sur ces 14 athlètes, quand la nécessité de nommer le médecin s'impose, tous la vouvoient et l'appellent « docteur ». Pourtant, sur le trajet retour vers l'hôpital, le médecin nous confie spontanément avoir « trouvé amusant que certains jeunes [l'aient] cette fois tutoyée ». Nous lui expliquons ne pas l'avoir remarqué. « Si, si, il y en a un qui a commencé par me vouvoyer et qui à un moment m'a tutoyé (rires). Je laisse faire, ils font comme ils veulent... ». Relever un tel détail, en discuter et en rire est le témoin incontestable que cet évènement ne la laisse pas si indifférente que cela.

Ces comportements langagiers, traduction objective de dispositions inscrites sur des espaces, ne sont qu'un élément parmi de multiples autres qui forment ensemble des profils médicaux complexes. L'habillement, qui influe sur les manières de se présenter et de se représenter au monde, constitue à ce titre un moyen supplémentaire d'explorer les identités médicales. La réflexion théorique menée par Charles Suaud sur l'habillement religieux est une véritable base de réflexion. « Moins qu'un stimulus, il est plus qu'un simple indicateur de dispositions acquises [...]. Produit de l'habitus, l'habillement est à mettre au compte des conditions objectives de sa mise en œuvre et agit sur le comportement des prêtres. Pour comprendre complètement par exemple comment l'habitus d'un prêtre intégriste peut engendrer les prises de position radicales que l'on sait en matière de dogme et de rites, il est indispensable de savoir comment les sensations, y compris et peut-être surtout physiques, que procure le port de la soutane viennent renforcer [...] la conviction chez le prêtre d'être quelqu'un de "séparé". "L'expérience concrète du port de la soutane impose un changement d'allure: pour ne pas s'entraver dans sa soutane, il faut prendre l'habitude de la lancer légèrement en avant par une avancée du genou; il faut trouver une contenance:

les mains ne peuvent plus se cacher dans les poches, trop petites, simples goussets... ; mais ces changements sur le corps même du porteur de la soutane sont peu de choses en comparaison de ce que le costume entraîne dans le changement du milieu humain. Tout l'environnement humain est immédiatement modifié : les appellations, le langage, les regards et tout ce que les sympathies et les antipathies brusquement éveillées, peuvent provoquer en de subtils comportements" »⁴⁵. Nous avons personnellement fait l'expérience d'une telle transformation lors de l'observation ethnographique d'un service hospitalier. Pour des raisons d'asepsie autant que de conformité aux normes de l'espace, le port de la blouse blanche s'est imposé de lui-même. Cette sensation de séparation par rapport à une quotidienneté et un ordinaire procure de fait un agréable sentiment de distinction, immédiatement renforcé par le regard plein de déférence que les patients posent sur vous. On se sent « grand » lorsqu'on enfile pour les premières fois sa blouse blanche. D'autant que la forme du vêtement impose une attitude extrêmement longiligne. Tombant d'une seule pièce des épaules jusque sous les genoux, les poches très basses et profondes contraignent les médecins à adopter une posture bras croisés ou mains rejointes derrière le dos qui ne fait que souligner un effet de droiture. L'étiquette cousue sur la poche pectorale où sont inscrits le nom et le statut du praticien, le port d'accessoire autour du cou (stéthoscope, câblage électrique pour l'ECG), où dans les poches en bas de la blouse (marteau réflexe, pince à plis cutanés, otoscope) viennent parfaire le tableau. A l'inverse, l'ensemble des médecins qui œuvrent sur le terrain sont en habits civils. Le docteur Renaud, en blouse dans son cabinet quitte ce vêtement lorsqu'il réalise les consultations au pôle de gymnastique. Certains sont même habillés aux couleurs de leurs clubs. Il n'est pas rare de voir les médecins du club professionnel de football, les docteurs Beaugendre et Gardet, arriver au sein du centre sportif habillés de la longue parka marquée du blason de la structure, que chacun des membres du staff technique porte quotidiennement. C'est d'ailleurs le vêtement qu'ils sont tenus d'arborer lorsqu'ils accompagnent les équipes sur les rencontres. Au cours de la saison, il leur arrive de chausser les crampons et d'enfiler le maillot du club pour suivre sur le gazon un joueur en rééducation. De façon identique, le docteur Raulo est régulièrement en tenue de sport et participe activement à la rééducation de certaines joueuses (courses, jeux de ballon). Sur chaque rencontre officielle, il porte la veste de jogging sur laquelle est inscrite en lettres capitales la mention « France ». Là aussi, il ne faut pas sous-estimer les effets d'une telle tenue sur la représentation que les

⁴⁵ **SUAUD**, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 97.

patients se font des médecins. Entre blouses blanches et survêtements, stéthoscopes et crampons, les identités médicales sont diversifiées et les sportifs reconnaissent sans mal l'existence de plusieurs « types » de médecin du sport.

Sport et médecine à l'hôpital



« La forme de la blouse impose une attitude extrêmement longiligne. Tombant d'une seule pièce des épaules jusque sous les genoux, les poches très basses et profondes contraignent les médecins à adopter une posture bras croisés ou mains rejointes derrière le dos qui ne fait que souligner un effet de droiture »⁴⁶.

II. Rapports aux espaces et aux temps

⁴⁶ La blouse de la personne la plus à droite est plus courte car il ne s'agit pas d'une étudiante en médecine mais d'une élève infirmière.

Les photographies ont été prises par nos soins, après accord du responsable du service ainsi que du personnel de santé. Le sportif ici photographié a signé une autorisation écrite dans laquelle il accepte que son visage apparaisse sans que soit cachée son identité. (Voir autorisation d'utiliser les photographies en annexe méthodologique p. 667).

Les formules et les formes qui accompagnent les relations médico-sportives sont donc profondément marquées par les « savoirs êtres sociaux » des médecins⁴⁷. Les traces laissées par des expériences passées, sportives pour certains, expliquent en partie les rapports au monde très différents qui émergent dans les pratiques médicales liées à l'encadrement des activités physiques. Mais il ne faut pas sous-estimer le pouvoir socialisateur du *ici et maintenant*. Le partage des temps et des lieux peut représenter une source puissante d'actualisation ou de construction des dispositions. Le sport de haut niveau est « un espace agonale séparé et hautement socialisé », qui favorise le repli sur un entre-soi contrôlé⁴⁸. Accéder et vivre dans cette sphère au quotidien, c'est déjà se mettre à distance du reste du monde. Tutoiement et familiarité sont des marques objectives de reconnaissance et d'appartenance. En interrogeant les rythmes calendaires et les propensions à se déplacer sur les terrains sportifs, nous allons poursuivre et compléter la description d'un paysage médico-sportif éclaté.

Le docteur Amazan considère être « expert » en son domaine et refuse l'idée même de pouvoir un jour mettre sa compétence au service d'un club sportif. « Je suis trop orgueilleux ! Soit on a une attitude experte, soit on va se prostituer au sport. Ce sont deux métiers différents. Je pense qu'on perd nécessairement son intégrité quand on est dans les clubs. Moi, je ne suis pas une nounou ! ». Sa médecine, il ne la conçoit donc pas ailleurs qu'à l'hôpital. Il apprécie particulièrement la phase « d'interrogatoire » du patient dans l'intimité de son bureau médical. Le suivi légal des sportifs de haut niveau ou des athlètes inscrits en sections sportives départementales et régionales impose selon les cas une à deux visites annuelles dans le service de médecine du sport du CHU. Le docteur Amazan qualifie cette fréquentation « d'optimale » dans la mesure où elle permet selon lui de conserver un suivi régulier et finalement « de bien connaître ces jeunes gens ». Malgré sa très faible attirance pour la compétition sportive, il réalise à contre cœur et très ponctuellement quelques surveillances de compétitions équestres afin de rendre service à des connaissances issues de ses « racines agricoles ». Lorsque sont évoqués les éventuels liens entretenus avec les cavaliers présents, il explique : « Maintenant je commence à les connaître, ils me domestiquent eux aussi, je suis dans le paysage. Mais sans plus. Ils savent

⁴⁷ Le « savoir être social », c'est cette sorte de matrice non consciente qui fait que chacun est à sa place et se comporte comme il doit se comporter pour que le monde qui les environne continue à fonctionner. Voir Z Aidman, Claude. 2002. « Ensembles et séparés », in Goffman, Erving, *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p. 9.

⁴⁸ Suaud, Charles. 1996. « Les états de la passion sportive. Espaces sportifs, espaces médiatiques et émotions », *Recherches en communication*, n°5, p. 29-44.

qu'ils peuvent compter sur moi, mais c'est tout. C'est un peu curieux les rapports, parce que quand on est sur un terrain, comme ça, et bien vous êtes quand même associé un peu au père la poisse. Mais en même temps, ce qui est passionnant, c'est l'organisation d'un concours ». Faisant filer la métaphore hippique, on peut dire que « le naturel » du docteur Amazan revient au galop : « Monter sur des chevaux, c'est quand même extraordinaire quoi ! (Rires). Comment se fait-il qu'en France il existe autant de haras ? [...]. C'est un peu surréaliste. Bon les polonais depuis qu'ils se sont faits écrasés par Hitler, on a compris que cela ne servait plus à grand-chose pour la guerre hein ! ». La très forte ironie d'un médecin qui déclare posséder à l'égard du sport la vision de « l'honnête homme du XVII^e siècle », « comme quelque chose de valorisant et d'épanouissant, centré sur les sensations et les plaisirs partagés », est autant le résultat que la cause d'un rapport plus que distant à l'univers du sport d'élite. Ce médecin ne partage finalement ni la géographie, ni le calendrier des champions examinés.

A l'inverse, les docteur Renaud, Beaugendre ou encore Raulo se sont toujours déplacés sur le terrain sportif, et ce dès le début de leurs carrières médico-sportives. Tous trois anciens pratiquants sportifs, ils ont tous assumé des fonctions sportives (deux ont été entraîneurs, un est encore actuellement juge). Ils réalisent le suivi médical des athlètes au cœur même de leurs lieux de vie. Le docteur Renaud est dans le gymnase, le docteur Beaugendre possède un bureau médical dans une pièce directement attenante aux vestiaires des joueurs professionnels et le docteur Raulo suit les joueuses de l'équipe de France dans leurs déplacements, improvisant dans chaque nouvel hôtel une « chambre médicale ». C'est là qu'ils se sentent à leur aise. Le docteur Renaud, lors de notre toute première visite au sein du pôle de gymnastique, nous explique que les cadres techniques lui avaient d'abord proposé de s'installer dans l'infirmerie du complexe sportif. Mais cette pièce n'est pas directement placée dans le gymnase. Aussi, rapidement, le médecin déserte les lieux pour s'installer dans la petite salle de pause des entraîneurs du pôle, qui donne directement sur le praticable. « Je préfère nettement être là, dans le gymnase, c'est plus sympa !... Je discute avec les gars [les entraîneurs] et je vois un peu l'entraînement, l'ambiance ». A ce titre, le fait que la porte de cette salle reste régulièrement entrouverte lors des consultations avec les gymnastes est symboliquement fort. Le médecin partage ici complètement l'espace sportif. Mais il est nécessaire de noter la grande variabilité du temps passé sur le terrain selon les médecins. Deux heures par semaine au pôle, de nombreuses surveillances de compétition les week-ends, et quelques services rendus à des clubs tenus par des

« copains » représentent le volume horaire consacré par le docteur Renaud à la gymnastique dans sa pratique professionnelle. Pour le docteur Beaugendre, son contrat prévoit 25 heures de présence hebdomadaire et il doit assurer la surveillance des matches de l'équipe professionnelle lorsqu'ils se jouent à domicile. Enfin, pour le docteur Raulo, son rythme de travail ne s'évalue pas en heures mais bien en journées de déplacements. Actuellement, sans compter son travail administratif réalisé à domicile, cela représente entre 100 et 135 jours de déplacements par an. Pour autant, quel que soit le temps effectif passé sur le terrain, ils possèdent tous un point commun ; celui de partager avec le petit monde du sport qu'ils côtoient des temps extraprofessionnels. Le docteur Beaugendre entretient des relations extrêmement étroites avec certains footballeurs professionnels, au point de les voir en dehors du centre sportif ou, lorsque leurs familles sont en visite, d'embrasser femme et enfants tout en les appelant chaleureusement par leurs prénoms. De même, le médecin du pôle de gymnastique s'est forgé une véritable sphère amicale dans ce milieu, en témoignent ses actuels voyages au ski « avec les gens du club », ainsi que les nombreux repas et sorties partagés avec cette « grande famille ». Les liens qui le rattachent à cet univers sont quasiment viscéraux. Il s'est littéralement construit dans ce monde. Sa complicité avec son beau-frère, ancien gymnaste de niveau international qui a laissé son nom sur une figure acrobatique, a été déterminante. Plusieurs fois, au cours de nos observations ethnographiques de sa pratique, des « amis de la gym » sont passés à la salle. L'un d'eux est par exemple photographe spécialisé dans le milieu sportif. Les deux hommes se connaissent bien. « On a fait deux championnats du monde ensemble, à Rotterdam et à Stuttgart. Oh là là, la java ! Ah bah c'est un phénomène lui, il t'emmène au bout de la nuit ! C'était bien. Comme il y avait mon beau-frère qui faisait partie de l'équipe de France, on squattait leur piaule. On dormait à 15 dans un petit dortoir (Rires)... Ah les supers souvenirs ! ». Les deux comparses se mettront finalement d'accord pour organiser un repas prochainement avec « un autre couple d'amis de la gym ». La vie dans l'entre soi sportif est ici manifeste. C'est cette intimité qui explique que l'on retrouve chez ces médecins une forte inclination à la pratique d'un humour piquant à l'égard des athlètes et de l'encadrement sportif (qui est une composante du milieu sportif où il habituel « de chambrer et de se faire chambrer »). Karl, jeune gymnaste du pôle, s'est blessé à la main sur un exercice aux anneaux. L'entraîneur explique au médecin qu'il « s'est fait un gros steak » (ce qui renvoie à une plaie caractéristique de la main sur les exercices aux agrès), et qu'en se laissant tomber dans la fosse suite à cette déconvenue, il s'est mal réceptionné dans la fosse et son genou est venu heurter très violemment son œil. Lorsque le

jeune homme rentre dans la salle de pause afin de consulter le médecin, ce dernier s'exclame à la vue du visage tuméfié : « Tiens, voilà celui qui s'est battu avec je ne sais pas qui ! Ça fait mal un genou hein ! », ce qui ne manque pas de faire rire les entraîneurs présents. Nous sommes loin des politesses pratiquées à l'hôpital. D'ailleurs, le traitement réservé aux grands champions éclaire des phénomènes exactement opposés. Le service est en ébullition. Ce matin, un célèbre basketteur professionnel américain vient réaliser des tests d'effort. Les stagiaires sont sur le pied de guerre, c'est l'évènement de la semaine à ne pas manquer. C'est le docteur Quirion qui assure sa prise en charge, ce qui n'empêche pas le docteur Alberti, responsable du service, de venir s'essayer à quelques mots d'anglais auprès du patient. Un jeune stagiaire prend des photos et tente de parler du championnat NBA. L'examen se déroule sans incidents. Sur le départ, le docteur Quirion s'empresse de rejoindre « le géant » dans le couloir du service. Elle lui souhaite une bonne saison et lui demande finalement un autographe. Pour son fils, « fan de basket ». Le joueur s'en va. L'euphorie retombe immédiatement. La vie du service est ainsi ponctuée des « visites importantes ». « Tu n'as pas regardé le planning ? Ce matin, on a un médaillé olympique ! ». Mais le sportif tarde à arriver et c'est tout le service qui devient fébrile. Ce « lapin » là prendrait une teinte plus catastrophique que les nombreux et habituels désistements de sportifs tout venants. Pendant l'épreuve d'effort du patient précédent, encore en plein pédalage sur une bicyclette ergométrique, le médecin se fait la remarque à voix haute « C'est bizarre qu'il ne soit pas là ». Le médaillé d'Athènes arrive finalement. Une fois n'est pas coutume, le chef se déplace dans la salle d'attente pour le saluer (« Vous allez bien ? »). Il le convie même à rejoindre l'équipe médicale dans la petite salle de pause, à l'occasion de la galette des rois. Le docteur Quirion, peu habituée à voir ainsi un patient dans la pièce sacro-sainte où le personnel médical se relâche à l'abri des regards, nous confie en souriant : « On voit que c'est un champion olympique hein ! ». A la fin des tests et des entretiens médicaux, au moment de partir, le médecin salue le sportif et lui lance en prévision des Jeux Olympiques de Pékin : « Bon courage ! On vous soutiendra, on sera tous derrière vous ! » (Elle s'était ainsi refusée de lui demander un autographe afin de « ne pas lui porter malheur »).

Porter les couleurs d'un club sportif, en partager l'histoire, pratiquer le tutoiement mutuel systématique et ne pas hésiter à manifester un humour piquant à l'égard des athlètes ; Porter la blouse blanche, ne pas se déplacer sur le terrain, pratiquer le vouvoiement mutuel systématique et respecter une distance polie entre deux individus qui

se connaissent peu : les oppositions ainsi soulevées témoignent de paysages médicaux dont on a bien du mal à se persuader qu'ils sont issus d'une même palette d'enseignements et de stages. Là encore, la valeur socialisante de la formation en médecine du sport paraît bien faible. Ces différences peuvent ne résulter que de situations elles-mêmes divergentes. Tantôt le sportif se déplace à la rencontre d'une équipe médicale, tantôt c'est le médecin qui partage le quotidien d'une équipe sportive. La couleur que prend le rapport entretenu au sport et au sportif dépend-il uniquement du contexte dans lequel se déroule l'intervention médicale ? La position mal ajustée du docteur Quirion au sein du pôle de handball est là encore très intéressante pour interroger cette hypothèse.

La problématique du partage du temps et de l'espace est au centre des réflexions du docteur Quirion sur sa propre pratique de médecin de pôle. Le praticien a fini par s'attacher aux jeunes, mais n'aime décidément pas se déplacer jusqu'au lycée où ils s'entraînent et étudient (une demi heure de route depuis le service hospitalier). Depuis quelques années, elle a donc fait en sorte d'adapter les conditions de travail pour rendre cette fonction plus vivable. Elle ne se déplace qu'une fois tous les quinze jours. Sinon, c'est le cadre technique qui emmène les jeunes au CHU grâce au minibus de la structure. Elle compte également sur son confrère généraliste qui exerce dans la petite ville où est implanté le centre de formation des handballeurs. « Il y a d'autres médecins quand même, faut pas exagérer ! S'il arrive un problème pendant l'entraînement, je ne vais pas courir, ils vont d'abord chez le généraliste [le docteur Quirion est elle-même médecin généraliste] et je les vois éventuellement ensuite si il y a besoin ». Les besoins médicaux du pôle l'étouffent littéralement. « Les entraîneurs sont hyper exigeants. Ils veulent tout gérer. Ils commencent à m'énerver ! Attends, cette semaine, ils m'ont appelé tous les jours, plusieurs fois par jour... A chaque fois pour un nouveau cas. Attends, ça va ! A tel point que maintenant, des fois, je ne réponds plus quand je vois que c'est eux qui appellent... ». « Même sur les pistes de ski ils m'appellent, alors qu'ils savent très bien que je suis en vacances ! Là, je ne réponds pas hein ! C'est plus du travail, c'est de l'esclavagisme ! Pour eux, il faudrait toujours être disponible... ». D'ailleurs, c'est décidé, l'année prochaine elle n'ira plus sur place. Les déplacements sont une perte de temps trop importante pour elle et « la médecine est forcément meilleure quand elle se fait à l'hôpital car on peut prendre le temps. Autrement, c'est de la débrouillardise ». Nous l'accompagnons sur l'une de ses interventions au lycée. Il est surprenant de voir la manière avec laquelle le médecin

applique une sorte de contrôle non conscient du déroulement des consultations pour déroger le moins possible aux cadres spatio-temporels incorporés. Il est hors de question qu'elle fasse un crochet par la salle d'entraînement, « pour ne pas tout mélanger ». Elle se contente de décrocher dans le hall du lycée la feuille de « rendez-vous chez le médecin » qui est épinglée sur un tableau en liège. N'y figurent que les athlètes blessés. Ainsi, contrairement au docteur Renaud qui passe automatiquement l'ensemble des gymnastes en revue chaque semaine, le docteur Quirion possède avec elle un trombinoscope afin de mettre un visage sur les noms qui lui sont moins familiers (elle avoue même n'avoir jamais vu certains d'entre eux). La pièce où se déroulent les consultations médicales se trouve dans une aile du lycée un peu plus isolée, à l'étage, dans une infirmerie. Une porte double-battant « coupe-feu » ferme la partie du couloir où attendent les sportifs ayant pris rendez-vous, et l'écriteau qui y est fixé annonce aux éventuels curieux : « visite médicale avec le médecin ». Cette petite pièce est très clairement destinée à un usage médical et est équipée d'un brancard, d'une toise, d'un test de vision et du bureau sur lequel s'installe le praticien. Entre chaque sportif, un soin particulier est pris pour que la porte du bureau médical soit refermée. Cette fois, le docteur Quirion va examiner 11 athlètes. En rangeant ses affaires deux heures plus tard, elle nous fait remarquer à quel point les cadences sont différentes de l'hôpital. « Ce n'est pas de la bonne médecine, c'est de la débrouillardise ». Elle nous dévoile alors un raisonnement qui intéresse tout particulièrement cette problématique des espaces. « En plus, ce n'est pas bon de venir sur place, sur leur lieu à eux. Là, c'est moi qui me déplace chez eux. Ils sont chez eux ! Et ce n'est pas du tout le même esprit. Ce n'est pas la même chose d'aller voir un médecin à l'hôpital. Du point de vue de l'impact psychologique sur le sportif, à l'hôpital, tout seul sans les copains à l'attendre, ce n'est pas pareil ! Ça l'aide je pense à prendre conscience le cas échéant qu'il est vraiment malade ou blessé. Ça l'aide à prendre la vraie mesure des choses... C'est pour ça aussi que je préférerais que cela se fasse à l'hôpital, mais les entraîneurs n'ont pas l'air de m'entendre... Pourtant, même si les consultations sont sur le temps de l'entraînement, il y a trois entraîneurs pour deux équipes et ils ont un minibus, donc il pourrait bien y en avoir un qui fasse le déplacement... Mais non. Ils ne comprennent pas et sont trop exigeants. Parfois ils voudraient même presque faire la médecine à ma place ». Finalement, dans le trajet retour vers l'hôpital, le docteur Quirion nous confiera être « sans doute plus sur une position hospitalière ». Elle ne se sent pas du tout partie prenante de l'équipe sportive et n'est pas intéressée pour développer plus en avant ses relations avec l'encadrement. « Je ne veux pas le faire. On peut le faire éventuellement avec un entraîneur, mais on ne peut pas

le faire avec les sportifs de haut niveau si on est amené à les revoir. Ce n'est pas bien. Après, on n'aurait pas l'objectivité pour les revoir comme il faut. On ne soigne pas ses amis ! ».

Ce dernier aphorisme, dont la logique semble indéfectible, n'a pourtant pas valeur d'évidence pour l'ensemble des médecins observés. Le docteur Raulo ne se contente pas du suivi des joueuses de l'équipe de France, il est aussi le médecin de la délégation française. Sur les compétitions, il soigne donc également ses collègues et amis du staff technique. En plein entretien, l'entraîneur adjoint nous interrompt et sollicite les compétences du médecin afin de venir à bout d'une migraine débutante. Ce dernier n'a qu'à se saisir de sa mallette argentée pour en sortir les cachets adéquats. De la même façon, au sein du Club professionnel de football, les docteurs Beaugendre et Gardet sont les médecins de l'ensemble de la structure. Il n'est pas rare de voir les entraîneurs s'adresser aux médecins dans leurs bureaux médicaux afin de se faire soigner sur place si les médecins disposent de la médication appropriée ou de bénéficier d'une ordonnance après que le diagnostic ait été établi. Enfin, au sein du pôle espoir de gymnastique, la logique est la même. Nous aurons le loisir d'observer plusieurs consultations « sauvages » à l'arrivée dans le gymnase au profit des entraîneurs (pour un problème de peau ou une douleur musculaire), mais nous constaterons surtout que le docteur Renaud, en plus d'être le médecin du centre de formation des élites, est également le médecin de tout l'espace gymnique local. Il n'hésite pas à répondre positivement aux sollicitations d'un entraîneur du club support qui héberge le pôle et accepte de recevoir en urgence sa femme qui vient d'avoir un accident de ski. Il appelle ainsi personnellement sa secrétaire devant l'entraîneur afin de placer un rendez-vous deux jours après.

La logique est donc fort différente. Les docteurs Alberti, Amazan mais également le docteur Quirion, ne sont les médecins que des sportifs qui les consultent et ne répondent à aucune autre sollicitation, du simple fait sans doute qu'ils n'en ont pas. A l'inverse, les docteurs Beaugendre, Raulo et Renaud partagent les temps et les espaces de cet univers séparé et n'hésitent pas, sur le mode du « service rendu », à répondre aux nombreuses demandes de l'espace dans son ensemble.

Sport et Médecine à l'hôpital



« Un couloir interminable dont les flancs sont percés de nombreuses portes. Derrière elles, des salles d'effort ou des bureaux médicaux. Dans la première les sportifs rencontrent une bicyclette qui à défaut d'avancer reste branchée sur des moniteurs. Comme aime le répéter le docteur Alberti, ici, « le vélo gagne toujours ». Dans la seconde, les sportifs sont examinés et interrogés par les docteurs Quirion ou Amazan. Brancard, podoscope et tableau lumineux agrémentent le paysage ».



« Au sein d'un pôle espoir de gymnastique, le docteur Renaud se rend une fois par semaine sur le lieu d'entraînement des athlètes. Les consultations ont lieu dans la salle de pause des entraîneurs. La porte entrouverte sur le gymnase, les jeunes sportifs passent un à un devant le praticien pendant une séquence d'entraînement. Le dernier passé appelle le suivant, qui stoppe son activité le temps de la consultation, avant de reprendre son effort. Le médecin abandonne l'asepsie de son cabinet pour cette petite salle exigüe, aux odeurs de café et de tabac, dans laquelle tout semble recouvert d'une légère poussière blanche de magnésie ».



Sport et Médecine dans un pôle espoir de gymnastique





Sport et Médecine dans un pôle espoir de Handball

« Le docteur Quirion ne souhaite pas réaliser les consultations sur le lieu d'entraînement des jeunes handballeurs. Si elle se déplace donc au lycée qui héberge le pôle, elle reçoit les blessés dans l'infirmierie qui se situe dans une partie plus isolée du bâtiment. Tout est fait pour que soient reproduites les conditions d'exercice qu'elle met en œuvre à l'hôpital. Les sportifs attendent à l'extérieur de la salle et respectent l'ordre de passage indiqué sur la « feuille des rendez-vous médicaux ». Cette petite pièce est très clairement destinée à un usage médical et est équipée d'un brancard, d'une toise, d'un test de vision et du bureau sur lequel s'installe le praticien. Entre chaque sportif, un soin particulier est pris pour que la porte du bureau médical soit parfaitement refermée ».



III. Le temps des secrets

« La tension entre le secret et la diffusion de la connaissance de l'objet est toujours présente car aucun objet ne peut échapper à la dialectique du secret et de l'information. [...]. [Ainsi] hésite t'on sur l'équilibre à conserver entre la garde du secret médical, que l'on dit inexpugnable, et les impératifs de santé publique et de protection d'autrui, que l'on approuve tout autant »⁴⁹.

« Le secret devrait devenir absolu lorsqu'il est lié à l'exercice de certaines professions ; pourtant rien n'est moins sûr »⁵⁰.

Des pratiques et représentations variables d'une même compétence médicale sont responsables d'interprétations déontologiques singulières et d'implications circonstanciées dans les dispositifs d'encadrements médico-sportifs. En nous appuyant sur une notion fondamentale de la norme médicale, le secret professionnel, il va désormais s'agir de montrer comment un conflit de codes éthiques (entre sport et médecine) peut en faire varier la signification (parfois de façon extrêmement contrastée), sans qu'aucun médecin n'ait le sentiment de dépasser les limites convenues de l'intervention. Le devoir de discrétion est un élément constitutif de l'ethos médical et s'actualise dans le Serment d'Hippocrate ainsi que dans l'article 4 du code de déontologie médicale⁵¹. « De manière générale, les médecins sont liés par la nature de leur activité et par des principes éthiques solidement établis qui leur commandent de garder secrètes les informations communiquées par leurs patients, même après la mort de ces derniers »⁵². L'article 50 du code de déontologie admet « que le secret puisse être partagé entre professionnels de santé, mais seulement dans

⁴⁹ **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 16 ; 24.

⁵⁰ **BONELLO**, Yves-Henri. 1998. *Le secret*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, p. 53.

⁵¹ L'histoire de la médecine est d'ailleurs intégralement traversée par cette problématique de la conservation des informations. Voir par exemple : **VILLEY**, Raymond. 1986. *Histoire du secret médical*, Paris, Robert Laffont, 241 pages.

⁵² **FOMBAD**, Charles Manga. 2001. « La crise du secret médical dans le cadre de la lutte contre la pandémie de VIH/sida au Botswana », *Revue internationale des sciences sociales*, 2001/4, n° 170, p. 703-717.

l'intérêt du malade, afin de faciliter à ce dernier l'obtention d'avantages sociaux ». Sur le terrain sportif, le médecin du sport est amené à travailler avec des professionnels non médicaux, dont l'activité dépend expressément de l'état physique des sportifs qu'ils encadrent. « Le médecin du sport, obligé de respecter le secret médical, a donc une mission difficile compte tenu des pressions qu'il subit, car à tout moment, “dirigeants et entraîneurs sollicitent le médecin pour connaître l'état physique, physiologique, pathologique, psychologique de leurs athlètes afin de mener à bien l'entraînement, d'effectuer recrutements et sélections”. Le médecin du sport doit résister à ces demandes pour préserver le secret et doit “se limiter à des conseils pratiques, de niveau qualitatif et quantitatif, relatifs à la poursuite de l'entraînement et de la compétition” »⁵³. On l'aura donc compris, d'un point de vue déontologique et juridique, le médecin du sport est tenu de garder le secret sur les informations médicales et ne peut les partager avec des confrères que dans l'intérêt du sportif et avec son accord préalable. Cette grille de conduite ne résiste pourtant que peu de temps à l'épreuve des faits. Si certains médecins s'y tiennent fermement, d'autres réinterprètent la norme, et relisent ce format moral avec leur propre filtre de lecture biographique. La forme se conforme, et les pratiques non déontologiques ne sont plus vécues comme telles. Ainsi faut-il comprendre les différents rapports au secret entretenus au sein d'une même sphère professionnelle.

Le secret total

Ce premier idéal-type renvoie aux médecins du sport qui s'engagent dans une pratique médicale complètement étrangère aux structures sportives d'élite. Dans la grande majorité des cas, ils désirent se mettre volontairement à distance de l'entourage sportif de façon à protéger la relation avec le patient. Les enjeux sportifs sont vécus comme des menaces à l'indépendance du médecin. Se définissant eux-mêmes comme extérieurs à l'équipe sportive, la nécessité du corps performant est pensée comme une contrainte imposée au jeune sportif par son environnement direct. Il s'agit alors de sortir l'athlète de cet univers clos, seule condition pour une prise en charge médicale salutaire. Ces médecins entretiennent un rapport biographique distant avec le sport de haut niveau (n'ont pas été sportif de niveau élevé eux-mêmes, n'occupent pas de fonctions « sportives » telles que juges, entraîneurs, ou plus simplement membre du bureau d'une association), et mettent en

⁵³ **HARICHAUX**, Michèle & Pr. **HARICHAUX**, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 13.

œuvre cette compétence médicale spécifique au sein de structures « périphériques » (relativement au référentiel sportif), telles qu'un service hospitalier de médecine du sport, ou une antenne médicale de prévention et de prise en charge des conduites dopantes (AMCD) par exemple. Symboliquement, il est important de noter que dans cette configuration d'intervention médicale, c'est le sportif qui se déplace et vient à la rencontre de la sphère médicale. Les consultations sont ici imposées par la législation. Ces médecins n'éprouvent pas d'attirances particulières pour cet univers qui leur paraît pathogène et ne cherchent pas le contact avec d'autres agents que le sportif lui-même. Inversement, l'entourage sportif vit cette médecine comme traditionnelle, rigide, d'une utilité limitée. Patrick Laure montre dans une étude sur l'observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains, que les athlètes eux-mêmes entretiennent un rapport distant avec cette médecine du sport (qui se traduit par une « importante inobservance »)⁵⁴. Dans le colloque singulier entre le médecin et le sportif, le vocabulaire utilisé est très médicalisé, sans références à la « culture sportive » du patient. (« Tu as une cyphose lombaire très prononcée, tu le savais ? » « Tu as un léger récurvatum mais qui n'entraîne pas d'instabilités »).

« Le secret dont certaines professions ont été dotées était destiné, à l'origine, à protéger la confidentialité des informations dont elles disposent et donc à respecter l'intimité de la vie privée des personnes physiques ou morales. [C'est] sous les coups de boutoir d'un environnement social sans cesse plus exigeant [que] ce principe a dû accepter des exceptions de plus en plus fortes »⁵⁵. Dans ce cas, l'entretien médico-sportif est placé dans un rapport d'expertise qui se situe volontairement à distance de l'environnement sportif. Logiquement, la relation médecin – patient est donc ici garantie d'un secret sans failles.

Le docteur Amazon – Praticien attaché au service régional de médecine du sport d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), il réalise le suivi médical des athlètes (examen clinique, entretien psychologique, rendus obligatoire par le décret du 6 février 2004) ainsi que quelques consultations de traumatologie du sport. « [Sa] façon de pratiquer la médecine du sport [lui] paraît passionnante ». En explicitant les raisons d'un tel

⁵⁴ LAURE, Patrick ; IHABBANE, L. 2007. *Op. Cit.*

⁵⁵ KLING, Didier. 1999. « Le monde des affaires et le secret », in FRISON-ROCHE, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 175.

contentement, il évoque le rapport distant qu'il entretient à l'entourage sportif et nous convainc finalement que la question d'un éventuel partage du secret ne se pose même pas. « Jamais en clubs ! J'ai voulu rester médecin avant tout ! Les sportifs sont des malades ! (Rires). Non, je rigole..., mais bon..., j'ai tout fait pour ne pas y être ! [...] Je crois qu'on fait vite comprendre qu'on ne sera pas disponible pour ça. [...] Soit on a une attitude experte, où soit on va se prostituer au sport. De vouloir chercher une reconnaissance par ce biais là... Je pense que ce sont deux métiers différents. Je pense qu'on y perd son intégrité quand on est dans les clubs comme ça. Ça ne peut pas être autrement. [...] On n'est pas la nounou du club ». Ce médecin voit un grand nombre de sportifs en consultation, mais n'entretient pour autant que peu de contacts avec l'entourage sportif. « Les seuls qui font cette démarche sont les gens du basket féminin, avec qui on organise chaque année une réunion, et c'est d'ailleurs les seuls avec qui cela se passe mal ! » (La source de conflits étant le poids des jeunes basketteuses). « Il ne s'agit pas d'être médecin pour le club, mais bien médecin pour le sportif ! ».

Le secret sportif

Les médecins du sport qui évoluent au plus près des sportifs d'élite, au sein même de leurs structures de formation sont en revanche intégrés dans le staff sportif et comprennent les projets individuels orientés vers la recherche de l'efficacité en vue de la performance. Il s'agit bien également pour eux d'exercer leur compétence médicale au profit de la santé des sportifs, mais dans le cadre d'interventions ne « dérangeant pas » les exigences de l'entraînement sportif. Contrairement aux résistances évoquées supra, ces médecins ont incorporé les normes et les valeurs de cet espace « extra-ordinaire »⁵⁶. Dans ce cadre, qu'il s'agisse d'un médecin de pôle, ou du médecin d'un centre de formation d'un club professionnel par exemple, les praticiens travaillent en relation directe avec l'entourage sportif. Symboliquement, il n'est pas neutre de constater que cette fois, c'est le professionnel de santé qui se déplace, ou mieux, qui est sur place. L'échange verbal entre le médecin et le sportif se caractérise en outre par un vocabulaire médical parsemé de références à la pratique sportive. (« Oui, il y a peut-être un petit quelque chose sur l'ischio. Tu t'es fait mal en faisant quoi ? [Sur la réception d'une double vrille] Tu passes déjà la double vrille ? Chapeau ! »). Ici, logiquement, le rapport entretenu au secret professionnel

⁵⁶ PAPAN, Bruno. 2007. *Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive*, Paris, L'Harmattan.

est à l'opposé de celui évoqué précédemment. Dans l'urgence du calendrier sportif, et face au risque que représente une blessure grave dans la carrière sportive d'un athlète, le médecin considère comme « naturel » de partager le secret avec l'entourage sportif⁵⁷. Le bon fonctionnement de l'espace en dépend... La vision traditionnelle du secret comme liant d'un « corps professionnel » ne tient plus dans un tel contexte. « Comment des professionnels pourraient-ils travailler sans mettre en commun leur savoir ? Parce qu'il y a une culture d'appartenance à un même corps professionnel, le secret doit pouvoir circuler en son sein, dès l'instant qu'il ne s'enfuit pas vers l'extérieur, vers le non-professionnel, vers le professionnel d'un autre ordre, [l'entraîneur] par exemple »⁵⁸. Ici, le secret ne consacre pas une profession, mais bien une communauté d'intérêts orientée vers la réussite sportive. Si la limite entre la connaissance acquise à l'intérieur et la connaissance inaccessible pour l'extérieur forme la clôture par laquelle on reconnaît une profession, elle peut tout autant caractériser un collectif fermé autour d'un intérêt commun. Finalement, « partout où les intérêts de pouvoir d'une structure vis à vis de l'extérieur sont en jeu, nous trouvons du secret »⁵⁹. Le projet sportif est donc plus fort que le cadre déontologique, et fait dériver la notion de secret partagé, le transformant comme « nécessairement partageable » par l'ensemble de l'équipe sportive, non pas seulement médicale, mais aussi et surtout technique. Le secret médical devient secret sportif.

Notons que ce partage ne vaut que pour les informations médicales susceptibles d'avoir un impact sur le déroulement sportif. Tout se passe donc comme si ces informations avaient un statut différent de celles ayant trait à la santé plus globale de l'individu. Une laxité ligamentaire est une information à transmettre contrairement à une maladie de peau par exemple. Ce mécanisme ne peut exister que dans la mesure où la logique sportive est dominante, et exerce pleinement sa domination. Ce partage « naturel » de l'information, seul garant du succès sportif, rend finalement les praticiens complices d'une domination symbolique massive des athlètes qui se voient déposséder de leur droit le plus fondamental : le respect de leur vie privée. Tout se passe comme si le corps sportif était un corps public, offert aux yeux de tous.

⁵⁷ Nous sommes alors très loin de la divulgation du secret professionnel par « la contrainte » ou « l'effraction ». Ici, la divulgation se fait par adhésion, et les informations médicales circulent « naturellement ». **LECLERC**, Henri. 1999. « Les secrets de l'avocat », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 216-217.

⁵⁸ **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement, p. 64.

⁵⁹ C'est un principe énoncé par Max Weber, cité dans **BECKER**, Howard. 2004. *Op. Cit.*, p. 152.

Le docteur Renaud – Médecin du pôle espoir de gymnastique sportive masculine, il réalise le suivi médical des 12 athlètes âgés de 11 à 18 ans. Lors d'un entretien de recherche effectué en toute fin d'observation ethnographique de sa pratique, soit à l'issue d'une collaboration de près d'une année, le docteur Renaud nous livre sa représentation du secret médical dans le contexte très particulier de son exercice. « Tu ne peux pas te contenter du secret professionnel habituel. Si tu veux que ça se passe bien, il faut que les gens qui côtoient les gymnastes, soient au courant de la pathologie. C'est normal. Bon, en sachant qu'il n'y a pas de partage du secret professionnel pour des pathologies qui sont différentes, qui n'ont rien à voir avec la gym. Mais pour le bien du gymnaste, il est normal que l'entraîneur sache la pathologie que son jeune a. C'est d'une certaine façon un partage du secret médical. Mais ça reste des maladies quand même..., on n'est pas dans des cancers, des dépressions. Evidemment, là, c'est différent. Moi je trouve que c'est bien que les entraîneurs soient au courant de ce qu'ont les mêmes. Alors après, tu peux chipoter, tu peux trouver un juriste qui va te dire mais non, ce n'est pas normal ! Mais pour le bien du même, c'est quand même mieux que chacun sache un petit peu ce qu'il y a, ce qu'il peut faire. Tu ne peux pas te contenter de dire : alors lui il n'a pas le droit de faire d'impulsions pendant trois mois quoi. Mais autrement, il y a un secret professionnel hein ! Il y a des pathologies qui n'ont pas besoin d'être connues des entraîneurs, ça c'est évident. Un même qui a..., je ne sais pas moi, un syndrome fébrile..., ils n'ont pas besoin de savoir ce qu'il a. Il a une infection, et voilà, point. [...] Nous, on n'en a jamais vraiment eu. Mais il pourrait y en avoir ! Mais quand ce sont des petites blessures, ça a des conséquences, et l'entraîneur doit être au courant, parce que..., en gym, on ne les arrête jamais quasiment. C'est plutôt une adaptation de l'activité qu'un arrêt complet. Alors il faut quand même que l'athlète sache où il a mal, ce qu'il a à peu près, ce qu'il peut faire, et ce qu'il ne peut pas faire. Sinon, tu ne peux pas..., c'est impossible quoi. Non, non..., moi ça ne me..., je crois que ça ne perturbe personne ».

Après chaque visite hebdomadaire au pôle, le rituel est le même. Le docteur Renaud rejoint au milieu du gymnase le coordonnateur du pôle qui dirige l'entraînement et lui fait un petit compte rendu des consultations. Il lui faut pour cela traverser des tapis et éviter des agrès (« Ah, ça donne envie hein, quand on est là ! »). Jamais prolix, il partage néanmoins régulièrement des informations d'ordre médical afin de permettre au technicien de poursuivre son activité dans de « bonnes » conditions.

Consultation du 19 / 12 / 2006 :

Dr. Renaud : « *Pour l'épaule d'Allan, on ne trouve pas hein !* ».

Coordonnateur : « *Oui, c'est bizarre son truc* ».

Dr. Renaud : « *Moi, je pense que c'est une ostéochondrose, un truc comme ça* ».

Coordonnateur : « *Pfff, ça faisait un moment qu'on n'en avait pas eu !* ».

Consultation du 04 / 01 / 2007 :

Coordonnateur : « *Bon, tu as vu Morgan ?* ».

Dr. Renaud : « *Oui, bah c'est une entorse bénigne hein ! Il n'y a rien d'alarmant !* ».

Coordonnateur : « *Ok* ».

Consultation du 20 / 03 / 2007 :

Coordonnateur : « *Alors, ton diagnostic ?* ».

Dr. Renaud : « *Oh, bah c'est une entorse hein !* ».

Coordonnateur : « *Donc il n'y a pas d'arrachements ?* ».

Dr. Renaud : « *Non* ».

Le docteur Beaugendre – Médecin de l'équipe professionnelle de football, il est également responsable de l'ensemble des services médicaux et paramédicaux. Accompagné du docteur Gardet qui a en charge le suivi du centre de formation, les deux médecins ne sont pas toujours présents dans l'enceinte du centre sportif au même moment. En cas d'urgences, il est donc entendu qu'ils puissent chacun s'occuper des patients de l'autre. Ainsi, le 3 mai 2007, le docteur Beaugendre est seul présent sur la structure. Le jeune Adam, âgé d'une quinzaine d'années, s'est blessé gravement à la cheville et vient de rentrer de l'hôpital. Plâtré et en béquilles, il se présente à la demande de son entraîneur devant le bureau médical du médecin afin de lui présenter les radios. Après avoir reçu quelques joueurs professionnels, toujours prioritaires sur les plus jeunes dans l'ordre des consultations, le jeune homme est invité à rentrer dans le bureau. Chose rarissime durant

nos 7 mois d'observation, cette fois la porte reste ouverte et nous pouvons assister à la consultation. Le médecin sort la radio et l'appose sur le tableau lumineux. L'entraîneur du jeune homme, accompagné du responsable du centre de formation, passent dans le couloir et entrent tous deux dans le bureau médical. Le médecin ne tarde pas à exposer son diagnostic à Adam, devant les deux techniciens qui restent silencieux. « Bon, tu vois, c'est là qu'il y a un problème [il montre du doigt sur la radio]. C'est une fracture articulaire. Et je ne sais pas quoi faire par rapport à ça. Donc je vais donner le dossier demain matin à [prénom du docteur Gardet], et on va consulter ensemble le chirurgien. J'aimerais avoir son avis sur une opération. Mais c'est délicat. Parce qu'il faudrait enlever ça [montre sur la radio], mais ça voudrait dire ensuite que tu aurais une moins bonne surface d'appui pour reposer ta cheville. C'est une fracture qui n'est pas forcément très grave, mais c'est quand même très embêtant ! Et je veux que tu saches la vérité. Parce qu'il peut y avoir des risques pour après. Tu pourrais avoir une cheville plus raide. Vu que tu es gaucher, ça veut dire qu'il pourrait y avoir un impact sur la force de tes frappes, sur la qualité de tes passes... C'est préoccupant. Mais pour te rassurer, j'en ai déjà vu d'autres qui sont aujourd'hui pros et qui n'ont pas de problèmes. Mais bon, ça m'embête. Mais vu ton âge et vu ce que tu veux faire comme carrière ensuite [Adam fait partie des jeunes pressentis pour une carrière professionnelle brillante], moi je suis assez partisan de l'opération. En tout cas, on va se battre pour réparer ça correctement. Mais ce n'est pas un problème facile à gérer et je veux avoir l'avis du chirurgien. As-tu mal là ? ». « Oui [ce sera là la seule intervention du jeune homme]. « Il faut que tu mettes de la glace ». Les deux coaches sont restés dans le bureau médical pendant la totalité de l'entretien sans jamais intervenir. Tout le monde sort, Adam s'éloigne en claudiquant, l'air abattu. Un troisième entraîneur rejoint ses collègues dans le couloir, et demande des nouvelles de la blessure. Une discussion s'engage avec le responsable du centre de formation. « Alors ? C'est une fracture ? ». « Oui, mais une fracture articulaire » « Et c'est encore plus chiant ? » « Bah oui, oui... » « Pff ». Les techniciens s'éloignent à leur tour dans une atmosphère pesante. En entretien, le médecin évitera de revenir sur cet évènement qui ne fait pourtant pas figure d'exception.

Enfin, dans les deux cas, au pôle de gymnastique comme au sein du club professionnel de football, il n'est pas rare que plusieurs patients consultent ensemble. Par ce processus de fermeture progressive sur un entre soi restreint, les athlètes ont parfois tendance à se construire des soutiens dans l'entourage sportif direct. Le « bon copain » remplace alors la famille et fait office d'accompagnateur. Deux joueurs professionnels

consultent ainsi régulièrement le docteur Beaugendre ensemble. Pour ce dernier, rien d'illogique. « Ce sont des gens qui sont arrivés quand ils avaient 14 ans. Tous les deux. Donc quand tu les a vus, ça faisait déjà 15 ans que l'on vivait ensemble. Donc ça dépend des pathologies, mais c'est vrai que parfois, il y a une certaine complicité par rapport à ça. Ils ont tous les deux un truc à montrer, ils viennent ensemble et ça ne pose pas de problèmes. Mais bon..., ce sont les seuls. Ça fait 15 ans que je les suis. Et puis là, c'est aussi un milieu particulier où le rapport au corps est un peu différent et où le sentiment de gêne n'existe plus vraiment entre eux ».

Le secret inquiet

Ecrire la réalité, c'est déjà la pervertir. La catégorisation qui vient d'être présentée est utile pour « mettre de l'ordre » et rendre intelligibles les situations que nous avons étudiées à partir de deux idéaux-types. Cependant, son caractère dichotomique écrase dans le même temps les singularités de ces situations, occulte le « désordonné » et prive la description du dynamisme et de la complexité qui caractérisent le monde social. De fait, les figures respectives du médecin du sport « santé » et du médecin du sport « performance », n'épuisent pas la description des différentes formes d'intervention en médecine du sport. Nous concevons plutôt ces deux figures comme les deux extrémités d'un continuum de placements professionnels. Il est en effet possible de rencontrer une multitude de représentations et de rapports au secret médical dans cette sphère médico-sportive. Entre le secret intégralement préservé, et celui totalement partagé, on trouve des nuances, des compromis. Là encore, la position du docteur Quirion, profondément hospitalière mais qui pour des raisons liées à la bonne marche du service dans lequel elle travaille, a accepté la fonction de médecin d'un pôle espoir de handball, illustre parfaitement cette idée de positionnement « intermédiaire ». Loin d'être le miroir d'une simple exception, elle rend compte d'un mécanisme plus global de recomposition biographique des positions dans l'espace social.

Le docteur Quirion – Eloignée culturellement de l'univers du sport d'élite (pratique unique de la danse sur le mode du loisir), ce praticien a donc été amenée à prendre en charge la gestion médicale d'un pôle sur la demande du Responsable de son unité hospitalière pour des raisons stratégiques de captation de population. Le départ du précédent médecin du pôle a en effet été perçu comme un risque éventuel de migration des

40 jeunes de la structure vers un autre CHU, et donc comme une potentielle perte économique et symbolique. Dès lors, le docteur Quirion se retrouve dans une position délicate, un pied à l'hôpital (dans lequel les normes médicales traditionnelles sont plus rigides car quotidiennement réactualisées), et un pied dans l'univers du sport de haut niveau (dans lequel il est nécessaire de composer avec l'entourage sportif). Témoin vivant du conflit de codes qui existe entre les deux espaces, le grand écart inconfortable réalisé par ce praticien est responsable de certaines hésitations sur sa propre représentation du rôle à jouer, particulièrement visibles dans son rapport inquiet au secret médical.

Ce professionnel de santé revendique sa position de « médecin du sport hospitalier ». Ce qui signifie dans sa représentation qu'il « ne fait pas partie de l'équipe sportive et ne prend pas part à la performance ». Mais après des années passées au pôle, le docteur Quirion s'est « finalement attachée à ce milieu ». Elle « comprend donc le projet sportif basé sur la recherche de la performance, mais n'y adhère pas ». Dans sa pratique, ce rapport ambivalent se traduit par une disponibilité importante à l'égard du sportif et des dirigeants du pôle (report d'un diagnostic pour ne pas arrêter un jeune la veille d'un « match important », utilisation de sa fonction et de son statut pour obtenir des rendez-vous médicaux dans l'urgence, etc.), mais se plaint dans le même temps de l'attitude consumériste du « milieu sportif » (« Alors que je suis déjà dans la négociation, contrairement à d'autres confrères avec qui on ne peut même pas discuter, ce n'est pas suffisant, ils en veulent toujours plus. Ils sont trop exigeants ! »). Le praticien distribue alors l'information médicale dont il est détenteur avec parcimonie. Cette fois, la préservation du secret se fait hésitante. Le médecin fait le tri et partage selon les circonstances. Son paradoxe (vécu difficilement) est de vouloir protéger l'individu, tout en ayant assimilé le besoin pour ses individus d'aller au bout de leur projet sportif. Ainsi, s'il diffuse certaines données médicales auprès des entraîneurs du pôle pour leur permettre d'individualiser les entraînements (pratique adaptée pour certains blessés...), il hésitera par exemple à transmettre une information médicale concernant une jeune handballeuse, conscient que cette nouvelle peut remettre en cause sa participation future à un stage de sélection nationale (« ce qui serait terrible pour cette jeune fille. Or moi, je pense d'abord à mes petits jeunes avant de penser à l'équipe de France ! »). De la même façon, dans le cadre du suivi des sportifs de haut niveau à l'hôpital, le docteur Quirion examine des athlètes susceptibles de participer aux Jeux de Pékin, et nous fera part à plusieurs reprises de ses « cas de consciences concernant les sportifs qui posent problème ». Les comptes

rendus médicaux doivent être transmis aux médecins fédéraux en charge de la discipline sportive concernée. Or, « cette année, avec la sélection pour les Jeux, j'hésite vraiment à écrire mes doutes sur un athlète aux médecins fédéraux, parce que comme je ne les connais pas, je le dis honnêtement, j'ai peur d'un manque d'intégrité, et j'ai peur de l'utilisation qui sera faite de mes propos ! Je ne veux pas être responsable de la non-sélection d'un individu qui attend ça depuis toujours... ».

Langage, tenue vestimentaire, partage des temps, des espaces et des informations, la gestion différenciée du secret professionnel s'inscrit dans cet ensemble et participe à la constitution des identités médicales. Afin de clore ce tour d'horizon non exhaustif des caractéristiques repérables selon les placements médico-sportifs observés, il semble légitime de s'arrêter un instant sur les sources de plaisir et de gratifications qui rendent vivables leurs engagements par l'amélioration du sentiment de leurs propres valeurs.

IV. Petits plaisirs et gratifications

« Nous entendons par ascension dans un champ social tout changement qui entraîne pour le ou les intéressés une amélioration de leurs chances de prestige social et du sentiment de leur valeur »⁶⁰. Norbert Elias. 1985.

L'activité d'écriture et de publication bénéficie dans la sphère hospitalière d'une très forte légitimité dans la mesure où elle sert directement les stratégies d'élévation du prestige scientifique nécessaires à l'évolution des carrières. C'est donc logiquement parmi les spécialistes en blouse blanche que se trouvent les médecins les plus attirés par l'encre et la plume. Au plaisir de la découverte scientifique se rajoute la gratification évidente d'une forte reconnaissance par les pairs. Les équipes médicales s'inscrivent alors dans les jeux de concurrence locale, nationale voire internationale qui caractérisent plus globalement le monde de la recherche. La sphère médico-sportive n'échappe pas à ce principe. Les

⁶⁰ ELIAS, Norbert. 1985. *La Société de Cour*, Paris, Flammarion.

médecins hospitaliers manifestent un appétit insatiable à l'égard des publications scientifiques. Il s'agit d'un de leurs principaux leitmotivs. Dans le service du docteur Alberti, l'encadrement médical des patients est toujours l'occasion de recruter de nouveaux sujets d'expérimentation afin de faire avancer les recherches cliniques engagées.

Consultation du 19/03/08 :

Le docteur Alberti réalise une mesure transcutanée de la pression en oxygène (TCPO2) sur un patient souffrant d'une « ischémie sévère » dans chaque jambe, qui remonte jusqu'au niveau des fesses. Le spécialiste est très étonné de le voir marcher avec une telle pathologie, ne se plaignant que d'une douleur dans le mollet gauche. Ce patient rentre dans la population cible d'un protocole de recherche engagé dans le service et qui consiste à faire marcher des individus atteints de tels troubles vasculaires en extérieur afin d'évaluer précisément leurs capacités réelles de marche. Très vite, pendant la consultation, le praticien hospitalier entame un long discours convaincant sur l'intérêt de la recherche médicale et parvient sans difficultés à le recruter. Sitôt le test de marche terminé, le docteur Alberti l'installe dans la salle de pause du personnel de santé afin qu'il remplisse la fiche de consentement éclairé (présentée comme une assurance en cas de problème, « comme une morsure de chien par exemple »). Il lui offre un café. Il l'aide même à remplir le dossier lorsque la personne qui vient le chercher arrive dans le service. Les signatures sont apposées, les documents sont paraphés. Le patient part. Nous rejoignons le docteur Alberti qui venait de nous demander de faire une photocopie du document. Il le classe dans un dossier, se retourne et dit en se frottant les mains avec un grand sourire: « Et un de plus!... ».

Les publications réalisées respectent les normes des sciences expérimentales et possèdent une très forte rigueur méthodologique. Ainsi par exemple, le docteur Alberti a pour projet de mener une étude nationale, en partenariat avec « plusieurs grands CHU », sur « la détection des maladies artérielles chez l'ancien coureur cycliste de très haut niveau par la méthode des index de pressions » (développée dans une thèse soutenue quelques années auparavant au sein du service). De la même façon, le docteur Amazan, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui œuvre au niveau hospitalier auprès des diabétiques afin de favoriser leur orientation vers une pratique sportive adaptée, s'inscrit

dans des perspectives de recherche proprement médicales. Ainsi, en 2007 et en 2008, ce praticien proposait dans des congrès scientifiques d'audience nationale, des réflexions sur « l'orthèse de décharge de l'avant-pied à lame carbone – Alternative à l'hospitalisation du pied diabétique », ou sur le « Système ODAP pour pieds diabétiques »⁶¹. Logiquement, pour ces professionnels de santé dont le quotidien hospitalier et l'appétence scientifique les sensibilisent plus fortement aux pathologies « intéressantes » que les médecins de cabinet ou les médecins des structures sportives, l'activité physique intensive est perçue comme objectivement pathogène et doit être limitée, en particulier chez les sujets les plus jeunes. Le docteur Amazan explique ainsi : « Je suis contre la fibromyalgie sportive ! Le mal-être multidolore permanent. Les sportifs sont toujours cassés. Ils sont toujours au-dessus ou en dessous de leur forme optimale. C'est une passion qui consume ! ». Finalement, à bien y regarder, on s'aperçoit que les tensions médicales nées dans les années 1980 avec la véritable structuration en France du sport de haut niveau, entre les partisans des centres de formation et leurs détracteurs, sont toujours opérantes actuellement. Car si les médecins hospitaliers, par cette intense activité d'écriture qui les rend audibles et visibles, sont au centre de l'espace médico-sportif, d'autres praticiens prennent la plume et résistent aux logiques dominantes. Bien sûr, il ne s'agit pas des médecins du sport de cabinet qui n'ont qu'un intérêt limité à afficher des convictions n'ayant qu'un impact réduit sur leurs pratiques médicales effectives. Les « médecins résistants » sont ceux dont l'engagement sportif prend une dimension plus importante et s'inscrit sur le terrain. Ecrire la médecine ; écrire le sport, les publications éclairent donc à nouveau l'opposition historique fondamentale qui sépare deux univers.

Le docteur Renaud fait partie de ces médecins subversifs. Extrêmement consciencieux dans son travail au sein du pôle de gymnastique, il réalise pendant quelques années un suivi statistique systématique des pathologies rencontrées par les athlètes. Il présente ses résultats lors de réunions organisées par la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports afin d'établir les budgets médicaux. La réaction de ses confrères hospitaliers présents ne se fait guère attendre. Ils le rappellent à l'ordre, considérant la fréquence des pathologies trop élevées. Le docteur Renaud claque la porte et met un terme à sa participation à ces réunions. Ce qu'il juge rétrospectivement dommage, car il trouvait bénéfique de se retrouver ainsi afin de partager des expériences. Particulièrement énervé

⁶¹ Les publications citées dans cette partie seront non référencées afin de ne pas livrer d'éléments permettant l'identification des enquêtés.

par les propos incriminants tenus sur la gymnastique par ses mêmes confrères dans des revues scientifiques, il décide de mener une contre-offensive. Il participe ainsi en 2002 au Congrès scientifique d'une des sociétés savantes les plus reconnues en France dans le domaine médico-sportif. Le médecin gymnaste use des armes scientifiques et concurrence ses confrères hospitaliers sur leur propre terrain. Sa communication, qui fera l'objet d'une publication dans une revue professionnelle, est un plaidoyer en faveur de « sa » discipline sportive et un pied de nez magistral à ses détracteurs.

Sport et médecine, mutinerie scientifique : *« La Gym empêche-t-elle de grandir ? »*

Dr. Renaud.

“Si t'es petit, c'est la faute à la gym !”. Cette réflexion, maintes fois entendue, nous a incité à faire le point sur la taille des gymnastes. Pour cela, nous avons d'une part étudié une population de gyms et d'autre part effectué une revue de la littérature sur ce sujet.

Les résultats de cette étude personnelle qui a porté sur 150 gyms en gymnastique artistique masculine (GAM) et féminine (GAF) ainsi qu'en gymnastique rythmique (GR) montrent une taille des GAM et des GAF plus petite que la moyenne. Les GR sont par contre plus grandes que la moyenne. L'étude de la littérature retrouve des chiffres semblables pour les 3 catégories de gymnastes. Les différentes causes de ces résultats ont été analysées à partir de la littérature mondiale sur ce sujet : facteurs génétiques, effet de l'entraînement, sélection naturelle.

Pour les facteurs génétiques, on retrouve pour la GAM et la GAF, la petite taille des parents (père et/ou mère), la petite taille du gymnaste dans la prime enfance (2-4 ans). Pour la GR, le phénomène est inverse.

L'effet de l'entraînement sur la croissance se fait ressentir sur le déclenchement de la puberté qui est retardé par la pratique intensive par rapport aux autres adolescents. Cet effet est proportionnel au volume d'entraînement hebdomadaire (surtout au-delà de 15 heures par semaine), à l'ancienneté de la pratique intensive mais ne dépend pas de l'âge de début de la gymnastique. Cet effet est identique pour tous les gymnastes (GAM, GAF, GR).

L'effet de l'entraînement sur la taille définitive n'est pas encore clairement connu. Peu d'études, souvent contradictoires, ont été publiées sur ce sujet. Cependant, la plupart des études mettent en avant le facteur génétique ainsi que le facteur sélection naturelle et ont tendance à rejeter l'hypothèse d'un effet nocif de l'entraînement intensif sur la taille définitive. En effet, la GAM et la GAF favorisent les petits gabarits, plus aptes à effectuer les acrobaties ; la GR nécessite des morphologies plus longilignes.

Schématiquement, on pourrait dire que la gym en GAF et GAM sélectionne dès le début de la pratique des individus plus petits que la moyenne, puis favorise au cours de la pratique les petits gabarits. Cette sélection naturelle est encore aggravée par l'entraînement intensif qui, en retardant la puberté, maintient plus longtemps cette petite taille alors que les autres enfants font leur poussée de croissance à cette période. Cependant, les gym finissent par grandir et atteindre leur taille définitive conformément à leur programme génétique, c'est

à dire légèrement en dessous de la taille moyenne. Pour les GR, le raisonnement est le même mais la sélection favorise les individus au capital-taille légèrement supérieur à la moyenne.

Il est donc aussi ridicule de dire que la gym rend petit que le basket fait grandir »⁶².

Le médecin gymnaste possède un engagement total envers son activité de prédilection. Au point de mettre sa compétence et ses connaissances médicales au service de la gymnastique. Non, cette activité ne stoppe pas la croissance et n'est donc pas mauvaise pour la santé des jeunes athlètes (« contrairement aux radiations qu'ils subissent suite aux multiples radios préventives du rachis lombaire préconisées par les instances médicales dirigeantes »). Mais le docteur Renaud n'est pas le seul médecin de terrain qui s'engage dans une activité d'écriture au service de sa propre discipline sportive. Le docteur Paget, « médecin du cyclisme » passionné d'entraînement et de performance, qui a été pratiquant, commissaire, entraîneur, organisateur de courses ou encore président de club, s'est également lancé dans des perspectives éditorialistes. Très loin des recherches spécialisées et des mises en garde contre l'entraînement sportif intensif, le médecin fait imprimer à compte d'auteur un ouvrage intitulé *les aspects médicaux du cyclisme* dans lequel il détaille les améliorations à apporter en matières d'hygiène de vie, de diététique et d'entraînement dans l'objectif d'optimiser les résultats sportifs. Après une présentation remarquée dans un magazine sportif d'Antenne 2, ce livre sera vendu à plus de mille exemplaires, principalement dans le monde du vélo. Ainsi, face à l'écrasante domination des médecins hospitaliers dans la littérature médico-sportive et au silence logique de leurs confrères généralistes exerçant en cabinet, quelques médecins de terrain parviennent à rendre visibles d'autres formes de discours et à se faire l'écho de logiques dissonantes⁶³. Ils apportent là la preuve que selon les positions médico-sportives détenues, les modes de gratification et de justification des placements sont différents. Face à la reconnaissance médicale que procure la publication d'un article dans une revue scientifique, se joue la reconnaissance d'une compétence professionnelle dans la réussite sportive. Entre la satisfaction de la découverte scientifique et celle de la victoire sportive, le sentiment du devoir accompli, bien que tout aussi réel dans les deux cas, est fort différent. Si le docteur Alberti attend dans un mélange de crainte et d'excitation la réponse de certaines

⁶² Souligné par nous.

⁶³ Ce phénomène semble ainsi avoir traversé l'histoire dans la mesure où nous avons repéré ce même mécanisme dès les années 20, avec les écrits « dissonants » des docteurs Bellin du Coteau et Richard par exemple (Chapitre 2).

fédérations nationales de cyclisme pour ouvrir un projet de recherche international, le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball, est pour sa part guidé par « deux échéances majeures : le Mondial 2007 et les Jeux Olympiques 2008 ». Médecin généraliste de formation, son appartenance à la délégation française et la médiatisation qu'elle suppose sont d'intenses sources de gratification. Partageant l'entre-soi fermé de l'espace du sport d'élite, il justifie logiquement son placement selon un référentiel très éloigné des valeurs médicales traditionnelles. Se déplacer à l'international, chanter l'hymne national et gagner des rencontres sportives à l'échelle mondiale sont autant de marques de réussite professionnelle pour ce médecin, ancien pratiquant et entraîneur de handball. D'ailleurs, l'évolution de sa carrière médico-sportive au sein de la fédération de handball tient exclusivement des bons résultats sportifs de l'équipe de France féminine. D'une activité sous forme de vacations, le titre de vice-championne du monde et la première sélection olympique lui offre un poste à temps partiel. Plus récemment, le médecin de l'équipe de France masculine stoppe son activité. Le docteur Raulo devient médecin des équipes nationales et est employé à temps plein. Il refuse de quitter l'équipe féminine au profit de l'équipe masculine dont il confie le suivi à un confrère vacataire, car il « s'était engagé auprès de l'entraîneur et qu'ils étaient déjà sur un projet de Mondial ». L'observation de ce praticien lors de compétitions officielles en compagnie de la délégation française suffit à convaincre de l'importante rémunération symbolique que peut représenter pour un ancien sportif de bon niveau une telle position. Surmédiatisé, il est régulièrement interviewé par des magazines professionnels « de terrain » telle que la revue *Médecins du sport* et s'est véritablement construit un nom dans le milieu sportif. La rareté de sa fonction et les bénéfices qu'elle accorde (chanter la Marseillaise, porter les couleurs de la France, côtoyer quotidiennement le fleuron national du handball) suffisent à légitimer son placement. Le propos reste inchangé en ce qui concerne le docteur Beaugendre, médecin d'une équipe professionnelle de football engagée dans le championnat de Ligue 1. Là aussi, l'impact médiatique est énorme pour un médecin généraliste. Porter les couleurs du club et fouler le gazon le samedi soir, devant plusieurs dizaines de milliers de supporters et mille fois plus de spectateurs, n'est pas rien du point de vue psychologique. Les multiples sollicitations de la presse favorisent le sentiment d'importance et participe de la reconnaissance. Sa légitimité est d'autant plus renforcée que les résultats de l'équipe sont positifs. Ce qui explique d'ailleurs que le professionnel de santé, sur le banc avec l'ensemble du staff technique n'hésite pas à investir le bord du terrain pour sauter dans les bras du joueur qui vient de marquer un but. Nous verrons ainsi lors d'un match de Coupe

de la Ligue un joueur du club ouvrir la marque sur coup de pied arrêté, et courir débordant de joie vers le docteur Beaugendre. Il lui saute dans les bras et les deux hommes s'embrassent mutuellement. Si les docteurs Beaugendre et Raulo évoquent tous deux le versant « passionnel » de leur activité, on perçoit sans difficultés les multiples sources de glorification. En ce sens, par la valorisation du sentiment de sa propre valeur, être médecin sur le terrain peut représenter pour certains individus une véritable gratification sociale. Pas étonnant alors de constater la volonté exprimée par certains d'entre eux de défendre l'espace qui leur assure une reconnaissance, autrement dit leur « propre » discipline sportive.

V. Conclusion sommaire

L'observation ethnographique des pratiques professionnelles ne peut venir à bout des caractères qui définissent la position d'un individu dans le monde social. Emile Durkheim avait d'ailleurs repéré là un problème insoluble. « Tout individu est un infini et l'infini ne peut être épuisé ». Pour autant, il ne faut pas que cette difficulté méthodologique réelle soit le prétexte à la démission scientifique. Les manières de parler et de se présenter, le partage des temps et des espaces, le rapport entretenu au secret professionnel et à la déontologie médicale, ou encore les voies par lesquelles se créent du plaisir et de la gratification, sont autant de pièces qui composent le puzzle des identités médico-sportives. En détaillant ainsi chacun de ses axes pour les différents médecins observés, de profondes oppositions apparaissent entre les praticiens hospitaliers et ceux qui exercent sur le terrain du sport de haut niveau. Le sport pour la médecine ; la médecine pour le sport, l'instrumentalisation se joue dans un double sens selon le lieu de l'exercice. Nous rejoignons en ce sens l'analyse délivrée par Eliot Freidson qui « montre que le milieu de travail exerce sur l'activité professionnelle une influence beaucoup plus importante que les connaissances et la déontologie officielles apprises dans les Ecoles de médecine »⁶⁴. Il est clair, en interrogeant par exemple le rapport au secret, que la formation universitaire en médecine du sport et plus généralement le cursus médical global, ne résistent que peu de

⁶⁴ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, p. 196.

temps face à la réalité des pratiques en situation. L'hôpital assure la permanence des principes médicaux les plus conventionnels là où le terrain sportif oppose des normes qui lui sont propres et qui peuvent interférer avec la déontologie médicale. Mais il faut se prémunir d'y voir un mécanisme automatique, comme si le comportement humain ne dépendait finalement que des pressions de son milieu. Pour le sociologue américain, « à tout moment et constamment, c'est aux pressions de la situation où l'on se trouve qu'on réagit ; ce que l'on est relève davantage du présent que du passé ; et ce que l'on fait est moins le résultat d' "intériorisations" antérieures que du poids de la situation »⁶⁵. L'observation de la position « désajustée » du docteur Quirion permet d'appréhender cet énoncé avec circonspection. En effet, si ce médecin semble répondre aux pressions de la situation (elle se déplace sur le terrain, partage certaines informations sanitaires avec l'encadrement technique, etc.), il devient vite évident qu'elle cherche par tous les moyens à modifier sa pratique pour la rapprocher d'un exercice médical conforme à ses dispositions (ne va pas sur les lieux de l'entraînement, met une distance volontaire avec l'encadrement, ne répond pas systématiquement à son téléphone, etc.). Aussi, il serait sans doute trop rapide et erroné de dire que « c'est le lieu d'exercice qui fait le médecin ». Nous persistons à penser que les dispositions antérieurement acquises jouent un rôle déterminant dans les pratiques professionnelles. Dans ce cas précis, le passé sportif est un élément explicatif extrêmement efficace pour comprendre la survie et l'efficacité d'un médecin dans l'univers sportif. Les professionnels de santé les plus investis et les plus reconnus dans la sphère du sport d'élite sont pour une majorité écrasante d'entre eux d'anciens pratiquants de niveau élevé. Ce qui ne signifie en aucun cas que les médecins champions n'ont pas leur place à l'hôpital. Néanmoins, les médecins qui ont un rapport distant au sport de haut niveau et qui ont été placés dans une structure de formation des élites, du fait des contraintes particulières d'un espace sportif qui peine à trouver l'encadrement médical suffisant pour répondre à la législation ou de celles d'un espace médical qui cherche à bénéficier d'un transfert de prestige par le recrutement de champions reconnus, seront ceux qui souffriront le plus des pressions imposées par la situation. Le présent de la situation ne doit effectivement pas être minimisé par le poids du passé, mais force est de constater ici qu'il ne fait qu'actualiser et renforcer des dispositions antérieurement acquises. Le docteur Quirion veut stopper son activité au pôle, ou accepte de poursuivre à la condition de transférer intégralement sa pratique dans le contexte hospitalier (ce à quoi l'encadrement sportif est évidemment

⁶⁵ FREIDSON, Eliot. 1984. *Op. Cit.*, p. 99.

réticent). Ce n'est donc pas tant le lieu d'exercice qui fait le médecin, mais tout autant le médecin qui porte en lui les valeurs collectivement partagées au sein d'un espace de pratiques. Finalement, les écarts de vues et d'exercices trouvent leurs fondements dans les effets cumulés du mélange entre des espaces professionnels et des dispositions antérieurement acquises.

Loin de rechercher la « vraie » médecine du sport, comme s'il nous appartenait de définir la manière légitime d'encadrer médicalement le sport de haut niveau, il n'en reste pas moins que chacune de ces médecines a des effets propres. Une vision normée du monde social possède toujours son pendant normatif. Il s'agit désormais de réfléchir aux conséquences normatives de ces placements professionnels normés, et à leurs implications respectives du point de vue de l'intervention. Quand le prestige sportif devient moteur de l'activité médicale, la question des effets induits sur les pratiques professionnelles des médecins se pose légitimement. De la même façon, qu'advient-il lorsque le suivi hospitalier légal des athlètes de haut niveau est assuré par des professionnels de santé complètement étrangers aux valeurs de ce milieu extra-ordinaire ?

CHAPITRE 7

ADHERER OU S'OPPOSER ?

LES EFFETS D'UNE POSTURE

« Moi, j'attends qu'on me dise que c'est dangereux, 24 heures par semaine, c'est dangereux pour la santé, donc on n'a plus le droit de s'entraîner 24 heures. Mais à ce moment-là, il faut dire aussi, on n'aura plus de médailles ! [...]. Si on veut des médailles, il faut s'entraîner ! Voilà. [...]. En gym, on a un peu de chance parce que soit c'est le haut, soit c'est le bas qui ne va pas. Donc si c'est le haut, bah on essaye de ne pas s'en servir. Il y a suffisamment d'agrès et de choses à faire pour pouvoir continuer l'entraînement... »

Docteur **Renaud**. Médecin du pôle espoir de gymnastique artistique.

« Les sportifs sont des malades. Je suis contre la fibromyalgie sportive ! Le mal-être multidolore permanent. Les sportifs sont toujours cassés. Ils sont toujours au-dessus ou en dessous de leur forme optimale. C'est une passion qui consume ! On ne peut adopter qu'une posture préventive vis-à-vis de ça. Moi, ce qui m'a animé, c'est l'après-sport. D'anciens sportifs qui deviennent obèses, qui évoluent mal, avec tous les problèmes d'addictologie et tout ça... »

Docteur **Amazan**. Praticien attaché du service régional de médecine du sport.

L'espace du sport d'élite est le théâtre d'un rapport au corps paradoxal. S'il est nécessaire de le pousser à son maximum pour réaliser des performances de valeur, il est aussi important de le ménager pour éviter qu'une méforme ou une blessure ne viennent interrompre la rentabilité sportive. Entraîneurs et athlètes composent avec ce principe et inscrivent la santé dans l'urgence du calendrier sportif. Entre la normalisation de la douleur et l'apprentissage d'une sur-écoute de soi, la gestion sanitaire des corps dans l'univers du sport d'élite peut donc revêtir des formes antinomiques. Tout l'intérêt va être de questionner l'intervention médicale pour chacune des positions préalablement identifiées. Les médecins du sport, selon leurs biographies respectives et leurs lieux d'exercices, réagissent-ils de manière identique à ce paradoxe du double corps, dans le sens d'une préservation de l'intégrité physique des athlètes ? Le praticien qui est à distance du jeu sportif va effectivement peser de tout son pouvoir médical sur cet enjeu de prévention et de protection des corps face à des conditions de vie jugées malsaines et pathogènes. A l'inverse, celui qui adhère aux exigences de la haute performance produit et reproduit un rapport au corps ambivalent dans lequel il contribue à banaliser certaines douleurs mais offre dans le même temps au sportif la possibilité de se constituer une véritable compétence médicale, utile pour poursuivre son activité. Chacune de ces positions médico-sportives sera bien évidemment détaillée dans sa relation aux acteurs principaux de l'espace, étant entendu que la forme d'un placement dépend des interrelations qui le rendent signifiant. L'entourage sportif et les athlètes ont une vision acérée des rôles très différents joués par les professionnels de santé dans un paysage médical complexe. A coup

de rétentions et de dissimulations d'informations, de négociations des thérapeutiques, d'inductions des diagnostics, les élites instrumentalisent les rapports aux médecins selon les lieux où s'effectuent les consultations, l'idée qu'ils se font du professionnel de santé et leurs intérêts propres. De même, la relation à l'entourage sportif et plus particulièrement aux entraîneurs conditionne à des degrés divers les placements médicaux. Coopérations, méfiances et conflits seront les ingrédients d'une recette toujours originale selon le rôle et le statut du praticien.

I. Sport d'élite : le paradoxe du double-corps⁶⁶

« Le corps se forme parce qu'il se conforme à des savoirs, à des valeurs, et les effets de ce corps "idéal" ont des effets concrets sur le corps réel, par les techniques de soin et d'entretien qu'ils entraînent, au sens large du terme. Or, par les mécanismes d'incorporation, de naturalisation [...], les normes qui font le corps, font également corps, deviennent naturelles ».

« Il s'agit [...] de restituer à l'existence corporelle la dimension culturelle de ce qui semble le plus naturel. Ainsi, le corps, condition matérielle de la venue au monde est aussi celle de l'être au monde. Par le fait même d'exister dans telle ou telle société, par l'action répétée de son travail, le corps se définit comme organisme spécifique, historiquement et géographiquement situé »⁶⁷.

L'organisation de vie du sportif de haut niveau qui met l'investissement sportif au centre de ses activités quotidiennes a pour corollaire un rapport au corps finalisé et ajusté à

⁶⁶ VIAUD, Baptiste & PAPIN, Bruno. A paraître. « Temps sportif, santé du champion et logique de l'urgence », *Revue STAPS*.

⁶⁷ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 19 ; 75.

la performance⁶⁸. La manière dont les marathoniens multiplient les procédures pour exercer le corps, pour le transformer alternant le travail fractionné, le sprint et la musculation décrite par Jean-Michel Faure et Charles Suaud illustre l'acharnement auquel s'adonne sans relâche l'athlète à muscler, assouplir, modeler son corps et anticiper ses performances par son travail⁶⁹. Si la régularité et l'intensité de l'entraînement conditionnent l'accès à l'excellence sportive, un excès de préparation ou encore une préparation physique ou technique non adaptée aux dispositions et caractéristiques du champion sont susceptibles d'engendrer des blessures plus ou moins graves dans l'instant ou dans la durée. Autrement dit l'un des principaux paradoxes auquel est soumis le sportif est de *devoir user de son corps sans l'user*. Le sportif navigue donc entre « deux écueils également dangereux, d'autant plus qu'ils sont invisibles, variables dans le temps et en grande partie subjectifs : d'un côté un excès de préparation qui dilapide vainement les ressources et raccourcit inutilement la carrière ; de l'autre un défaut de discipline et d'entraînement qui accroît les risques de blessure grave et compromet les chances de succès (sur le ring) en laissant inexploitées une partie de ses capacités (de combattants) »⁷⁰.

Nous pouvons voir dans la gestion de cette contradiction le principe directeur de l'action conjuguée des dirigeants, des entraîneurs, des préparateurs physiques ou mentaux et de toute l'équipe médicale. Pierre-Emmanuel Sorignet montre notamment comment la rationalisation de l'entretien du corps se présente comme une condition de préservation de l'instrument de travail qu'est le corps du danseur professionnel et se constitue ainsi en une compétence sociale⁷¹. Cependant, l'observation des pratiques quotidiennes des sportifs de haut niveau interroge cette perspective. Pour produire de la performance, il est indispensable de fournir un travail, dont la charge importante sera source d'une multitude de douleurs et blessures de gravités variables. Dès lors, la résistance aux diverses blessures se présente comme un élément fondamental constitutif du « savoir-être corporel » des sportifs de haut niveau. Sylvia Faure utilise la notion de savoir-faire défini comme « un concept dispositionnel plus spécialisé que la disposition comme propension à agir, percevoir et penser d'une certaine façon, parce que directement en lien avec une pratique

⁶⁸ PAPIN, Bruno. 2001. « La violence symbolique de l'institution sportive dans le processus de production de ses élites », in BODIN, Dominique, *Sports et Violences*, Editions Chiron, p. 95.

⁶⁹ FAURE, Jean-Michel & SUAUD, Charles. 2003. « Des marathoniens à la poursuite du temps », *Revue internationale de psychosociologie*, n°20, p. 112.

⁷⁰ WACQUANT, Loïc. 1989. « Corps et âmes », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°80, p. 33-67.

⁷¹ SORIGNET, Pierre-Emmanuel. 2006. « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163, p. 46-61.

particulière »⁷². Nous développons ici l'idée de savoir-être corporel pour désigner, en adaptant le concept de savoir être social proposé par Claude Zaidman, les comportements, les attitudes, les postures du corps des sportifs de haut niveau dans et en dehors du stade et du gymnase adoptés de manière inconsciente mais qui s'ajustent selon un équilibre structurel finalisé par la performance⁷³. Ce rapport au corps « n'est cependant ni le produit d'une attitude délibérément maximisatrice guidée par des décisions individuelles prises en pleine connaissance de cause, ni l'effet mécanique de contraintes externes agissant sans médiation sur l'organisme, mais l'expression d'un sens pratique (pugilistique), d'un sens de l'épargne corporelle acquis insensiblement au contact durable des autres athlètes et des coaches, au fil des entraînements et des combats, et qui reste en tant que tel inaccessible à la maîtrise consciente et délibérée (...) »⁷⁴. Produit de l'intériorisation de l'espace de la haute performance, le traitement que les sportifs font subir à leur corps s'inscrit dans une perspective de santé définie dans l'urgence, celle-là même qu'impose la logique du temps sportif. Le savoir être corporel qu'ils ont intégré inclut un rapport à la santé et au bien-être physique qui prend sens dans l'urgence propre au calendrier des compétitions, sans qu'ils considèrent leur équilibre corporel à plus long terme au-delà des échéances sportives.

I. 1. Temps sportif et valeur du travail

L'accès au sport de haut niveau est conditionné par l'intégration à un moment de la formation sportive d'un centre spécifique d'entraînement (Pôle Espoirs, Pôle France, Centre de formation,...). « L'ensemble du processus de sélection par lequel les futurs pensionnaires des centres spécialisés d'entraînement pour la pratique [du sport de haut niveau] sont préalablement repérés et évalués confère à l'institution sportive toutes les garanties de n'avoir à prêcher qu'à des jeunes [sportifs] qui ont intériorisé l'idée d'un projet de vie centré sur la performance »⁷⁵. Prêcher des convertis permet la construction technique et physique du sportif, dont le corollaire direct consiste en une augmentation de

⁷² FAURE, Sylvia. 2000. *Apprendre par corps, socio-anthropologie des techniques de danse*, Paris, La Dispute, p. 101.

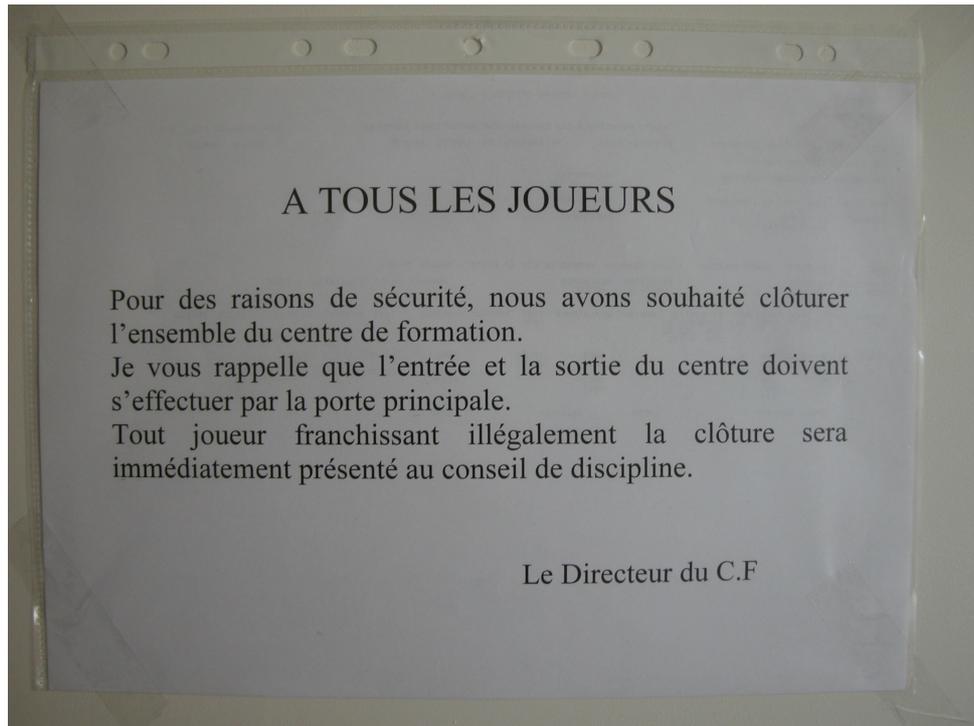
⁷³ ZAIDMAN, Claude. 2002. « Ensemble et séparé », in GOFFMAN, Erving, *Op. Cit.*, p. 9.

⁷⁴ WACQUANT, Loïc. 2000. *Corps et âmes. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Editions Agone, Collection Mémoires Sociales, p. 126.

⁷⁵ PAPIN, Bruno. 2001. *Op. Cit.*, p. 93.

la quantité de l'entraînement dès le plus jeune âge au point de s'adonner quotidiennement à une, deux voire trois séquences d'entraînement selon les sports, toutes les semaines et ce durant toute l'année. Cette structuration intensive du temps apparaît comme un élément constitutif de tous les sports pratiqués sur le mode de la haute performance. Ainsi, tous les sportifs que nous avons observés sont confrontés à l'usage intensif du temps. Les jeunes gymnastes du docteur Renaud tout comme les footballeurs du docteur Gardet possèdent un rythme de vie quasi-similaire. Ils sont scolarisés dans une même institution pour sportifs de haut niveau qui regroupe en son sein les futurs champions inscrits dans les centres de formation des clubs professionnels de football et de basket-ball, les pôles « Espoirs » ou « France » d'athlétisme, d'aviron, de gymnastique, de roller, de tennis, de tennis de table, ou encore de tir à l'arc. Ce traitement commun renforce le caractère généralisable du rapport au temps des sportifs inscrits dans le processus de la haute performance. Temps scolaires, séquences d'entraînement à raison de une ou deux séances hebdomadaires, déplacements sur les lieux de préparation sportive ou sur les lieux d'hébergement et restauration rythment l'organisation du temps tous les jours de la semaine de huit heures à vingt et une heures dans le cadre d'une planification qui ne laisse aucune place à l'improvisation. L'utilisation exhaustive du temps est un principe de construction du sportif parce qu'elle pose le principe d'utilisation théoriquement croissante du temps. « Il s'agit d'extraire du temps, toujours davantage d'instant disponibles et de chaque instant, toujours de forces utiles. Ce qui signifie qu'il faut chercher à intensifier l'usage du moindre instant, comme si le temps, dans son fractionnement même, était inépuisable; ou comme si, du moins, par un aménagement interne de plus en plus détaillé, on pouvait tendre vers un point idéal où le maximum de rapidité rejoint le maximum d'efficacité »⁷⁶. C'est bien cette technique qui est mise en œuvre dans l'organisation du temps du sportif, avec l'exploitation maximale du temps disponible pour permettre toujours plus de séquences d'entraînement, et donc toujours plus de temps utile pour former des corps performants. L'utilisation maximale du temps renvoie à l'intériorisation des sportifs de leurs conditions de vie, qui revient à terme à penser l'oisiveté et la non activité comme une faute morale, un écart à la conduite de vie normale d'un sportif de haut niveau. Cette incorporation de l'ascétisme est la résultante d'un long travail éducatif qui ne se fait pas toujours sans heurts.

⁷⁶ FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, p. 155.



Sur le tableau d'affichage du centre de formation du club de football professionnel dans lequel nous avons mené nos observations, une note d'information destinée à rappeler les normes de sorties des jeunes joueurs. Arguant de perspectives sécuritaires, il s'agit surtout pour l'encadrement de contrôler l'utilisation du temps qui est faite par les futures élites. Ici, les techniques d'inculcation de l'habitus du champion se veulent coercitives. L'oisiveté devient délit.

Le sport de haut niveau nécessite ainsi un effort continu, centré sur le corps, de préparations physique et technique. Le rapport au corps ajusté à la performance prend tout son sens dans les répétitions de gestes techniques et d'exercices physiques multiples dans ses formes et dans ses intensités auxquelles l'athlète soumet son corps sans relâche pour le rendre efficace dans la logique définie par la compétition sportive. L'entraînement est censé produire des performances, par une gestion optimale des intensités, des durées, des alternances. Le sportif modèle son corps aux exigences spécifiques de la discipline choisie et anticipe ses performances par son travail. Ainsi, le sportif produit des performances qui résultent du travail accompli inlassablement deux ou trois séances par jour dans les espaces spécifiques dédiés à la préparation sportive. La durée et la fréquence des entraînements et la répétition des mêmes exercices qui amènent parfois le sportif à la limite de l'épuisement physique ou mental n'excluent pas qu'ils procurent un plaisir sans lequel il serait difficile

de persévérer⁷⁷. Loïc Wacquant évoque pour le cas des boxeurs les « menus plaisirs » engendrés par l'entraînement intensif qui peuvent s'ériger en principes au regard des observations que nous avons menées. Il y a d'abord la camaraderie du « gym » que nous avons retrouvé sur chacun de nos terrains d'enquête, en gymnastique, au football ou encore en handball, et qui se manifeste de diverses manières. Encouragements, conversations complices, sourires, blagues ou encore frappes amicales dans le dos, dans les mains ou autres parties du corps entre les exercices ou à la fin de la séance d'entraînement selon un code spécifique à chaque sport témoignent de ce plaisir partagé. Ensuite, le plaisir naît dans la manière « de sentir son corps s'épanouir, se délier, se faire peu à peu à la discipline qu'on lui impose »⁷⁸. En atteste les sourires, les expressions du visage, les cris de joie, ou encore les comportements et les attitudes qui accompagnent la maîtrise d'un geste technique difficile ou la réalisation d'une série de musculation dont la charge est supérieure à l'ordinaire. Pour le gymnaste, la sensation de domination des agrès, la maîtrise des appuis sur les différents engins ou celle de son corps dans l'espace, la différenciation segmentaire finement dosée renforcent ce sentiment d'exaltation et d'épanouissement corporel. Dans le prolongement de cette plénitude corporelle, le plaisir suprême naît de la maîtrise d'une nouvelle figure acrobatique ou d'un nouvel enchaînement qui offre un sentiment de compétence décuplé. Enfin, le plaisir ressenti dans le travail sportif est d'autant plus grand qu'il est partagé par un sentiment d'appartenance à une communauté à part sur la base d'une complicité forte qui s'inscrit durablement entre les sportifs, amitié plus profonde que la simple solidarité liée à des intérêts partagés. Intériorisée par les champions et apprentis champions d'un même sport, cette forme de confrérie trouve son expression par des manières de se tenir, de marcher, de se saluer, de se comporter « ensemble », par des indices vestimentaires convenus au niveau de la pratique d'un sport (un simple regard sur la tenue des pratiquants des trois sports observés suffit à repérer des différences significatives sur les formes des shorts, des chaussettes mais aussi sur la manière de porter ces différents attributs) et des signes distinctifs d'appartenance à un pôle ou à un centre de formation.

Les valeurs du travail participent ainsi à la pensée de l'activité sportive conduisant en quelque sorte à une sublimation du travail. La préparation sportive est le

⁷⁷ **RIPOLL**, Hubert. 2008. *Le mental des champions. Comprendre la réussite sportive*, Paris, Editions Payot, 233 pages.

⁷⁸ **WACQUANT**, Loïc. 1989. *Op. Cit.*, p. 48.

commencement et la fin : une souveraine ascèse. Le travail est source de plaisir et de satisfaction, et ce n'est pas le moindre paradoxe du sport que de jouer sur la dénégalation du travail pour valoriser le plaisir d'une activité qui devient à elle-même sa propre fin. Le travail-sportif est une propriété faite vertu, l'abnégation de l'athlète à l'entraînement disparaît, seul demeure le plaisir engendré par l'excellence.

I. 2. Corps forts, corps usés

« N'est-il pas ainsi, au haut niveau des compétitions et des performances sportives, paradoxal de voir les athlètes, dont on pourrait attendre qu'ils fussent des modèles d'excellence en matière de condition physique, souffrir en permanence de blessures et de douleurs ? D'une certaine façon, le modèle du corps idéal, sain et exalté dans sa beauté sculpturale ou ses performances, passe par la mortification du corps réel »⁷⁹.

La douleur corporelle est la conséquence directe des conditions de vie objectives des sportifs de haut niveau. L'intensité du quotidien sportif, ramenée à l'échelle des carrières, laisse son empreinte dans les profondeurs des corps. Nous parlons « d'érosion des corps » pour caractériser ce phénomène⁸⁰. Processus écologique contre lequel on ne peut agir, vents et pluies rognent doucement mais sûrement nos reliefs. De la même façon, le sport d'élite, par un phénomène socio-biologique basé sur l'incorporation d'un véritable ascétisme de vie, entame le « capital santé » des athlètes par une usure continue des corps⁸¹. En effet, bien que les auteurs ne s'entendent pas sur le volume précis d'activité intensive, on peut considérer de façon relativement consensuelle qu'au-delà de 15 heures d'entraînement hebdomadaires, l'intégrité des corps est mise en jeu. Loin du discours idéologique lénifiant du « sport santé », organisé selon « les préceptes de l'évangile

⁷⁹ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 90.

⁸⁰ VIAUD, Baptiste. 2008. « L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives, les paradoxes de la médecine du sport ? », *Revue Internationale de l'Education Familiale*, Editions Matrice n°24, p. 57-76.

⁸¹ ROUSSEL, E. 1994. *Analyse des données d'un questionnaire sportif et de cadre de vie et du suivi physiologique de 22 gymnastes de haut niveau âgés de 8 à 17 ans*, Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard, Lyon.

hygiéniste »⁸², lorsqu'ils sont soumis à trop rude épreuve, les corps souffrent, s'abîment, s'essoufflent.

Au podium des corps meurtris

Fabien, 15 ans, gymnaste sélectionné et entraîné dans l'un des 8 pôles « espoir français ».

À l'issue de 25 heures d'entraînements en moyenne par semaine, et ce quasiment 11 mois sur 12, il est possible de dresser la liste des difficultés rencontrées par ce jeune gymnaste sur l'ensemble de la saison 2006-2007. Ces informations médicales sont de première main, dans la mesure où il nous a été permis d'assister à l'ensemble des entretiens réalisés entre le docteur Renaud et les gymnastes lors des visites médicales hebdomadaires au centre sportif. Fabien n'est pas un cas isolé, nous aurions pu reproduire cet exercice pour chacun des gymnastes présents dans le centre.

Semaines 1 et 2 : Souffrance au talon droit ; Infection entre deux doigts de pied.

Semaines 3 et 4 : Souffrance aux talons.

Semaine 5 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau du dos.

Semaine 6 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau de l'épaule ; douleur handicapante concernant l'insertion tendineuse du triceps.

Semaine 7 : Souffrance aux talons ; contracture musculaire au niveau de l'épaule, qui remonte dans le cou.

Semaine 8 : Douleur claviculaire.

Semaine 9 : Entorse du poignet.

Semaine 10 : Entorse du poignet ; contracture du moyen fessier avec suspicion de bursite.

Semaine 11 : Atteinte du ligament triangulaire au niveau du poignet ; douleurs cervicales.

Semaines 12, 13 et 14 : Suspicion d'ostéochondrose du poignet ; douleur à la hanche gauche.

Semaine 15 : Absent (grippe).

Semaine 16 : Suspicion d'ostéochondrose du poignet, avec douleur irradiante dans la colonne du pouce.

Semaine 17 : Suspicion de périostite à l'avant-bras ; contracture musculaire au niveau de la cuisse.

Semaines 18, 19, 20, 21 et 22 : Suspicion de périostite à l'avant-bras ; douleurs chroniques au poignet.

Semaine 23 : Douleurs à la hanche ; douleurs au talon.

Semaine 24 : Suspicion de maladie de Sever du talon.

Mathias, 15 ans, Gardien de but, sélectionné et entraîné au sein du centre de formation du club de football professionnel.

⁸² Dans le chapitre intitulé « les voies de la médicalisation », de son ouvrage collectif « L'ère de la médicalisation », Pierre Aïach parle de la naissance d'une véritable « idéologie de la santé » pour qualifier la médicalisation de l'existence : « Rien, ou presque rien, ne peut échapper à cette mise en conditionnement sanitaire ». AÏACH, Pierre.1998. « Les voies de la médicalisation », in AÏACH, Pierre ; DELANOË, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, p. 30.

Il est également possible de dresser la liste des difficultés rencontrées par ce jeune footballeur sur l'ensemble de la saison 2006-2007. Le recueil des informations est cette fois différent dans la mesure où nous n'avons pas eu l'autorisation d'assister aux consultations médicales réalisées par le docteur Gardet. Les données sont issues d'entretiens semi-directifs menés séparément avec le médecin et le sportif. Mathias a été victime d'une entorse acromio-claviculaire en début de saison, qui à l'issue d'une reprise trop précoce de l'entraînement, s'est renouvelée et surtout aggravée (l'obligeant à plusieurs semaines d'arrêt de la compétition). La saison a ensuite été ponctuée de nombreuses douleurs et petites blessures, dont une entorse du doigt (« le doigt, c'est rien du tout, on est habitué, nous les gardiens, il suffit de bien le maintenir, et une fois qu'il est dans le gant, c'est bon ! »). Enfin, en toute fin d'année, Mathias s'est à nouveau blessé et souffre cette fois d'une entorse sterno-costoclaviculaire. Au total, cela représente un peu moins de dix examens médicaux complémentaires dans des structures médicales annexes (du type IRM, radios, échographies, etcetera).

La sélection précoce sur des critères liés à la « valeur sportive », puis le maintien des « élus » dans un système fermé sont autant de « rites d'institution ». « Parler de rite d'institution, c'est indiquer que tout rite tend à consacrer ou à légitimer, c'est-à-dire faire méconnaître en tant qu'arbitraire et reconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire ». Par la sélection, « l'effet majeur du rite est celui qui passe le plus complètement inaperçu : en traitant différemment [les individus], le rite consacre la différence, il l'institue. [...]. La séparation accomplie dans le rituel exerce un effet de consécration. [...] L'acte d'institution est un acte de communication [qui] signifie à quelqu'un son identité, mais au sens à la fois où il la lui exprime et la lui impose en l'exprimant à la face de tous, et en lui notifiant ainsi avec autorité ce qu'il est et ce qu'il a à être. [...] Deviens ce que tu es. Telle est la formule qui sous-tend la magie performative de tous les actes d'institution. [...] Et l'utilisation que les rites d'initiation font, en toute société, de la souffrance infligée au corps se comprend si l'on sait que, comme nombres d'expériences psychologiques l'ont montré, les gens adhèrent d'autant plus fortement à une institution que les rites initiatiques qu'elle leur a imposés ont été plus sévères et plus douloureux »⁸³. Dès lors, cet état de fait, sous la pesanteur normative de l'espace du sport d'élite, se transforme en un état de droit. La mobilisation sur la production d'un corps performant s'accompagne d'un rapport à la douleur qui va jusqu'à la banalisation de la blessure. La résistance aux diverses blessures se présente alors comme un élément fondamental constitutif du savoir-être corporel des sportifs de haut niveau. Cette

⁸³ BOURDIEU, Pierre. 1982. « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°43, p. 58-63.

conséquence objective des conditions d'existence des athlètes se transforme en une valeur éminemment structurante qui déterminera, en partie, la distribution différenciée des positions au sein de l'espace du sport d'élite, la résistance à la douleur et à la blessure se traduisant en effet comme le témoin incontestable d'une certaine « valeur sportive ». Dès le début du XX^e, le grand champion et journaliste Jean Bouin disait de l'effort qu'il « est une persécution qui affermit la foi »⁸⁴. Près d'un siècle plus tard, une étude réalisée en 1999 en Grande Bretagne sur la gestion des blessures dans les clubs de football professionnels montre ainsi que la persévérance dans la souffrance est considérée comme un trait caractéristique du « bon professionnel »⁸⁵. « La douleur est le sacrifice que l'athlète consent dans un échange symbolique visant à le faire figurer en bonne place lors de l'épreuve ou de l'établissement d'un record »⁸⁶. De la maîtrise individuelle du glaçage d'une blessure légère par exemple, jusqu'à l'arrêt brutal d'une carrière suite à un accident dont la gravité n'autorise plus la pratique sportive à son plus haut niveau, la gestion de la santé physique détermine la capacité de « production de la performance », et organise en partie les positionnements individuels. Cette mise en ordre à partir des désordres du corps s'accompagne logiquement d'un certain nombre d'effets normatifs. Entre une sur-utilisation organique nécessaire à la victoire sportive et la préservation fondamentale de l'intégrité physique pour prolonger au mieux la santé corporelle et mener au plus loin les projets sportifs, la gestion de cet éternel déséquilibre se règle dans de multiples négociations. Au cœur de la dialectique « bonne santé » et « santé suffisante pour la réalisation de performances à l'instant t », la question de la gestion sanitaire des corps dans le processus de construction des élites sportives semble donc devoir être interrogée, du point de vue de l'encadrement technique, des sportifs eux-mêmes, et enfin bien sûr de l'encadrement médical.

I. 2. a. Entraîner et surveiller

Pour l'encadrement technique, et plus particulièrement la figure incontournable de l'entraîneur, cette gestion ambiguë des corps se manifeste de plusieurs façons. D'abord par un processus récurrent de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur. Il

⁸⁴ **BOUIN**, Jean. 1913. « L'école du champion », *La Vie au Grand Air*, 4 octobre 1913, p. 846-847.

⁸⁵ **WADDINGTON**, I., **RODERICK**, M., & **PARKER**, G. 2002. *Managing injuries in professional football: the roles of the club doctor and physiotherapist*. Centre for research into sport and society, University of Leicester.

⁸⁶ **LE BRETON**, David. 2006. *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, p. 205.

est normal de souffrir, et le « bon sportif » est celui qui résiste, celui qui est capable de « faire avec ». Ainsi faut-il comprendre le discours d'un entraîneur de Ligue 1, le lendemain d'un match de championnat, lorsqu'il improvise un court débriefing avec un joueur qu'il croise dans un couloir du centre sportif. Déçu par son manque d'implication physique et face à l'argumentation déployée par le joueur qui invoque un mal de dos, il explique : « Si tu commences à trop t'écouter, on n'a pas fini hein ! Faut changer de métier ! ». De même, lorsque Fabrice, gymnaste de 13 ans formé au sein du pôle espoir, exécute un mouvement sur le cheval d'arçon devant son entraîneur, et que suite à une imprécision, son tibia vient heurter violemment la poignée en bois qui orne cet agrès, le jeune sportif chute, roule sur lui-même en se tenant la jambe et accompagne ce ballet tragico-comique d'un long hullement plaintif. Passés les rires de ses camarades, l'entraîneur lui explique : « Mais non, tu n'as pas mal, mais non. Allez ! Relève-toi et recommence ».

Le rapport à la douleur devient source de jugement et d'évaluation des futurs champions. Le personnel encadrant et particulièrement les entraîneurs, sont extrêmement sensibles à cet aspect. Le jeune athlète qui fait preuve d'une résistance élevée à la douleur et qui a la capacité de dépasser ses difficultés afin de maintenir son rendement à l'entraînement et dans les compétitions, est intéressant dans la logique du sport de haut niveau⁸⁷. Ainsi, Mathias, gardien de but de l'équipe des moins de quinze ans du centre de formation du club professionnel de football, nous explique la façon dont s'opère, concrètement, ce système de sélection et d'évaluation du sportif dans son rapport à la douleur et à la blessure. Victime de sa troisième entorse acromio-claviculaire de la saison, il consulte de son propre gré le docteur Gardet tous les jours. Conscient qu'une telle blessure n'aura que peu évolué d'un jour à l'autre, Mathias tient par-dessus tout à respecter cet emploi du temps, d'une part pour se rassurer sur le devenir positif de son mal, mais aussi et surtout car il sait, malgré sa jeune expérience, qu'il fait l'objet d'une surveillance continue. « Ils nous surveillent sur tout. Donc aussi sur la façon dont on se soigne. Si on va souvent chez le médecin et le kinésithérapeute, si on est fort dans notre tête par rapport à notre blessure et tout ça...C'est comme ça que ça marche. Il faut que je leur montre que je suis super motivé et que ça va pas m'arrêter ! ». Dans une logique comparable, Allan,

⁸⁷ La comparaison avec la tradition chrétienne dans laquelle « la douleur est l'expression de la dévotion » est ici fort séduisante. Voir par exemple : **LE BRETON**, David. 2003. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 142 pages.

jeune gymnaste de 16 ans, est actuellement mis à l'écart du groupe des onze autres athlètes d'un pôle espoir. Atteint d'une douleur à l'épaule depuis le début de la saison et victime d'exams médicaux ne révélant aucune pathologies spécifiques, le personnel encadrant traduit ce comportement comme un manque de volonté, de combativité et émet des doutes sur sa réelle motivation. Par un lent processus observable (désaccords verbaux, mise à l'écart pendant les entraînements, discussions avec les parents, etc.), Allan est en train de se mettre et d'être mis au banc de ce milieu très spécifique. Et, envisageant de le sortir du pôle dès l'année suivante, le cadre technique lui-même, aux vues de sa propre perception du comportement du jeune homme, nous explique : « vu sa motivation à l'entraînement, le retour à la réalité devrait se faire tout naturellement ».

Le paradoxe du double-corps, celui que l'on pousse et celui que l'on protège, joue ici à plein dans la mesure où l'on retrouve dans les discours de l'encadrement sportif des stratégies de banalisation, utiles pour augmenter la rentabilité du « corps-outil », mêlées à des mécanismes d'évaluation et de surveillance, dont le corollaire direct est une surmédicalisation du « corps-humain ». Surmédicalisation qui devient stigmatisante dès lors qu'elle ne sert plus directement le projet sportif. Celui qui se blesse trop souvent, qui demande à être arrêté, perd de sa rentabilité. Ainsi, l'entraîneur de l'équipe professionnelle de football, lorsqu'il aperçoit l'un de ses joueurs attendre devant la porte du docteur Beaugendre juste avant de débiter une séance d'entraînement l'interpelle et lui dit : « Qu'est-ce que tu fais encore là, toi ? T'es footballeur où quoi ? Hey faut changer de métier hein !... ». Le joueur répond alors ironiquement : « Ouais, ouais, je vais faire chanteur... ». L'entraîneur de renchérir : « Ouais, c'est ça... Tu vas pouvoir t'entraîner au moins ? ». Le message est très clair, une résistance insuffisante aux douleurs et blessures est incompatible avec le métier de footballeur professionnel. L'entraîneur ne fait que rappeler ici l'une des lois fondamentales que ce sportif a déjà parfaitement intégrée. A terme, le sportif risque de sortir du système.

I. 2. b. S'exposer et se protéger

En ce qui concerne les sportifs eux-mêmes, la gestion paradoxale des corps produit des effets similaires. Les techniques d'inculcation de l'habitus du champion par la banalisation de la blessure et la normalisation de la douleur sont responsables de

l'incorporation d'un rapport au corps dans lequel il va s'agir de ne pas trop s'écouter. Les bruits corporels, parce que susceptibles de devenir obstacles à la productivité, doivent être mis à distance. « La douleur et la blessure doivent être dépassés par l'athlète qui ne peut se laisser aller, il doit "se forcer", "apprendre à aller au-delà de la douleur", "se forger le caractère", car "c'est faire le métier". Cette distanciation vis-à-vis de la douleur est intimement reliée à une problématique temporelle du "métier" : prendre le temps de se soigner vraiment, c'est arrêter l'entraînement ; choisir une médiation rapide et soutenir la douleur, c'est continuer l'entraînement »⁸⁸. Ainsi, Joël Bats, ancien gardien emblématique de football, explique dans sa biographie : « Je suis sûr qu'un gardien apprend à souffrir autrement et plus tôt qu'un joueur du champ. [...]. Sur ce terrain, j'ai joué des heures et des heures. Chaque plongeon, chaque chute faisaient mal et me mettaient au bord de la nausée. C'est aussi dans cette faculté de se taire, de subir, que l'on juge un gardien. [...]. Des mois durant, les coudes ensanglantés après l'effort, et les muscles durs et tuméfiés des cuisses m'empêchaient de m'entraîner convenablement. Je savais que cette période, inévitable, faisait partie d'un cycle d'initiation, de la quête d'une maturité nouvelle. [...]. Souffrir, c'est surtout savoir que l'on n'a pas fini de vivre. [...]. Au nom de je ne sais quel masochisme, sans douleur, je ne suis plus le même. Je me suis habitué à cette idée. Depuis mes plongeurs sur le ciment et les entraînements de plus en plus intensifs, l'idée de supprimer la douleur ne me vient plus à l'idée. Elle était toujours là, plus ou moins présente. A moi de négocier avec elle »⁸⁹. Et l'actuel gardien d'une équipe de Ligue 1 nous expliquait récemment : « Tu peux avoir des douleurs, mais qui ne t'empêchent pas de jouer ». C'est toute la balance entre douleurs et conséquences. « Si tu as mal, mais que normalement ça ne risque pas de s'aggraver, tu joues. La douleur, on s'y habitue. On ne peut pas faire autrement ! [...] Faut vivre avec ! Si c'est une douleur et que ça ne peut pas s'aggraver, et bien ce n'est pas grave, il faut jouer ! ». Dans ce processus d'incorporation des normes du « travail sportif », le corps est réifié et accède au statut d'instrument, qui existe presque « à côté » de l'individu (« Notre corps, c'est notre outil de travail. Donc il faut être sérieux et ne pas faire n'importe quoi si on veut progresser et devenir meilleur »⁹⁰). Ainsi, le vocabulaire anatomique subit lui-même les effets d'une telle transformation et le sportif ne se blesse pas mais se « casse » (« Non seulement mes

⁸⁸ DE LESELEUC, Eric & MARCELLINI, Anne. 2005. « Légitimité vs illégitimité du dopage chez les sportifs de haut niveau. Comment se définissent les limites du non acceptable ? », *Revue STAPS*, n°70, p. 39.

⁸⁹ BATS, Joël. 1987. *Gardien de ma vie*, Paris, Editions J'ai lu, p. 121.

⁹⁰ Sont rapportés ici les propos de Mathias, jeune gardien de l'équipe des moins de 15 ans du centre de formation du club de football professionnel.

genoux restaient gonflés 24 heures sur 24, mais l'ensemble de mon organisme criait "stop". Je l'ai compris lorsque je me suis fracturé la cheville. La machine était tout simplement cassée... »⁹¹).

A l'inverse, la surveillance et la médicalisation de l'espace du sport d'élite contribuent à l'incorporation d'une sur-écoute du corps. Il s'agit cette fois de posséder une conscience aiguisée de son être, de façon à ne pas passer à côté de difficultés susceptibles de s'aggraver. Perturber le calendrier sportif par défaut de vigilance est inacceptable. Cette fois, les sportifs développent des connaissances médicales profanes extrêmement pointues, comme l'utilisation circonstanciée du chaud et du froid, la pratique d'automassages, la réalisation de pansements et de bandages parfois complexes, etc⁹². Ils disposent à terme d'un vaste vocabulaire leur permettant l'identification et la description d'un nombre important de symptômes. Cette augmentation de la « compétence médicale » ne peut se comprendre qu'à travers l'augmentation du besoin médical. Hyper-consommateurs de soins, les sportifs de haut niveau ont une fréquentation médicale nettement supérieure à la moyenne⁹³. Pour illustrer cette surconsommation médicale, peut-on évoquer les 92 consultations qui ont eu lieu au sein du club de football professionnel sur une saison sportive, pour un effectif de 28 joueurs de Ligue 1, et qui ont nécessité un « bilan médical » plus approfondi. A raison de deux à trois examens complémentaires (du type radiographie, échographie, IRM, etcetera) pour chacune de ces consultations, il faut compter environ 230 examens en une année, soit plus de 8 examens par joueurs ! De même, le docteur Rauilo, médecin des équipes de France de handball, estime à 321 le

⁹¹ Récit de la Canadienne Nathalie Lambert, championne du monde et médaillée olympique de short track dans les années 1990. Cité dans **Non-signé**. 2005. « Tout savoir sur les blessures du sportif », *Sport & Vie, Hors-série* n°22, p. 62.

⁹² Julien, gymnaste de 17 ans, a été plâtré après s'être blessé gravement à la cheville, et reçoit chaque jour des piqûres d'anticoagulants. Mais le jeune homme, qui voit dans ce déplacement quotidien au centre médical une perte de temps importante, négocie directement avec l'infirmière et obtient le droit de réaliser lui-même ce soin (« ça pique un peu, mais ça va »). Cette gestion « courageuse » et précoce de la médication est un trait commun dans l'espace séparé du haut niveau sportif. Ainsi, le docteur Quirion a eu le même cas dans le pôle de handball. Une jeune fille de 16 ans réalisait ses propres injections d'anticoagulants, ce qui cette fois a posé problème car la détention de seringues est interdite dans l'enceinte d'un établissement scolaire. C'était à l'infirmière du lycée que revenait cette mission. L'affaire sera finalement classée sans que des sanctions ne soient prises.

⁹³ Cette hyper fréquentation est facilitée par la présence de nombreux professionnels de santé dans l'espace proche de l'athlète. Lorsque l'on dresse le paysage médical propre aux gymnastes du pôle espoir dans lequel nous avons mené nos observations, le résultat est impressionnant. Sur une saison sportive, ils côtoient ainsi le médecin du pôle, le médecin de famille (bien souvent conservé lorsque le lieu d'entraînement n'est pas trop éloigné du domicile familial et qu'il autorise des retours plus réguliers), le médecin du CREPS (médecin de garde pendant la semaine d'internat), les médecins du service hospitalier de médecine du sport, un kinésithérapeute, un acupuncteur, une psychologue du sport, et pour certains un ostéopathe.

nombre de consultations effectuées pour les 43 jours de stages de la seule équipe féminine. Rapporté aux 21 accidents sur cette même période, l'inflation du besoin médical est ici manifeste⁹⁴. Enfin, au sein du pôle espoir de gymnastique, ce n'est pas moins de 17 consultations approfondies qui ont été réalisées en plus du suivi hebdomadaire pour un effectif de 12 athlètes, soit le total de 25 examens complémentaires (16 radiographies, 6 échographies, 1 IRM, 1 scintigraphie et 1 arthroscanner). Si le degré de consommation d'actes médicaux semble s'élever à mesure que le niveau et les moyens sportifs augmentent, la prise en charge reste donc maximale. L'apprentissage du glaçage très tôt dans les filières sportives de formation est également particulièrement révélateur. Il s'agit en effet d'une forme d'automédication extrêmement répandue, qui consiste à appliquer le principe de précaution au moindre doute physique. Avant même qu'un éventuel problème soit médicalement repéré, chaque bruit corporel fait l'objet d'une attention soutenue.



A l'intérieur du club professionnel de football qui dispose d'un centre de formation, le distributeur de glace pilée est idéalement placé, dans les toilettes adjacentes aux vestiaires de l'équipe professionnelle. Au cœur des lieux de vie, la pratique du glaçage devient habitude et illustre parfaitement l'attention soutenue qui est portée aux bruits du corps. Encore une fois, le principe de l'augmentation du temps utile

⁹⁴ **DESBORDES**, Nicolas. 2007. « Handball féminin. Les bleues championnes du monde ? », *Médecins du sport*, n°86, p. 11.

fonctionne. Le temps qui sépare l'entraînement de la prise en charge sanitaire est réduit à son minimum.

Enfin l'utilisation d'articles de contention ou de maintien par les sportifs peut se lire dans le cadre de ce double rapport au corps. Trop conscients du coup d'arrêt que peut représenter une blessure grave dans la carrière sportive, nombreux sont les athlètes qui possèdent une forte croyance dans les vertus protectrices et non uniquement curatives de ces genouillères, bandages, ou orthèses. Ils en prolongent donc l'utilisation au-delà des prescriptions médicales. De même, n'étant pas dupes de ce phénomène d'évaluation de la gestion sanitaire de leurs corps par leur entourage direct, certains athlètes utilisent sciemment ces articles pour se mettre en valeur. Les accessoires deviennent alors autant d'artefacts permettant une relative « héroïsation » de soi, par la mise en scène d'une certaine persévérance dans la souffrance. Le bandage systématique des doigts dans une discipline sportive telle que le handball fait ici figure d'exemple.

II. Encadrements médico-sportifs et effets normatifs

Pourtant, dans ce paysage sportif, il est devenu impossible d'évoquer la gestion de la santé physique sans discuter un instant de la place et du rôle de l'encadrement médical. Plus particulièrement, depuis la clarification du statut du sportif de haut niveau dans les années 1970 en France, la division du travail sportif s'est affinée, et la figure du médecin du sport n'a cessé de se renforcer⁹⁵. Aujourd'hui, le cadre législatif est clair, le praticien est l'auxiliaire du sportif, garant de son intégrité physique⁹⁶. Il est dès lors extrêmement intéressant de questionner la façon dont les médecins, selon le mélange original de leurs socialisations médicales et sportives ainsi que le lieu de leur exercice, en milieu hospitalier ou sur le terrain sportif, s'inscrivent dans ce paradoxe du double corps qui traverse et structure l'espace du sport d'élite. Font-ils obstacles à l'érosion des corps comme on pourrait être amené à le supposer ? Autrement dit, les médecins de terrain ont-ils les

⁹⁵ FLEURIEL, Sébastien. 2004. *Op. Cit.*, 95 pages.

⁹⁶ HARICHAUX, Michèle & Pr. HARICHAUX, Pierre. 2004. *Op. Cit.*, p. 35-40.

moyens de s'extraire de l'influence normée et normative de la structure qui les emploie, et d'imposer une logique médicale antinomique aux valeurs fondamentales du sport de haut niveau ? A l'inverse, les médecins hospitaliers ont-ils la capacité et la volonté de répondre à un besoin sportif spécifique auquel ils sont pour la plupart biographiquement étrangers ? Les colloques singuliers, dont nous avons montré dans le précédent chapitre qu'ils étaient différents selon le profil médico-sportif du professionnel de santé, méritent une analyse approfondie. « Le discours [...] est une "résultante" de la compétence du locuteur et du marché sur lequel passe son discours ; le discours dépend pour une part des conditions de réception. Toute situation linguistique fonctionne donc comme un marché sur lequel le locuteur place ses produits et le produit qu'il produit pour ce marché dépend de l'anticipation qu'il a des prix que vont recevoir ses produits. [...]. Apprendre un langage, c'est apprendre en même temps que ce langage sera payant dans telle ou telle situation. [...]. Toute situation linguistique fonctionne comme un marché dans lequel quelque chose s'échange. Ces choses sont bien sûr des mots, mais ces mots ne sont pas seulement faits pour être compris ; le rapport de communication n'est pas un simple rapport de communication, c'est aussi un rapport économique » où se jouent un certain nombre d'enjeux⁹⁷. Aussi, il serait vain de détailler les pratiques et les discours des médecins sans interroger à aucun moment leurs interactions avec les sportifs et l'encadrement technique. Si les médecins, en fonction de la position dans laquelle s'inscrivent leurs pratiques discursives, ne poursuivent pas des objectifs identiques, il en est de même pour les acteurs sportifs (qu'il serait dangereux de réduire à un rôle passif et silencieux).

II. 1. Trop vite, trop haut, trop fort ?

« Celui qui renonce à devenir meilleur cesse déjà d'être bon »⁹⁸.

« Se trouve ainsi posée la question de la légitimité du pouvoir

⁹⁷ BOURDIEU, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 97-99.

⁹⁸ Cette inscription habille le montant de l'accès aux chambres des jeunes footballeurs recrutés et sélectionnés au sein du centre formation du club professionnel de football. Epée de Damoclès matérialisée, cet écriteau rappelle aux occupants des locaux la raison de leur présence et réaffirme la logique fondamentale que chacun doit poursuivre : la perpétuelle recherche de l'amélioration de ses performances.

médical à instaurer des règles pour le milieu sportif de haute compétition, et à prévaloir des normes qui protègent la santé des gymnastes en particulier, mais aussi des athlètes de haut niveau en général, y compris contre eux-mêmes »⁹⁹.

La position a priori la plus critiquable, et a fortiori la plus critiquée, est bien celle du « médecin champion », étant entendu celui qui évolue au plus près des athlètes et partage leur projet sportif. Cette adhésion aux normes et valeurs qui structurent l'espace du sport d'élite est régulièrement remise en cause par les praticiens hospitaliers car elle contraste avec le discours médical dominant qui donne à voir un médecin indépendant, centré sur des enjeux de santé dans lesquels la sauvegarde de l'intégrité physique ne peut être reléguée au second plan de ses préoccupations. Au-delà de ce prêt à penser critique – issu de la morale médicale traditionnelle (et qui n'est pas sans rappeler la tradition philosophique et médicale ancienne qui opposait le corps à l'esprit), qui considère la recherche de la performance comme une gangrène, capable de ronger jusqu'au plus déontologique des praticiens dès lors qu'il se sera compromis dans cet univers jugé malsain – l'inscription du médecin dans la chaîne de production des élites interroge malgré tout les limites du médical et de sa normativité. Les médecins du sport de terrain échappent-ils donc totalement au projet sportif, ou vendent-ils leurs serments d'Hippocrate au diable ?

En fait, il apparaît clairement que le praticien compose entre le code sportif et le code médical. Ainsi, il participe à la sauvegarde des corps lorsqu'il prescrit par exemple des examens complémentaires, ou qu'il impose des arrêts sportifs. Il met sa compétence médicale au service du sportif. Mais il met également cette compétence au service du projet sportif. En ce sens, il devient le complice plus ou moins actif du système, et contribue à en reproduire les normes. Par son activité, il renforce la valeur structurante de la blessure et de la douleur. Cette caractéristique semble consubstantielle de la présence même du médecin dans l'espace de l'élite sportive, et ce quelle que soit la hauteur de son engagement au sein des groupements sportifs. Qu'il s'agisse des docteurs Beaugendre et Gardet dont les contrats stipulent 25 heures de présence par semaine au sein du Club professionnel de football et le suivi médical obligatoire des rencontres disputées à

⁹⁹ **PAPIN**, Bruno. 2000. *Sociologie d'une vocation sportive. Conversion et reconversion des gymnastes de haut niveau*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, p. 332.

domicile, du docteur Raulo, salarié à plein temps de la Fédération française de Handball qui consacre environ 120 jours de déplacements chaque année au suivi des sélections nationales, ou bien enfin du docteur Renaud, médecin vacataire qui se déplace une journée par semaine dans les locaux du pôle de gymnastique, cette propension à jouer le jeu sportif semble être identique. Le simple fait de pénétrer ce milieu restreint du sport d'élite est en soi un gage d'allégeance relativement fort. L'adhésion biographique des médecins à un ensemble de valeurs ascétiques toutes entières tendues vers la réalisation de performances de plus en plus élevées, place de fait le praticien dans la chaîne de production de la victoire¹⁰⁰. Il ne s'agit pas simplement de prévenir une blessure pour ne pas entraver le quotidien sportif mais bien plus de participer à la construction des « habitus » sportifs. Etre sportif de haut niveau ne relève évidemment pas d'une élection « génético-divine », mais bien d'un long processus marqué par une série de stratégies plus ou moins conscientes qui symbolisent le passage du monde ordinaire au monde extra ordinaire de la haute performance. La séparation d'avec la famille dès le plus jeune âge, la scolarité dans des centres spécialement adaptés aux sportifs de haut niveau dont l'emploi du temps est différent de celui des autres enfants, la quantité d'entraînement, les répétitions métronomiques des techniques sportives, etc., sont autant de marques d'un processus d'intériorisation, d'incorporation des valeurs et des codes propres à cet espace spécifique. Et le médecin du sport tient une place importante parmi les agents qui produisent ces dispositions physiques et mentales à la haute performance.

II. 1. a. Soigner et adhérer

– Sélection –

L'influence du médical dans le processus de sélection des futurs champions, à l'entrée des clubs et des associations sportives, est un phénomène dont nous avons montré qu'il était historique. Dès le début des années 1920, le docteur Boigey expliquait très précisément la façon dont il avait découvert le futur talent sportif de Joseph Guillemot sur la base de mesures scientifiques. « Grace à des tests préalables, il raconte avoir sélectionné

¹⁰⁰ Certains évoquent une *confusion* des rôles pour qualifier la position de ces médecins. Plutôt que de parler de confusion, qui laisse entendre une forme de duperie du monde sportif envers des médecins tombés dans le piège de leur instrumentalisation, il semble préférable de trouver un terme plus fidèle aux processus actifs et aux représentations engagées par les agents eux-mêmes. Aboutissement logique d'une trajectoire individuelle, bien plus que d'une confusion, il s'agit d'une *adhésion*.

le coureur à l'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" »¹⁰¹. Depuis les années 1970 et l'institutionnalisation du sport de haut niveau en France, le rôle des médecins a été redéfini et s'inscrit dans une division du travail plus nette, mais les professionnels de santé restent actifs dans les mécanismes de sélection des jeunes sportifs. Cette « difficulté » a été pointée en 2002 par un groupe de travail mis en place par le conseil de prévention et de lutte contre le dopage. Dans ses conclusions, ce groupe de réflexion estimait nécessaire que les médecins de club ou d'équipe professionnel n'acceptent pas ce rôle d'expertise et d'évaluation, de façon à ne conserver qu'une pratique de soins, associée à une mission de prévention et d'information¹⁰². En effet, si l'arrêt temporaire en cours de saison pour raisons médicales ne choque pas, la recherche d'antécédents de blessures lors de la sélection des jeunes sportifs paraît difficilement défendable. Les médecins de certains pôles de handball doivent signaler par exemple, lors des visites médicales préalables, les antécédents de rupture des ligaments croisés, tout cas répertorié devenant non prioritaire car statistiquement moins fiable physiquement que les autres. Le récent documentaire réalisé par Véronique Houth qui retrace le quotidien de l'ancienne gymnaste internationale, Soraya Chaouch, est à ce titre parfaitement révélateur de l'usage de la médecine dans des perspectives de sélection sportive. La jeune athlète tente en effet d'assurer sa reconversion sportive dans l'univers du tumbling suite à une blessure qui lui a définitivement fermé les portes de l'équipe de France de gymnastique artistique. Peu de temps après son arrivée au pôle France de Tumbling, une scène filmée dans les locaux sportifs paraît irréelle. Le médecin de la structure réalise l'examen clinique de la jeune femme et lui demande de lui

¹⁰¹ Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922, p.5. Cité dans **CHARPIER**, Francis. 2004. *Op. Cit.*

¹⁰² Dr. **FRIEMEL**, Françoise. 2002. « La vie de Société française de médecine du sport », *Science & Sports*, n°17, p. 206.

faire le listing de ses antécédents de blessures. Des douleurs chroniques au dos, un coude et un genou qui se bloquent régulièrement, et enfin des muscles ischio-jambiers récalcitrants. Le médecin admet en riant que « le sport de haut niveau n'est pas physiologique pour le corps », mais constate avec satisfaction qu'aucune des difficultés répertoriées n'est véritablement antinomique avec la pratique du tumbling à haut niveau. « Tout va bien ! Ici ce qu'on redoute vraiment, c'est les problèmes aux tendons d'Achille parce que c'est ce qui pète en premier et le plus souvent ». La jeune gymnaste passe donc le « test médical » avec succès et entame une nouvelle carrière dans le tumbling¹⁰³. Dans une logique comparable, il nous a été permis d'observer un détournement des informations médicales de la part de certains médecins fédéraux, utilisant les données consignées dans les dossiers comme critères de sélection des jeunes sportifs pour la participation à des stages nationaux ou internationaux. Ainsi, un jeune handballeur, apte médicalement à reprendre l'activité sportive à son plus haut niveau selon son médecin de pôle suite à une blessure et donc capable de participer à un stage national, s'est vu refuser son départ en sélection. Le médecin fédéral n'a pas voulu prendre de risques, le prix du séjour, l'hypothétique baisse de rendement et la peur d'une rechute ayant ici eu valeur d'arguments. Il n'est d'ailleurs pas rare que les médecins des équipes nationales sollicitent leurs confrères sur le terrain afin de faire un état des lieux de l'état de santé des sportifs repérés, et ainsi s'assurer de leur rentabilité en cas de sélection (le docteur Raulo demandera par exemple au docteur Quirion de réaliser un compte rendu de la blessure du poignet d'une joueuse pressentie pour participer à un stage de préparation aux mondiaux juniors, afin de statuer sur sa sélection). Autrement dit, un vaste processus de discrimination sur la base d'informations sanitaires (théoriquement tenues secrètes) est en cours dans le système de sélection des élites sportives, sans que cette violence symbolique ne soit jamais relevée comme telle¹⁰⁴.

– *Conversion* –

Là où l'entraîneur est actif dans la production chez les jeunes athlètes d'un habitus conforme aux normes et aux valeurs qui structurent l'espace de la haute performance, le

¹⁰³ **HOUTH**, Véronique. 2007. « Rebondir », *Magazine Strip-tease*, mk2, 55 minutes.

¹⁰⁴ Certains dans l'entourage sportif attendent du médecin une attitude encore plus radicale. Le préparateur physique du club professionnel de football dans lequel le docteur Beaugendre a une activité de sélection des joueurs, lui reproche une attitude qu'il juge trop laxiste. « Au club, on a recruté un joueur qui a été greffé des reins. Donc le médecin a mis son aval, il l'a autorisé. Moi, si je raisonne en sport de haut niveau, je ne peux pas me permettre de prendre un greffé des reins ! Parce que je sais qu'il es amené à être plus sensible aux infections, et qu'il risque de ne pas finir la saison. Et là, il y a conflit, parce que le doc n'est pas vigilant ».

médecin du sport placé dans ce même espace va participer à sa manière à la production d'un rapport au corps spécifiquement adapté. Le praticien participe aux techniques d'inculcation de l'habitus du champion par des techniques similaires de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur¹⁰⁵. Car si, lorsque la blessure est trop importante et remet en cause de façon incontestable la pratique de l'activité sportive, le médecin du sport prend des mesures médicales en conséquence (examens médicaux approfondis, prescriptions adaptées, et en dernier lieu arrêt sportif total), la part la plus importante de son activité professionnelle au sein d'un centre sportif consiste en la prise en charge des petites blessures et douleurs des sportifs. Ce qu'ils appellent eux-mêmes régulièrement par une euphémisation qui n'est pas sans rapport avec la banalisation, une activité de « petite bobologie ». Le « bobo » sans gravité se substitue dans la parole à la blessure toujours inquiétante, mais la douleur, elle, est bien réelle. Et finalement, si l'ensemble des actes est réalisé avec tout le sérieux que l'on peut attendre de la part d'un médecin, il n'en reste pas moins qu'un très grand nombre de douleurs et blessures ne sont pas traitées. Ou, pour être tout à fait exact, elles sont prises en compte, surveillées, mais banalisées. Nous avons ainsi repéré trois façons non exclusives de procéder à la banalisation d'une douleur : par son déni le plus total ; par un report du diagnostic de façon à ce que la douleur s'estompe d'elle-même ou que le sportif « s'y fasse » (et ainsi éviter des arrêts sportifs trop fréquents) ; et enfin par la normalisation de la douleur. Nous ne livrons ici que deux exemples issus de nos observations ethnographiques au sein du pôle espoir de gymnastique, mais cet exercice aurait pu être répété pour chacun des sportifs présents. Nous avons à ce titre réalisé à la fin de la saison sportive pour l'ensemble des athlètes une « revue de bobologie » qui retrace les consultations entre le médecin et le gymnaste à chaque visite. Une telle compilation des données donne un aperçu très clair des caractéristiques du colloque singulier que ce médecin gymnaste entretient avec les jeunes champions. Tutoiement mutuel, vocabulaire gymnique, humour entendu, prise en charge ou à l'inverse banalisation des blessures sont autant d'ingrédients qui composent les échanges langagiers (**Voir [annexe méthodologique pour un exemple de revue de bobologie](#) p. 668**).

¹⁰⁵ Le médecin est ainsi engagé dans le processus de *conversion* des élites sportives. La notion de conversion développée par Charles Suaud dans son travail sur la vocation sacerdotale, est en effet transférable au milieu de la haute performance athlétique. « La nécessité d'un temps d'inculcation aussi long, à laquelle prêtres et parents se pliaient volontiers pour des raisons psychologiques, découlait en réalité de la nature du processus effectué par lequel des garçons étaient amenés à intérioriser une image complètement nouvelle d'eux-mêmes et à adhérer à un véritable plan de vie, bref, à opérer une conversion ». **SUAUD**, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit, p. 77-78.

**Banalisation médicale de la douleur lors des consultations hebdomadaires du docteur
Renaud, médecin du pôle Espoir de gymnastique**

Fabien. Douleur au talon.	
Semaine 1	Fabien : J'ai toujours mal au talon et j'ai toujours mon infection. Dr. Renaud : Oui, j'ai pensé à toi mon pauvre ami, mais quand j'y ai pensé, je n'avais plus la pommade sous la main. Et après, j'ai oublié. Donc le talon, c'est mieux ? Fabien : Non, c'est toujours pareil. Dr. Renaud : Bon. De toute façon ton entraîneur passera demain chercher ton ordonnance pour la pommade.
Semaine 2	Fabien : J'ai toujours mal au talon ! Dr. Renaud : [Soupir]. Ça, on va y avoir droit jusqu'à Noël ! [Manipulation]. Saloperie de truc ! Tu fais quoi comme impulsions ? Fabien : Que du trampoline. Dr. Renaud : Oui, donc on peut difficilement faire mieux. Sinon, ça va ?
Semaine 3	Fabien : Toujours pareil, j'ai mal quand je fais des impulsions arrières. Dr. Renaud : Bah oui... Il faut continuer à ne pas en faire trop, sinon ça va s'aggraver.
Semaine 4	Fabien : J'ai mal au talon. Dr. Renaud : Oh, pff... Et à part ça ?
Semaine 5	Fabien : Toujours le talon... Dr. Renaud : Ça, on est parti pour toute l'année de toute façon... Et sinon ?
Semaine 6	Fabien : Bah, j'ai toujours mal au talon mais bon... Dr. Renaud : Non ? [Ton faussement étonné]. Est-ce possible ? Bon. Quoi d'autre ?

Karl. Douleur à l'épaule.	
Semaine 1	Karl : J'ai toujours mal à l'épaule. Dr. Renaud : Oui, mais ça, mon pauvre ami... Karl : Bah de toute façon, ça ne me gêne pas trop. Dr. Renaud : Ok, c'est bien.
Semaine 2	Karl : J'ai encore mal à l'épaule un peu. Dr. Renaud : La droite hein ? [Manipulation]. Oh oui, toi, je suis sûr que c'est une ostéochondrose. Ça c'est chiant ! Tu fais gaffe quand même de ne pas trop forcer ! Karl : Ok.
Semaine 3	Dr. Renaud : Et sinon ? Karl : Il y a toujours l'épaule. Dr. Renaud : Ben tiens ! Ça c'est pareil, on va se le farcir un moment ! Bon bah Ok, au suivant.
Semaine 4	Dr. Renaud : T'as plus de douleurs ? Karl : Si, à l'épaule. Dr. Renaud : Oui mais au cou ? [Karl est tombé sur la tête la semaine précédente] Karl : Ah non, enfin un peu, mais ça c'est rien ! Dr. Renaud : Bon, et quoi de neuf ?
Semaine 5	Dr. Renaud : Quoi de neuf ? Karl : Bah j'ai encore mal à l'épaule, mais bon... [hausse les épaules d'un air résigné]. Dr. Renaud : Bah oui. Karl : Sinon c'est tout. Dr. Renaud : L'épaule droite hein ? [Manipulation]. C'est marrant, il y a plein de douleurs en gym qu'on ne voit pas ailleurs ! Bon bah très bien.
Semaine 6	Dr. Renaud : Alors ? Karl : Toujours pareil, l'épaule ! Et sinon, j'ai mal au poignet chaque lundi. A chaque fois que je reprends, ça me fait mal ! Dr. Renaud : Et bah il ne faut pas que tu t'arrêtes ! [Rires]. [Manipulation et traitement par une pommade anti-inflammatoire de la douleur au poignet]. Bon, et autrement ça va ? Karl : Oui.

Dans la logique de la résistance à la souffrance corporelle que nous avons évoquée supra, et qui constitue une des valeurs fondamentales de l'espace de la haute performance, le médecin participe lui-même à l'inscription de la douleur dans la norme. C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'il est possible de ranger ce que ces médecins identifient comme des « douleurs normales d'adaptation à la pratique du sport à un haut niveau », et qui les amènent à repérer cliniquement la « cheville du footballeur », le « poignet du gymnaste », « le rachis du cavalier », etc. La douleur est donc identifiée, reconnue par « l'expert en ce domaine » comme étant une douleur avec laquelle il faut vivre pour continuer à produire de la performance. Quel que soit le milieu sportif dans lequel nous avons mené des investigations, il nous a été possible de repérer empiriquement cette technique de normalisation de la douleur. Ainsi par exemple, ce footballeur professionnel, lorsqu'il discute avec un de ces coéquipiers qui vient de se blesser à l'entraînement et qui attends le « doc », lui explique qu'en ce qui le concerne, il évolue avec une « douleur récurrente de la cheville », mais « pas grave » puisque résultant « selon les médecins », du fameux cas de la « cheville du footeux ». Ou encore, ce jeune gymnaste qui souffre du poignet gauche et qui se voit renvoyé à l'entraînement par le médecin du pôle, après avoir diagnostiqué une ostéochondrose, « pathologie classique et normale d'un gymnaste en devenir, à laquelle on peut pas grand-chose ». « Le corps médical, par la répétition de ses interventions auprès des jeunes gymnastes dans un contexte de gestion rationnelle du corps, participe pleinement à penser l'ascèse [et les sacrifices corporels] comme un mode normal de vie »¹⁰⁶. Le médecin du pôle de gymnastique, après avoir ausculté un jeune gymnaste qui s'est plaint de douleurs récurrentes aux avant-bras pendant plusieurs semaines avant de ne finalement plus ressentir le moindre mal, nous explique ce qui fonde selon lui la spécificité de sa compétence et illustre ici parfaitement notre propos. « Tu vois, ça ne servait à rien de l'envoyer en consultation. Ce genre de douleurs, ce sont des douleurs nécessaires. Un peu comme les courbatures qui correspondent à des lésions des fibres musculaires nécessaires au développement du muscle, et bien peut-être qu'on a pareil au niveau osseux. Bien que cela n'ait jamais été montré, moi je suis persuadé que ce sont également des douleurs d'adaptation. C'est ça qui est difficile et qui nécessite un peu d'expérience : savoir ce qui est de l'ordre des douleurs d'adaptation et ce qui est pathologique et qui nécessite un traitement médical. Maintenant, quand on écoute le médecin de la Jeunesse et Sport, il faudrait tout le temps les arrêter pour des choses qui ne nécessitent pas d'arrêts. Des

¹⁰⁶ PAPAN, Bruno. 2000. *Op. Cit.*, p. 235.

microtraumatismes osseux, des microfissures dans la colonne vertébrale par exemple, bah avant on les laissait pratiquer tant qu'ils ne se plaignaient pas. On n'empêchait pas les gens de faire de la gym ! ». A la suite des visites médicales obligatoires au CHU, le docteur Renaud demande à chacun des gymnastes de lui faire le récit des consultations. Etienne, jeune sportif de douze ans rapporte au médecin du pôle les propos du praticien hospitalier. « Elle a dit que j'avais à peu près un an de retard dans ma croissance par rapport aux autres de mon âge... ». Cette remarque ne manque pas de déclencher une vive réaction du médecin de terrain, qui nous livre une réflexion intéressante sur le déplacement des normes dans l'espace du sport de haut niveau. « On ne va pas faire des grands en faisant de la gymnastique, ça se saurait ! C'est quoi la normalité en gym hein ? C'est dingue ça ! La semaine dernière, j'ai été à un congrès de médecine. Il y avait une intervention d'une jeune tunisienne sur les paraplégiques, qui portait sur les procédés à mettre en place pour leur faire retrouver la puissance moyenne que l'on trouve dans les rotateurs internes d'individus normaux. Alors moi, de suite j'ai levé la main et je lui ai posé une question : c'est quoi la normalité pour les rotateurs internes chez des paraplégiques ? Cette baisse de puissance n'est-elle pas due au changement de fonctionnalité des bras ? Se déplacer par la force des bras, ce n'est pas rien ! Il faut commencer par se poser ce genre de questions avant de faire des recherches de ce type. Du coup, elle était très embêtée et a fini par reconnaître qu'ils ne s'étaient même pas posés la question alors que c'était effectivement le point de départ... Tout ça pour dire qu'en gym, c'est exactement pareil ! Il faut se demander ce qu'est la normalité dans la gym avant de parler d'autres choses ». De ce point de vue, le docteur Renaud fait figure de spécialiste dont la grande expertise le rend capable d'identifier et de traiter différemment les bruits corporels considérés « normaux » des pathologies qui ne le sont pas. Or, « comme Balint l'écrivait déjà en 1968 : “le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même”. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade »¹⁰⁷. Ici, l'expertise du docteur Renaud est très clairement fondée sur sa propre biographie sportive. Son passé de sportif de haut niveau fait qu'il a lui-même subi les effets d'une conversion et sa pratique médicale au sein du pôle de gymnastique est la traduction des préceptes hippocratiques à travers le filtre d'un rapport au corps et à la santé décalé. Ce professionnel de santé avoue ainsi avoir éprouvé pour la douleur physique un sentiment de dépendance coupable. « En gym, il faut aimer se

¹⁰⁷ FAINZANG, Sylvie. 2001. *Médicaments et société*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies, p. 106.

faire mal, et on aimait ça, oui. C'est sans doute un peu dérangent de le dire quand on est médecin, mais c'est comme ça ». Sans réécrire le désormais classique essai de Canguilhem, il apparaît clairement que la définition de la « bonne santé » pour ce médecin s'inscrit dans les lois propres à l'espace sportif. « En médecine l'état normal du corps humain est l'état qu'on souhaite de rétablir. [...]. La médecine existe comme art de la vie parce que le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative. [...] En cela, le vivant humain prolonge, de façon plus ou moins lucide, un effort spontané, propre à la vie, pour lutter contre ce qui fait obstacle à son maintien et à son développement pris pour normes »¹⁰⁸. Dans l'espace du haut niveau sportif, les obstacles à la santé sont spécifiques et « l'état normal du corps » ne signifie pas l'absence de douleurs. Nous l'avons vu, le médecin par une activité de banalisation des blessures et de normalisation de la douleur participe à la production d'un rapport au corps adapté aux exigences du milieu, et donc à terme au déplacement des normes de santé. Il est à ce titre particulièrement intéressant d'interroger les conditions dans lesquelles une « douleur normale » banalisée devient inquiétante et peut accéder au statut de « pathologie à traiter ». L'expertise médicale est entièrement colorée par les enjeux sportifs, au point que la poursuite de l'entraînement figure comme un critère déterminant dans l'évaluation de la gravité des blessures. La douleur chronique que Karl ressent à l'épaule depuis plus de 6 semaines a toujours été banalisée par le médecin. Le jeune gymnaste explique que cette douleur « ne le gêne pas trop » et qu'il peut s'entraîner normalement. Le médecin en conclut après s'être assuré par diverses manipulations qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie sévère, que cette sensation désagréable fait partie d'un cycle normal d'adaptation du corps à la gymnastique de très haut niveau (tout en reconnaissant que cela n'a jamais été véritablement démontré médicalement). Mais à la septième semaine, Karl souffre visiblement, au point d'avoir stoppé une séance aux anneaux. Cette fois, la prise en charge médicale est maximale. Le docteur Renaud, après de longues manipulations, lui prescrit directement des anti-inflammatoires et projette de le voir au sein de son cabinet pour mener une exploration plus complète. Savoirs médicaux et sportifs sont ici intimement entrelacés jusque dans l'énonciation du diagnostic et l'attitude à adopter. Si le médecin isole les pathologies responsables de diverses douleurs grâce à des manipulations savantes, dans la réflexion sur

¹⁰⁸ CANGUILHEM, Georges. 2003 [1966]. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, p. 77.

une éventuelle thérapeutique, la réponse des gymnastes à l'entraînement permet de trancher entre la banalisation de la blessure où au contraire sa prise en charge.

La poursuite de l'entraînement comme critère de gravité

Semaine 14. Consultation du 16 / 01 / 2007 :

Colloque singulier entre le médecin et Morgan, gymnaste de 18 ans. Difficultés dans la poursuite de l'entraînement, vers une prise en charge médicale.

Morgan : « J'ai toujours mal au genou là ! J'ai de plus en plus mal ».

Dr. Renaud : « Ah ? [Longue manipulation. Le docteur fait s'allonger le gymnaste sur le canapé et recherche les éventuelles pathologies responsables de cette douleur importante. A l'issue d'un long moment, sa moue dubitative témoigne de sa perplexité]. Et ça t'empêche de t'entraîner ? ».

Morgan : « Bah quand je fléchis, ça me fait mal, et quand je tends à fond aussi ! Donc par exemple je fais pas les sauts en ce moment ».

Dr. Renaud : « Ah bon ? Bon bah faut qu'on voie ça. Tu passeras me voir [au cabinet], et on fera des radios ».

Semaine 21. Consultation du 13 / 03 / 2007 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 13 ans. Poursuite de l'entraînement, vers une banalisation de la blessure.

Etienne : « Je m'étais fait mal au doigt. Au pouce. Aux arçons. C'était mercredi dernier. Et là j'ai encore mal ».

Dr. Renaud : « Où tu as mal ? [Manipulation. Là !] Ah là ? [Manipulation]. Oui bah t'as pris un bon jeton quand même !... Mais t'arrives à t'entraîner quand même ? ».

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Bon bah ça va. Mais fais attention de ne pas trop forcer quand même ! ».

Le décalage des normes de santé dans l'espace du sport d'élite, relayé et produit par le médecin lui-même, est responsable d'une cécité caractérisée à l'égard de l'ensemble des douleurs voire même des blessures plus sévères. Lors de notre entretien final avec le docteur Renaud, qui est venu clore notre collaboration à l'issue d'une saison sportive, le praticien est alors incapable de répertorier les affections les plus importantes rencontrées

par les gymnastes. Les fractures, les entorses avec arrachements osseux, et plus généralement toutes les douleurs chroniques des poignets, du cou, des genoux, des hanches ou des épaules n'ont marqué que nous. Tout semble déjà effacé. « On n'a pas trouvé grand-chose, non. Ils ne se sont pas beaucoup cassés cette année ! ». C'est en consultant son ordinateur que la double fracture des pouces de Fabrice se rappellera par exemple à son bon souvenir. « Ah oui, c'est vrai qu'il a fait fort lui ! ». Cette euphémisation des conditions de vie pathogènes des gymnastes est d'ailleurs partagée par le responsable du pôle, qui explique : « En fait, en gym, il n'y a pas tant de pépins que cela. C'est très rare qu'ils aient des pépins ». Là encore, le paradoxe du double corps est opérant. Si les entraîneurs minimisent les pathologies contractées, ils prennent en revanche avec circonspection cette même attitude de la part du médecin. Ce dernier, lorsqu'il évoque le nombre peu élevé de blessures au cours de la saison, adresse implicitement des félicitations aux entraîneurs pour un travail mené dans le respect des corps. A l'inverse, les techniciens reçoivent ce commentaire avec méfiance, et y voient la critique potentielle d'un travail pas suffisamment poussé. En fin de consultations, au mois de mars 2007, le docteur Renaud vient faire un compte rendu rapide de son intervention auprès du responsable du pôle. Dr. Renaud : « Bon bah ça va, il n'y a pas grand-chose cette semaine ». Responsable : « Oui, quelques bobos, mais pas grand-chose ». Dr. Renaud : « Bah oui, d'habitude sur cette période, à quatre semaines des Coupes Nationales, les mecs sont plus cassés que ça ». Responsable : « ça veut dire que je ne les entraîne pas assez, c'est ça ? (sourire) ». Dr. Renaud : « Non, au contraire, il faut comprendre que c'est parfaitement bien mené ! ». Un entraîneur, de retour d'une compétition où aucune blessure sérieuse n'est à déplorer fera exactement le même commentaire (« c'est sans doute le signe d'un manque de travail »). On perçoit ici la façon dont la santé et la pathologie répondent à une définition éminemment sportive. La douleur est une valeur structurante de l'espace et la rentabilité sportive suppose des sacrifices. L'intervention médicale elle-même est d'ailleurs bien souvent orientée par le calendrier des compétitions et le traitement réservé à certaines pathologies peut facilement être reporté dans le temps. Les résultats sportifs sont alors prioritaires sur les temps de repos.

Compétitions et report de la mise au repos

Consultation du 28 / 11 / 2006 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 12 ans.

Dr. Renaud : « Alors, quoi de neuf ? Toujours fatigué ? »

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Ah oui ? Pareil ? Plus ? ».

Etienne : « Bah plus, parce que je me suis entraîné tout le week-end, samedi et dimanche, pour préparer les compèt' ».

Dr. Renaud : « Mais t'arrives à t'entraîner normalement ? C'est fatiguant, c'est tout ! ».

Etienne : « Oui ».

Dr. Renaud : « Bon allez, il faut tenir jusqu'à Noël hein ! Tu pourras te reposer après. Y a rien de méchant ».

Etienne : « (Silence. Les yeux baissés) ».

Consultation du 12 / 12 / 2006 :

Colloque singulier entre le médecin et Etienne, gymnaste de 13 ans.

Dr. Renaud : « Comment ça va ? ».

Etienne : « Bof. J'ai mal au dos ».

Dr. Renaud : « [Manipulation] Oui, c'est plus musculaire et ligamentaire qu'autre chose hein ! Tu matches demain ? [Sélection pour les Coupes Nationales] ».

Etienne : « Ouais ».

Dr. Renaud : « Bon, tu mets du chaud là-dessus, et t'as pas du Flector où un truc du genre [il s'agit d'un anti inflammatoire] ».

Etienne : « Non, mais Julien en a. Il pourra m'en passer ».

Dr. Renaud : « Et ben très bien ! Tu mets du chaud et du flector. Tu fais la compétition et tu te reposeras ensuite quelques jours ».

Le professionnel de santé est donc une pièce maîtresse dans le décalage des normes de santé au sein de cet espace sportif séparé. En retardant les traitements, en banalisant les blessures et en normalisant les douleurs, il participe de l'apprentissage d'un rapport au corps qui ne se comprend que dans le référentiel sportif. Son rôle consiste très justement à rendre acceptable ce monde de douleurs. Mais sa contribution au processus de conversion des jeunes élites ne s'arrête pas là. Tout comme les autres acteurs qui prennent part au fonctionnement de l'espace du sport d'élite, le médecin du sport partage et renforce une vision de « la santé dans l'urgence », seule compatible avec la production de performances dans le calendrier très spécifique des compétitions sportives. Sa présence sur le lieu d'entraînement ou de compétition n'est pas neutre et s'inscrit pleinement dans les techniques d'augmentation du temps utile. Là où une consultation « classique » en cabinet nécessite anticipation, attente, et déplacement, l'inscription du praticien au sein de l'espace sportif annule le besoin d'anticipation et la nécessité de se déplacer par l'augmentation de sa disponibilité et réduit considérablement l'attente¹⁰⁹. La santé dans l'urgence est à ce point assimilée par les sportifs que le praticien peut parfois devenir victime de l'hyperconsommation qu'il a lui-même contribué à créer, et le caractère plus qu'aléatoire des « prises de rendez-vous » peut être responsable d'un engorgement d'athlètes qui souhaitent tous voir le médecin au même moment. Dans le club professionnel de football, suite aux compétitions du week-end, le lundi matin est ainsi le jour où les consultations peuvent être les plus nombreuses et où l'attente est parfois nécessaire. Certains joueurs, qui ont perdu ou n'ont jamais eu l'habitude de patienter font alors preuve d'une nervosité immédiate. Ils n'hésitent pas à tambouriner avec grand vacarme à la porte du docteur Beaugendre, l'exhortant à « accélérer le mouvement ». De la même façon, lors des compétitions internationales de l'équipe de France de handball, les matchs ont lieu en soirée. Le docteur Raulo doit donc traiter dans l'urgence les blessures qui ont lieu lors des rencontres dans l'intimité des chambres d'hôtel, après le repas. Afin d'éviter que les athlètes ne se couchent trop tard, les consultations s'enchaînent à un rythme effréné. L'heure à laquelle le médecin termine sa journée dépend explicitement du nombre de joueuses qui l'auront sollicité. Une telle urgence médico-sportive ne se définit que dans le référentiel sportif. Le docteur David, praticien hospitalier, chef d'un service de médecine

¹⁰⁹ Le paroxysme de cette santé dans l'urgence étant atteint dans la pratique médicale qui se déroule au cœur des rencontres sportives. Lors des compétitions, les docteurs Beaugendre, Gardet, Raulo ou encore Renaud sont tous sur le qui-vive, prêts à « réparer » dans l'instant un sportif « endommagé » afin qu'il poursuive son effort dans des conditions optimales et qu'il puisse prétendre à la victoire. Les bandages, la bombe de froid, les vessies de glace et autres « éponges magiques » sont alors autant de techniques qui assurent l'immédiateté de la réponse médicale.

physique et de réadaptation locomotrice, souvent sollicité par les clubs sportifs de haut niveau pour la prise en charge « accélérée » d'athlètes de haut niveau s'agace de cette attitude qu'il juge déplacée. Il rappelle ainsi en élevant la voix : « Voyons, on ne meurt pas d'une entorse du genou ! ». Le docteur Quirion, praticien attachée d'un service régional de médecine du sport partage cette même opinion et s'insurge de cette trop grande dépendance de la structure à son égard. « Il ne faut pas exagérer ! S'il arrive un problème pendant l'entraînement, je ne vais pas courir, ils vont d'abord chez le généraliste et je les vois éventuellement ensuite si il y a besoin ». Les docteurs Beaugendre, Gardet ou Renaud ont conscience de cette exigence particulière du monde sportif mais considèrent cette attitude normale compte tenu de la spécificité des conditions de vie imposées aux athlètes. Le docteur Beaugendre, ainsi questionné, illustre par sa réponse le décalage qui existe dans la définition de l'urgence et de la gravité des troubles rencontrés selon les espaces. « Les sportifs de haut niveau ont un rapport à la santé un peu particulier. Mais ça correspond à leur statut. Quand ils ont une douleur à la troisième phalange du quatrième orteil, ça prend des dimensions hyper importantes, parce qu'ils ne vont pas pouvoir frapper dans le ballon. Bon, comparé à un jeune de 15 ans, qui souffre d'une leucémie, c'est sûr que quand il y a quelqu'un qui nous dit, ah, j'ai mal un peu à mon orteil, bon, voilà... Mais on ne peut pas leur reprocher de pas connaître ce qu'ils ne..., et puis je ne souhaite pas qu'ils connaissent ça bien évidemment !, mais c'est vrai que c'est particulier. C'est vrai que quelque fois on a envie de leur dire : revenez un peu dans le monde ordinaire. Ils n'y sont pas toujours ! Ils n'y sont pas toujours... Mais bon voilà ! A côté de ça, ici, il y a de très lourdes exigences ! Rejouer, rester titulaire, etcetera. Donc c'est normal... ».

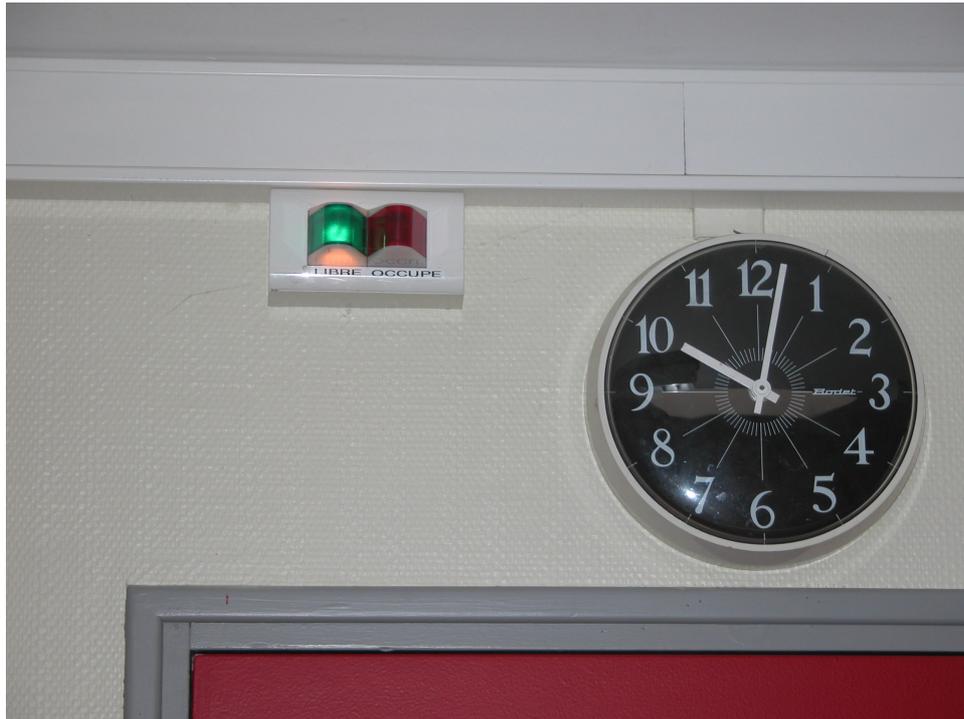


« Chaque semaine, le docteur Renaud se rend au pôle espoir de gymnastique masculine. Il y reçoit chaque gymnaste l'un après l'autre pour évoquer leur état de santé ».

« Les consultations ont lieu dans la petite salle de pause des entraîneurs. Le gymnaste, en tenue d'entraînement (à gauche) discute avec le médecin qui prend des notes (à droite). Sur la table, un journal sportif est ouvert. Sur le mur, une médaille sportive rappelle un exploit ».

« La porte entrouverte sur le gymnase, le médecin vit l'espace sportif de l'intérieur. Entraîneurs et athlètes sont à portée de regard et de voix. L'ambiance de la salle est envoutante. Le médecin s'y sent bien. La centration sur le temps utile est ici manifeste. La situation d'entraînement n'est à aucun moment entravée par le suivi médical ».





« Au-dessus de la porte du bureau médical du docteur Beaugendre, au sein du club de football professionnel, le médecin du sport tente de canaliser l'hyper consommation des sportifs (qu'il contribue à produire) par un système de voyants lumineux « Libre / Occupé ». Temps sportif, santé du champion, logique de l'urgence... »

C'est ce décalage de définition et de représentation de l'urgence médicale qui explique les désaccords fréquents entre praticiens selon leurs sensibilités biographiques. Lors de traumatismes aigus qui adviennent sans que le médecin de la structure ne soit présent, les sportifs rentrent dans un parcours de soin conventionnel et ont recours aux services d'urgences. Les médecins qui assurent leur prise en charge sont alors pour la plupart étrangers des normes et des valeurs qui fondent l'espace séparé de l'élite sportive, et appliquent à leur égard le traitement « habituel » correspondant à la pathologie diagnostiquée. « Une entorse est une entorse » dirait le docteur Amazan. « Oui, mais on ne traite pas l'entorse du sportif comme on traite l'entorse d'un monsieur lambda ! » lui rétorquerait le docteur Renaud¹¹⁰. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la remise en

¹¹⁰ A ce sujet, il nous expliquait en entretien : « Celui qui s'est rompu le ligament croisé en tombant dans l'escalier et qui ne fait pas de sport, on ne l'opère pas ! Celui qui fait du sport, on l'opère ! Parce qu'il y en a un qui n'a pas besoin de son croisé, alors que l'autre en a besoin. Le traitement serait complètement différent. Parce que pour vivre dans la vie de tous les jours, tu n'as pas besoin de ligaments croisés. Par contre, pour faire du foot, oui, tu en as besoin ! Mais ça, les étudiants de médecine, ils n'en entendent pas vraiment parler. Donc oui, il y a une vraie spécificité de la traumatologie du sport ! ».

cause des traitements prescrits dans les services d'urgences par les médecins qui évoluent au cœur des centres sportifs. En règle générale, la durée des arrêts sportifs, jugée surévaluée, est réduite voire annulée.

Blessure, désaveu et réduction des temps d'arrêt

Consultation du 14 / 11 / 2006:

Dr. Renaud : « Et toi ? ».

Julien : « ça va. Je me suis blessé (montre son atèle au doigt (auriculaire)). Je me suis fait un arrachement osseux. Aux barres parallèles. La veille des sélections. Super ! ».

Dr. Renaud : « Allons bon ! Qui est-ce que t'as vu ? Qui t'a fait ça (désigne de la main le pansement qui recouvre l'auriculaire de Jules) ? ».

Julien : « J'ai été aux urgences. Parce que c'était le soir, y avait plus rien d'ouvert, mais on voulait savoir exactement ce que c'était quoi ».

Dr. Renaud : « Oh là là ! ».

Julien : « Et j'ai vu une dame là-bas qui m'a fait des radios mais j'ai oublié de les ramener... Je les ai laissées au CREPS ».

Dr. Renaud : « Et qu'est-ce qu'elle a fait, qu'est-ce qu'elle a dit ? Elle a dit que c'était pété ? ».

Julien : « Pfff, elle m'a dit 30 jours en atèle ! Alors que déjà au bout de trois jours ça va mieux ! ».

Dr. Renaud : « 30 jours (yeux écarquillés) ? Oh là là là... Mais qui est-ce que t'as vu là-bas ? C'était un médecin où... ? ».

Julien : « Ouais bah c'était une dame... ».

Dr. Renaud : « 30 jours ? Ils sont fous ceux-là !... Il ne faut jamais faire ça, sinon le doigt se raidit ! Qu'est-ce qu'il vaut avoir : un doigt un peu laxé, où un doigt complètement raide ? Bah le choix est vite fait ! ». Bon, de toute façon, moi, il me faut les radios hein ! Je veux voir les radios avant de faire quoi que se soit ! ».

Julien : « Ok ».

Dr. Renaud : « Bon, fais voir ton doigt. Oh là là, comment ils ont fait ça, mais ils sont nuls ! Il faut toujours laisser les bouts des doigts apparents pour voir si ils bleussent ».

Julien : « Euh, non, mais ça, c'est moi qui l'ai fait hein ! ».

Dr. Renaud : « C'est toi qu'a fait ça ? ».

Julien : « Bah oui hey, au bout de deux jours, ça commençait à puer hein ! ».

Dr. Renaud : « Bah c'est nul ton truc. Regarde, ça commençait à macérer... ».

Dr. Renaud : « (Manipulation). Bon, tu te débrouilles comme tu veux, mais je veux voir les radios ! Tu gardes ça (le pansement) tant que je n'ai pas vu les radios ! Bon bah t'as plus qu'à passer demain ! ».

Julien : « Au cabinet ? ».

Dr. Renaud : « Bah oui ».

Julien : « Ok. Mais elle n'avait pas l'air d'être sûre d'elle la dame. Moi j'ai regardé un peu les radios en même temps qu'elle et je n'ai rien vu. Et puis sur le papier, c'était juste marqué « traumatisme articulaire », mais elle m'a dit qu'il y avait un truc de pété... Enfin bon, ce n'était pas très clair ».

Dr. Renaud : « On va regarder ça demain ».

La semaine suivante : (consultation du 21 / 11 / 2006)

Dr. Renaud : « ça va? ».

Julien : « ça va ! ».

Dr. Renaud : « Le doigt ? ».

Julien : « Encore un peu mal, mais ça va mieux ».

Dr. Renaud : « Combien de temps elle voulait t'arrêter ? ».

Julien : « (Sourire ironique) 30 jours ! ».

Dr. Renaud : « C'est pas possible ! Ils sont quand même frappingues ! (Manipulation). Fais gaffe quand même hein ! ».

Julien : « Ouais, ouais ».

Dr. Renaud : « Bon bah c'est bien. Heureusement qu'ils ne t'ont pas mis 30 jours hey. T'imagines ?... ».

Julien : « Bah non hey... Y avait pas moyen ! ».

Dr. Renaud : « Pff, ça fait peur quand tu vois ça ! ».

Consultation du 20 / 03 / 2007:

Julien s'est blessé assez gravement à la cheville quelques jours auparavant.

Dr. Renaud : « Et bien dis donc, il va être drôlement embêté Julien, parce qu'avec les compèt' importantes qui arrivent... (Moue dubitative) ».

A ce moment, le responsable rentre dans la pièce.

Responsable : « Je viens de déposer Julien à son rendez-vous pour sa cheville ».

Dr. Renaud : « Ah bon ? ».

Responsable : « Bah oui, parce qu'aux urgences ils lui ont mis un plâtre provisoire, et ils voulaient le revoir pour refaire autre chose pour trois semaines... ».

Dr. Renaud : « Non, non mais pourquoi ? Il faut que je le vois voyons !... Il faut m'appeler dans ces cas là, tu sais bien ! ».

Responsable : « Bah on a appelé au cabinet quand c'est arrivé, mais t'étais pas là, c'est pour ça qu'on a été là-bas. Mais t'as vu les radios ? Attends, elles sont là. Tiens. Alors apparemment, ils auraient trouvé un arrachement osseux ».

Dr. Renaud : « Fais voir (Regarde les radios en contre jour). Mais là, il est vu par quelqu'un ? (Le responsable acquiesce). Oh putain ! ».

Responsable : « Bah sinon, je l'appelle, il annule son rendez-vous et je vais le chercher tout de suite pour que tu le vois ».

Dr. Renaud : « Bah oui. Parce que là tu peux être sûr qu'ils vont faire n'importe quoi comme diagnostic ! Ils n'y connaissent rien... Non, mais faut arrêter les conneries ! On va encore se retrouver avec des plâtres n'importe comment, qui servent à que dalle ! ».

Le responsable appelle Julien afin qu'il annule son rendez-vous et part le chercher au centre médical. Il arrive enfin, avec des béquilles et un plâtre.

Dr. Renaud : « Alors, t'as fait des excentricités ? ».

Julien : « Oui, un peu (Sourire) ».

Dr. Renaud : « Bon alors, c'était quand exactement ? ».

Julien : « C'était mercredi soir ».

Dr. Renaud : « Donc le 14 (le note). En faisant quoi ? ».

Julien : « Sur une double vrille et demi au sol ».

Dr. Renaud : « A gauche ? Le pied est parti comment ? Tu tournes dans quel sens toi (en vrille) ? ».

Julien : « Comme ça (Indique le sens en mimant un départ de vrille) ».

Dr. Renaud : « Bon, et y a eu un craquement ? ».

Julien : « Oui, ça a craqué ».

Dr. Renaud : « ça a gonflé ? ».

Julien : « Bah je ne sais pas, ils m'ont mis un plâtre tout de suite ».

Dr. Renaud : « Bah oui (ironique), ils préféreraient sans doute que ça gonfle dans le plâtre ».

Julien : « Oui, sans doute... Bah de toute façon, ils avaient l'air un peu nul... ».

Dr. Renaud : « Ben tiens... Bon, on va regarder ça de plus près. Allonge-toi là (Canapé). (Manipulation : le docteur enlève le plâtre à l'aide d'une paire de ciseaux) ».

Dr. Renaud : « (Manipulation de la cheville). Bon ! Faut qu'on trouve une orthèse. Essayes de mettre le pied par terre là. Alors ? ».

Julien : « Bah ça me fait mal quoi ».

Dr. Renaud : « Oui. Bon d'accord (Se lève pour aller chercher une orthèse dans l'autre salle, puis réapparaît et place l'orthèse sur la cheville). Bon, parce que j'aimerais bien faire une échographie quand même. Parce que comme t'as mal derrière, je voudrais voir les tendons. Tu matches quand exactement ? ».

Julien : « Bah ce week-end, mais c'est mort ! ».

Dr. Renaud : « Ah bah là, oui ! ».

Julien : « Et sinon, les Coupes dans deux semaines ».

Dr. Renaud : « (Moue perplexe). Ça va être juste ! Faut qu'on se donne du temps quand même ! Bon, donc jeudi, ça t'irait ? ».

Julien : « Oui, oui, c'est bon ».

Dr. Renaud : « Comme ça, on vérifie les tendons. Enfin moi, en tout cas, je ne trouve pas de fracture, ni d'arrachement ! Bon écoute, le plus simple, c'est de faire ça tout de suite. Je vais voir ce qui reste pour jeudi matin. (Il appelle sa secrétaire avec son portable, et prend un rendez-vous jeudi matin à 11 heures) Bon bah voilà, c'est bon. Tu peux commencer à appuyer un peu. Tu reprends progressivement ».

Fin des entretiens. Une discussion s'engage entre le médecin et le responsable :

Responsable : « Alors, ton diagnostic ? ».

Dr. Renaud : « Oh bah c'est une entorse hein ! ».

Responsable : « Donc il n'y a pas d'arrachements ? ».

Dr. Renaud : « Non ».

Responsable : « C'était des conneries leurs trucs là ? ».

Dr. Renaud : « Oui. Ils font n'importe quoi ».

Responsable : « Et pour les Coupes alors, ça va pas le faire ? ».

Dr. Renaud : « Bah on va bien voir... Mais a priori non hein ! Faut compter entre deux et trois semaines quand même hein, donc ça sera juste ».

Le médecin revient sur cet évènement et nous explique son sentiment : « on ne fait plus de la bonne médecine aujourd'hui ». Il se plaint de la disparition des « mandarins ». « Maintenant ils n'apprennent plus rien, et voilà le résultat, on fait de la mauvaise médecine aujourd'hui ».

Julien est arrivé aujourd'hui le pied dans le plâtre, sans pouvoir poser le pied au sol. Il repart avec une orthèse, en marchant... La semaine suivante, Julien est en tenue d'entraînement et marche sur son pied de façon presque naturelle, bien qu'ayant conservé l'orthèse¹¹¹.

La réduction des arrêts contribue à penser la santé dans l'urgence sportive. D'autant plus que l'utilisation des réseaux d'interconnaissances professionnelles permet aux praticiens de réduire considérablement le temps qui sépare la blessure d'un sportif de l'examen médical approfondi qui y répond. Ainsi, là où les délais pour une IRM, une échographie, où un arthroscanner peuvent atteindre facilement plusieurs semaines dans un cas « classique », l'implication du médecin du sport (son nom, son statut) suffit à réduire ce temps à quelques jours, voire quelques heures¹¹². A nouveau, ce principe se décline quelle que soit la discipline sportive observée. Le médecin du club professionnel de football, les médecins des pôles de gymnastique et de handball, tous disposent de relais interpersonnels leur permettant de solliciter des « services » et ainsi obtenir des rendez-vous là où le particulier échouerait. Le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball explique ainsi la façon dont il gère les situations d'urgence lorsqu'il est en déplacement avec un groupe. Généralement, il prend contact avec « le médecin local du handball », qui le « renseigne sur les structures à appeler plus que d'autres » (cabinet de radiologie, spécialistes, etc.). Lorsqu'il est dans l'incapacité de bénéficier du réseau du médecin local (souvent par manque de temps), son titre prévaut. Il nous mime ainsi la scène non sans une fierté apparente : « Allo ? Docteur [Raulo], Médecin de l'équipe de France de handball, je voudrais... Et ça marche bien, c'est suffisant pour ouvrir rapidement les portes. C'est l'Equipe de France hein ! ». Cette intervention qui réduit l'inscription du mal dans le temps renforce cette logique de « santé dans l'urgence » et participe à

¹¹¹ Le docteur Quirion, praticien attaché d'un service hospitalier et médecin d'un pôle de handball adopte l'attitude exactement inverse. Si le docteur Renaud réduit les temps d'arrêt afin que les sportifs se remettent mieux et plus vite, le docteur applique au contraire le principe de précaution et rallonge les arrêts pour être sûr que les sportifs soient parfaitement rétablis avant la reprise de l'effort. Alexandra s'est blessée au genou et a été en urgence consulter le médecin généraliste voisin du pôle. La semaine suivante, le docteur Quirion la voit lors de sa visite. « Mais tu as eu un arrêt de combien de temps par le médecin ? » « Deux semaines » « Oui, bah je vais te prolonger ! Et je vais te prescrire de la kiné, parce que si je te revois et que tu n'as rien fait, je ne vais pas pouvoir te laisser reprendre ».

¹¹² Ce mécanisme n'est pour autant pas mécanique. Le docteur Renaud explique ainsi disposer de « facilités pour l'IRM », mais n'avoir au contraire « aucune entrée particulière pour les scintigraphies ».

l'incorporation de la part des sportifs d'un rapport à la santé et au bien-être physique qui prend sens dans l'urgence propre au calendrier des compétitions, sans qu'ils considèrent leur équilibre corporel à plus long terme au-delà des échéances sportives. Le docteur Renaud connaît pourtant l'issue de telles conditions de vie dans la mesure où il en a lui-même subi les conséquences (« je suis complètement cassé des épaules, je ne peux plus rien faire. Ça va mieux depuis que j'ai arrêté la gym »). De la même façon, le docteur Beaugendre, conscient des contradictions que sa position médico-sportive suppose et de leurs effets sur sa pratique médicale auprès d'une équipe professionnelle de football de ligue 1, explique la spécificité de la médecine du sport qui, selon lui, ne se contente pas de prendre en charge des individus sains, potentiellement malades ou blessés, mais « produit [également] de la pathologie ». Pour autant, ils s'inscrivent dans le projet de formation et d'encadrement de jeunes athlètes et contribuent donc à leur érosion organique. Cette question de « l'après » ne se pose pas, signe que ces médecins se vivent et se pensent de façon inclusive à l'espace sur lequel ils exercent la médecine.

Dès lors, cette médecine de l'urgence sportive comporte des risques. Celui « *d'aller trop vite* » et de passer à côté de certaines pathologies. Lorsque la banalisation fait figure d'habitude dans un espace objectivement pathogène, la gravité de certaines blessures est ainsi sous-évaluée et l'intervention médicale devient délétère. Le docteur Renaud, dans sa volonté de ne pas arrêter systématiquement les gymnastes pour chaque douleur verbalisée, va ainsi prendre des fractures pour des entorses bénignes et laisser les athlètes poursuivre l'entraînement et participer aux compétitions (au cours de la saison 2006-07, Karl et Fabrice vont ainsi continuer l'effort sportif avec des fractures aux doigts non identifiées). Ce sont des signes cliniques tels que le gonflement des membres lésés qui viendront modifier a posteriori le diagnostic initial. Le professionnel de santé, mal à l'aise (sentiment renforcé par notre présence à ses côtés), se justifie en évoquant l'impossibilité de « tout voir ». « Les blessures de doigts, c'est le bazar. On ne sait jamais si il faut faire ou pas des radios. Si tu en fais, il n'y a rien, et quand tu n'en fais pas, il y a une fracture... Le problème, c'est qu'il faudrait faire des clichés à chaque fois que tu as un doute. Mais tu ne vas pas les passer toutes les cinq minutes sous les rayons ! ». Ainsi, après une consultation avec Allan, gymnaste de 15 ans qui souffre de l'épaule, le docteur Renaud prend un air résigné et nous explique : « Bon, bah encore un que l'on va gérer comme ça ! On va attendre de voir. Que veux-tu faire de plus ? On ne trouve rien à la manipulation. On ne va pas le couper en petits morceaux pour voir ce qu'il a ! ». De façon systématique,

lorsqu'une blessure a été sous-estimée mais que le gymnaste a persévéré dans l'effort sportif, la réaction de l'entourage sportif est unanime. Loin d'éprouver une quelconque forme d'inquiétude à l'égard de la santé, c'est bien plutôt de l'admiration qui en ressort. Là encore, la résistance au mal signe la qualité d'un athlète. Le responsable du pôle, après que Karl ait effectué avec brio une compétition de haut niveau avec le doigt fracturé dira ainsi au médecin : « Tu as vu Karl avec son doigt ? Il est incroyable ! Il a une résistance à la douleur impressionnante ce même ! Je l'ai vu à l'entraînement faire des sauts comme les autres..., et sur les barres, faire des lâchers - rattrapés, avec le doigt pété et jamais rien dire ! Il a fait les championnats de France avec le doigt tout gonflé mais pas de problèmes ! C'est vraiment un dur au mal ! Parce que sinon, il y en d'autres des gamins, ils auraient eu le quart de ce que Karl s'est fait, même pas ils se seraient levés le matin tellement ils auraient eu mal ! ». Le médecin lui-même, s'il se sent coupable dans l'instant d'un diagnostic erroné, accorde de la valeur aux athlètes résistants. Suite à la blessure à la cheville de Julien, à quelques jours des Coupes Nationales, le praticien s'émeut de penser que la participation du jeune homme est compromise, puis se ravise. « Il va être coincé pour les Coupes ! Remarque tu me diras, l'année dernière, ça lui était déjà arrivé. Il avait fait une très grosse talonnade huit jours avant. Ce qui est normalement très douloureux. Moi, j'avais dit, ça m'étonnerait qu'il puisse le faire. Et bien figures-toi qu'il a tout fait quand même, sans rien dire ! (Sourire). Pas trop douillet le gars ! (Sourire) ».

Autre risque de cette médecine de l'urgence sportive, celui « *d'aller trop loin* » et de glisser dans une médecine de la performance qui s'éloigne fortement des principes hippocratiques. Que penser par exemple des actes chirurgicaux préventifs réalisés sur des sportifs ? Pour prendre l'exemple du football au plus haut niveau national, face aux très nombreux arrêts provoqués par des lésions aux ménisques, les médecins du sport d'un club professionnel, en accord avec l'ensemble du staff technique, ont décidé de réaliser des méniscectomies préventives sur plusieurs jeunes joueurs promis à un avenir brillant. Il est évident que l'on se trouve ici assez loin des missions premières d'un médecin, étant donnée l'assujettissement de l'acte chirurgical face aux exigences uniquement sportives¹¹³... Il ne s'agit pas de préserver la santé, mais bien de maximiser les chances sportives en réduisant certaines des incertitudes connues comme étant susceptible de

¹¹³ De nombreuses demandes d'amputations préventives des doigts ont ainsi défrayé la chronique dans l'univers médico-sportif du rugby.

ralentir ou de stopper des carrières footballistiques. La participation médico-sportive à la centration sur le temps utile prend ici sa teinte la plus prononcée.

Pourtant, la description des effets normatifs liés au placement d'un médecin dont la biographie le rend sensible au jeu sportif est insuffisante en l'état. Le médecin de terrain est une pièce essentielle dans l'apprentissage d'un rapport au corps adapté aux exigences du sport de haut niveau. Mais le traitement réservé aux organismes est spécifiquement marqué par le paradoxe du double corps. Le médecin participe pleinement à l'apprentissage de la persévérance dans la souffrance et invite par des techniques de banalisation à ne pas trop s'écouter, mais il s'inscrit également dans l'attitude inverse et favorise la formation d'une véritable compétence médicale, utile pour protéger et améliorer les corps, toujours dans une perspective d'optimisation et de rentabilité sportive (un corps entretenu et écouté est un corps qui permet d'allonger les carrières). Autrement dit, dans un même mouvement, le praticien normalise la douleur et favorise l'acquisition d'une grande expertise dans l'écoute de soi et l'automédication. Par sa présence répétée et familière au sein du lieu de vie des athlètes, c'est finalement du besoin médical qui est créé au quotidien. Par sa visite hebdomadaire au sein du pôle de gymnastique, au cours de laquelle l'ensemble des gymnastes blessés ou non sont passés en revue, le docteur Renaud construit un rapport extrêmement ritualisé à la médecine et contribue à normaliser cette fois une hyper médicalisation de l'espace (le chaud, le froid, les anti-inflammatoires, les antalgiques, etc., sont autant d'outils normaux et familiers, à terme parfaitement maîtrisés par les athlètes). Le médecin est donc dans la banalisation, mais aussi parfois dans le rappel de la douleur (« Et l'épaule, ça va mieux ? » « La semaine dernière tu me disais que tu avais mal au genou. Tu ne m'en as pas parlé aujourd'hui. Ça en est où ? », Etc.). Cette attitude qui consiste à « faire parler » les gymnastes et les obliger à livrer leurs sensations corporelles les plus intimes, lui permet en outre de faire la preuve de son utilité proprement médicale et donc de justifier son activité. Dans ce cadre, le docteur Renaud évoque avec humour sa satisfaction lorsque des gymnastes jusqu'alors peu traumatisés contractent « enfin » des petites blessures.

Créer du besoin médical

Consultation du 19 / 09 / 2006:

Mathieu : « J'ai mal à l'épaule »

Dr. Renaud : « Ah bah t'as enfin quelque chose ! (rires) »

Consultation du 24 / 10 / 2006:

Dr. Renaud : « Pas trop fatigué ? Pas de douleurs ? »

Etienne : « Si ! »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Bah quand même ! Allez, raconte... »

Consultation du 16 / 01 / 2007:

Dr. Renaud : « Quoi de neuf ? »

Timothée : « J'ai mal au genou »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Il a enfin mal quelque part ! (rires) »

Consultation du 20 / 03 / 2007:

Dr. Renaud : « Alors toi, t'as des trucs qui vont pas bien ? »

Timothée : « Non »

Dr. Renaud : « C'est parfait. Mais je vais plus venir si c'est comme ça ! Si tout le monde va bien... Je préfère ça, mais bon... »

Consultation du 12 / 06 / 2007:

Dr. Renaud : « Si ça continue, je vais être content quand il y en aura un qui aura mal. C'est dingue ça ! (sourire) »

Florian : « Bah moi j'ai mal un peu à la cheville ! »

Dr. Renaud : « Ahhh ! Ouais ! C'est bien ça. (Rires) ».

Le risque, cette fois, c'est que l'engrenage médical enraye la bonne marche des rouages sportifs. Une trop forte dépendance au besoin médical correspond à une perte de valeur du point de vue athlétique. Ainsi, le docteur Beaugendre a-t-il été fortement critiqué par certains de ses collègues du staff technique de l'équipe professionnelle de football. Par sa « mainmise » sur la gestion de la santé dans ce centre et sa présence ininterrompue, le préparateur physique de l'équipe lui reproche d'avoir historiquement créé une demande forte de la part des joueurs, au point d'empêcher le bon déroulement des entraînements et des compétitions (« trop de joueurs à attendre dans le couloir pour les consultations, trop d'arrêts. Il a signé plus de 200 arrêts de travail en une saison... C'est un record absolu en Ligue 1. Comment veux-tu qu'on bosse si on n'a pas les joueurs ?... »). De la même façon, mais à un niveau moindre, au pôle de gymnastique, la présence du docteur Renaud peut

provoquer des comportements inattendus et inappropriés dans la logique sportive de la part de certains gymnastes. Allan, qui vit un début de saison chaotique, donne du fil à retordre au responsable du pôle qui finit par ne plus comprendre son attitude. « Il est revenu des vacances, on a cru qu'il avait eu une nouvelle épaule à Noël ! Il faisait tout comme les autres sans problèmes. Et mardi, à partir du moment où Bernard [le docteur Renaud] est entré dans la salle, il s'est arrêté ! "J'ai mal à l'épaule". Il s'est affalé dans les tapis, et plus moyen de la faire bosser après ça... Et puis là, depuis lundi, ça a l'air d'être reparti. Difficile de savoir ce qu'il a dans la tête... ». Ce dernier commentaire ouvre des perspectives de réflexion intéressantes. La caution médicale peut être utilisée par le sportif pour s'extraire de façon plus ou moins volontaire d'un espace sportif contraignant, ou par l'institution elle-même pour se défaire d'un sportif indésirable. Dès lors, en plus de servir les mécanismes de sélection et de conversion, la médecine de terrain peut également se faire complice des processus d'exclusions qui caractérisent le milieu des élites à l'égard de ceux qui ne sont plus capables d'y être performants. Les raisons peuvent ne pas être médicales mais la raison médicale offre sans doute le moyen le plus efficace de tirer sa révérence sans perdre la face. La médecine joue alors un rôle de « mise à l'abri » définitif. La blessure est plus valorisante que la médiocrité sportive, et est à coup sûr un argument utile pour justifier ses contre performances. Pour Didier Fassin, le processus de médicalisation structurale des sociétés permet de déplacer des « problèmes » en les lisant à travers une grille de lecture médicale¹¹⁴. Son propos semble pouvoir s'appliquer ici. La médicalisation des structures sportives de haut niveau permet, entre autres, de gérer des problèmes en interne et de servir les desseins de l'institution par l'euphémisation de la violence symbolique des processus de « désélection » des sportifs qui ne répondent pas aux exigences. En déplaçant le problème de la « non-adaptabilité » d'un individu vers un problème d'ordre médical, l'illusion permet au système de perdurer en l'état. Allan cumule un manque de résultats sportifs, des problèmes de discipline et de comportement sur les centres scolaire et d'hébergement et fait preuve d'attitudes déplacées envers ses camarades du pôle. Par un lent processus observable (désaccords verbaux, mise à l'écart pendant les entraînements, discussions avec les parents, etc.), Allan est en train de se mettre et d'être mis au banc de ce milieu très spécifique. Pendant cette période trouble, le jeune gymnaste de 15 ans se plaint d'une douleur chronique à l'épaule. Le docteur Renaud va multiplier les examens afin de diagnostiquer le problème. Plusieurs hypothèses sont successivement

¹¹⁴ FASSIN, Didier. 1998. *Op. Cit.*, p. 1-15.

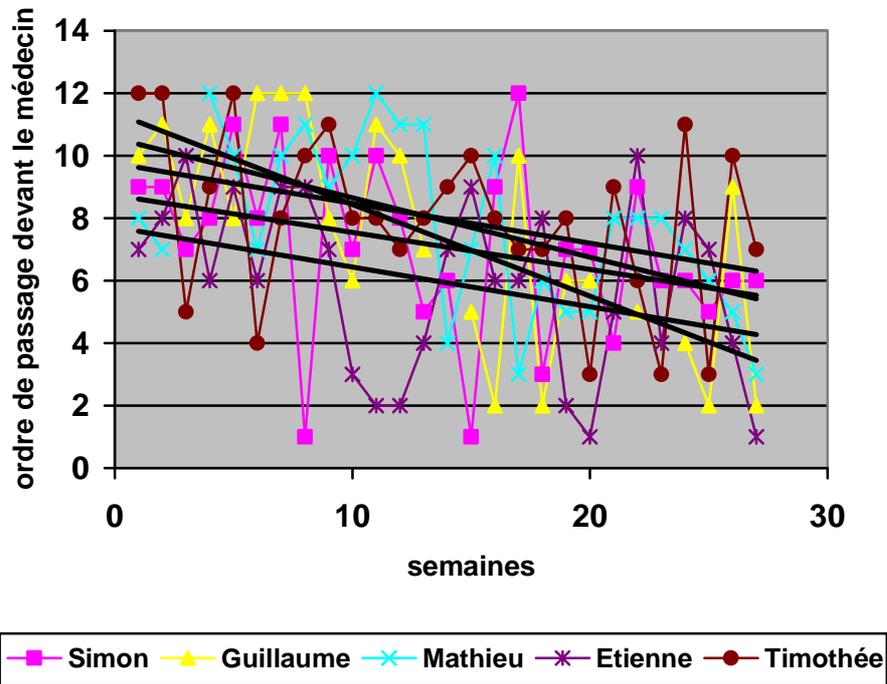
formulées, des avis sont pris auprès de confrères, mais l'ensemble de ces démarches n'aboutit à rien. A tel point que médecin et entraîneurs commencent à douter de la réalité de son mal. Pourtant, il s'agira bien de la première raison invoquée lorsqu'Allan sera exclu du pôle en cours de saison... Dans ce cas, la raison médicale fait office de rupture à l'amiable. Ce récit, qui laisse entendre que les sportifs usent de stratégies diverses et sont capables d'instrumentaliser le suivi médical de terrain, nécessite désormais de s'intéresser très précisément aux moyens par lesquels les athlètes d'élite s'engagent dans le jeu médical.

II. 1. b. Du côté des sportifs, négoce et nomadisme

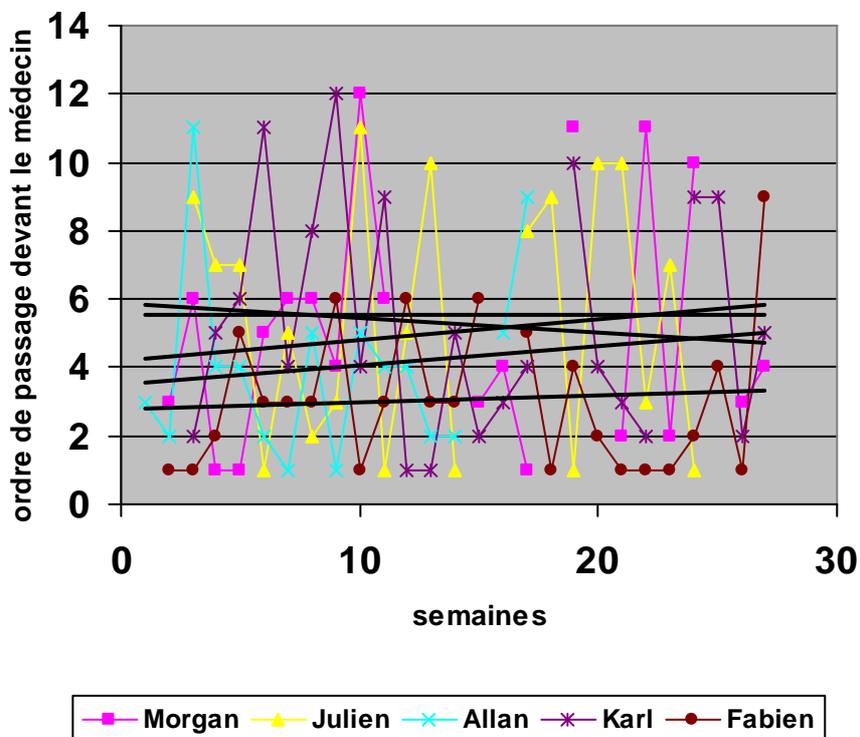
La création d'un besoin médical et la diffusion de l'intérêt que peut revêtir l'encadrement sanitaire auprès des sportifs est difficile à évaluer empiriquement. En nous intéressant à l'ordre de passage des gymnastes devant le docteur Renaud lors de ses visites hebdomadaires, laissé à la discrétion des sportifs eux-mêmes, nous nous sommes aperçus d'un véritable effet d'apprentissage. Au début de la saison, les plus anciens sont toujours les premiers à se présenter devant le professionnel de santé. Les novices, à l'inverse, rechignent à quitter l'entraînement le temps des consultations et occupent systématiquement les « dernières places ». Progressivement, à mesure que le calendrier avance et que les normes de l'espace sont intégrées, cet état de fait se modifie et les nouveaux entrants commencent à se presser à la porte du médecin (sans que ce comportement ne soit lié à une augmentation significative des pathologies rencontrées). Cette évolution témoigne selon nous d'une compréhension toujours plus aiguisée de la part des sportifs de l'intérêt que peut recouvrir l'offre médicale dans le projet qui les anime, ainsi que de l'affirmation d'une « autodiscipline » efficace et rentable relativement aux exigences du milieu.

Besoin médical et effet d'apprentissage¹¹⁵

Ordre de passage des 5 gymnastes les plus jeunes du pôle, arrivés en début de saison :



Ordre de passage des 5 gymnastes présents au pôle depuis plus de deux ans :



¹¹⁵ Les lignes noires représentent les courbes de tendances et témoignent de l'évolution des ordres de passage.

Cet effet d'apprentissage est également visible dans les interactions des sportifs entre eux. La conversion progressive des jeunes athlètes assure un contrôle toujours plus grand du groupe sur les individus et permet une réactivation perpétuelle des normes acquises, à l'occasion de ce qui pourrait leur apparaître comme une conduite « a-normale » (entendue comme tout comportement qui déroge au référentiel sanitaire de l'espace sportif d'élite)¹¹⁶. Ainsi faut-il comprendre, lors d'une observation au cœur du lieu de vie de jeunes footballeurs, ce tribunal collectif qui s'improvise à l'arrivée claudicante de l'un des leurs dont le lourd plâtre oblige l'utilisation de béquilles. Après l'émulation que provoque infailliblement la vue d'un joueur blessé, la question des conditions de survenue de la blessure sont inévitables. Lorsque ce dernier explique sa chute malheureuse en ski, il subit de plein fouet les remontrances de ses compagnons de vie. Ayant bafoué la règle tacite qui interdit la pratique d'activités physiques, qui plus est lorsqu'elles sont potentiellement dangereuses, lors des rares semaines de repos accordées, ce sportif ne peut que s'attirer la colère de ses partenaires qui ont assimilé cette norme. « Mais t'es fou toi ! T'as été au ski, alors que t'as même pas le droit. Ton année est finie. Tu fais n'importe quoi ! (etc.) »¹¹⁷. De la même façon, deux joueurs professionnels se croisent dans le couloir du centre. L'un se rend à l'entraînement, l'autre attend devant la porte du docteur Beaugendre. Le premier dit au second : « Ouaich, [prénom du footballeur blessé], t'as tout le temps mal toi ! Coach, coach, faut que je sorte, j'ai mal... Non mais sans rire, qu'est-ce que tu as ? T'es pas un vrai footballeur toi ! Ouais, j'arrête de te parler, t'es pas un vrai footballeur ».

Au cœur du colloque avec le médecin, le sportif apprend également à manipuler l'information avec habileté. « Il semblerait que les maux dépendent des mots et que la capacité à percevoir la sensation morbide et à l'interpréter comme symptôme relève en partie de la pratique discursive : la sensation, pour être perçue, doit être verbalisée, au moins à soi-même »¹¹⁸. Si, comme nous l'avons évoqué, l'hyper médicalisation de l'espace permet aux sportifs d'acquérir d'un vaste vocabulaire leur facilitant l'identification et la description d'un nombre important de symptômes, il n'en reste pas moins que les athlètes

¹¹⁶ VIAUD, Baptiste. 2008. *Op. Cit.*, p. 63.

¹¹⁷ Cette observation cadre parfaitement avec les principes de formation des élites repérés par Pierre Bourdieu dans le cadre des Grandes Ecoles. « Cet enfermement sélectif a pour effet de produire un groupe très homogène dont l'homogénéité se trouve encore renforcée autour de la socialisation mutuelle qui résulte du contact continu et prolongé entre les condisciples ». BOURDIEU, Pierre. 1989. *La noblesse d'état. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection le Sens Commun, 576 pages.

¹¹⁸ DETREZ, Christine. 2002. *Op. Cit.*, p. 103.

peuvent disposer de ces informations comme bon leur semble. Une sensation réelle peut être tue et une sensation factice inventée... Entre rétention et invention des informations, le jeu médico-sportif est la preuve que les sportifs ont une conscience aiguisée de la valeur de leurs propos et des conséquences qu'ils auront relativement au référentiel de la haute performance. Ainsi, Joël Bats, ancien gardien de l'équipe de France de football, se rappelle rétrospectivement des « tribulations médicales » et de « la hantise de voir les autres progresser et s'imposer ». « A l'intérieur d'un groupe soudé on sait ce que veut dire prendre la souffrance à son compte. En 10 saisons, j'ai côtoyé des joueurs qui cachaient leurs blessures pour ne pas risquer de perdre leur place »¹¹⁹. Le docteur Beaugendre, médecin d'une équipe professionnelle de Ligue 1 le reconnaît d'ailleurs en toute honnêteté. « Il y a plein de lésions qui nous sont cachées par les joueurs parce qu'ils ont peur du risque de perte de secret. C'est inhérent au fait que la structure médicale est une structure du club lui-même, donc elle a un côté répulsif. Quand il y a une place à garder et qu'il faut être compétitif, les joueurs ont tendance à se taire. Ça fait partie de leur fonction. Nous on s'en rend compte régulièrement lorsque des pathologies cachées s'aggravent et qu'elles deviennent visibles sans avoir à le dire. Mais je pense que cela arrive beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, sans que l'on s'en rende compte ». De nombreux joueurs viendront confirmer cette hypothèse. Le médecin est un ami, mais il reste l'employé du club et sert une structure dans laquelle les informations sanitaires spécifiquement sportives sont vite connues de tous. Dans les esprits, ébruiter avec trop de zèle ses sensations morbides, c'est prendre le risque de se faire écarter. A l'inverse, dans un souci d'économie des corps dont l'application est rendue difficile par des conditions de vie qui ne laissent que peu de place au repos, inventer ou exagérer certaines pathologies est un moyen radical pour se mettre à l'abri temporairement. Les sportifs utilisent alors sciemment leurs compétences médicales pour « bluffer » le médecin à son propre jeu et s'offrir ainsi aux yeux de la structure sportive un repos légitime. Jacky, le responsable des équipements du club professionnel de football où exerce le docteur Beaugendre, s'amuse après toutes ses années passées à arpenter les couloirs du centre de constater à quel point la réussite sportive conditionne le besoin médical. « Les jours de défaite, y a pas forcément plus de blessures, par contre tu peux être sûr que les gars seront tous à attendre devant chez le doc. Quand ils gagnent, ils sont tous à l'entraînement ! (Rires) ». Force est de remarquer, à l'issue d'une saison entière passée dans le club, que la « théorie de Jacky » s'avère particulièrement fondée. Il est

¹¹⁹ **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p. 77-78.

fréquent que les sportifs utilisent la caution médicale pour tenter de se soustraire à une séance d'entraînement lorsque le moral est au plus bas ou que la fatigue se fait trop intense. C'est la fameuse « petite élongation des adducteurs » dont les footballeurs professionnels parlent entre eux en souriant dans les couloirs du centre sportif¹²⁰. Suffisamment inquiétante pour que le médecin stoppe l'activité pour une journée mais pas suffisamment grave pour exiger d'éventuels examens complémentaires qui trahiraient le parfait état physique du sportif, elle permet d'éviter les entraînements du début de semaine sans remettre en cause la participation au match du week-end. Joël Bats évoque lui aussi ces « simulacres », lors desquels « [il] s'inventait des douleurs, des picotements »¹²¹. A l'évidence, dans un tel jeu de rôles, médecin et sportif s'engagent dans une discussion qui laisse une place importante au débat. L'athlète, qui tutoie le « médecin de la maison », se permet dans une plus large mesure de discuter les décisions, d'émettre des hypothèses et ainsi tenter d'induire un diagnostic, de négocier arrêts et traitements...

Une proximité propice à la discussion

Allan, gymnaste de 15 ans, souffre d'une épaule depuis le début de la saison. Le médecin, malgré de nombreuses manipulations et des examens complémentaires (radiographie ; scintigraphie) n'a rien trouvé. Les entraîneurs suspectent de la part du jeune homme une baisse de motivation et une forme de « fuite » par le médical. Dans le colloque singulier, l'athlète n'aura de cesse d'alimenter ce qu'il perçoit comme une pathologie en émettant des hypothèses et en négociant des examens (ici sans résultat).

Consultation du 28 / 11 / 2006 :

Dr. Renaud : « Scintigraphie normale ! ».

Allan : « Bah oui, mais j'ai toujours mal ! En fixe et tout. Quand j'en fais, après, je ne peux quasiment plus bouger ! Ma sœur, elle pensait à une capsulite [réfléchi un instant]... rétractile, je crois qu'elle a dit ».

Dr. Renaud : « [Sourire] Et elle est quoi ta sœur ? ».

Allan : « Elle est en fac de médecine ».

Dr. Renaud : « Bah elle peut sortir tous les diagnostics sur l'épaule hein, c'est facile ! ».

¹²⁰ L'encadrement technique n'est d'ailleurs pas dupe à ce sujet. Le préparateur physique de l'équipe professionnelle de football explique ainsi : « Les joueurs l'ont très bien compris. Ils n'ont pas envie de s'entraîner, ils vont voir le doc et ils ont tous mal au pubis. Pubalgie ! C'est indétectable. Les joueurs ne sont pas fous ! ».

¹²¹ **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p. 62.

Consultation du 06 / 02 / 2007 :

Allan : « J'ai toujours mal à l'épaule là ».

Dr. Renaud : « Et autrement ? ».

Allan : « A part l'épaule, ça va ».

Dr. Renaud : « Donc toujours l'épaule ? ».

Allan : « Oui, toujours au même endroit. Et je me demandais, avec un arthroscanner, on ne peut rien faire pour moi ? ».

Dr. Renaud : « Bah non, ça ne sert à rien là. Ce n'est pas anodin quand même. A moins que tu aimes bien te faire piquer ».

Enfin, l'ensemble des stratégies mobilisées par les sportifs ou par le médecin lui-même conduisent à un nomadisme médical très important. Au cas où les négociations restent vaines et que les sportifs ne sont pas satisfaits des traitements apportés, par méfiance du « médecin employé » et du nécessaire partage des secrets, ou enfin face à la surdité d'un praticien qui banalise une douleur qui ne passe pas, les sportifs de haut niveau, hyper consommateurs de soins, ont ainsi recours à d'autres professionnels de santé. Bien sûr, ce comportement reste la plupart du temps tacite. Il est difficile pour les sportifs d'avouer aux médecins de leur structure sportive ce qu'ils perçoivent bien souvent comme une « petite infidélité ». Ainsi, dans les couloirs du centre sportif d'un club professionnel de football, le gardien d'une équipe de Ligue 1 nous avouera dans un murmure soufflé avoir eu recours régulièrement à un individu pratiquant le shiatsu, forme de médecine douce, après une blessure au dos dont le traitement médical proposé par le médecin du club lui paraissait insuffisant. Secrète, cette information ne doit pas être divulguée par peur que le médecin « se sente trahit », et également pour éviter d'être vu comme celui qui brise le confort et la stabilité d'un entre-soi mystifié. Ainsi, au sein du pôle de gymnastique, sur les huit familles de gymnastes qui ont rempli notre questionnaire de recherche (sur les onze sollicitées), quatre indiquent avoir consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical du docteur Renaud. La raison invoquée est toujours identique et répond à la volonté de bénéficier d'un second avis suite à un diagnostic jugé non satisfaisant où trop tardif. Le docteur Renaud pense « que cela n'arrive pas très souvent », mais reste lucide sur le fait qu'il n'est « peut-être pas bien placé pour le savoir ». Parfois, les gymnastes eux-mêmes ont fait part de la fréquentation d'un ostéopathe pour expliquer l'amélioration d'une pathologie (« ce qui [l'] énerve ! »), mais jamais au cours de cette saison les familles

ne l'auront directement mis au courant (certains préférant prévenir l'entraîneur au médecin). Décidément, le milieu sportif est un univers qui cultive le secret sur différentes strates diversement accessibles. Le départ très médiatisé du docteur Fabrice Bryand du Football Club de Nantes à la fin de l'année 2008 est le résultat direct de « ces secrets dans le secret ». Il démissionne pour « entrave à la fonction », considérant que l'encadrement sportif et la direction du club ont encouragé le nomadisme médical de nombreux joueurs professionnels. Ce dernier point questionne d'ailleurs le rôle précis de l'entourage sportif et en particulier des entraîneurs dans la prise en charge médicale des athlètes dont ils ont la responsabilité. Jouent-ils le jeu médico-sportif en se faisant les auxiliaires des décisions médicales, où s'engagent-ils eux aussi dans des négociations et des manipulations de l'information médicale à leur profit ?

Le médecin du sport, victime du secret sportif

Le Docteur Bryand claque la porte du FC Nantes

C'est un départ brutal et conflictuel. Médecin du FC Nantes depuis 1987, Fabrice Bryand a remis sa démission au président Waldemar Kita.

Une nouvelle page du grand livre du FC Nantes s'est tournée. Et celle-là fait plus de bruit que certaines. Une page froissée, ça crisse plus qu'une page lisse. Le docteur Bryand s'en est allé, après 21 ans de bons et loyaux services ce qui, en l'occurrence, n'est pas seulement une formule d'usage.

Un toubib qui quitte un club de foot, même en démissionnant, en général, ça passe relativement inaperçu. Mais là, c'est bien plus que le spécialiste en biologie et traumatologie du sport qui claque la porte. C'est tout simplement un membre éminent du « FC Nantes canal historique ». Arrivé en 1987, après le départ en retraite du docteur Lescaubron, Fabrice Bryand avait gagné l'estime des techniciens. Auprès de Jean-Claude Suaudeau et de Raynald Denoueix, il aura participé aux conquêtes des titres 1995 et 2001 comme des Coupes 1999 et 2000. « La période où il bossait le plus directement avec nous était celle de la préparation, rappelle le coach du dernier titre en 2001. Mais j'avais eu la chance de travailler aussi énormément avec lui chez les jeunes. Je peux dire qu'il m'a énormément fait progresser à travers notamment les recherches qu'il a pu mener, avec l'aide du CHU, sur l'explorativité que nous recherchions pour notre jeu. »

À cette époque, la maison jaune ne faisait pas appel à un préparateur physique. C'est un peu pour quoi beaucoup considéraient que Fabrice Bryand était plus qu'un médecin. Avec les années, l'expression aura même pris, dans la bouche de ses contempteurs, une tournure péjorative. « On n'avait pas de psy non plus », fait remarquer Raynald Denoueix. Pour suggérer que le Doc Bryand, comme tous l'appelaient, faisait son job à fond, mais dans les clous. Qu'il n'était pas plus qu'un toubib, mais « un super toubib ». Et d'ajouter : « Quand on a mal à la tête, on n'attend pas qu'un aspirine... »



Plus souvent grimaçant que souriant, ces dernières années, Fabrice Bryand a finalement décidé de quitter un FC Nantes dans lequel il ne se reconnaissait plus.

Mickaël Landreau. Les dernières années, l'homme semblait las d'avoir vu défiler les préparateurs physiques (Albert, Bernain, Morin puis Gacon), voire les confrères pour des pîges occasionnelles (Yann Rougier, le nutritionniste de Barthez) ou plus longues (Thierry Guicheteau). L'arrivée de Baup l'aurait pourtant, un temps requinqué. « Il avait retrouvé la pêche, m'avait-il dit », confie l'entraîneur, « tombé sur le cul » car il lui avait « donné s(m)a confiance ».

Selon *France Football*, une goutte d'eau aurait fait déborder le vase : le recours par de nombreux joueurs à des consultations extérieures.

Démarche téléguidée, d'après lui, par la direction. Waldemar Kita (*lire par ailleurs*), s'en défend. Quoi qu'il en soit, samedi, la lettre de démission est partie en recommandé. Le président Kita en a pris acte, en attendant, un courrier d'avocat qui lui serait promis pour signifier une action en justice pour entrave à son travail.

Hier, Fabrice Bryand est passé au club récupérer ses affaires. Au sein du personnel, et notamment de ceux qui ont un peu d'ancienneté, l'affaire a fait grand bruit. Parce que le personnage était très apprécié. Mais peut-être plus encore parce que son départ sonne comme un acte de

défiance envers une direction dont il n'a jamais partagé la philosophie.

P.-Y. A (avec C. D.)

■ Nantes dément être sur Demont. Selon le journal *10sport*, le FC Nantes envisagerait de s'attacher les services du latéral droit de Lens Yohan Demont. Information démentie par Christian Lariépe, le directeur sportif nantais : « Il est vrai qu'on y a pensé en fin de saison dernière. Mais ce n'est plus le cas. De toute façon, on n'avait, jusqu'alors, lancé qu'une piste, celle de Wiltford. Depuis, on n'a rien activé. »

II. 1. c. Du côté des entraîneurs, négoce et usage illégitime de la médecine

Les entraîneurs, parce qu'ils ont eux-mêmes subi dans une immense majorité des cas les techniques d'inculcation de l'habitus du champion, participent « naturellement » à la diffusion d'un rapport au corps adapté aux conditions de vie spécifique du haut niveau sportif. Ils se font ainsi les vecteurs d'une gestion ambivalente de la santé, tiraillée par le paradoxe du double corps. S'ils s'escriment effectivement à banaliser la blessure et normaliser la douleur pour rendre vivable cet univers séparé, ils inscrivent aussi dans un hygiénisme presque outrancier. En effet, de par leurs biographies sportives et leur présence actuelle dans un espace hyper médicalisé, les entraîneurs eux-mêmes sont sensibles aux arguments sanitaires, parfaitement conscient de l'économie que le respect de tels principes est susceptible de leur offrir du point de vue sportif. « Etre dur au mal » laisse ici la place à l'idée qu'il est important de « faire attention à soi », de « se ménager », d'être à l'écoute du moindre problème physique afin qu'il soit immédiatement pris en charge et ainsi éviter qu'il ne s'aggrave. Les entraîneurs, anciens sportifs, ont « appris par corps » à prendre soin de leur outil de travail. Ils participent donc de cette centration sur la santé du corps par la diffusion d'un fond de connaissances diffus et indigène des « choses de la médecine » auprès des jeunes sportifs. En ce sens, dans les mots et les actes, les entraîneurs font un usage illégitime de la médecine et partagent finalement, dans une mesure qu'il reste à définir, le « pouvoir médical ».

Usage illégitime de la médecine

Dans le centre sportif du club professionnel de football, les bureaux médicaux sont placés à un endroit de grand passage. Les joueurs blessés qui attendent dans le couloir y croisent donc d'autres athlètes ainsi que les entraîneurs. C'est un lieu privilégié pour observer la façon dont ces derniers interviennent dans la gestion « médicalisée » des corps.

13 / 03 / 2007 :

Deux jeunes joueurs de l'équipe CFA attendent devant la porte du Dr. Gardet. Leur entraîneur passe dans le couloir et s'arrête discuter un instant :

Entraîneur : « Alors ça donne quoi ? ».

Joueur : « Bah je ne sais pas. J'attends le doc, je ne l'ai pas encore vu ».

Entraîneur : « Oui, d'accord, mais en termes de sensations, t'en es où ? ».

Joueur : « J'ai encore mal. Mais là, la douleur est remontée. Du haut de la cuisse, maintenant, j'ai mal au niveau du ventre ».

Entraîneur : « [Moue dubitative] T'as essayé de masser un peu comme ça ? [Effectue le geste sur lui-même]. Ça peut te faire du bien hein ! ».

24 / 04 / 2007 :

Un joueur professionnel a pris un coup sur la cuisse et attend le docteur Beaugendre. Le coach passe dans le couloir et demande :

Entraîneur : « Mais tu habites là toi ou quoi ? ».

Joueur : « Bah non, mais j'ai mal à la cuisse ».

Entraîneur : « Béquille ? C'est simple, automassages et froid ! ».

L'usage illégitime de la médecine cumulé à l'adhésion biographique des professionnels de santé au projet sportif et à la prise en compte des performances athlétiques dans l'élaboration des diagnostics, rend complexe et parfois périlleuse la relation que les entraîneurs entretiennent avec les médecins employés par la structure. S'il arrive qu'ils ne respectent pas les décisions médicales lorsqu'ils les trouvent injustifiées ou que les exigences sportives se font plus fortes que les injonctions de santé, ils s'engagent surtout dans une négociation habile et tentent, comme les sportifs, d'intervenir sur l'ensemble de l'activité proprement médicale. Leurs connaissances indigènes leur permettent de discuter des diagnostics et, même s'ils ne rivalisent pas avec le médecin de ce point de vue, peuvent malgré tout orienter le regard médical. Le responsable du pôle de gymnastique, à l'arrivée du docteur Renaud dans la salle d'entraînement, venait régulièrement à sa rencontre pour lui faire part de son « sentiment » sur la santé des jeunes athlètes et ainsi guider le médecin vers des pistes qu'il a lui-même identifiées. « Faudra que tu vois le petit Guillaume, il a pris un jeton en dessous du genou sur le tibia. Ça serait peut-être bien de faire des clichés. On dirait un Osgood [pathologie osseuse]... Enfin bon, c'est toi qui vois, c'est toi qui sais mieux ! ». Ou encore : « Ah oui, et sinon, Mathieu se plaint toujours de sa douleur à l'aine. Il doit avoir un petit truc qui traîne, une tendinite ou une contracture, comme souvent en gymnastique, mais il faudrait re-regarder ça ». Mais là où les entraîneurs ont la prise la plus directe, c'est sur la gestion des traitements et des arrêts sportifs. La négociation est ici parfaitement visible, et la force des enjeux sportifs est prégnante. Les entraîneurs du pôle de gymnastique souhaitent mettre toutes les chances de leur côté lors des compétitions importantes qui ponctuent la saison sportive. En fin de consultation, ils profitent du compte rendu du docteur Renaud pour lui glisser leur volonté du moment. Entraîneur 1 : « Quand est-ce qu'on va pouvoir leur refiler un coup de vitamines ? ». Dr. Renaud : « Bah... ». Entraîneur 2 : « La dernière fois c'était en

décembre et là les compétitions approchent ». Dr. Renaud : « Oui bah vous pouvez. Moi, je ne suis pas contre. Ça va leur filer un coup de boost juste avant les compèt', ce n'est pas plus mal. Après, ça servira plus à grand-chose. Surtout qu'il nous en reste ». Entraîneur 2 : « Oui, de quoi faire une tournée générale ». Dr. Renaud : « Ok, vous pouvez y aller ». Plus tard, le médecin nous dira en entretien ne pas être dérangé par cette intervention régulière des entraîneurs dans la médication des jeunes athlètes. Sur le cas précis des vitamines, sa réponse est lapidaire et trahit sa sensibilité sportive. « Les vitamines, c'est simple, si tu en as trop, tu les pisses, si tu n'en as pas assez, tu les gardes. Donc ici, on peut bien leur en donner un peu plus qu'il n'en faut, ce n'est pas grave ». La prise en charge se fait réellement sur le mode collectif. A ce titre, il n'est pas rare de constater que les entraîneurs parviennent à s'immiscer dans les traitements et les arrêts sportifs. Le docteur Beaugendre répond aux sollicitations de l'entraîneur de l'équipe professionnelle juste avant le début d'un entraînement. En grande difficulté sportive, le club a besoin de tous ses éléments, quitte à faire reprendre plus tôt certains d'entre eux malgré l'avis médical. Le médecin ne peut que se plier à la demande et explique au technicien : « l'échographie montre qu'il y a encore quelque chose. Il y a encore du sang. Il ne faut pas trop le forcer ! Normalement, il ne devrait même pas s'entraîner. Le contexte fait que bon... Mais il ne faut pas que tu le fasses forcer sur le geste de la frappe en particulier ».

Traitements et arrêts sportifs.

Le médecin et l'entraîneur au cœur de la négociation...

09 / 01 / 2007 :

Karl, gymnaste de 15 ans, souffre de manière chronique d'une épaule. Après plusieurs semaines sans que la douleur ne s'estompe, le docteur Renaud a décidé de lui faire passer un IRM. En fin de visite, les entraîneurs souhaitent discuter avec lui de la légitimité de ce rendez-vous.

Entraîneur 1 : « Tu as vu l'épaule de Karl ? ».

Dr. Renaud : « Oui, enfin il ne m'en a pas parlé plus que ça ».

Entraîneur 1 : « Parce qu'il a l'air de ne plus avoir mal. Et du coup, on se posait la question de l'utilité de son IRM. Parce que bon, s'il n'a plus mal, ça ne sert à rien de l'envoyer faire des examens ! ».

Dr. Renaud : « Oui ».

Entraîneur : « Bah le mieux, c'est de lui demander. [A haute voix dans le gymnase] Karl, tu as mal, là, à l'épaule ? ».

Karl : « [Le jeune homme a quitté le praticable et s'est rapproché timidement]. Non, aux agrès, ça va ».

Entraîneur 1 : « Oui, en même temps, tu ne fais pas du saut en hauteur [Rire collégial des entraîneurs et du médecin] ».

Entraîneur 2 : « Moi, ce qui m'a un peu étonné si tu veux [il s'adresse au médecin], c'est qu'il a fait toute une séance de soleils aux anneaux. Or, c'est ce qui fait le plus mal aux épaules en gym. Donc si il avait vraiment mal aux épaules comme il le dit, il aurait jamais tenu toute une séance ».

Dr. Renaud : « Oui. Alors, Karl, t'as mal où t'as pas mal ? [Le jeune homme reste silencieux]. Non, mais dis moi. Tu as le droit de ne plus avoir mal ! [Karl soupire, les yeux vers le sol]. Tu veux qu'on annule l'IRM ou pas ? [Le gymnaste ne sait pas]. Non mais ce n'est pas un problème, si tu n'as plus mal, on annule, c'est pas compliqué ! ».

Karl : « Bah aux agrès, ça va ».

Dr. Renaud : « Et bah on annule ! [S'adresse désormais à l'entraîneur] Tu rappelles pour annuler ? ».

Entraîneur 2 : « Oui ».

15 / 05 / 2007 :

Karl, gymnaste de 15 ans, souffre d'une douleur chronique et handicapante du poignet, qui le gêne dans le bon déroulement de ses entraînements. Julien, gymnaste de 17 ans, est quand à lui en cours de rétablissement d'une entorse importante de la cheville datant d'un mois. Le médecin du pôle avait préalablement émis le souhait de réaliser des radios pour chacun de ses deux gymnastes. Après consultation du tableau d'affichage présent dans la salle attenante au gymnase et d'après ce que les athlètes lui expliquent, le docteur s'aperçoit que l'entraîneur a effectivement pris rendez-vous dans son cabinet auprès de sa secrétaire pour le lendemain. Satisfait de cette initiative, à la fin des entretiens individuels menés avec chacun des gymnastes et lors de son habituelle discussion avec les entraîneurs présents dans le gymnase, le médecin en profite pour rappeler ce rendez-vous au coach qui en a la responsabilité.

Entraîneur : « Alors ça y est, tu as fait le tour ? ».

Dr. Renaud : « Oui, c'est bon. Alors je vois Karl et Julien demain apparemment ? ».

Entraîneur : « Ouais. Mais pour Karl, ça me pose un problème. Julien il sera là. Mais Karl, ça m'embête parce qu'il a une compèt' importante ce week-end. Et du coup, là, les entraînements sont vraiment tous très importants. Surtout que là, il est un peu à la bourre sur les agrès. Donc il faut qu'il bosse les agrès ».

Dr. Renaud : « Bah écoutes, c'est toi qui vois hein ! Tu me dis ».

Entraîneur : « OK. De toute façon, c'est pour des radios de contrôle, c'est tout ? Bon je vais voir et je te dis. Mais Julien, lui il sera là, c'est sûr ».

Dr. Renaud : « D'accord ».

Effectivement, Julien effectuera une radio de la cheville. Le poignet de Karl, pour sa part, attend encore son cliché...

15 / 05 / 2007 :

Dans le bureau médical du docteur Gardet, en plein entretien de recherche, le médecin du centre de formation du club professionnel de Football reçoit un coup de téléphone d'un des entraîneurs d'une équipe jeune. Le technicien prépare la rencontre du week-end et souffre d'un effectif trop réduit suite à l'arrêt de plusieurs joueurs pour blessures. Il tente de négocier le retour anticipé de certains jeunes.

Dr. Gardet : « « Oui, allo ? [...] Salut, ça va ? [...] Oui, mhh, mais ils avaient quoi déjà eux comme pépins ? Je ne me souviens plus, j'avais dit quoi à David ? [...] Ah oui, c'est ça ! [...] Oui, bah si c'est pour faire du banc de touche, pour avoir un effectif, pourquoi pas, mais si c'est dans l'idée de les faire jouer, là on prend un risque hein. [...] Bah oui ils ont couru, mais ils ne sont pas entraînés là hein ! [...] Oui, bah oui, je veux bien les voir. Mais aujourd'hui c'est calme, alors je ne vais pas rester jusqu'à 19 heures. Si tu me les amènes d'ici une ½ heure, ¾ d'heure, c'est bon. [...] Bah oui, parce que le problème avec ces jeunes là, c'est qu'ils ont trop joué dernièrement. Enfin, musculairement j'entends ! [...] Bah oui, je sais bien. [...] Je sais bien, c'est partout pareil, en CFA aussi ils manquent de joueurs. [...] Mais bon, si c'est dans l'idée de rester sur le banc pour..., ça me va, mais si c'est dans l'idée de les faire jouer, ça m'embête quand même ! [...] Et il reste beaucoup de matches après ? [...] Bah oui, c'est la fin de la saison. [...] Bon bah je vais les voir, et puis on verra. [...] OK, à bientôt François ».

Cette participation des entraîneurs dans le jeu médical ne peut se comprendre que dans le cas où le médecin adhère au projet sportif. Le docteur Quirion, médecin hospitalier dont le statut de médecin du pôle de handball est vécu difficilement, est justement farouchement opposée à ce qu'elle perçoit comme une véritable intrusion des techniciens dans sa pratique. Comme pour le cas du pôle de gymnastique, l'entraîneur des jeunes handballeurs intervient dans l'encadrement médical de ses athlètes (sur le temps de l'observation, ce cadre technique donnera par exemple des anti-inflammatoires « qui lui restait d'une précédente prescription » à une jeune fille souffrant d'une douleur au coude, ce qui ne manquera pas de provoquer l'ire du médecin). « Ils voudraient faire la médecine à notre place ! ». A l'inverse, le docteur Renaud y voit là le signe de relations saines et efficaces. « C'est un des luxes justement de mon activité au pôle. Ils me font confiance et savent qu'ils peuvent me parler. D'ailleurs souvent, ils ont raison. Moi je trouve ça vachement bien ! ». Mais ce travail partagé trouve rapidement ses limites et le médecin, sensible ou non aux exigences des élites, n'hésite pas à rappeler dans de nombreuses situations son autorité suprême en matière d'encadrement sanitaire. Cette fois les tentatives des entraîneurs sont déboutées et le médecin conserve contre vents et marées son indépendance au risque de s'attirer l'insatisfaction de ses collègues techniciens. A ce titre, il est sans doute significatif de constater dans les discours des deux cadres techniques responsables des pôles de gymnastique et de handball une même réflexion à l'égard de ce qu'ils perçoivent comme une trop grande « rigidité » professionnelle : la difficulté, c'est qu'ils sont « parfois trop médecins ».

Des médecins « trop médecins » ?

Au sein du pôle de gymnastique, un entraîneur cherche à orienter le traitement médical d'un jeune gymnaste qui souffre d'un genou depuis plusieurs semaines sans que le médecin n'ait rien trouvé, et évoque la possibilité de mener des examens complémentaires. Le docteur Renaud le rappelle alors à son autorité en la matière.

06 / 03 / 2007 :

Entraîneur : « Tu sais Morgan, qui n'était toujours pas bien sur son genou, et bien il a vu un kiné au stage national. Et apparemment, il se demandait si c'était pas le ménisque ».

Dr. Renaud : « [Moue dubitative] ».

Entraîneur : « Pour lui, c'est peut-être bien le ménisque ».

Dr. Renaud : « [Ton largement ironique] Bah remarque, si ce sont les kinés qui font de la médecine maintenant... ».

Entraîneur : « Hein ? ».

Dr. Renaud : « [Hausse le ton] Je dis : si c'est le kiné qui fait de la médecine maintenant... ».

Entraîneur : « [Visiblement gêné par la tournure des événements] Non mais moi, je ne fais que te répéter ce qu'il m'a dit hein. Moi, je n'en sais rien, c'est toi le médecin. Je voulais juste te dire qu'il m'avait dit ça et qu'il conseillait de faire une IRM ».

Dr. Renaud : « [Enervé] Pff, non mais c'est dingue ! Ils n'y connaissent que dalle ! Alors dire que c'est un ménisque, oui, pourquoi pas, il n'a pas trop de chances de se tromper, le ménisque c'est bien dans le genou. Mais moi je dis, à ce moment là, si il a raison et que l'IRM montre un réel problème au ménisque, bravo, coup de pot. Sinon, si il n'y avait rien, il paye l'IRM de sa poche. Ça les calmera un peu. Non mais c'est très énervant. Je rappelle quand même que ces mecs là, ils n'ont aucune compétence dans le diagnostic ! Ils n'y connaissent rien. Alors les entraîneurs entraînent, les kinés font de la kiné, mais qu'ils nous laissent faire de la médecine ! ».

Un gymnaste rentre dans la salle et sa présence met un terme à une discussion qui prenait la forme d'un monologue. Plus tard, lorsque nous discuterons avec le technicien de cet événement, il nous fera part de son incompréhension et de son sentiment que parfois le docteur Renaud « est trop médecin ».

Après avoir ainsi détaillé les effets normatifs et les relations qui caractérisent la position des médecins qui adhèrent au jeu sportif et détiennent des fonctions au cœur même des centres de formation et d'encadrement des élites sportives, il reste désormais à établir la comparaison avec les médecins qui possèdent une activité hospitalière en lien avec le sport de haut niveau sans pour autant être sensibles aux exigences et spécificités de cet univers. Retrouve t'on des mécanismes similaires d'intervention du professionnel de santé dans les processus de sélection, de conversion et parfois d'exclusion ? Les liens

entretenus aux athlètes et à l'entourage sportifs sont-ils construits sur les mêmes principes d'instrumentalisation et de négociation ?

II. 2. Etre indépendant à leurs dépens ?

« [A L'hôpital], le malade est entièrement livré à la technosphère. Des experts vont alors conduire des examens instrumentalisés, dont ils ne parlent qu'à travers un langage codé. La première figure du thérapeute apostolique et secourant a disparu ; l'hospitalisé est désormais en présence de spécialistes qui ne lui parlent que rarement ; il est soumis à des épreuves dont il ne comprend pas toujours le sens et dont il n'est même pas sûr qu'il saisisse les résultats. Bref, le malade est plus que jamais coupé de son milieu et frappé par l'isolement »¹²².

La position, a priori plus respectable, et a fortiori plus respectée, qui consiste à pratiquer la médecine du sport en refusant les enjeux de performance et en se mettant à l'écart du monde sportif, n'en est pour autant pas moins dénuée d'effets normatifs regrettables. Les médecins du sport qui évoluent au plus près des sportifs critiquent à leur tour leurs confrères hospitaliers, et s'attaquent, de la même façon, au fondement même de leur positionnement professionnel. Il est selon eux incohérent de pouvoir se targuer d'une quelconque compétence en médecine du sport lorsque l'on travaille à distance de l'univers sportif (au point de parfois le méconnaître totalement). (« On ne peut pas faire de la bonne médecine du sport si on ne parle pas le même langage que les sportifs »). Effectivement, au-delà de la lutte fratricide qui n'a pas toujours besoin d'arguments rationnels et avérés pour éclater, il paraît difficile de réaliser une médecine de l'individu tout en niant les spécificités propres qui le définissent. Le risque majeur consiste donc à pratiquer une médecine inappropriée, incohérente et désincarnée, qui, parce qu'elle s'oppose idéologiquement au mythe sportif, dessert la prise en charge de l'individu. Est-il donc possible de réaliser une médecine de l'homme sportif lorsque l'on est totalement étranger aux valeurs qui l'animent et parfois le consomment ?

¹²² DAGOGNET, François. 1998. *Op. Cit.*, p. 252-253.

II. 2. a. Contrôler et chercher

Le décalage biographique qui caractérise les praticiens hospitaliers et qui les place à distance des valeurs de l'espace sportif d'élite, a son propre lot d'effets. Le suivi longitudinal est obligatoire en France et répond à la volonté de préserver la santé des athlètes par la réalisation d'actes techniques inaccessibles sur le terrain (en diagnostiquant d'éventuelles anomalies cardiaques, l'objectif était de réduire par exemple les accidents sportifs mortels). Il s'agit donc véritablement d'une médecine de contrôle. Loin des enjeux sportifs, les praticiens se situent volontiers dans l'hyper-prévention. En effet, même s'ils rappellent qu'ils ne sont payés ni à la consultation, ni aux résultats, il demeure que le temps consacré à des examens extrêmement méticuleux (en une heure et demi environ, là où le docteur Renaud aura passé en revue 12 gymnastes, le docteur Amazan aura réalisé les examens cliniques de deux jeunes sportifs uniquement¹²³), qui s'accompagne nécessairement de « la volonté de trouver quelque chose », aboutissent à des diagnostics dont la prudence peut être exagérée. Les médecins se situent alors à l'exact opposé d'une quelconque banalisation et sont à l'affût du moindre signe physique ou psychologique qui pourrait « vouloir dire quelque chose »... Ici, les maux semblent donc ne dépendre des mots que dans une plus faible mesure, puisque les praticiens cherchent cliniquement les traces corporelles ou psychiques d'une usure sans nécessairement que le sportif ait eu à verbaliser un trouble ressenti¹²⁴. Bien souvent, les médecins trouvent dans ce cadre de multiples déformations corporelles, inhérentes à la pratique du sport de haut niveau mais dont la survenue ne remet pas en cause la pratique. Cet état jugé « normal » dans la sphère du haut niveau n'a logiquement jamais été relevé par les médecins de terrain qui reconnaissent là des conditions de vie avec lesquelles le sportif doit composer. A l'inverse, dans ce contexte hospitalier où prédominent les normes médicales traditionnelles, cet état corporel est jugé « anormal » et amène à de nombreux commentaires. Le sportif étonné se découvre alors parfois en « mauvais état » respectivement à ce référentiel de santé. Une très légère bascule du bassin ou un pied un peu creux chez un adolescent sportif deviennent autant « d'ensellure lombaire » et de « valgus prononcé », des sautes d'humeur où une

¹²³ « L'activité dans le service médical spécialisé dépend du nombre de médecins présents un jour donné et du nombre plus ou moins important de rendez-vous prévus ». **CICOUREL**, Aaron. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, p. 6.

¹²⁴ Dans un récent colloque scientifique, l'un des praticiens hospitaliers qui travaille dans le service du docteur Niel constate ainsi lors de sa communication que les douleurs musculaires sont souvent mal évaluées par les sportifs eux-mêmes et étudie l'efficacité d'un marqueur musculaire (troponine I) capable d'identifier des lésions sans que l'athlète n'ait besoin de les verbaliser.

fatigue trop intense se transforment en « épuisement nerveux » et en « surentraînement ». Laura, jeune fille de 14 ans inscrite en Section sportive régionale d'escalade consulte chaque année le docteur Amazan dans le cadre du suivi médical hospitalier obligatoire. L'année passée, le praticien avait repéré au cours de l'examen une « petite gibbosité dorsale » dont il n'avait pas trouvé bon de préciser à l'athlète le caractère bénin. Laura, elle, a pris peur et ses parents ont anticipé les éventuelles conséquences d'un diagnostic somme toute obscur. Ils ont depuis consulté un « médecin spécial » qui en a conclu qu'il n'y avait rien de grave et qu'elle avait « le droit de continuer l'escalade ». Le docteur Amazan s'amuse d'une telle précaution et confirme l'avis de son confrère tout en renforçant le caractère préventif de l'énoncé. « La gibbosité n'est pas grave et ne contre-indique pas la pratique sportive, mais elle doit être surveillée et l'arrêt sportif doit être immédiat en cas de douleurs ». Au-delà du bien fondé médical de ce type d'examen et de l'expertise importante nécessaire pour repérer cliniquement de telles déformations ou souffrances, la traduction médicalisée de signes cliniques éclaire le décalage qui existe entre le professionnel de santé et le terrain sportif.

Une gifle pour Pékin ? Quand l'inquiétude médicale prend le pas sur les objectifs sportifs

14 / 03 / 2008 :

Le docteur Quirion reçoit ce matin à l'hôpital un cavalier de très haut niveau pour sa visite annuelle au CHU. Cet homme, qui a dépassé la trentaine, est inscrit sur la « grande liste » pour les Jeux Olympiques de Pékin et est donc susceptible de se faire sélectionner et d'y représenter la France. Même s'il sait que sa place n'est pas assurée car les prétendants sont nombreux, cela reste un objectif fort, « auquel il pense tous les jours ». Cette visite à l'hôpital doit être passée avec succès s'il désire avoir ses chances.

L'examen clinique se révèle d'une parfaite normalité. Cependant, lors de l'entretien psychologique, le praticien hospitalier identifie des « problèmes psy ». En effet, dans la liste impressionnante de questions posées par le médecin, le cavalier a déclaré avoir commis récemment ce qui apparaît ici comme un « acte de violence ». Il a en effet donné une gifle à une personne de son entourage, chose qu'il n'avait jamais fait avant. « Il se sent plus nerveux depuis sa séparation d'avec sa compagne ». Aussi, le médecin y voit le signe d'un probable surentraînement qui a conduit le sportif à un état d'épuisement nerveux. Ce diagnostic pourrait compromettre irrémédiablement son envol pour Pékin. Aussi le médecin avance avec prudence. Elle propose au cavalier de réaliser des prises de sang et de revenir dès la semaine suivante afin de réaliser une épreuve d'effort.

Le sportif s'exécute, bien sûr. Les tests supplémentaires ne révéleront finalement aucun signe de surentraînement et le dossier médical du cavalier

restera vierge. Cette gifle aurait donc pu lui coûter son éventuelle participation aux Jeux de Pékin.

Rechercher ainsi, avec ou sans le consentement des athlètes, le moindre défaut anatomique et la plus petite défaillance psychologique, sert clairement les objectifs médicaux, à distance de toute préoccupation sportive. « Participer au match du week-end », « améliorer son record », « garder sa place sur le terrain » sont des occurrences qui n'ont pas droit de citer dans ce contexte médico-sportif. La santé ne s'entend plus dans l'urgence du calendrier sportif et les préoccupations médicales triomphent des temporalités et des normes de la haute performance. Il est à ce titre tout à fait significatif de constater dans le discours des praticiens hospitaliers intéressés par le sport, la volonté de considérer également la santé dans « l'après sport ». Là où les médecins de terrain qui adhèrent au jeu sportif se focalisent sur l'ici et le maintenant, les docteurs Alberti et Amazan se déclarent à l'inverse particulièrement sensibles aux conséquences d'une carrière pathogène. Le docteur Alberti se préoccupe ainsi « des maladies artérielles de l'ancien cycliste de très haut niveau », et le docteur Amazan cherche à comprendre et à traiter « les nombreux cas d'obésité et d'addictions multiples post-sportives ». Ceci n'est possible que dans la mesure où la logique médicale est dominante et que le travail réalisé par les médecins n'a de valeur que dans l'espace où il s'effectue : l'hôpital. Cette fois, le processus d'instrumentalisation est inverse. Il s'agit de recruter une clientèle de sportifs la plus vaste possible de façon à faire prospérer le service hospitalier. Lorsque la direction d'un CHU demande des comptes au responsable de l'unité hospitalière de médecine du sport sur des examens non facturés (qui est une conséquence de l'opacité administrative de la structure hospitalière), ce dernier s'engage dans une réflexion sur l'évolution du service. Victime de son succès, la clientèle reçue est désormais trop importante pour le nombre de médecins employés. Une des hypothèses envisagées serait à l'avenir de privilégier l'accueil des sportifs de haut niveau au détriment des jeunes athlètes engagés dans des sections sportives départementales ou régionales, car plus rentable financièrement pour l'hôpital (« On a besoin de prouver qu'on fait rentrer de l'argent pour pouvoir justifier nos vacations »). De même le sportif de haut niveau, humain surhumain, est une véritable aubaine du point de vue de la recherche sur les « limites supérieures de la condition humaine ». La présence assidue au sein d'un CHU a permis d'observer à quel point le désir de « découverte médicale » l'emporte sur les attentes du sportif (bénéficiaire de conseils pour l'entraînement, obtenir un certificat d'aptitude, sortir rapidement du CHU, etc.), et tend à dépersonnaliser les rapports

entretenus avec les patients. Ainsi par exemple, un vendredi à l'hôpital, le deuxième sportif de la matinée est arrivé. Il est en salle d'effort. Dans le couloir, le docteur Quirion le présente comme un ancien cycliste (vétérane) qui avait arrêté sa pratique pendant quatre ans à la suite de la mort subite d'un ami sur son vélo (qui avait d'ailleurs provoqué chez lui un malaise vagal) et qui a repris depuis six mois. Il souhaite réaliser la course Paris / Bordeaux et veut être sûr que tout va bien avant de se lancer. L'équipe hospitalière procède à une mesure de l'indice de pression systolique au niveau des chevilles (IPSC) de façon à contrôler l'état des artères. Les résultats montrent l'existence d'un petit souffle à gauche : « Rien d'inquiétant, ne vous en faites pas. On fait de l'hyper prévention là! ». Le médecin explique pourtant à l'infirmière devant le patient : « Par contre, ce monsieur peut intéresser [notre responsable d'unité] dans le cadre de sa recherche sur les cyclistes de plus de 50 ans ». Un autre jour, un jeune motocycliste de haut niveau vient à l'hôpital pour la première fois dans le cadre du suivi longitudinal obligatoire. L'examen clinique et l'entretien psychologique terminés, le sportif est invité à se rendre dans une salle d'effort. On y réalise les différents tests habituels. De nombreuses personnes sont déjà présentes dans la pièce (un étudiant en nutrition sportive, la diététicienne, l'infirmière, et nous-mêmes), lorsque le responsable du service et le médecin surgissent à leur tour. Le « chef » demande au sportif : « Alors, il paraît que vous avez une hypertrophie du mollet ? ». Le médecin émet l'hypothèse du « pied qui freine » et demande : « Y en a beaucoup d'hypertrophies chez les motards ? ». « Hyper trop quoi ? J'en sais rien moi! », répond le jeune homme étonné. Le responsable du service lance alors : « Il faut le noter ça ! Ça serait intéressant de voir si on le retrouve chez d'autres motards ». Cette discussion s'arrêtera là, et le jeune motard repartira en ayant plus ou moins bien assimilé les raisons de cette émulation autour de son mollet, étrangement plus épais que l'autre... La dépersonnalisation du patient sportif s'opère par la combinaison de multiples facteurs. Le nombre de praticiens en blouses blanches a un effet étouffant pour l'athlète, véritablement noyé parmi les « experts ». De plus, les praticiens hospitaliers adoptent à leur égard « une attitude plutôt paternaliste » qui ne laisse que peu de place à la discussion spontanée¹²⁵. D'ailleurs le langage utilisé est souvent peu accessible car centré sur des aspects techniques (« on part sur un 50 / 15 » signifie par exemple lors d'une épreuve d'effort que la résistance appliquée par la bicyclette ergométrique est de 50 watts et qu'elle augmente de 15 watts chaque minute). Le paysage mécanisé des salles d'effort participe lui aussi de

¹²⁵ PENEFF, Jean. 2005. *Op. Cit.*, p. 129.

cette dépersonnalisation car les médecins « oublient » extrêmement fréquemment les patients face à de multiples et permanents « soucis mécaniques ». L'attention du service est alors portée au cliquetis anormal de l'ergocycle, aux bugs du logiciel qui mesure les échanges gazeux, aux câbles qui entrent en contact et affolent l'ECG, à l'imprimante qui refuse de délivrer les résultats, à la laxité d'une sangle sensée maintenir un masque respiratoire, ou encore aux délires incompréhensibles de l'alarme du tensiomètre automatique... Face à ses préoccupations techniques récurrentes, peu de mots sont finalement échangés lors des tests d'effort. Les médecins reconquièrent sans doute en partie l'homme lorsque vient le temps de la consultation individuelle au sein du bureau médical, mais les échanges restent alors marqués par cette ambiance très particulière.

Dépersonnalisation du patient sportif



« Le nombre de praticiens en blouses blanches a un effet étouffant pour l'athlète, véritablement noyé parmi les « experts » (et ce quels que soient leurs statuts réels). Ici, sont présents dans la salle un médecin, une infirmière, deux étudiants en médecine, une étudiante en pharmacie, un étudiant en diététique et une élève infirmière. Soit un total de huit blouses blanches pour un sportif (nous étions également présent) ».



« Le paysage mécanisé des salles d'effort participe lui aussi de cette dépersonnalisation car les médecins "oublient" extrêmement fréquemment les patients face à de multiples et permanents "soucis mécaniques". L'attention du service se porte ici sur le cliquetis anormal de l'ergocycle. Derrière le médecin dont le visage a été volontairement flouté, on aperçoit le sportif torse nu qui patiente ».



« Pendant que les étudiants s'escriment à comprendre le fonctionnement et l'ordre du câblage des électrodes posées sur le torse du sportif, ce dernier reste silencieux, le regard dans le vague ».



« Les regards sont intégralement tournés vers les moniteurs où s'affichent en direct les courbes et les résultats de l'épreuve d'effort. Le sportif est oublié, la machine remporte tous les suffrages... »

Cette médecine à distance du sport et du sportif comporte des travers. Celui de ne pas être adaptée à la réalité qu'elle entend encadrer d'abord. Ainsi faut-il comprendre l'ironie du docteur Renaud, médecin du pôle de gymnastique, face à ce qu'il juge comme de l'incompétence médicale. Lors du suivi obligatoire des athlètes à l'hôpital, les praticiens avaient repéré au cours de l'analyse morphologique des pieds, une légère déformation architecturale (pieds creux) chez plusieurs d'entre eux. Sans gravité pour la santé, les médecins ont simplement prescrit des « semelles orthopédiques à porter pendant l'entraînement ». Le médecin du pôle s'en esclaffe toujours. Il invite ses confrères à « sortir du labo, et venir sur le terrain », pour constater qu'il s'agit d'une activité sportive où l'entraînement se réalise... pieds nus. Cette anecdote, par son aspect débonnaire, ne doit pas alléger notre propos. Il s'agit d'un exemple parmi de nombreux autres et ne vient que souligner une récurrence. Que penser de ce praticien hospitalier, médecin du sport qui se refuse à tout rapprochement avec le milieu sportif et qui tient à son indépendance professionnelle, lorsqu'il décide après une journée de consultation avec de jeunes basketteurs, de diffuser une note au sein de la section sportive à laquelle ils appartiennent visant à initier « le port du protège dent » pour les jeunes bénéficiant d'un appareil

d'orthodontie. Au-delà du bien fondé éventuel d'une telle injonction, une connaissance même superficielle du milieu jette le doute sur la réelle applicabilité de cette mesure (le sourire des jeunes sportifs à l'annonce de cette proposition pendant les consultations en disait d'ailleurs long sur son caractère inadapté). L'aspect décalé de cette médecine hyper-préventive produit une incompréhension logique de la part des athlètes qui se retrouvent souvent désemparés devant les conclusions des praticiens. Malgré l'absence de symptômes et de douleurs, la visite à l'hôpital est susceptible de faire émerger des anomalies, des déformations, des pathologies et peut devenir à terme handicapante pour la poursuite de son activité. Le risque, c'est que cet encadrement médical, dont l'enjeu premier est de préserver la santé, se transforme en une médecine qui inquiète, où pire, qui effraie. Le nombre considérable de désistements en est certainement l'une des conséquences les plus probantes. Au sein du service hospitalier observé, pas une semaine sans que des rendez-vous ne soient annulés. Patrick Laure montre dans une étude sur l'observance du suivi médical obligatoire par les sportifs de haut niveau lorrains que les athlètes entretiennent un rapport distant avec cette médecine du sport (qui se traduit par une « importante inobservance »)¹²⁶. A tel point que certaines fédérations sportives ont été contraintes de sanctionner les sportifs les plus récalcitrants (la fédération d'équitation a par exemple menacé de supprimer les aides financières et d'interdire la participation aux épreuves nationales en cas de suivi médical incomplet, ce qui fera dire au docteur Quirion : « On sent que la fédération a fait un rappel à l'ordre parce qu'on a beaucoup de cavaliers en ce moment... »). L'inquiétude des sportifs est souvent palpable lors des visites. Au-delà de l'attente à laquelle ils ne sont plus familiers, du temps que prennent les nombreux examens (entre la consultation clinique, le bilan diététique, l'entretien psychologique, les épreuves d'effort..., le sportif reste environ une demi-journée dans le service), de la peur des hôpitaux et du souvenir souvent amer que la précédente épreuve d'effort a laissé dans bon nombre d'esprits (contrairement aux cyclistes professionnels, les cavaliers et les parachutistes de haut niveau sont particulièrement inquiets à l'idée de réaliser une épreuve maximale sur ergocycle), c'est le risque que le médecin « trouve quelque chose de grave » qui reste le plus déstabilisant¹²⁷.

¹²⁶ LAURE, Patrick ; IHABBANE, L. 2007. *Op. Cit.*

¹²⁷ Dans leurs recherches respectives en lien avec des espaces médicalisés, Anne Véga et Isabelle Cribier font toutes deux le récit de la façon dont elles ont été contaminées aussi bien physiquement que psychologiquement par leur objet d'étude. L'implication d'un chercheur sur le long terme dans un espace qui lui est étranger peut avoir des effets qui en disent long sur sa normativité. Sportif nous-mêmes ayant un temps évolué à un bon niveau de compétition et toujours pratiquant actuellement, il n'est sans doute pas anodin de signaler qu'au contact de cette médecine hospitalière, nous avons développé des angoisses sur

Prise de tension et coup de panique

04 / 04 / 2008 :

Arrivé dans le service vers 8h30, nous sommes seul avec l'infirmière. 5 jeunes du pôle de handball sont déjà présents (ce qui provoque l'agacement de l'infirmière qui rappelle que le service n'ouvre qu'à partir de 9h00). Nous sommes chargé de leur donner leurs dossiers et de les inviter à remplir la première partie de leur fiche médicale ainsi que les questionnaires de surentraînement et de détection de troubles psychologiques. A la demande de l'infirmière, nous prenons en charge les examens de Gaétan, un jeune du pôle espoir. Nous réalisons pour la première fois les tests de Ruffier (depuis la pose des brassards jusqu'au relevé des pressions artérielles) et d'Astrand en étant totalement seul avec un patient.

Fort de ce premier succès, nous sommes de nouveau sollicité pour réaliser le Ruffier de Nicolas. Lorsque nous relevons les pressions artérielles du jeune homme, nous constatons une différence significative entre les deux bras. Inquiet d'avoir commis une erreur en posant les brassards, nous faisons part de notre étonnement à l'infirmière. L'étudiant en médecine, Charles, est présent dans la salle d'effort lors de cette discussion. Il s'empare de l'évènement, et la « machine médicale » se met en branle. Tout le monde se met progressivement à suspecter un problème chez le jeune, malgré avoir rappelé à plusieurs reprises nos doutes sur la qualité technique de notre examen. Charles demande à reprendre une tension pour identifier une éventuelle pathologie (il suspecte « un problème circulatoire sur le bras qui lance »). Nous sentons l'inquiétude monter chez le jeune sportif, qui commence à se demander sérieusement de quelle affection il souffre. Face à son invisibilité apparente aux yeux des professionnels de santé, nous finirons par lui expliquer nous même (sans avoir la compétence et les certitudes pour le faire) qu'il ne doit pas s'inquiéter. L'infirmière demande à ce que l'on recherche dans son dossier, pour voir si cette différence entre les deux bras existait déjà lors des précédents contrôles. Nous nous exécutons et cette hypothèse se confirme. Les différences de valeurs pour chaque bras sont surlignées de façon à ce que le médecin en soit avertie et en tire les éventuelles conclusions médicales. En fait, il n'y avait absolument rien d'alarmant et le médecin ne fera rien de plus... Le jeune Nicolas repartira sans avoir eu le fin mot de l'étrange émulation que son bras, semble-t-il, a provoqué.

Mais la médecine du sport à l'hôpital est également effrayante de part la volonté affichée de certains praticiens qui considèrent que « faire peur » est un outil pédagogique d'une très grande efficacité. Ils s'emploient à « secouer » les patients afin de leur faire prendre conscience de certaines des aberrations que les exigences du monde sportif leur

notre propre activité sportive, à l'affût du moindre « coup de fatigue » (anomalie cardiaque ? Immuno dépression ? Et toute une batterie de pathologies peu engageantes, que nous avons intégrée par l'observation du service). Cette étonnante disposition psychique a disparu quelques temps après avoir interrompu nos recherches au sein du CHU. **CRIBIER**, Isabelle. 1990. *Les guérisseurs. Approche anthropologique des médecines dites douces*, Paris, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 345 pages. **VEGA**, Anne. 2000. *Op. Cit.*, 212 pages.

imposent dans l'illusion de la légitimité. De nombreuses activités nécessitent par exemple un contrôle très strict du poids qui peut conduire à un déplacement des normes acceptables. Un corps adapté à la performance peut être considéré dans le monde ordinaire comme dangereusement rachitique. Dans le service de médecine du sport, les suspicions d'anorexie sont ainsi monnaie courante. Le docteur Quirion réaffirme dans ce cas la nécessité de recevoir les jeunes athlètes en dehors du cadre sportif, réconfortant et familial, pour un cadre hospitalier austère, propice à l'inquiétude, premier pas vers une prise de conscience de la pathologie. Ainsi, une jeune basketteuse de 15 ans présente « une rupture dans la courbe de poids et une chute de sa masse grasse à un moment de l'adolescence où les jeunes filles sont sur une évolution inverse. La suspicion d'anorexie est automatique et le docteur Quirion n'hésite pas à mettre la jeune sportive devant ce diagnostic alarmant. Cette pathologie, lorsqu'elle est avérée, doit être traitée rapidement afin que le patient ne s'enlise pas durablement dans la maladie. Aussi, le docteur Quirion joue volontairement la carte du catastrophisme et lance avec violence un pronostic sans appel : « L'anorexie, on en meurt ! ». Les réactions ne se feront guère attendre, à la grande satisfaction du professionnel de santé. Rendez-vous est pris par les parents pour venir discuter à l'hôpital, et des courriers seront envoyés aux médecins scolaire et traitant. Quelles que soient la réalité et la gravité de la pathologie, cette pratique médico-sportive apporte la preuve qu'elle n'hésite à aucun moment à sacrifier les trajectoires sportives des jeunes champions.

Enfin, et cela s'inscrit dans la lignée de ce dernier commentaire, se placer dans un espace – temps différent de celui du sport de haut niveau, c'est déjà se placer en contre espace et en contre temps. Les délais de prises de rendez-vous à l'hôpital cadrent mal avec l'urgence des calendriers sportifs, les consultations sont longues et obligatoires, ce qui nécessite de rogner un peu les temps d'entraînements, d'autant plus que cette fois les sportifs doivent se déplacer (la problématique du transport est fondamentale au sein des structures sportives dont le rapport au temps est hyper rationalisé). Il ne s'agit pas ici de défendre les intérêts proprement sportifs, mais bien de montrer que ce placement médical intransigeant est inadapté à la prise en charge médicale de certains cas. Peut-on gérer le suivi d'un athlète qui souffre en lui imposant le temps et l'espace de l'hôpital ? Bien souvent internes et mineurs, ces jeunes sportifs, s'ils ont la force et les moyens de s'extraire temporairement de leur environnement sportif, n'en seront que plus stigmatisés dans un espace où chaque excursion est visible. Il est à ce titre tout à fait significatif de constater, dans le cadre de nos observations ethnographiques, l'absence de rendez-vous

pris en dehors du suivi médical obligatoire, face au nombre important de jeunes diagnostiqués en souffrance psychologique, à qui l'on avait conseillé de revenir profiter de l'oreille attentive des praticiens hospitaliers.

II. 2. b. Du côté des sportifs, mensonges et confessions

Lorsque le sportif de haut niveau se déplace à l'hôpital dans le cadre des visites médicales rendues obligatoires par la loi, deux registres langagiers semblent être typiquement invoqués face au praticien. Celui de la rétention d'informations d'abord. Largement répandue, cette attitude attentiste, où l'athlète se contente de répondre évasivement aux questions du médecin, est chose commune dans cet espace « étranger », dans lequel il est admis que « trop parler est risqué » puisque susceptible de provoquer l'arrêt définitif de la pratique sportive. Plusieurs sportifs interrogés isolément déclareront ne pas hésiter à mentir sur leur alimentation, leurs antécédents médicaux familiaux, leurs passés traumatologiques, etc. Un plongeur sportif venu réaliser sa visite annuelle dans le service de médecine du sport de l'hôpital dans lequel nous réalisons nos observations nous expliquera ainsi, lorsque nous nous retrouvons seuls dans la salle d'effort : « Nous les plongeurs, on n'est pas fous hein ! On sait bien qu'il faut rien leur dire quand ils nous posent des questions. Et bah oui, sinon, ils nous signent pas le certificat d'aptitude. C'est déjà arrivé. Donc on leur ment sur tout. Tout ce qui concerne les poumons et les tympons par exemple, il ne faut rien leur dire ! ». Le pouvoir coercitif des praticiens hospitaliers fait peur, et oblige dans ce cas le médecin à « faire la discussion ». Ainsi, lorsque le docteur Quirion reçoit dans le service un basketteur professionnel américain de 26 ans, récemment arrivé en France dans le cadre de sa pratique et devant se soumettre à une batterie de tests médicaux, elle cherche à connaître comme à son habitude les antécédents de blessure du joueur. Ce dernier n'a rien à déclarer. La discussion tourne donc court. Lors de l'examen clinique, le médecin remarque pourtant immédiatement la grande laxité d'une de ses chevilles. Elle reformule donc sa question et désire connaître son passé traumatologique. En souriant, le basketteur campe sur sa position et assure n'avoir jamais été blessé (ce qui est objectivement peu probable compte tenu de sa carrière de très haut niveau). Le médecin en est conscient et déclare : « de toute façon, il ne me dira rien. Il pense qu'on ne lui donnera pas sa chance si il se livre sur ses antécédents ». Ici, dans l'entretien avec le

médecin, il n'y a donc pas de place à la négociation pour la simple mais implacable raison qu'il n'y a rien à négocier. Le médecin déclare ou non l'aptitude d'un joueur et ce dernier ne peut que se plier aux décisions médicales. La souplesse n'est pas la même que celle évoquée dans la pratique des docteurs Beaugendre, Gardet ou Renaud. Nous avons eu l'occasion d'assister à des épreuves d'effort sur ergocycle où les résultats de l'électrocardiogramme étaient parfois sujets à discussions. Régulièrement, le mouvement du sportif lors de l'exercice brouille quelque peu les résultats en dérégulant les appareils de mesure. Pour autant, les praticiens hospitaliers ne veulent prendre aucun risque et prescrivent automatiquement une échographie cardiaque qui sera réalisée ultérieurement dans un cabinet libéral du centre ville. Les délais de prise de rendez-vous peuvent être supérieurs à plusieurs semaines. Dans l'attente de ce résultat, les médecins du service de médecine du sport ne signent pas le certificat d'aptitude. Pour un parachutiste, membre de l'équipe de France et moniteur à plein temps, une telle décision signifierait une double sanction, sportive et professionnelle, difficilement surmontable. Aussi, lorsque les praticiens hospitaliers prescrivent des examens complémentaires dont ils savent qu'ils prendront du temps, il arrive qu'ils signent une autorisation temporaire de pratique. Le médecin reste seul maître de ces décisions. « Le but du jeu, c'est de les obliger. Sinon, si on signait les papiers en leur disant simplement qu'il est important pour leur santé qu'ils fassent des examens complémentaires, ils n'iraient jamais ! ». Dans ces conditions, pas étonnant de constater que les athlètes soient tentés de dissimuler les informations dont ils pressentent qu'elles pourraient devenir handicapantes pour la poursuite de leur activité.

Mais, à l'inverse, il arrive également que cet encadrement médico-sportif autoritaire joue le rôle de sanctuaire pour des sportifs à la dérive. Dans l'univers de la haute performance, fermé sur un entre soi restreint et dans lequel chaque excursion est visible, cette médecine du « dehors » a un effet particulièrement stigmatisant pour le sportif à qui l'on impose ou qui souhaite se faire suivre dans une structure médicale extérieure. Un athlète mineur, diagnostiqué en souffrance mentale lors des entretiens psychologiques obligatoires réalisés au sein d'un service hospitalier, doit s'en remettre à son encadrement technique s'il souhaite être suivi et aidé de façon régulière, car les sorties et le transport sont soumis à des règles précises. Le sportif, conscient des jeux de sélection dont il fait l'objet, prendra-t-il le risque de donner à voir à son entraîneur une fragilité incompatible avec le « mental du champion » recherché ? Rien n'est moins sûr. Pourtant, certains athlètes y ont recours, de façons plus ou moins dissimulées, bravant ici les éventuels

jugements et conséquences d'un tel désaveu. Car bien souvent, ce qu'ils viennent y chercher, c'est une épaule sur laquelle peuvent s'épancher les doutes, les fatigues, et les pleurs, c'est l'écoute d'un médecin non impliqué dans la structure sportive à laquelle ils appartiennent. Cette oreille là n'a pas de bouche. Et ce qu'on lui dit sera muré dans le silence d'une information qui ne se partage pas avec un staff technique. Cette fois, le registre langagier utilisé par le sportif est celui de la confession. Bien que plus rarement, il arrive cependant que l'athlète utilise cet espace neutre (l'hôpital est éloigné des tensions et exigences de l'univers sportif) pour se libérer des pressions que lui impose parfois l'entourage sportif. C'est dans ce genre d'occasions que certains athlètes avouent des pratiques de dopage, mais font également part de blessures cachées ou dissimulées dans la pratique sportive (pour « *garder sa place* » par exemple, ou simplement par peur de la réaction du coach). C'est aussi l'occasion inespérée pour un sportif en rupture de ban avec son milieu de reprendre pied dans le monde ordinaire et de se sentir soutenu dans cette étape difficile qu'est la sortie d'un système dans lequel il était engagé « corps et âme ».

SOS raquette...

26 / 02 / 2008 :

Tiphaine est une jeune joueuse de tennis de 19 ans. Originnaire de la Réunion, elle est venue réaliser ses études en France afin de se rapprocher de l'élite tennistique française. Mais cette année, elle passe son baccalauréat scientifique et se sent particulièrement angoissée par le cumul des tâches. Afin de mettre toutes les chances de son côté, elle a diminué son volume d'entraînement. Par conséquent, elle a pris du poids, est moins performante et a le sentiment d'être mise à distance d'un univers qui reste pourtant sa « préoccupation principale ». Elle souhaite dès l'année suivante poursuivre des études universitaires aux Etats-Unis spécifiquement adaptées à la formation et à l'entraînement des joueurs de haut niveau. Une grande fatigue et une impression de lassitude se sont emparées de la jeune femme qui souffre amèrement de l'isolement (sa famille ne l'a pas suivie en Métropole).

Le docteur Quirion lui offre la possibilité d'épancher ses craintes et ses interrogations lors de l'entretien psychologique. La sportive se livre totalement, heureuse de pouvoir mettre des mots sur ses maux et de trouver une oreille capable de l'entendre. Elle est une des rares athlètes qui va jouer sérieusement le jeu des questionnaires délivrés par le médecin à la fin de l'entretien (« questionnaire de détection de troubles psychologiques » ; « questionnaire de surentraînement »¹²⁸. Voir [annexe méthodologique pour la version numérisée des questionnaires remplis par Tiphaine p. 681](#)).

¹²⁸ La construction de ces outils de mesure ne favorise pas la sincérité des répondants puisque sont énoncés sur les feuillets l'enjeu du questionnaire ainsi que son mode d'emploi. « Si plus de 20 à 25 oui, argument en

Le médecin diagnostique immédiatement une souffrance mentale et cherche à reconforter la jeune femme, qui ressortira satisfaite et soulagée d'une telle confrontation. Le docteur Quirion réalise un compte rendu très précis dans lequel elle alerte le médecin fédéral de la Fédération française de tennis. « Tiphaine ne pense pas être en surentraînement puisqu'elle ne s'entraîne pas énormément, mais il existe une souffrance réelle avec des signes d'épuisement psychologique. A suivre de près. [...] Il semble indispensable que Tiphaine ait de l'aide sur le plan psychologique ». Le message est passé, le rôle du docteur Quirion s'arrête ici. Sans pouvoir évaluer les conséquences réelles de son diagnostic et du signalement qui a suivi, il reste évident que la jeune joueuse de tennis a trouvé ce matin là un réconfort salvateur.

II. 2. c. Du côté des entraîneurs, transport et silence

L'encadrement technique n'a qu'une place limitée dans cet espace médico-sportif hospitalier. Les entraîneurs ont l'unique responsabilité du transport des athlètes et bien souvent ne restent pas sur place (ou patientent en silence dans la salle d'attente). Parfois, lorsqu'ils éprouvent une inquiétude particulière à l'égard d'un jeune, ils cherchent à bénéficier de l'expertise des praticiens et sont demandeurs d'explications. Les rapports sont alors cordiaux, mais ne sont en rien comparables avec les interactions constatées au sein du pôle de gymnastique, du club professionnel de football ou enfin de la délégation française de handball féminin. Le rapport est clairement à l'avantage du spécialiste, « celui qui sait », et l'entraîneur se contente de recevoir l'information. Pourtant, lorsque cette médecine autoritaire use de son arme la plus féroce ; l'arrêt sportif, il arrive régulièrement que les techniciens tentent de faire entendre la spécificité de l'univers sportif afin de bénéficier d'une réduction du temps d'immobilisation initialement prescrit. Mais à l'hôpital Hippocrate est roi et l'entraîneur n'a pas les moyens de rivaliser avec le pouvoir médical. Ils sont alors nombreux dans l'entourage sportif à se plaindre de ce qui est perçu comme une rigidité excessive face à un expert peu enclin à la discussion. Le docteur Quirion a été confrontée plusieurs fois à ce genre de réactions et a toujours su faire respecter ses décisions. Elle se souvient à ce titre d'une jeune athlète de haut niveau qui avait attiré son attention sur un mal de dos handicapant lors d'une visite médicale. Inquiète pour la santé de l'athlète, le praticien décide immédiatement d'arrêter la pratique sportive.

faveur d'un état de surentraînement ». De tels commentaires sont une incitation très claire aux calculs et aux stratégies de dissimulation...

A peine une demi-heure après cette consultation, le docteur reçoit un coup de téléphone à l'hôpital. L'entraîneur de la jeune fille souhaite obtenir du médecin ses « aveux » sur cette « affaire », persuadé que l'athlète a volontairement demandé un arrêt, non justifié du point de vue de l'entraînement (le mal de dos n'ayant pas interrompu les entraînements, le coach ne « voit pas le problème » et en conclut « logiquement » qu'il s'agit d'un caprice et que le médecin s'est laissé berné, ou pire s'est rendu complice...). Choqué par ce genre de réactions, le docteur Quirion ne pourra que rappeler à son interlocuteur l'indépendance qui caractérise les jugements médicaux et réaffirmer le caractère incompressible de l'arrêt prescrit¹²⁹. Le docteur Amazan, lui, n'a pas ce genre de difficultés car il n'a que peu de liens avec les équipes techniques des jeunes qu'il suit à l'hôpital. Il n'a « rencontré que les entraîneurs du basket » et la relation engagée fut immédiatement chaotique de par l'incompréhension mutuelle des protagonistes. Pour l'Homme de l'Art, « la culture même des encadrants n'est pas extraordinaire », et dans son souci « d'honnête homme », il cherche à porter « un éclairage sur leurs carences afin de leur montrer qu'ils emmènent des gamins dans le mur ! ». Ce qui n'est évidemment pas au goût des éducateurs et est effectivement peu propice à la discussion.

III. Conclusion sommaire

Dans l'encadrement médical des élites sportives, la question des effets normatifs des placements professionnels normés préalablement identifiés et de leurs implications respectives du point de vue de l'intervention méritait d'être posée. En effet, entre des médecins sensibles biographiquement au prestige sportif, qui ont utilisé leur compétence médicale pour se rapprocher d'un espace choyé et d'autres qui au contraire sont étrangers au monde de la haute performance et ont utilisé avec opportunisme le sport afin de servir leurs intérêts médicaux, les conséquences de cette double instrumentalisation ne pouvaient être que nombreuses et variées.

¹²⁹ Le docteur Quirion souffre d'autant plus de sa position de médecin du pôle de handball qu'elle s'aperçoit que ces décisions médicales n'y sont pas toujours respectées. « A l'hôpital, au moins, les choses sont claires ! ».

Le médecin qui adhère au jeu sportif s'inscrit de façon plus ou moins lucide dans la reproduction du rapport au corps ambivalent qui caractérise l'univers qui l'emploie. Par des mécanismes de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur, il participe du déplacement des normes de santé et s'inscrit dans l'urgence du calendrier sportif. Sa position *dans* l'espace est un élément déterminant quant à la cohésion globale de cet univers. L'efficacité symbolique du travail médical consiste en effet ici à rendre le jeu de la haute performance possible, c'est-à-dire supportable et acceptable. Les contraintes physiques ne résistent pas à l'autorité médicale. Le risque d'un tel placement est de répondre aux exigences sportives en se détournant des principes de leur déontologie professionnelle et ainsi dépasser les missions traditionnelles de l'Homme de l'Art. Partageant l'entre-soi qui fonde l'homogénéité du groupe sportif, le médecin entretient ici des relations étroites avec l'entourage sportif et les athlètes. L'entraîneur participe avec plus ou moins de succès à l'entreprise médicale et conserve la possibilité de négocier avec le médecin (« travail d'équipe »). Le sportif utilise le médecin selon les besoins du moment. S'il désire « garder sa place », il n'hésitera pas à dissimuler au médecin de la structure des informations concernant sa santé et avoir recours à des médecins « extérieurs ». S'il souhaite au contraire bénéficier d'un repos temporaire, non négociable sauf pour raison médicale, il pourra chercher à « berner » le médecin en inventant des symptômes susceptibles de provoquer un arrêt sportif de quelques jours.

Le médecin du sport à distance des structures de formation et d'entraînement des champions ne participe pas à la reproduction du paradoxe du double corps. Loin de banaliser la douleur, il s'inscrit au contraire dans une démarche autoritaire de contrôle du moindre bruit corporel et du plus petit signe de souffrance psychologique. Refusant les exigences du calendrier sportif et ne partageant pas le référentiel sanitaire propre à cet espace, ces médecins dénoncent la pathogénicité de l'urgence et de la rentabilité. Le risque d'un tel placement, c'est de vouloir réaliser une médecine de l'homme en méconnaissant totalement la spécificité du patient sportif et ainsi produire des réponses peu adaptées voire même handicapantes. Les relations avec l'entourage sportif et les athlètes sont beaucoup plus verrouillées. L'entraîneur n'a qu'une place limitée et ne peut en aucun cas s'inscrire dans l'intervention médicale (ce qui est parfois source de conflits). Le sportif sait pertinemment que cette médecine de contrôle peut être risquée au cas où elle « découvrirait quelque chose » car elle a le pouvoir d'interdire la pratique sportive et donc de briser des carrières (ce qui est source d'une importante inobservance). Le mensonge est alors l'un des

instruments les plus utilisés par les athlètes lors des confrontations médicales (taire les antécédents, c'est, pense-t-on, limiter les risques d'une déclaration d'inaptitude). Parfois, pourtant, des athlètes se servent de cet espace neutre pour se livrer et ainsi se défaire des pressions d'un univers sportifs hyper contraignant. Ici, c'est sûr, les médecins ne parleront pas à l'entourage sportif. L'hôpital devient sanctuaire et joue alors un rôle de tampon psychologique particulièrement salvateur.

Aussi, après avoir identifié les caractéristiques de positionnements médico-sportifs différenciés et avoir mis au jour leurs effets normatifs respectifs, il nous semble important d'interroger la rencontre de ces médecins au sein de « l'espace médico-sportif ». Les guillemets sont ici de rigueur tant l'énoncé lui-même paraît approximatif. Peut-on réellement évoquer un espace commun aux vues des profondes oppositions qui traversent leurs trajectoires professionnelles ? Ces médecins se rencontrent-ils ? Dans quelles circonstances ? Comment gèrent-ils, s'il y a lieu, leurs différends ? Autant d'interrogations dont la valeur heuristique n'est pas à démontrer. Ils se connaissent nécessairement puisqu'ils pratiquent la médecine sur une patientèle identique. Ils ont donc certainement une idée assez précise de leurs interventions respectives. Rentrent-ils pour autant en conflit, au risque de fragiliser un peu plus un espace médico-sportif déjà fortement dominé ? S'accordent-ils au contraire sur des terrains qui font consensus afin de donner à voir une unité de façade qui sert des enjeux de représentation professionnelle ? La réponse à de telles supputations apportera un éclairage utile sur le fonctionnement collectif d'une médecine aux multiples visages.

CHAPITRE 8

« PETITS MEURTRES ENTRE AMIS »

MESSENTENTES, CONCURRENCES ET FAUX-SEMBLANTS

« Nous sommes tous sur la même longueur d'onde en ce qui concerne le "sport-loisir". Dès qu'il s'agit du haut niveau, les discussions restent toujours aussi vives entre ceux qui estiment que la compétition explique tout, et ceux qui restent plus détachés et qui déifient moins le champion. Dix ans que cela dure, avec la même pugnacité à chacune de nos réunions, sans que les membres de chaque camp ne change, d'ailleurs... ».

Docteur Hervé **DE LABAREYRE**. 2006.

« 10 ans... Quel bilan ? », *Médecin du sport*, n°76, p. 34.

Les conflits entre médecins du sport renseignent utilement la typographie d'un espace social, mettant en exergue les buttes et autres fossés infranchissables qui opposent les concurrents d'une course d'orientation dont le vainqueur se réserverait le droit de définir la seule « vraie » médecine du sport. Dans cette épreuve de force, point de coups de crampons, la légitimité se gagne par le verbe, à grand renfort de mots assassins et de critiques acerbes. C'est d'ailleurs à distance que le combat est le plus violent. Il fait rage dans des rapports de dérisions réciproques sur lesquels nous nous attarderons quelques instants. Les « médecins sportifs » fustigent les « médecins du sport » qui, par manque de connaissance du milieu de la haute performance, ne comprennent rien aux exigences de la compétition. Inversement, les « médecins du sport » décrivent les « médecins sportifs » qui, parce qu'ils le connaissent trop, oublient certaines exigences déontologiques propres à la profession médicale. Les « médecins sportifs » s'opposent entre eux lorsque leurs intérêts diffèrent, à l'exemple des conflits récurrents entre des médecins de clubs professionnels et des médecins de sélections nationales. De même que certains « médecins du sport » n'hésitent pas à se dénigrer mutuellement lorsque le titre de « spécialiste du genou sportif » se pose en enjeu local. La tension entre deux mondes prend ici son sens le plus ténu. Comme souvent, les faits d'arme sont plus héroïques quand ils se disent que lorsqu'ils se vivent. La rencontre physique atténue les ardeurs, et la guerre des mots ne se laisse entendre que dans de très rares oppositions ouvertes. Dans la grande majorité des cas, à

l'occasion de journées de formation continue, de colloques, ou de réunions, lorsque les médecins du sport aux profils différenciés se rassemblent, les condamnations se font murmures, et les coups de semonce laissent la place à d'habiles jets de politesse. Cette euphémisation graduelle de la violence symbolique à mesure que les contacts physiques se rapprochent entre médecins ayant une compétence liée aux activités physiques et sportives témoigne sans aucun doute de l'accord tacite de chacun des membres de ce groupe sur les intérêts communs qu'ils partagent collectivement. En effet, se surajoute à l'esprit confraternel propre à la sphère médicale, qui assure la protection corporatiste de chacun pour le bien de tous, une forme de conscience aiguë de la fragilité de cet espace médico-sportif. On peut jouer avec les règles, les contester, les contourner, toujours dans la logique de s'imposer dans une lutte de force, mais en aucun cas les briser, car cela marquerait la fin du jeu pour l'ensemble des participants. Ce qui ne ferait bien évidemment l'affaire d'aucun des prétendants à la compétition. Il est donc logique d'assister, lors de ces réunions, au sacre de « consensus mous », plutôt qu'à l'exégèse de franches contradictions. Clamer les ententes, taire les désaccords. Tancer la pratique du dopage est à ce titre révélateur d'un impensé social qui produit du sens à l'échelle d'un groupe. Voilà un point sur lequel tout le monde semble d'accord. La réprobation insatiable du dopage dévore tous les conflits internes. Mais là encore, ce terrain d'entente n'est qu'artificiel. S'il suffit à redorer l'image des médecins du sport dans les mots, les tensions entre les deux mondes du sport d'élite et de la médecine sont toujours opérantes et s'insinuent au cœur des pratiques. Plutôt que de participer au fantasme collectif d'une médecine machiavélique, massivement intéressée par « l'argent du sport », qui n'hésiterait pas à jouer de la seringue comme elle jouerait du pipeau, nous privilégierons l'étude de l'observable à celle de l'invisible. Penser le dopage à partir des médecins préleveurs, ceux qui luttent sur le terrain sportif, permet de lire les liens entre le sport, la médecine, et les pratiques dopantes d'une façon originale, susceptible de rompre avec un réel supposé ou imaginé. Cette démarche analytique offre enfin l'avantage de conclure notre propos en montrant que les divisions médico-sportives préalablement identifiées traversent l'ensemble des lieux sur lesquels sport de haut niveau et médecine cohabitent, même ceux où elles n'ont a priori pas raison d'être.

I. Zizanie médico-sportive

Les occasions sont rares pour les médecins qui ont des profils différenciés et exercent des médecines du sport variées de se rencontrer. Ils se connaissent pour la plupart, ont une idée assez précise des fonctions occupées par chacun et n'hésitent pas à faire fonctionner le réseau local lorsqu'ils ont besoin d'un avis complémentaire pour confirmer un diagnostic ou d'un avis spécialisé pour identifier une pathologie dont ils ne parviennent pas à isoler la cause, mais les discussions confraternelles sur leurs façons respectives de pratiquer la médecine du sport et le rapport au monde qu'elles sous-tendent sont finalement peu nombreuses. Elles existent pourtant et donnent à voir des médecines cloisonnées dont l'entente semble impossible tant les écarts de vues sont grands. La multiplication des terrains d'enquête et notre engagement sur des temps d'observation relativement longs nous ont été d'une importance capitale pour nous faire connaître localement dans le monde médico-sportif. Les bonnes relations entretenues avec les médecins enquêtés nous ont ainsi permis à terme d'intégrer des espaces de rencontres professionnelles. Si certains nous ont « simplement » fait bénéficier de leurs réseaux d'informations pour nous aiguiller sur des colloques ou des journées d'études, d'autres se sont portés garant de notre engagement éthique afin de nous autoriser l'accès à des formations ou des réunions beaucoup plus confidentielles, réservées aux médecins et à eux seuls (sur invitation). La participation « de l'intérieur » à ces échanges nous a donné un aperçu très net du type de relations entretenues par les médecins du sport aux profils différenciés.

I. 1. Une entente difficile

Nous allons rentrer par l'observation ethnographique d'un événement qui a localement rassemblé des médecins du sport d'horizons divers. Cette focale empirique permettra d'étayer par la suite notre analyse. Nous ferons ici logiquement référence à plusieurs des médecins enquêtés. Afin de ne pas avoir à rappeler constamment leurs identités médico-sportives, nous invitons à l'énoncé de leurs noms à se reporter à nouveau au [« tableau des enquêtés » qui figure en annexe méthodologique p. 644.](#)

– Réunion Staff Evaluation Psychologique du Sportif –

Des évolutions législatives récentes (arrêté du 16 juin 2006 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux) soulignent l'obligation pour tout sportif de haut niveau ou inscrit dans les filières d'accès au haut niveau de réaliser une « évaluation psychologique » annuelle lorsqu'il est majeur et bi-annuelle lorsqu'il est mineur. Cette nouvelle donne perturbe la scène médico-sportive dont les différents acteurs s'inquiètent où se réjouissent d'une nouvelle tâche encore peu définie dans les faits. La réunion du 8 avril 2008, à laquelle nous avons été convié grâce à la recommandation du docteur Quirion, avait pour objectif de réunir localement l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des sportifs de haut niveau afin de discuter des modalités de réalisation et de la suite donnée à ces évaluations. Organisée par une Antenne Médicale de prévention et de prise en charge des Conduites Dopantes (AMCD) et animée par un psychiatre spécialiste du sport, elle regroupe de nombreux médecins du sport. Face à la nouveauté du dispositif et à la grande confusion qui règne quand aux responsabilités de chacun des acteurs médico-sportifs dans cette prise en charge spécifique, tous les profils se sont rassemblés pour défendre leurs intérêts. Les hospitaliers sont présents et on retrouve autour de la table les docteurs Quirion, Niel, ainsi que plusieurs de leurs confrères qui travaillent dans leurs CHU respectifs. De même, le docteur Beaugendre du Club de football professionnel, le docteur Decaux du pôle de basket-ball et enfin le docteur Griffaud du pôle d'aviron honorent l'assemblée de leur présence. Ce rassemblement inédit, dont l'enjeu consiste officieusement à définir la place de chacun dans un nouveau dispositif de contrôle, est propice à la défense des intérêts individuels. Finalement, cette réunion va nous offrir un véritable condensé des points d'achoppement de deux univers qui ne sont pas mus par les mêmes forces.

Le docteur Griffaud est arrivé en avance dans l'enceinte de l'hôpital qui accueille la réunion. Il prend un café en compagnie d'un psychologue qui travaille avec des médecins au sein d'une AMCD. Le médecin sportif décoche immédiatement la première flèche. « On en parle beaucoup de dopage en ce moment... Mais concrètement, vous n'en voyez jamais des sportifs dopés vous ? [Non, effectivement, quasiment pas]. Mais alors vous faites quoi ? C'est quoi finalement votre mission ? ». Son interlocuteur ne peut que sourire et met en exergue son rôle pédagogique de prévention. Cette première incartade annonce la

couleur d'une réunion qui promet d'être animée. Tous réunis autour d'une grande table, c'est un praticien hospitalier qui ouvre les débats. Il se plaint avec véhémence de l'attitude d'un institut de médecine du sport parisien qui profite des évolutions législatives actuelles pour lancer une vaste enquête épidémiologique à l'échelle nationale. Jouant sur la confusion ambiante, cette recherche n'a rien à voir avec le suivi psychologique des sportifs bien qu'elle se présente comme telle (L'outil largement diffusé s'intitule ainsi : « Fiche de recueil épidémiologique dans le cadre du bilan psychologique des sportifs de haut niveau »). Le médecin demande à l'animateur de la réunion de faire un point précis sur les outils officiels devant être utilisés. Le psychiatre s'exécute et rappelle l'enjeu qu'il entend donner à ce rassemblement ; « se connaître et créer un réseau de façon à apporter des réponses cohérentes (savoir alerter par exemple) ». Le docteur Niel intervient de façon critique afin de connaître « la fréquence réelle de l'urgence dans l'avis psychiatrique pour la population des sportifs d'élite ». Tendus, le psychiatre lui répond par une série de questions : « Parce que cela ne vous paraît pas fréquent ? Les suicides et les anorexies ne sont pas fréquents selon vous, c'est ça ? ». Le chef de service, cardiologue de formation, esquive quelque peu mais réaffirme son point de vue : « Les cas d'extrêmes urgences psychiatriques sont rares ». Le docteur Decaux, médecin du pôle de basket, jusqu'alors silencieux prend la parole et lance sur un ton énervé : « De toute façon, il faut utiliser le relais du médecin traitant ! Ce n'est pas le rôle du médecin de pôle que de gérer ce genre de situations. On a déjà beaucoup de choses à faire, alors il ne faudrait pas en plus un nouveau transfert de responsabilités ! ». La réaction du psychiatre, que l'on sent agacé à ce moment de la réunion, est laconique mais suffisante pour remettre tout le monde à sa place en renvoyant les acteurs présents à leurs propres responsabilités. Il rappelle qu'il n'y a effectivement que peu de cas extrêmes, mais qu'ils sont tous issus du « pourrissement d'une situation que d'autres n'ont pas su désamorcer plus tôt », ce qui pose le problème de l'évaluation en amont dans le suivi longitudinal. « Il n'est donc pas question de déresponsabiliser le médecin traitant, mais il faut aussi rappeler le rôle du médecin de pôle dans ce suivi. Le mot d'ordre, c'est de créer un réseau pour être en contact ». Le docteur Niel est d'accord sur la nécessité de créer un réseau car elle se souvient d'une jeune sportive qui avait menacé de se suicider lors de son suivi à l'hôpital et avec laquelle elle était restée discuter jusqu'à 22 heures sans trouver personne pour prendre le relais. Le psychiatre rappelle que pour des problèmes de ce genre, il ne faut pas hésiter à utiliser le réseau classique et faire appel aux urgences psychiatriques. Pour le docteur Decaux, « ce genre de décisions est difficile à prendre dans le contexte sportif car le risque de

stigmatisation du sportif est élevé ». Là encore, le psychiatre use d'une formule lapidaire : « Dans une suspicion de suicide, le risque vaut la peine d'être pris ! ». Le docteur Beaugendre du club professionnel de football intervient pour la première fois. Il comprend le sens du réseau et trouve cela utile, mais pense qu'il « faut faire attention de ne pas se donner une mission qui n'est pas la leur ». Il faut selon lui « faire confiance dans le sens logique des médecins, qui appelleront au bon endroit en cas de suspicion, mais ne surtout pas opérer un transfert de charges et de responsabilités ». L'animateur de la réunion met en garde ses confrères contre cette propension qu'ils ont à ne penser le suivi psychologique que par l'urgence psychiatrique. « Le cadre légal impose un suivi, dans lequel les simples problèmes d'anxiété ou de blessures à répétitions doivent être signalés par le médecin afin d'évaluer la nécessité d'une prise en charge spécialisée et ainsi réduire les risques de décompression ». Le docteur Quirion adhère parfaitement à cette analyse et explique : « Il faut qu'on se manifeste pour montrer et dire qu'on peut effectivement assurer ce suivi du point de vue psychologique ». Le docteur Decaux intervient sèchement : « Oui, et au final, ce sont les médecins de pôle qui vont le faire ! Alors qu'ils ne sont pas compétents ! ». Un représentant de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports rétorque calmement : « D'après le ministère, les médecins sont légalement autorisés à le faire ». Le brouhaha est alors général. Le psychiatre lance avec le sourire : « Qu'ils soient autorisés, d'accord, mais véritablement compétents... ». Pour ce dernier, la vraie difficulté se situe dans la suite donnée aux dépistages. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de signaler des difficultés d'ordre psychologique pour des jeunes aux médecins de leurs pôles et de ne plus avoir de nouvelles (et donc de ne pas savoir s'ils sont pris en charge). Le docteur Decaux explique toute l'ambiguïté du rôle d'un médecin de pôle « qui n'est pas là pour faire du soin ». En défaveur d'une prise en charge trop automatique, le docteur Beaugendre remarque, en parlant du sport de haut niveau, qu'il s'agit d'un espace où « l'on sait de toute façon que peu d'individus sont réellement équilibrés ». Après une longue discussion technique sur les signes mineurs permettant de détecter les cas d'anorexie et à laquelle seuls les praticiens hospitaliers ont participé, le psychiatre souhaite entendre le docteur Griffaud au sujet du suivi psychologique car il ne s'est toujours pas exprimé. Ce dernier évoque la difficulté qu'il perçoit de mener à bien cette prise en charge pour des raisons liées à un manque de compétences, mais aussi et surtout pour des raisons qui tiennent « à la relation entretenue par le médecin de pôle avec les athlètes. Bien souvent déracinés, le médecin représente pour eux un pivot important dans une structure fermée sur elle-même et endosse parfois la figure du père... » Aussi, il lui semble que cette « intrusion » psychologique peut être

dangereuse avec « le risque de la diffusion des informations par rapport aux entraîneurs dans un contexte de production de performances ». Le psychiatre témoigne alors de sa volonté personnelle de ne pas être en contact avec les entraîneurs ou les fédérations « de façon à garder une neutralité et ne pas parasiter la relation avec le sportif ». C'est d'ailleurs selon lui un des intérêts d'un éventuel réseau, que « de pouvoir affirmer le cadre déontologique de cette pratique et pouvoir également reposer la question du secret qui doit être total ». « Il faut leur garantir un espace propre, afin de parfaitement séparer ce qui est de l'ordre des enjeux sportifs et ce qui est de l'ordre des enjeux de santé ». Le docteur Decaux, décidément remonté, explique avec précision les raisons pour lesquelles il est utopique de penser qu'une prise en charge psychologique suivie dans le temps puisse être gardée secrète vis à vis de l'encadrement technique d'un jeune. « L'absence de temps libre rend les sorties directement identifiables ».

Enfin, la réunion se termine sur l'exposé d'un cas clinique rencontré par le docteur Quirion lors d'une visite à l'hôpital. Sur ce point, seuls les médecins hospitaliers participent à la discussion et cherchent à trouver des solutions adaptées. Lorsque l'horaire qui sonne la fin du rassemblement est atteint, les discussions sont encore nombreuses. Plusieurs médecins rangent pourtant leurs affaires et quittent la salle. Figure parmi eux l'ensemble des médecins de « terrain » (les docteurs Beaugendre et Decaux sont les premiers à s'éclipser). Les hospitaliers restent finalement entre eux et de nouveaux cas cliniques sont présentés. Les échanges se poursuivront ainsi longuement. Dans le compte rendu qui sera réalisé à l'issue de cette réunion, il est intéressant de constater la façon dont sont minimisés les rapports de force qui n'ont pourtant jamais cessé de s'exprimer tout au long des débats. Un point seulement reprend avec philosophie et de manière euphémisée les tensions professionnelles ainsi observées. « Le cadre du bilan psychologique ne doit pas être assimilé à un espace de travail en lien avec l'optimisation de la performance. Toutes les démarches de préparation mentale ou d'entraînement psychologique à la performance doivent être consignées et circonscrites dans un cadre précis et expliqué au sportif et à son entourage, afin de lever certaines ambiguïtés. La place de chaque professionnel doit être formellement identifiée : bilan et suivi psychologique ; préparation mentale et optimisation de la performance... Ces deux types d'implication ne devant pas se chevaucher. Les difficultés résident notamment dans la construction d'un réseau de professionnels cohérent ».

Ce long détour par le récit ethnographique est un prisme précieux pour lire les interrelations entretenues par les médecins du sport selon leurs trajectoires et leurs lieux d'exercice. Ce sont des contraintes extérieures imposées à tous (obligation de se former ; évolutions législatives ; etc.) qui rendent possibles et nécessaires ces espaces de rencontres. Véritables « enclaves » de discussion, ces lieux de confrontation se déroulent en dehors des temps et des espaces qui caractérisent leurs activités professionnelles respectives, dans une sorte d'« à côté » où chacun vient avec ce qu'il est. Loin d'être neutres, ces enclaves de discussion sont au contraire intégralement traversées par des luttes symboliques de distinction où chacun cherche à imposer sa définition légitime de la pratique professionnelle et ainsi faire valoir sa propre position sociale¹³⁰. Logiquement, seuls les médecins les plus engagés dans l'univers sportif sont présents. Les généralistes libéraux, dont la compétence médico-sportive est utilisée de façon minime et principalement à des fins d'affichage sensé permettre le recrutement ou la transformation d'une clientèle, vont par exemple s'auto-exclure de ce type de rencontres. A l'évidence, la formation continue en médecine du sport représente pour eux un intérêt plus que limité et la question du suivi psychologique du sportif de haut niveau ne se pose même pas. Ils ne sentent finalement pas concernés par le jeu de classement qui se joue dans ces espaces de confrontation puisqu'ils n'éprouvent pas le besoin d'y être classés. Ils se vivent alors de façon extérieure aux débats qui animent le monde de la médecine appliquée au sport. Le docteur Rigadot, généraliste de campagne impliqué dans un club local de basket, s'est formé à la médecine du sport pour régulariser une situation (« ça faisait des années que je signalais les licences du club dans les vestiaires sans être bien sûr d'avoir le droit et la compétence ») et bénéficier d'une compétence originale lui permettant de se différencier de ses confrères (il se forme à la médecine du sport au moment précis où une maison médicale est construite dans sa commune). Il explique avec sincérité ne pas se sentir concerné et livre par la même occasion des éléments de compréhension de cette distance assumée. « Je fais de la médecine du sport comme j'ai fait du sport, c'est-à-dire jamais à un haut niveau ! J'avais des capacités sportives très modestes, ce qui fait que je me suis dit que je ne pouvais pas non plus prétendre être trop pointu. Donc moi, je suis un petit peu en deçà de ce qui se dit

¹³⁰ « Ce que les individus et les groupes investissent dans le sens particulier qu'ils donnent aux systèmes de classement communs par l'usage qu'ils en font, c'est infiniment plus que leur intérêt au sens ordinaire du terme, c'est tout leur être social, tout ce qui définit l'idée qu'ils se font d'eux-mêmes, le contrat primordial et tacite par lequel ils se définissent comme "nous" par rapport à "eux", aux "autres" et qui est au principe des exclusions et des inclusions qu'ils opèrent parmi les propriétés produites par le système de classement commun ». BOURDIEU, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Le Sens Commun, p. 557-558.

plus haut. Mais pour ce que j'en fais dans mon cabinet, moi, ça me va très bien ! ». Ces espaces de discussion accueillent donc principalement les médecins dont le sport représente une part importante de leur activité professionnelle. Les hospitaliers et les médecins employés par les structures sportives d'élite se disputent la primeur de la représentation et cherchent à prendre l'ascendant dans des débats dont ils savent tous qu'ils conditionnent l'évolution de leurs pratiques et jouent le rôle de vitrine aux yeux du monde. C'est la raison pour laquelle les tensions entre deux mondes s'affichent de manière aussi visible dans leurs échanges car ce qu'ils défendent, c'est précisément ce qu'ils sont. Issus de deux mondes sociaux différents codés par les valeurs du sport de haut niveau ou celles proprement médicales, ces médecins aux profils différenciés se retrouvent sur un même terrain mais sans pouvoir réellement s'entendre. Les deux conférences tenues lors de la soirée de formation continue présentée en début de seconde partie, ont fait émerger deux visions opposées et suscité les réactions diverses d'une assemblée dont la distribution assise respectait une géographie sociale (avec ses territoires et ses frontières). De la même façon, la réunion sur le suivi psychologique s'est vite transformée en une partie d'échecs ou chacun défendait son Roi sans jamais pouvoir mettre son adversaire en situation de mat. Tour à tour, les docteurs Beaugendre, Decaux et Griffaud ont réaffirmé la spécificité d'un univers auquel ils appartiennent (« espace fermé », « sportifs peu équilibrés », « pas de temps libre », etc.) et la difficulté d'une tâche dont il est clair qu'ils ne veulent pas (« manque de compétence », « transfert de responsabilités », « stigmatisation du sportif », « intrusion risquée dans un contexte de production de performances », etc.). A l'inverse, les spécialistes et généralistes hospitaliers s'engagent plus volontiers dans la réflexion. Si certains ne voient pas l'utilité d'un tel suivi (ceux dont la spécialité les met à distance des questions liées à la psychologie), ils saluent en majorité l'impact positif qu'une telle initiative peut représenter pour la santé des athlètes. Les colères et les explications du docteur Decaux glissent sur leurs certitudes. Lorsque le psychiatre qui anime la réunion conclut par la nécessité de garantir au sportif un secret total, il récuse finalement la position de ses confrères dont la fonction leur impose de composer avec l'entourage sportif. Le docteur Quirion, praticien hospitalier attaché qui assure à contrecœur le suivi d'un pôle de handball, expliquera à ce moment des échanges avoir refusé de délivrer des informations médicales auprès de l'entourage sportif afin de ne pas servir leurs sélections. Elle valorise sa propre attitude et dénigre celle des médecins de terrain. « Je suis peut-être trop intègre... Trop intègre et pas assez médecin du sport ». L'entente semble donc impossible tant les fossés qui les séparent sont insurmontables. Ces professionnels de santé ne semblent pas

disposés à jouer le même jeu et ne parviennent pas à s'accorder autour de règles communément acceptées susceptibles d'organiser le rapport de force. De là provient le caractère flou et mal défini de l'espace médico-sportif. Les individus qui le font vivre se parlent mais ne s'entendent pas. Pour le professeur Laroche, doyen d'une faculté de médecine et chirurgien orthopédiste intéressé par le sport, cette situation est logique. « Quand il n'y a pas de chef pour imprimer une direction, c'est forcément le chaos ». Au final, les véritables concurrences professionnelles ne se jouent pas dans ces enclaves de discussion, mais à un autre niveau, à l'intérieur même de chaque position médico-sportive identifiée ce qui a pour effet principal de renforcer les cloisonnements¹³¹.

I. 2. La concurrence est affaire de proximité

Dans l'espace médico-sportif hospitalier, la concurrence fait rage à différents niveaux. A l'échelle des hommes, les médecins s'engagent dans des rapports de force où la lutte peut se jouer à coup d'arguments scientifiques. Il s'agit bien sûr pour eux de faire la démonstration de leur compétence afin d'engranger toujours plus de reconnaissance et de prestige. Ils s'inscrivent donc dans une compétition qui ne ressemble en rien à la confrontation sportive, mais dont l'issue est comparable. Le vainqueur fait autorité dans son domaine et occupe une place privilégiée, particulièrement gratifiante. Ainsi, les « rings scientifiques » sont ceux qui occupent traditionnellement le monde de la recherche universitaire et se déclinent en autant de colloques, congrès ou journées d'études. Les spécialistes se retrouvent ensemble et s'escriment à démontrer la supériorité de leur savoir ou la légitimité de leur champ disciplinaire. En effet, ces concurrences épousent les oppositions classiques entre spécialités médicales et la traditionnelle « guerre des organes » laisse alors la place à une étonnante « guerre des organes du sportif ».

¹³¹ Le renforcement des concurrences dans des micro-espaces cloisonnés rejoint l'analyse établie par Elodie Lemaire sur les effets de la segmentation dans un commissariat de police. La multiplication des « petits » services de police et la division toujours plus tranchée du travail « exacerbent les divergences particulières et les concurrences individuelles et collectives ». Mais dans cet espace « clos », « chacun s'efforce de tirer la définition de la norme policière dans le sens de ses intérêts en fonction des ressources dont il dispose et de celles dont il est privé ». Etant entendu que l'ensemble des acteurs possède une vision claire de la norme en jeu, avec ces « espaces de noblesse et de relégation ». Or, ici, en ce qui concerne les médecines du sport, c'est bien ce principe commun, cette loi fondamentale qui reste introuvable. **LEMAIRE**, Elodie. 2008. « Spécialisation et distinction dans un commissariat de police. Ethnographie d'une institution segmentaire », *Sociétés contemporaines*, 2008/04, n°72, p. 59-79.

Reconnaissance scientifique et « guerre des organes »

Journée Inter-Addictive du 21 janvier 2005 :

Cette journée d'étude portait sur le thème « Addictions – Sport – Performance » et était organisée par l'Union Régionale d'Associations en Addictologie (URAA) et l'Antenne Médicale de prévention et de prise en charge des Conduites Dopantes (AMCD). Y étaient conviés l'ensemble de la communauté professionnelle locale ainsi que les étudiants inscrits dans la Capacité de Médecine du Sport de l'Université qui hébergeait cette rencontre. Ne sont intervenus que des praticiens hospitaliers réputés. Il s'agissait pour chacun de faire la preuve de son érudition dans un domaine, de démontrer la qualité de ses recherches et le caractère novateur de ses découvertes. Ce rapport de force symbolique s'est vite transformé en une véritable démonstration scientifique de compétences.

Ainsi, un Professeur de médecine, spécialiste du système cérébral, n'hésite pas après l'intervention d'un confrère cardiologue du sport à affirmer : « C'est bien de parler des fibres musculaires et du cœur. Mais au poids écrasant qu'ils représentent dans les recherches, il serait bon de ne pas oublier que le sportif a aussi un cerveau ! Et que l'on peut, comme j'entends le faire, l'étudier spécifiquement. [...] ».

Mais cette guerre de clochers doit impérativement être resituée dans le contexte plus général qui la porte. En effet, les concurrences scientifiques interpersonnelles rejoignent toujours des concurrences institutionnelles qui cette fois servent autant des enjeux de prestige que des objectifs économiques et politiques. Comment comprendre par exemple que deux services hospitaliers voisins d'à peine 80 kms et situés dans une même région s'autoproclament de manière identique « service régional de médecine du sport » ? A nouveau, les effets d'affichage servent des intérêts de distinction. La proximité de ces deux unités rivales exacerbe la concurrence entre les praticiens. Lors de colloques régionaux consacrés au Sport et à la Recherche, les deux équipes menés par les docteurs Niel et Alberti se déplacent et présentent leurs travaux respectifs. Les uns et les autres s'observent discrètement et se commentent. Les antagonismes polis s'expriment sur une scène où seule la science a droit de cité (« votre étude est intéressante, mais je ne comprends pas... »). Mais cette concurrence peut aussi s'exporter sur un plan clinique. Lors de la réunion sur le suivi psychologique des sportifs de haut niveau, le docteur Quirion se fait un malin plaisir de proposer le récit de Tiphaine, jeune joueuse de tennis, comme cas clinique susceptible d'être discuté collectivement. En effet, elle sait pertinemment que l'un de ses confrères du service concurrent est réputé pour être « le

médecin du tennis » et fait par conséquent l'hypothèse que cet exposé risque de le mettre publiquement en difficulté (« n'avait rien vu »). La réaction ne se fera d'ailleurs guère attendre. Face aux réponses très approfondies des psychologues et du psychiatre qui trouvent ce cas « intéressant », le praticien s'énerve et lance avec colère : « Cette jeune n'a qu'à aller trouver un généraliste en bas de sa porte et il fait son job !... C'est tout ». Le psychiatre pense que « c'est un peu plus compliqué que cela » et se « demande si Tiphaine ne cherche pas inconsciemment un moyen de sortir du système dans lequel elle se sent prisonnière ». Le médecin du tennis explose et s'adresse directement au docteur Quirion : « Mais le tennis, pff... Ce n'est plus une joueuse de tennis ton truc là !... Son projet aux Etats-Unis, c'est un système qui a été mis en place pour ceux qui sont en échec dans le tennis de façon à redorer leurs CV, même si quand ils reviennent ils sont toujours aussi nuls. A ta place j'aurais appelé le médecin de la Ligue. Il les connaît tous très bien. Tu verras, il va rigoler tout de suite en te disant : celle-là, elle ne vaut pas un caramel ! ». Le docteur Quirion reconnaît sa méconnaissance des acteurs médicaux référents dans le monde du tennis mais rappelle à son confrère que son « problème, ce n'est pas le tennis, mais bien la souffrance de sa patiente »... L'effet escompté est réussi. Finalement, la lutte la plus sévère sur laquelle s'affronte les deux services, c'est celle du recrutement de la clientèle sportive. Si le service du docteur Alberti a réussi à conquérir le monde de la plongée sportive par le coût réduit des examens qu'ils ont réussi à condenser sur une seule journée, il a en revanche « perdu les squasheurs » pour une raison inconnue. La nomination du docteur Quirion en tant que médecin du pôle de handball répondait précisément à cette volonté de ne pas laisser partir 40 handballeurs vers la structure hospitalière voisine (car en cas de non recrutement d'un médecin, il était question que la structure sportive s'en rapproche géographiquement). Peu à l'aise sur une telle fonction, c'est uniquement pour préserver une clientèle nombreuse qu'elle reste en place. De vieilles querelles alimentent les méfiances et chacun a peur « de se faire voler ses sportifs ».

Rapts de sportifs et détournement de clientèle

Entretien du 18 mars 2008 en compagnie du docteur Alberti :

« Les sportifs de haut niveau ne sont pas si nombreux que cela dans la région. Et..., pour être très clair, cela a été une source de conflits avec [le service hospitalier voisin]. A une époque, ils prenaient un camion, empilaient à l'intérieur des ergomètres, des appareils de surveillance électrocardiographique, et ils venaient faire des tests à 3 kilomètres d'ici au sein d'un pôle de volley-ball. Et ça,

je trouvais ça... J'ai eu beaucoup de mal à l'accepter. Ça a été la source d'un conflit très violent. D'autant qu'ils ont fini par récupérer le pôle qui a fermé et s'est rapproché de [la ville voisine]. Politique sportive, politique régionale, politique d'occupation du territoire... Donc ça a été un conflit très violent. Ça faisait quelques années que nous tournions bien donc je ne comprenais pas que plutôt que de les faire venir chez nous, à 2 kilomètres à vol d'oiseau d'ici, ils aient préféré déplacer du matériel en camion pour faire des tests avec du matériel de type hospitalier. Ça a été une source d'insatisfaction clairement affichée. [...].

On peut parler par exemple du cyclisme. Ça c'est un bon exemple. Nous ne voyons ici que quelques cyclistes, à mon grand dam parce que je pense que nous avons dans ce domaine une grande crédibilité en particulier du fait de notre expertise dans les histoires d'endofibrose, mais c'est le résultat direct de la volonté [du service voisin]. Puisque le médecin de la Ligue habite dans [la ville voisine], il a toujours barré nos demandes. Et je connais très bien le médecin fédéral national, qui est un copain, qui m'a dit : "je ne peux rien faire ! C'est barré, c'est barré ! Je ne peux rien faire" ».

Les concurrences ne sont pas l'unique apanage du milieu hospitalier et s'invitent sur le bord des stades et à l'intérieur des gymnases. Dans une volonté très nette de défendre leurs terrains d'exercice les médecins de pôles, de clubs et de délégations nationales n'hésitent pas à s'engager dans des rapports de force violents lorsque leurs intérêts et leurs places sont menacés. Ainsi, le conflit récurrent entre les médecins de clubs professionnels et les médecins des sélections nationales sont particulièrement révélateurs de ces tensions confraternelles qui restent confidentielles au milieu sportif. D'ailleurs les intérêts défendus, bien loin des perspectives scientifiques et cliniques évoquées supra, sont ici uniquement sportifs. Le docteur Beaugendre revient à notre demande sur un coup de téléphone très engagé auquel nous avons assisté. « On a un joueur qui a été appelé en sélection et qui nous est revenu blessé, donc il y a eu un problème à régler avec les confrères des sélections nationales. Nous on avait fait remonter une information par rapport à ce joueur, donc on peut être légitimement inquiet et mécontent quand le joueur revient blessé d'une sélection alors que des informations avaient été données. Mais ça a toujours été comme ça avec les sélections nationales, il y a toujours eu ces conflits là. Au niveau médical, les intérêts ne sont pas les mêmes. On met les joueurs à disposition, ils les utilisent, nous les renvoyent et puis bah voilà, démerdez-vous ! Et prochain regroupement dans 6 semaines. Donc c'est vrai que cela crée des conflits. C'est logique ! ». Le docteur Raulo, médecin des équipes de France de handball, partage ce diagnostic et considère également que ces tensions avec les médecins de club sont « normales ». Son argumentaire est proche de celui déployé par le

docteur Beaugendre, c'est-à-dire entièrement guidé par des enjeux sportifs, mais il s'attache à défendre une posture inverse, dans laquelle la participation aux sélections nationales dépasse les « simples » compétitions de clubs. Il s'agit bien ici de faire la preuve de sa capacité à imposer son autorité. Si pour les médecins de clubs l'enjeu consiste à faire entendre que les joueurs professionnels ne sont pas payés pour aller se « casser » ailleurs, les médecins des sélections considèrent pour leur part que défendre les couleurs du pays est un enjeu qui ne souffre d'aucunes retenues ou négociations. Ici, la concurrence médicale use donc d'arguments proprement sportifs, tous orientés vers la performance et la rentabilité.

Lorsque la santé du sportif devient l'instrument des rentabilités sportives

Entretien du 29 septembre 2007 en compagnie du docteur Raulo :

« On rentre en conflit avec les médecins des clubs, mais c'est normal ! Nous n'avons pas les mêmes impératifs. Nous, les médecins des équipes nationales, on a besoin des joueurs à des moments précis, et on a besoin d'eux en forme. On voudrait donc que leurs clubs les mettent au repos dix jours avant la convocation. Mais les structures professionnelles ont aussi leurs impératifs. A l'inverse, si ils trouvent un joueur un peu fatigué et qu'ils ont des grosses échéances à venir, ils vont préférer ne pas l'envoyer pendant dix jours en stage national. Donc forcément, il y a une tension qui existera toujours entre la médecine fédérale et la médecine de club. Le club a des partenaires, des sponsors, il faut que ses joueuses jouent à tels moments, alors que nous, on se dit il faut que la joueuse soit au championnat du monde. Donc je leur demande de les mettre au repos, de les protéger mais c'est toujours la même réponse. Le match du week-end est trop important et ils les font jouer. Donc on essaie de travailler en coordination, pour le bien du sportif, mais c'est pas toujours facile. Le problème, c'est que cela touche des intérêts importants. Quand on est médecin d'une équipe professionnelle, le médecin se fait du souci quand ses joueurs vont en sélection, et bien moi, c'est l'inverse... Quand ils sont avec moi, je ne me fais pas de soucis, mais quand... Là, je vais les lâcher trois jours, elles partent en Coupe d'Europe avec leurs clubs. Certaines ont des bobos, on souhaiterait qu'elles ne jouent pas en Coupe d'Europe, mais les clubs vont bien sûr vouloir que leurs meilleures joueuses jouent ».

Mais les conflits sportifs portés par des médecins dépassent la simple opposition entre des exigences nationales et des impératifs propres à une structure professionnelle. Ils s'étendent également à l'intérieur même des dispositifs de formation des élites et les médecins de terrain sont contraints de lutter pour obtenir ou conserver un poste convoité. Parmi les médecins enquêtés évoqués dans la note de recherche de Jean-Yves Trépos, un praticien engagé dans l'univers du football parle à ce niveau de « “la compétition féroce

(plus pour leur égo que par intérêt)” entre médecins du sport pour s’implanter dans les clubs »¹³². Ainsi, le docteur Renaud, du pôle de gymnastique, va devoir défendre sa place face à l’intrusion en cours de saison d’un médecin acupuncteur qui vient réaliser des soins dans le gymnase sur un autre créneau d’entraînement. Le docteur Beaugendre, pour sa part, se retrouve confronté à l’intervention « inopinée » du médecin personnel d’un joueur de l’équipe professionnelle qui a les faveurs de la direction et qui a su imposer sa présence au sein du collectif. Face à ces entreprises de conquête d’un médecin concurrent, les conflits propres aux médecins sportifs exerçant dans l’espace de la haute performance (bien que limités aux terrains sportifs et guidés par des enjeux de rentabilité) se règlent sur la base d’arguments proprement médicaux dans lesquels sont réaffirmés les principes déontologiques (ceux-là mêmes qu’ils malmènent par ailleurs pour satisfaire aux exigences sportives). Aussi, bien que leurs placements soient directement conditionnés par leurs dispositions athlétiques et les lois du marché sportif, dès lors qu’ils se sentent menacés, ils ont recours à une défense très corporatiste dans laquelle sont évoquées tour à tour les règles médicales traditionnelles (asepsie, déontologie, confraternité) et les compétences professionnelles (les concurrents sont alors rapidement taxés de charlatans ou de bonimenteurs).

Concurrences sportives et « attaques médicales »

Docteur Renaud
Consultation du 21 / 11 / 2006 :

Dr. Renaud : « Tu as montré ça au kiné ? »

Fabien : « Oui, il m’a fait craquer le dos. Et sinon, il y a eu Patrick qui est venu pour faire de l’acupuncture »

Dr. Renaud : « (Hausse fortement le ton. Ne rigole plus) Mais c’est qui ce Patrick ? Il sort d’où ? C’est un médecin ? C’est avec des aiguilles ? »

Fabien : « Oui, c’est un médecin avec des aiguilles »

Dr. Renaud : « Non mais... (Très énervé). J’hallucine là ! C’est quoi cet illuminé ? Je ne suis au courant de rien ! »

Fabien : « (Quelque peu apeuré) Non, mais il ne vient pas tout le temps. Souvent il vient le vendredi »

¹³² **TREPOS**, Jean-Yves & **TREPOS**, Gisèle. 2002. « Les médecins du sport face au dopage », *Psychotropes*, vol. 8, n°3/4, p. 69-87.

Dr. Renaud : « Non mais toi, ce n'est pas ton problème ! Mais c'est quand même incroyable. Je suis le responsable médical du pôle et je ne suis même pas au courant qu'il y a un mec qui vient enfoncer ses aiguilles dans mes gymnastes. C'est quand même formidable ! »

Fabien : « Mais c'est un médecin hein ! »

Dr. Renaud : « Mais qu'il soit médecin ou pas, c'est pareil ! Il n'a pas à venir comme ça faire ses trucs sans que je sois au courant ! Et en termes de responsabilités, comment ça marche ? Parce qu'en termes d'asepsie, une salle de gym, ce n'est quand même pas top ! Si ils chopent une infection avec ses aiguilles là ?... Bon il faut que j'en parle avec [prénom du responsable du pôle].

A la fin des entretiens une discussion s'engage entre le technicien et le médecin :

Responsable : « Alors, il paraît que tu as entendu parler de Patrick ? »

Dr. Renaud : « Bah oui, mais c'est qui ce mec ? »

Responsable : « Bah je ne sais pas trop. Il est médecin spécialisé dans l'acupuncture »

Dr. Renaud : « Non mais c'est dingue ! Il n'est même pas venu se présenter à moi. On ne vient pas là comme ça, sans que personne ne sache exactement ce qu'il fait, pour mettre des aiguilles dans dos des gyms ! Moi, jamais je me serai permis d'aller faire mes trucs sur des gamins qui sont suivis par un confrère ! C'est pas déontologique ! En médecine, il n'y a pas de place pour ce genre de cow-boys ! »¹³³.

Docteur Beaugendre
Entretien du 13 / 09 / 2007 :

« Ce médecin est venu puisque c'était l'ami d'un des joueurs, et le joueur était venu parce qu'il avait une relation privilégiée avec le président de l'époque. Le président a donc voulu que l'ami médecin de ce joueur là vienne aussi et il l'a imposé sans m'en avertir. Voilà comment ça s'est passé. Quand tu es salarié et que tu as un patron qui te dit : bah c'est comme ça. Point barre ! Alors derrière, tu réagis par rapport à ça, puisque tu considères à juste titre ou non que c'est une défiance par rapport à ce que tu es toi et ce que tu fais. Donc tu le fais savoir. Tu le fais savoir par rapport à ton comportement, par rapport..., et donc en face de toi, tu as des gens que tu vois tous les jours, que tu soignes, qui te font confiance, pour certains depuis de nombreuses années, qui savent qui tu es et qui voient arriver quelqu'un qu'ils ne connaissent pas... Après c'est une question de compétence ressentie. Et puis bah tu arrives à l'exclure, parce que les footballeurs se rendent vite compte, parce que ce ne sont pas des benêts et ils ont fait la part

¹³³ Dans cet exemple, les rapports de force dépassent le cadre sportif. En effet, il s'agit tout autant de la classique défiance de la médecine dite « traditionnelle » face à des médecines jugées « parallèles » que d'une lutte spécifique entre « médecins du sport ». Néanmoins, s'ils importent logiquement sur le terrain sportif leurs sensibilités proprement médicales, il n'en reste pas moins que ce conflit éclate précisément *sur* le terrain sportif et met en jeu le placement du médecin dans la structure qui l'emploie. Nous y voyons donc là l'expression d'une réelle concurrence médico-sportive.

des choses. Finalement, il s'est exclu de lui-même. On s'est parlé bien sûr. Il m'a juré ses grands dieux qu'il ne voulait pas me prendre ma place, mais je pense que la démarche a été maladroite à ce niveau là. Donc il ne faut pas non plus trop me prendre pour un idiot ! Et quand la direction s'est rendue compte qu'effectivement c'était un casus belli, et bien... Et puis ils ont vu aussi ce qu'il avait dit et apporté aussi, quand même..., il faut regarder le contenu quand même (Rires). Il y a la forme et il y a le fond ! (Rires). Donc ils n'ont pas trouvé intéressant de continuer, même si c'était pour faire plaisir à un joueur qu'on avait fait venir ».

Au regard de ces luttes « internes » circonscrites aux espaces sportifs ou hospitaliers, la connaissance préalable des identités médico-sportives permet de repérer précisément ce qui se joue lorsque des médecins aux profils variés se rencontrent et débattent. Si les acteurs des « deux mondes » tendent à expliquer systématiquement les conflits par des « incompatibilités de caractères », la teneur des antagonismes invite à prendre de la distance vis-à-vis de ce masque discursif. Les mésententes éclairent au contraire la fracture d'un espace qui peine à se définir. La médecine pour le sport, le sport pour la médecine ? A nouveau, cette double entrée dans la pratique médicale est à l'origine de profondes divisions. Les principes de jugement de médecins aux trajectoires bigarrées ne peuvent qu'être différents. Aussi, lorsqu'ils sont contraints de se rencontrer, ils se parlent mais ne s'entendent pas. La lutte pour imposer la vision légitime de la médecine du sport est impossible car les médecins engagés dans ce combat n'obéissent pas aux mêmes règles du jeu et aucun accord ne peut être trouvé (avec cette opposition fondamentale et insurmontable qui consiste à dire pour les uns que « la seule bonne médecine est celle qui se réalise en dehors des structures sportives » là où les autres répondent que leur métier, c'est justement « d'être à l'intérieur pour répondre rapidement et efficacement aux besoins des athlètes »). Difficile dans ces conditions de pouvoir évoquer au singulier *la* médecine du sport. Pourtant, cet espace émietté est bien le théâtre de concurrences et de rapports de force. Mais à bien y regarder, cet argument qui plaide en la faveur d'un espace unifié est trompeur. « Il y a des histoires qui font que le linge sale ne doit se laver qu'en famille ». Cette expression populaire semble particulièrement indiquée pour qualifier le mécanisme repéré. En effet, il apparaît que les conflits d'intérêts éclatent de façon éminemment cloisonnée. Les médecins de « terrain » qui adhèrent au jeu sportif se disputent entre eux une place, un territoire où même la santé d'un joueur lorsque celui-ci sert des intérêts multiples (ceux d'un club et d'une délégation nationale par exemple) ; les praticiens hospitaliers qui utilisent le sport pour servir leurs carrières médicales se querellent sur le

plan scientifique et s'arrachent des populations sportives afin d'assurer la suprématie (et la survie) du service qui les héberge. Chacun dans son « petit monde » tente de préserver ou d'améliorer sa position. Finalement ce qui se passe de « l'autre côté » n'a pas d'incidences réelles sur la pratique et ne présente donc qu'un intérêt limité. Le ravin historique qui les sépare n'en est que plus vertigineux.

Pourtant, ils semblent s'accorder collectivement sur un point : le « problème » du dopage. Qu'ils soient ou non sensibles aux orientations politiques en matière de lutte contre le dopage, ils sont unanimes pour reconnaître le caractère « problématique » de cette pratique. En outre, parmi les médecins enquêtés, nous nous sommes aperçu que des praticiens aux profils contraires pouvaient endosser pareillement la fonction de médecins préleveurs. Pour des médecins qui jurent par la victoire sportive et se vivent de façon inclusive à l'espace de la haute performance, ce placement nous paraissait étonnant voire détonnant. La condamnation du dopage suffit-elle donc à écraser les antagonismes ? Où s'agit-il d'une façon habile de renforcer un espace fragilisé en « jouant collectif » là où ils sont assurés d'une grande visibilité (la lutte contre le dopage est en effet une des voies historiques par laquelle les médecins du sport ont su démontrer aux yeux du monde leur utilité) ?

II. La lutte contre le dopage : l'illusion d'un consensus

« Il y a une affreuse parodie du jump, c'est le dopage : doper le coureur, est aussi criminel, aussi sacrilège que de vouloir imiter Dieu ; c'est voler à Dieu le privilège de l'étincelle »¹³⁴.

¹³⁴ BARTHES, Roland. 1957. *Mythologies*, Paris, Editions du Seuil.

Encadré Méthodologique n° 4

Dopage sportif. Science et fantasme.

Penser le dopage, observer l'inobservable ?

De nombreux travaux tentent depuis la fin des années 1990 de circonscrire et d'analyser le dopage sportif. Entreprise rendue périlleuse par le marquage social négatif dont il fait l'objet depuis les années 1960 (c'est le fameux « fléau social » alors dénoncé par Maurice Herzog). Le projet scientifique ne doit pas servir ou être mu par cette chasse aux sorcières et le lot de fantasmes qui l'habille. Car force est de reconnaître la fragilité des matériaux d'analyses dans ce domaine. Certes de multiples témoignages issus de « l'intérieur » viennent régulièrement satisfaire les certitudes de ceux qui dénoncent un sport « vérolé » (il suffit de constater le succès de librairie que provoquent les nombreux récits d'anciens sportifs « repentis »). Mais ces données sont toujours relayées par des individus en rupture de ban avec l'univers sportif. Au-delà de la logique de ce mécanisme (on ne dénonce pas les valeurs d'un espace qui nous fait vivre), c'est la substance même de l'information qui doit être traitée avec prudence. Un repentir ou une dénonciation servent les intérêts d'individus sortis du système. Le retour dans le monde ordinaire, friand d'histoires rocambolesques, ne contribue t'il pas à forcer le trait et à tordre le réel pour qu'il réponde aux fantasmes ? Les rumeurs, les témoignages indirects, les ouï-dire sont autant d'instruments fréquemment utilisés et particulièrement efficaces pour jeter le discrédit sur un espace. Pourtant, peu d'athlètes sont effectivement contrôlés positifs au dopage et condamnés (ce qui passe inaperçu du fait de l'hyper médiatisation de la moindre « affaire », avérée ou non d'ailleurs). Difficile de se faire une idée précise et contrôlée. Les travaux sur le dopage se servent néanmoins régulièrement de ces entrées pour penser la pratique. Ils contribuent en ce sens à construire l'image d'un dopage omniprésent, hypothèse dont la légitimité peut être questionnée aux vues de la faiblesse (voire de l'inexistence) des mesures objectives.

En outre, l'attitude qui consiste à penser le dopage pour *ensuite* discuter de la médecine du sport nous semble particulièrement dangereuse. Elle postule a priori

l'adéquation de deux réalités sociales pourtant différenciées, comme si la seconde ne pouvait dépendre que de la première. Le dopage existe sans le médecin du sport, et la médecine du sport ne se résume absolument pas à la question des pratiques dopantes. La très grande majorité des médecins du sport se situent, de par leurs trajectoires et les modalités de leur exercice, à des années lumières d'un quelconque trafic de substances interdites. La minorité qui œuvre au plus près de la sphère sportive d'élite est également diversement disposée à jouer le jeu de la performance (Chapitre 7). Seuls les praticiens qui adhèrent aux valeurs structurantes de l'espace séparé du sport de haut niveau sont *susceptibles* de glisser vers une prise en charge condamnable, mais là encore, les quelques « affaires » de médecins dopeurs sont insuffisantes pour construire des vérités scientifiques. Les rares médecins dont la complaisance a été démontrée jouissent d'une renommée injustifiée et trompeuse (Les docteurs Bellocq ou plus récemment Fuentes sont alors pensés comme la partie émergée d'un iceberg que l'on s'imagine immense sans bénéficier pour autant de la moindre preuve scientifique). Ce qui conduit logiquement à des commentaires abusifs. Pour Ivan Waddington, « si les précurseurs de la médecine du sport n'étaient que très peu concernés par l'amélioration de la performance athlétique, celle-ci est devenue aujourd'hui une part importante de la raison d'être des médecins contemporains. [...]. C'est pour cela que je suggère que, loin d'être une des clefs de la lutte contre le dopage, la médecine du sport est actuellement un des éléments majeurs qui conditionnent l'usage et le développement des produits dopants. En ce sens, il est nécessaire d'affirmer que le développement des produits dopants et des techniques dopantes n'est pas quelque chose qui est étranger au développement récent de la médecine du sport mais au contraire quelque chose qui en est consubstantiel. [...]. L'implication croissante des médecins du sport dans la haute performance sportive signifie que la recherche des techniques et des produits visant à l'amélioration des performances, recherche s'attachant, comme on l'a vu à la production de techniques et de dopants considérés comme contraire à l'éthique, n'est pas limitée à une petite "frange" de praticiens. Au contraire, elle est devenue une part croissante de l'activité des médecins du sport. En ce sens, ce que le *Lancet* voit comme un problème de ratés de la médecine du sport en constitue, au contraire, le cœur »¹³⁵. La connaissance historique et sociographique de l'espace médico-sportif tel que nous l'avons envisagé jusqu'ici ne peut que contredire un tel énoncé (si l'on en croit cet auteur et que l'on applique ce raisonnement de manière

¹³⁵ WADDINGTON, Ivan. 2005. « Le dopage sportif : la responsabilité des praticiens médicaux », *Staps* 2005/4, n°70, p. 9-23.

indifférenciée à *la* médecine du sport, alors le « groupe » des médecins du sport représenterait le plus vaste réseau de trafiquants de stupéfiants sur le territoire national...).

Il est donc nécessaire d'inverser le raisonnement. Ne pas penser le dopage pour analyser la médecine du sport mais penser la médecine pour tenter de démêler les liens complexes qui rapprochent le sport d'élite, la médecine, et l'optimisation des performances par une prise jugée illégale de produits. Avec l'idée qu'il est nécessaire de privilégier l'observable à l'invisible. Compte tenu de la réprobation sociale et juridique dont souffre l'encadrement médical du dopage, il est illusoire d'imaginer pouvoir enquêter sur les médecins complaisants sans passer par des témoignages indirects qui comportent des biais méthodologiques importants et rendent l'analyse bancale. La seule pratique médico-sportive liée au dopage qui est susceptible de s'offrir à l'observation et à l'analyse, c'est celle de la lutte antidoping. En suivant les médecins préleveurs, nous transformons complètement la démarche sans que la valeur heuristique du propos n'en soit affectée. En effet, nous partons du principe que regarder ceux qui s'insurgent peut nous en dire long sur ceux qui approuvent et participent.

Ethnographie de la lutte anti-dopage

En octobre 2007, nous avons sollicité le « correspondant régional antidopage » qui travaille au sein de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et dont la mission consiste en l'organisation des contrôles (il ne s'agit pas d'un médecin mais d'un conseiller régional). Après un premier entretien où nous lui avons longuement exposé notre désir de suivre des médecins préleveurs sur le terrain, nous avons obtenu un accord de principe. Dès le mois de janvier 2008, nous avons la possibilité de suivre un contrôle sur une compétition, dans laquelle deux médecins seraient présents. Parmi eux, le docteur Quirion avec qui nous travaillions au même moment à l'hôpital, était chargé de contrôler les sportives. Désireuse de ne provoquer aucun vice de procédure (la hantise des médecins préleveurs), elle décide de s'informer des conditions dans lesquelles notre présence sur le terrain peut s'organiser et prend contact avec le docteur Bachelot, Médecin de la Lutte Anti-Dopage (MLAD) (qui est l'homologue médical du correspondant régional). La présence d'un « inconnu » sur le terrain le met hors de lui et sa réaction est à la hauteur de son énervement. Il nous contacte immédiatement et nous fait part de l'impossibilité de mener de quelconques observations sur le terrain (notre démarche étant remontée jusqu'au

docteur Jean-Claude Verdier, cardiologue du sport responsable des contrôles antidopage au niveau national auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage). Dès le jour même, le conseiller régional nous envoyait un mail pour nous signifier l'impossibilité de participer aux contrôles du mois de janvier (« il s'agit d'une trop grosse manifestation, pour laquelle [il] ne veut risquer aucun vice de procédure »), mais nous promet de réfléchir à un moyen de répondre à nos attentes. Nous voilà prévenu, médecin préleveur, terrain miné ! Du mois de janvier au mois de septembre 2008, de longs échanges électroniques vont s'engager avec le conseiller et le MLAD. Tout l'enjeu sera pour nous d'apporter la preuve de notre compréhension des contraintes réglementaires et de parfaitement circonscrire ce que nous voulons (pouvons) observer. Après de multiples tergiversations et une rencontre déterminante au sein de la DRDJS, un accord est trouvé. Nous n'assisterons évidemment pas à l'entretien entre le médecin et le sportif contrôlé car il s'agirait d'un vice potentiel de procédure, mais nous avons la possibilité d'observer tout ce qui entoure cette phase précise de l'intervention médicale (arrivé du médecin sur les lieux de la compétition ou de l'entraînement ; présentation et accueil ; organisation du contrôle ; départ ; etc.). Un des problèmes méthodologiques repéré par nos interlocuteurs de la DRDJS était la non diffusion des informations relatives au contrôle. Pour éviter des « fuites », il leur était impossible de nous livrer le lieu du contrôle et le type de manifestation contrôlée. Décision a été prise de nous donner rendez-vous avec le médecin préleveur dans un endroit neutre, afin qu'il nous emmène ensuite directement sur le lieu de sa pratique. Au-delà de l'excitation de participer ainsi à « une opération secrète », il s'agissait avant tout d'une aubaine puisque nous allions pouvoir ainsi profiter du voyage pour interroger l'agent de contrôle du dopage. Parmi les fonctions du MLAD, figure la formation continue des préleveurs. En plus de deux réunions théoriques par an qui portent sur les évolutions réglementaires et les aspects techniques d'un contrôle, il existe un volet « pratique » au cours duquel le MLAD contrôle les contrôleurs directement sur le terrain, une fois tous les deux ans (pour éviter que ne soient prises de mauvaises habitudes susceptibles d'offrir des recours aux sportifs par la dénonciation d'un vice de procédure). Or il se trouve justement que le MLAD effectue cette formation pratique au moment où nous parvenons à accéder au terrain. Il décide ainsi de nous prendre avec lui. Il nous emmènera donc sur les lieux du contrôle et nous présentera au(x) contrôleur(s) présents. Il s'agissait là d'une manière de se préserver des éventuelles difficultés liées à notre présence par une surveillance continue de notre participation. En fait, cette position sera particulièrement riche d'enseignements (il nous livrera au cours de plusieurs entretiens et lors de discussions « sur place » les tenants

et les aboutissants des situations observées, nous renseignera sur le profil des préleveurs présents et s'avèrera être une source inépuisable d'anecdotes significatives). Nous participerons ainsi à deux contrôles en sa compagnie. Le premier sur une compétition internationale de triathlon (4000 athlètes présents), au cours de laquelle nous rencontrerons le docteur Boyer (préleveur des femmes) et retrouverons le docteur Barathay (préleveur des hommes que nous avons déjà interviewé à deux reprises). Le second sur un entraînement au sein du centre de formation du club de professionnel dans lequel nous avons été récemment « stagiaire médical ». Cette fois, nous ferons la connaissance du docteur Rembelski. Cette dernière observation mérite quelques commentaires. Nous avons accepté d'observer le contrôle sans savoir où nous nous rendions. Arrivés devant le centre sportif et garés dans un endroit discret afin d'attendre l'arrivée du docteur Rembelski et ainsi pénétrer ensemble dans l'enceinte du club, pendant que nous discutons avec le docteur Bachelot, nous nous demandons la façon dont les gens « du dedans » auxquels nous appartenions il y a peu allaient percevoir notre venue en compagnie de médecins gendarmes « du dehors ». Comment les docteurs Beaugendre et Gardet que nous avons observé pendant plusieurs mois allaient prendre cette attitude ? En fait, preuve que notre intégration y avait été réussie, l'entourage sportif va immédiatement nous différencier des contrôleurs et nous replacer dans la position qui était la nôtre lorsque nous étions encore présent. Ainsi, le préparateur physique et l'entraîneur vont même nous demander alors que les contrôleurs discutent entre eux, la façon dont les choses vont se dérouler (« combien de temps tu penses que cela va durer ? » « Comment ça se passe, où est-ce qu'ils veulent s'installer ? » « Ils vont bientôt commencer ? » « Qu'est-ce qu'ils attendent ? »...). Dès que la procédure de contrôle débute et que les médecins contrôleurs s'isolent avec un sportif, nous nous retrouvons dans le couloir en compagnie du docteur Gardet (seul présent au niveau médical) et des quelques joueurs désignés pour les tests urinaires. Il rassurera les jeunes footballeurs inquiets de notre présence en expliquant que nous « n'en sommes pas ». Il est important de le préciser car nous exclure ainsi du contrôle nous a permis d'observer les deux mondes. Les contrôleurs nous ont expliqué chaque phase de la procédure et l'univers sportif n'a pas hésité à « parler » devant nous dès lors que les contrôleurs étaient hors de portée. Il était en outre extrêmement intéressant de mesurer la réaction du docteur Gardet, dont nous connaissions parfaitement le profil, face à des confrères contrôleurs dont les intérêts étaient bien différents des siens.

II. 1. Enjeu de représentation collective

« [Le discours sur la profession] doit être analysé comme une argumentation devenue croyance partagée par les publics internes et externes de l'occupation, dans le mouvement d'organisation matérielle et symbolique lié à la conquête et à la pérennisation du statut. La centralité de ce discours ne tenait donc plus à son caractère énonciatif, mais à son caractère performatif : sa valeur était tout entière contenue dans son pouvoir d'organisation et de légitimation du statut. L'objet de la sociologie des professions [consiste] à cerner les enjeux de statut, et les jeux sociaux qui permettent aux postulants, en interaction avec un ensemble de partenaires, de le conquérir ou de le protéger. Dans cette perspective, jeux d'organisation et jeux de discours sont analysés comme deux registres interdépendants d'un travail social de construction et de stabilisation des interactions qui aident une occupation à conquérir et pérenniser un statut »¹³⁶.

A défaut de s'entendre sur la définition de la médecine du sport, les médecins usent de la valeur performative de la lutte contre le dopage pour construire et stabiliser collectivement l'image d'une profession unie et homogène. Dans un hommage vibrant au Docteur Henri Périé, le docteur Catherine Defoligny résume parfaitement la façon dont les oppositions de vues peuvent être couvertes par la dénonciation collective « des déviances ». Sorte de voile vertueux qui habille l'ensemble des médecins compétents, la lutte contre le dopage permet de donner l'illusion d'une entente professionnelle. Elle sert à l'évidence un enjeu de représentation collective et offre la possibilité de témoigner publiquement de l'utilité de *la médecine du sport*. A une époque où il est de bon ton de s'inscrire en faux vis-à-vis des pratiques dopantes, chaque médecin, quel que soit son profil et sa façon de pratiquer la médecine du sport, peut s'attirer le bénéfice d'une reconnaissance populaire¹³⁷. Cet accord consensuel qui jette un sort au dopage sportif est

¹³⁶ PARADEISE, Catherine. 1988. *Op. Cit.*, p. 11.

¹³⁷ A ce titre, Jean-Yves Trépos remarque que bon nombre de médecins intéressés par le sport, bien que distants de l'univers de la haute performance, partagent et contribuent à reproduire des représentations courantes, du type : « tous les athlètes de haut niveau sont dopés ! » ou encore « A haut niveau, je réponds sans hésiter que les sportifs sont dopés ». TREPOS, Jean-Yves & TREPOS, Gisèle. 2002. *Op. Cit.*, p. 80.

donc l'occasion pour des médecins dominés dans la sphère médicale globale de redorer leur blason et de légitimer leurs pratiques.

La réprobation du dopage dévore les conflits internes

« Hommage à Henri Périé

En apprenant le décès du docteur Henri PERIE, après l'émotion et la tristesse, plus de trente ans de ma vie sont revenus à ma mémoire. [...]. Devenu mon maître à penser, c'est lui qui a éclairé mon chemin, lui aussi qui, perclus d'humanité, a su me consoler des grands chagrins de ma vie.

Au-delà de cette intimité, sorte de filiation intellectuelle, il faut avouer que je ne partageais pas toujours son opinion sur le sport de haute compétition : j'en étais issue, considérant qu'en ce domaine, comme dans d'autres, il faut savoir vivre ses passions, même si elles sont parfois agressives. Lui estimait que l'excès était nuisible et que rien ne justifiait de porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'un individu. Nous nous rejoignons sur l'approche préventive du médecin, qui doit sans cesse s'employer à préserver le sportif des déviances qui le menacent [...] »¹³⁸.

Le dopage sportif a été à ce point stigmatisé depuis plus d'un demi-siècle qu'il apparaît aujourd'hui spontanément comme une « déviance »¹³⁹. Cette construction culturelle arbitraire donne au dopage un caractère pathologique, sorte d'étranger venu contaminer un sport originel imaginé pur. Les sportifs dopés sont donc considérés comme malades (l'allusion à la toxicomanie est fréquente) et la place du médecin devient évidente. Dès lors, de la même façon qu'on imagine mal un médecin être favorable à la dissémination du virus de la grippe par exemple, il serait mal venu pour un Homme de l'Art de ne pas s'opposer moralement à la pratique du dopage sportif. Qu'on se le dise :

¹³⁸ Dr. **DEFOLIGNY**, Catherine. 2008. « Hommage à Henri Périé », *Cinésiologie*, <http://www.cinesiologie.com/news>

¹³⁹ « Les prises de paroles dans l'espace public, qu'elles émanent du mouvement olympique ou des pouvoirs publics, apparaissent souvent comme consensuelles. On s'indigne des pratiques dopantes, on exprime la volonté de lutter efficacement contre le dopage, et si une différence venait à émerger, on s'accorde sur la nécessité impérieuse d'harmoniser les dispositifs ». **DEMESLAY**, Julie & **TRABAL**, Patrick. 2007. « De quelques contraintes du processus d'harmonisation des politiques antidopage. (Enquête) », *Terrains et Travaux*, 2007/1, n°12, p. 157.

« le dopage est un problème » et sa censure est partagée par l'ensemble de la profession. Le caractère performatif d'une telle levée de boucliers est assuré. Pourtant, le discours que tient une profession sur elle-même doit être analysé parallèlement à l'organisation de cette occupation car l'un et l'autre peuvent différer. Ici, face à l'unité discursive de la condamnation, très peu de médecins sont réellement investis dans une entreprise de lutte contre le dopage. Sur les 613 médecins du sport de la Région des Pays de la Loire, seuls 13 ont une fonction de médecin préleveur (auxquels il faut rajouter un médecin retraité) et certains ne réalisent que très peu de contrôles chaque année (là où les plus actifs peuvent effectuer plus de 10 contrôles par année, d'autres ayant officieusement « abandonné le navire » refusent systématiquement de se rendre sur le terrain). Sur ces 14 individus employés par la DRJS et assermentés par le tribunal de grande instance, sont cependant représentés les divers profils médico-sportifs identifiés. Généralistes libéraux peu engagés dans l'univers sportif, praticiens hospitaliers intéressés par le sport, ou enfin médecins de terrain employés par des structures de formation ou d'encadrement de jeunes élites, tous sont susceptibles de fournir des prétendants aux contrôles.

Médecins préleveurs et profils médicaux

14 médecins figurent dans l'équipe des préleveurs de la Région des Pays de la Loire.				
Parmi eux, sont présents :				
6 médecins généralistes installés en cabinet libéral (dont deux ont des fonctions au sein de structures sportives).	2 médecins généralistes non installés et réalisant diverses vacations (dont un des deux est entraîneur salarié à ½ temps d'un club sportif).	3 médecins hospitaliers (un urgentiste et deux médecins généralistes attachés à un service hospitalier dont l'un des deux possède des fonctions au sein d'un pôle).	2 médecins spécialistes en médecine du travail (salariés d'une ou de plusieurs entreprises).	1 médecin retraité, ancien radiologue

L'hétérogénéité des identités médicales semble attester d'une réelle coalition des différentes franges médico-sportives dans ce combat rageur. La lutte contre le dopage serait dans ce cas l'un des rares domaines dans lequel la fracture entre deux univers distincts n'affecte pas les praticiens, et ce malgré des biographies sportives différenciées.

Mais très vite, lorsque l'on s'intéresse précisément aux raisons d'agir et que l'on accompagne les préleveurs sur le terrain, les oppositions désormais classiques refont surface et la prétendue alliance médico-sportive se heurte aux intérêts particuliers.

II. 2. Une entente artificielle

« Les contrôles créent des gardes fous. Si on les supprimait, ça ne serait plus du sport mais du pugilat. Et ça peut être un support pour les jeunes puisqu'on essaie de les sensibiliser avec un discours de prévention pendant les phases de contrôle. Il faut leur expliquer ce qu'est un contrôle et pourquoi on le fait. Chez les jeunes, c'est plus pédagogique que répressif comme pour les adultes ».

Docteur Bachelot. MLAD.

« C'est chiant leur truc ! Je comprends ce qu'ils font, je suis pour la lutte anti-dopage, mais là, les jeunes qu'ils tiré au sort pour le contrôle, ils devraient être en train de s'entraîner pour jouer avec les moins de 18 ans [la catégorie supérieure à la leur]. Donc ça les pénalise et ça fout en l'air tout le planning du coach, ça là !... Pff. Et moi, j'ai pas que ça à faire. J'ai du boulot au cabinet ! ».

Docteur Gardet. Médecin du centre de formation d'un club professionnel de football.

Sur les 14 médecins préleveurs, plusieurs occupent des fonctions au sein de fédérations, de ligues ou de clubs, mais finalement très peu possèdent des trajectoires sportives personnelles fournies. Ayant pratiqué et pratiquant le sport sur l'unique mode du loisir ou de la compétition de très faible niveau, ils appartiennent en majorité à la catégorie usuelle du « sport de masse ». Ce qui signifie qu'ils n'ont pas été confrontés au dopage sportif et qu'ils s'attaquent à une pratique sur la base de ce qu'ils en perçoivent de l'extérieur (par voie de presse, ou simplement par le fait de baigner dans un espace social

global dans lequel dopage rime avec « fléau »). Cet engagement pose question. Comment et pourquoi des médecins étrangers de la sphère du sport d'élite s'inscrivent dans une entreprise de remise en ordre d'un espace dont ils ignorent les conditions ? Proches des romanciers anthropologues du début du siècle, leur croisade est morale bien plus que sanitaire. Comme l'avait repéré Christophe Brissonneau dans son travail de thèse, le dopage en tant que problème de santé est en effet rarement évoqué par les médecins¹⁴⁰. Ici, la peur et la vertu sont les principaux moteurs de l'activité. Nous avons obtenu lors des entretiens menés en compagnie du MLAD et du correspondant régional anti-dopage des informations relatives aux motivations des médecins désireux d'intégrer le groupe des préleveurs. Certains sont effrayés par « ce qu'ils lisent et ce qu'ils voient » et ont décidé de rejoindre cette lutte lorsque leurs propres enfants se sont inscrits en club et ont commencé à réaliser des compétitions de bon niveau. D'autres insistent sur l'inadmissible délabrement de la morale sportive et sur la nécessité de le nettoyer de ses impuretés (le dopage est alors assimilé à une tricherie et à un manquement éthique). Ils découvrent la lutte contre le dopage par le biais de confrères déjà engagés qui leur ouvrent les portes et leur permettent ainsi d'entrevoir le caractère « accessible » du statut. La visée idéologique de leur engagement militant explique la stabilité des praticiens dans la fonction. En effet, les médecins préleveurs ont tendance à rester en place durant de nombreuses années (plusieurs des professionnels de santé rencontrés réalisent des contrôles depuis plus de 15 ans). Le docteur Barathay n'a jamais été sportif de bon niveau (même s'il aime préciser effectuer avec un ami quelques rallyes sur des épreuves de niveau « national »). Il s'est engagé médicalement dans le sport lorsque ses deux enfants ont atteint un niveau de compétition assez élevé et qu'il a constaté la faiblesse des soins apportés aux sportifs sur le bord des terrains (il souhaitait en outre réaliser une recherche sur le sport et l'asthme). Fort de cette première expérience en athlétisme, son nom a circulé dans le milieu sportif. Son cabinet, à quelque dizaine de mètres du pôle France d'aviron était une aubaine pour le médecin du pôle, installé pour sa part dans un cabinet de campagne fort éloigné. Ce dernier sollicite donc le docteur Barathay pour qu'il accepte de recevoir en urgence dans son cabinet les sportifs blessés lorsqu'il n'est pas lui-même présent dans la structure. Il devient donc médecin du pôle sans véritablement s'y déplacer. En contact régulier avec son confrère pour des questions relatives aux athlètes soignés, il découvre la fonction de médecin préleveur occupée par son collègue. Afin de rester à la pointe des évolutions scientifiques

¹⁴⁰ **BRISSONNEAU**, Christophe. 2003. *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de ParisX-Nanterre.

en matière de dopage au moment même où il reçoit dans son cabinet un nombre de plus en plus élevé d'athlètes de très haut niveau, il décide de s'y former. Aujourd'hui, le docteur Barathay est préleveur depuis presque 20 ans. Lorsque nous le suivons en compagnie du docteur Bachelot sur le contrôle anti-dopage d'une compétition de triathlon de niveau international, les commentaires qui accompagnent la rédaction des procès verbaux et le « tirage au sort » des sportifs contrôlés laissent entrevoir les raisons qui le poussent à agir¹⁴¹. Après s'être fait apporter la liste des compétiteurs, il s'isole sur un petit bureau et entreprend de la consulter rapidement. Il explique alors à voix haute : « Si j'étais vicieux, je prendrais un espagnol ! ». Le docteur Bachelot, présent à ses côtés, rit de bon cœur et lui demande : « Qu'est-ce que tu as contre les espagnols ? ». « Quand on voit ce qui se passe dans le cyclisme en ce moment, c'est qu'ils sont doués pour ce genre de choses ! ». Le docteur Bachelot se retourne vers nous en souriant et conclut : « Des fois, on se demande à quoi ça tient d'être contrôlé hein ! ». Bien sûr, le docteur Barathay n'en fera rien et contrôlera comme il est d'usage dans ces circonstances le podium et deux athlètes supplémentaires parmi les quinze premiers arrivés (le risque de choisir arbitrairement un sportif, c'est de « tomber » sur un athlète qui réalise une performance moyenne. Or, plus le sportif tarde à finir la course et plus le médecin est contraint de l'attendre...). Pourtant, dans cette croisade vertueuse, l'infatigable poursuite des dopés prend la forme d'une chasse aux fantômes.

Faire le bien à distance du mal ?

Entretien du 18 septembre 2008, en compagnie du correspondant régional de l'anti-dopage et du docteur Bachelot (MLAD) :

Est-ce qu'il y a dans ce groupe de préleveurs des individus qui sont anciennement sportifs de haut niveau ?

Correspondant : Non. Et ils ne sont pas très sportifs non plus ! On n'a pas de triathlète qui va faire son triathlon tous les week-ends. Mais certains sont investis dans le milieu du sport. On en a un qui est dirigeant...

Dr. Bachelot : Un qui tient la buvette ! (Rires)

Correspondant : Non, mais qui a un rôle actif dans un club, un autre qui est élu à la jeunesse et au sport dans sa commune.

¹⁴¹ Sans rentrer dans des détails réglementaires, le « tirage au sort » n'est finalement que rarement soumis au hasard. En effet, à l'international les noms des sportifs à contrôler figurent déjà sur l'ordre de mission du préleveur. A l'échelle nationale, lorsque les sportifs contrôlés sont laissés au libre choix du médecin, seuls les contrôles sur entraînement laissent la possibilité d'effectuer un véritable tirage au sort. Sur des compétitions individuelles importantes, sont choisis d'office les athlètes figurant sur le podium (ce qui crédibilise la manifestation), puis deux sportifs supplémentaires sont choisis au hasard parmi les quinze premiers arrivés.

Oui, donc des fonctions dans le milieu sportif mais pas de passé sportif personnel...

Dr. Bachelot : Non. Parce que je ne pense pas que les médecins qui ont été sportifs de haut niveau, ça les intéresse spécialement. Je ne suis pas certain que dans la logique de quelqu'un qui a eu un haut niveau dans le sport pense à s'impliquer dans ce genre de choses... Parce qu'il y a un côté juge et partie, d'être à la fois sportif de haut niveau et de se retrouver de l'autre côté.

Mais selon vous, à l'inverse, qu'est-ce qui pousse quelqu'un de relativement étranger à...

Dr. Bachelot : Relativement étranger... Bon, effectivement, on n'a pas d'anciens sportifs de haut niveau, mais il y a quand même parmi les préleveurs des gens qui pratiquent ou ont pratiqué à une période, et qui ont eu une pratique sportive dans la cadre du sport de masse.

Donc qui ne les a jamais confrontés à la situation du dopage sportif...

Dr. Bachelot : Oui... Oui mais... (Silence).

Correspondant : Mais de toute façon, nous, dans notre recrutement, le préleveur doit aussi être une personne qui ne soit pas connue. Si dans 15 ans Laure Manaudou devient préleveur anti-dopage, dès qu'elle arrive quelque part, c'est réglé, tout le monde l'aura repérée quoi.

Dr. Bachelot : Il faut un peu être comme les inspecteurs du Michelin quoi.

Correspondant : Oui, c'est ça. Il faut être « passe-partout ».

Dr. Bachelot : Oui. On ne va pas y aller avec une cagoule, mais il faut qu'on soit plus proche de « monsieur tout le monde » que quelqu'un qui peut peu ou prou, même au niveau régional, avoir une certaine notoriété.

En fait, seul un praticien a été lui-même sportif de haut niveau dans sa jeunesse. Malgré ce très faible rapport, son unique présence suffit à soulever une question fondamentale. Face à la lutte idéologique de médecins étrangers au milieu sportif d'élite, comment comprendre l'engagement dans une pratique médicale coercitive qui traite avec suspicion et rudesse l'univers auquel on appartient et dans lequel on participe au projet sportif dans sa forme la plus compétitive ? Le fait d'avoir été soi-même athlète de très haut niveau modifie le discours et la représentation du dopage, vers une conception plus réaliste, non dominée par le fantasme et les fausses certitudes. Dans ces conditions, que cherche un tel médecin dans la lutte contre le dopage ? Le docteur Boyer est préleveur depuis seulement trois ans. Elle est médecin généraliste mais ne s'est jamais installée. Après une désillusion professionnelle en tout début de carrière lors de laquelle le centre héliamarin dans lequel elle travaillait ne l'a pas embauchée contrairement aux promesses initialement réalisées, elle décide de « tout plaquer ». A 28 ans, après avoir été nageuse de

niveau national, elle fait le pari avec sa sœur, entraîneur de natation synchronisée à très haut niveau, d'intégrer l'équipe de France de la discipline. Elle s'engage alors dans un programme drastique d'entraînement à raison de deux séances par jour. Elle sera internationale pendant 3 ans. Aujourd'hui, le docteur Boyer est entraîneur de ce même club, salariée à ½ temps et s'occupe d'une équipe de niveau national. Sa compétence médicale n'est envisagée que pour « arrondir » les fins de mois et se résume à de multiples vacations. Elle est médecin du permis de conduire et réalise également des consultations dans un centre médico-sportif. Il y a trois ans environ, le docteur Quirion est venue réaliser des contrôles à l'occasion d'une compétition de natation dans laquelle était engagée le docteur Boyer en sa qualité d'entraîneur. A l'issue de la compétition, elle lui a expliqué que « la DRJS cherchait des femmes médecins pour réaliser des prélèvements et que cette activité était bien payée ». A peine un mois après cette rencontre, le docteur Boyer entamait sa formation. Elle stoppe alors ses vacations au centre médico-sportif car il s'agissait de la partie « la moins intéressante matériellement » de son activité. Finalement, après trois ans de contrôle antidopage, l'air désabusé, elle trouve qu'en comparaison de la somme de travail fournie, la fonction de médecin préleveur n'est pas si bien rémunérée que cela... Ici, pas de guerre sainte, mais le quotidien d'un médecin en situation précaire dont l'activité en « patchwork » répond à des exigences économiques. Le contrôle anti-dopage est une aubaine du point de vue financier, d'autant qu'elle se sent « protégée » par cette règle qui postule que les médecins préleveurs ne soient jamais envoyés en mission sur la discipline sportive dans laquelle ils sont engagés par ailleurs (lorsque c'est le cas). Elle « avait hésité à réaliser un contrôle en water-polo, mais finalement y [a] été car [elle] ne connaissait personne donc ça ne posait pas de problèmes ». Les raisons économiques de son engagement sont très claires. Avec 11 ou 12 contrôles réalisés annuellement, elle est le médecin qui effectue le plus grand nombre de prélèvements et n'hésite pas à appeler la DRJS pour faire part de ses disponibilités. En guise de comparaison, le docteur Barathay réalise 2 ou 3 contrôles chaque année et refuse régulièrement des contrôles « par manque de temps » lorsque le correspondant régional le sollicite. Ce dernier, face aux besoins exprimés par le docteur Boyer qui accepte toutes les propositions, ne l'appelle que dans un second temps afin de s'assurer que l'ensemble des préleveurs ait eu un nombre équitable de propositions. Lors de la compétition internationale de triathlon, le docteur Barathay contrôlait les hommes pendant que le docteur Boyer s'occupait des femmes. Cette fois, aucune considération morale et surtout pas le moindre jugement concernant le dopage. La lutte est envisagée du seul point de vue financier (et assumée comme telle). La présence du

docteur Bachelot va pourtant révéler la façon dont elle perçoit le dopage sportif. Le MLAD assure une formation continue « pratique », lors de laquelle les contrôleurs contrôlés disposent de toute latitude pour évoquer des difficultés rencontrées. A l'inverse, le docteur Boyer explique que la réalisation des contrôles l'a véritablement « sensibilisée ». Elle fait alors le récit d'une anecdote qui l'a marquée. Le jour d'une compétition, une nageuse de l'équipe ne se sent pas bien et ne veut pas participer. Le docteur Boyer, dans sa fonction d'entraîneur, « la force à participer pour l'équipe et le club ! » (« il s'agissait d'un championnat de France ! »). Malheureusement pour l'athlète un contrôle antidopage inopiné la révéla positive aux « coupe-faims ». « C'était sans doute la raison de son refus de participer ». Sa conclusion est sans appel : « si elle m'avait dit qu'elle prenait ça, je ne l'aurais jamais forcé à participer ! ». La jeune fille a finalement écopé d'un simple avertissement. Mais cette histoire a permis au « médecin-technicien » de « faire plus attention pour les autres ». Le docteur Bachelot semble comprendre la pensée ici exposée et rajoute : « oui, de moins les forcer ! ». La réponse du docteur Boyer le laisse coi. « Non, non, ça m'a permis d'être plus vigilante et de plus les sensibiliser sur les médicaments qu'on peut prendre ou non dans le cadre de compétitions de haut niveau ». Enfin, « l'entraîneur préleveur » souhaite poser une question au MLAD (qui rappelle, ravi, qu'il « est là pour ça ! »). « J'ai été très étonné qu'il n'y ait pas eu de contrôles sur les Championnats d'Europe Junior. Pourquoi est-ce qu'il n'y en a pas eu ? ». Etonné par la teneur d'un questionnement qu'il aurait aimé plus technique, le docteur Bachelot ne peut que lui indiquer le caractère non systématique des contrôles. Là encore, le commentaire du docteur Boyer livre des éléments significatifs du rapport entretenu au dopage. « Oui, bah c'est bien dommage, parce que nous, ça nous aurait aidé ! Parce que les Russes, il y avait un contrôle positif, à mon avis... Et nous en cas de disqualification, derrière, on montait sur le podium ! ». Le MLAD ne trouve évidemment rien à y redire...

Enfin, dans la phase d'observation ethnographique du contrôle antidopage réalisé sur la compétition internationale de triathlon, une différence minime mais porteuse de sens oppose dans la manière les deux préleveurs. Si le docteur Boyer se rend sur la ligne d'arrivée pour s'assurer que les athlètes désignées aient bien été informées du contrôle, profitant ainsi du « bain de foule » et d'une « ambiance » qu'elle affectionne, le docteur Barathay préfère pour sa part attendre systématiquement les sportifs dans le local antidopage et laisser le soin de la notification aux escortes afin d'éviter cette « bruyante pagaille un peu étouffante ». La vision différenciée de l'évènement sportif est la parfaite

illustration de la fracture beaucoup plus profonde déjà identifiée. Entre un médecin étranger au monde sportif, effrayé par l'image qu'il s'en fait et / ou désireux de lui imposer sa propre éthique et un médecin anciennement sportif de haut niveau qui utilise le contrôle dans une dimension pécuniaire et en retire des enseignements purement sportifs, la différence est de taille. Le sentiment spontané d'une union des différentes franges médico-sportives dans ce domaine doit donc être mis à distance.

Observer les mictions, exemples de motivations

	Situation professionnelle	Sexe	Motivations initiales	Raisons d'agir	Dispositions sportives
Docteur Barathay	Médecin généraliste libéral Médecin pôle France aviron Médecin pôle espoir athlétisme Médecin SSU / SSR athlétisme	M	« Mon confrère du pôle faisait quelques contrôles. Et comme je voyais de plus en plus de sportifs dans mon cabinet, sur son conseil, je me suis dit qu'il serait bon de garder le contact du point de vue scientifique avec ce qui se faisait ».	« Quand on lit la presse et qu'on voit ce qui se passe, c'est effrayant. En ce moment, les espagnols ont l'air d'être particulièrement doués pour ça ! ».	Course automobile Rallye national. Aucune préparation physique / un entraînement rudimentaire (« on fait tourner la voiture le week-end d'avant ») Deux enfants ayant un bon niveau en athlétisme
Docteur Quirion	Médecin généraliste praticien hospitalier attaché Médecin pôle espoir handball	F	« Le patron du service ma demandé de faire des contrôles car ils manquaient de femmes. Ça pourrait les week-ends, mais ça fait partie de mon métier de médecin du sport de faire ça ».	« Le sportif de haut niveau se doit d'être un exemple pour les jeunes ! Ni fumer, ni boire, ni rien... Ou alors, il ne faut pas qu'il ait de l'argent par l'Etat. Ça fait partie de son métier d'être intègre et en santé ! ».	Pratique de la danse Pratique d'une gymnastique d'entretien Aucune proximité familiale à la haute performance
Docteur Bachelot	Médecin du travail salarié Médecin Lutte Anti Dopage (MLAD)	M	« En tant que médecin de Ligue du Triathlon, j'ai fait la rencontre informelle du médecin chargé de la lutte anti-dopage. Il m'a proposé d'assister à une démonstration et les choses se sont ensuite enchaînées ».	« Les sportifs dopés sont des tricheurs qui ont franchi la ligne jaune au niveau des règles. Ces gens là prennent la place de ceux qui sont propres et c'est inadmissible ! ».	Pratique du football à un très faible niveau de compétition Aucune proximité familiale à la haute performance

Docteur Boyer	Médecin généraliste non installé. Vacances multiples.	F	« Le docteur Quirion est venue faire un contrôle dans ma piscine [le docteur Boyer est entraîneur de natation synchronisée]. Elle m'a expliqué qu'ils cherchaient des femmes pour réaliser les prélèvements et que c'était bien payé ».	« les vacances de l'anti-dopage sont mieux payées que celles du centre médico-sportif ».	Pratique de la natation synchronisée en équipe de France. Sœur entraîneur d'un club de natation synchronisée engagé dans des compétitions de très haut niveau.
----------------------	---	---	---	--	---

Mais au-delà des différences sensibles de vues qui existent au sein même du groupe des préleveurs selon les dispositions sportives des professionnels de santé, il est intéressant d'interroger les rapports entretenus entre les agents de contrôle du dopage et leurs confrères qui exercent la médecine au cœur des structures d'élite. Si les médecins s'accordent dans les mots et réproouvent collectivement le dopage, qu'en est-il dans les actes ? Comment se positionne le médecin des athlètes contrôlés ? Bien souvent, dans les compétitions internationales, les préleveurs n'ont pas de contacts directs avec les médecins qui assurent la surveillance de la manifestation. Ils s'adressent directement à un « délégué fédéral » qui a en charge leur accueil et met à leur disposition un local répondant aux exigences de confidentialité des prélèvements (salle fermée, équipée de sanitaires...). Mais il arrive aussi régulièrement que les médecins des clubs ou des équipes soient présents lors du contrôle (ils sont légalement autorisés à assister au prélèvement à la condition que le sportif l'autorise), s'assurant du bon déroulement des procédures et transmettant les informations médicales de certains athlètes lorsque nécessaire (traitements, pathologies, Autorisation à Usage Thérapeutique, etc.). La teneur réelle des échanges confraternels et les conditions de déroulement des contrôles en disent long des incompréhensions et des mécontentes qui organisent structurellement l'espace médico-sportif. Là encore, entre enjeux de santé et intérêts sportifs, la pomme de discorde semble plus savoureuse que jamais. La condamnation collective du dopage tait les conflits dans les discours mais ne les étouffe pas dans la pratique. La problématique du temps – qui laisse transparaître le décalage des normes dans la sphère du sport de haut niveau – resurgit immédiatement et est source de multiples accrochages. Le rythme sportif s'accommode mal de la pause qu'impose avec autorité un contrôle susceptible d'entraver la progression d'un athlète et / ou d'une équipe. Entre le préleveur et le médecin de terrain se rejoue donc parfois le drame du couple Jourdain avec son lot de complicités, d'intrigues et de désaccords. L'un et l'autre

partage une forme d'empathie confraternelle mais ne poursuivent pas les mêmes rêves. La pièce prend ici une tournure aux allures paradoxales. Le premier entend mettre de l'ordre dans le désordre qui compose l'univers ordonné du second... Le récit ethnographique d'un contrôle antidopage inopiné réalisé au sein du centre de formation d'un club de football professionnel permet de mesurer avec précision et finesse les multiples fissures qui lézardent la surface de leurs relations.

– Contrôle antidopage inopiné / Centre de formation Club de football professionnel –

14h30 :

Le 31 octobre 2008, nous avons rendez-vous sur le parking de la DRJS. Le docteur Bachelot nous y attend afin que nous nous rendions ensemble dans un lieu tenu secret à l'occasion d'un contrôle antidopage inopiné sur entraînement. « Je ne vais pas faire durer le suspens plus longtemps ! » lance t-il en souriant avant de nous annoncer que nous nous rendons au Centre sportif du Club de football professionnel dans lequel nous avons récemment mené des observations. Il nous rappelle le caractère « pédagogique » de ce type d'intervention auprès des jeunes sportifs. Le docteur Bachelot entend jouer son rôle de MLAD et ainsi assurer la formation continue du préleveur que nous nous apprêtons à rejoindre ; le docteur Rembelski. Sur le trajet, le médecin référent de l'antidopage se lance avec ferveur dans le récit d'un récent contrôle, particulièrement éprouvant et en cela riche d'enseignement. Il s'agit du contrôle effectué par ses soins sur un match de Ligue 1, entre le leader du championnat et une équipe moins bien classée. Il s'agissait d'un contrôle non annoncé, inscrit dans le cadre d'une opération « coup de poing » décidée et organisée par l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (tous les matchs de Ligue 1 sont contrôlés en même temps, sans passer par les échelons régionaux). « C'était la première fois que j'étais confronté à la star de la Ligue 1 ». « Manque de pot, ça a été le premier match du championnat au cours duquel cette équipe a pris une déculottée sévère ». Le docteur Bachelot est hilare. Une difficulté va pourtant justifier ce soir là la rédaction postérieure d'un rapport à l'intention de l'AFLD. Il concerne le médecin de l'équipe victorieuse. Il s'agissait là de leur seconde rencontre et de leur seconde confrontation. La première avait eu lieu lors d'un précédent contrôle réalisé à l'occasion d'un match amical. Ce médecin avait demandé au docteur Bachelot de lui fournir le nom des joueurs contrôlés pendant la rencontre, de façon à gagner du temps à l'issue du match et ainsi permettre à l'effectif de

repartir le plus vite possible (minimiser les temps d'attente). Le contrôleur a refusé pour des raisons procédurales mais également afin d'éviter qu'une telle annonce ne perturbe le déroulement du match. Ce refus a passablement énervé le médecin de l'équipe. Ce dernier a d'ailleurs reconnu immédiatement le docteur Bachelot lors de leur seconde rencontre. Pour des raisons identiques, cette fois leur relation tourne court. Le médecin du club s'emporte face à la « rigidité bureaucratique » du préleveur et se laisse aller à un commentaire déplacé. « C'était déjà comme ça la dernière fois et vous allez encore nous faire chier ce soir ! ». Le docteur Bachelot indique être alors resté stoïque et ne pas avoir répondu, bien que conservant les faits en mémoire. Rapidement, le médecin de l'équipe de football viendra s'excuser platement et « n'aura ensuite cessé de se montrer agréable ». Pour le MLAD, c'est là le signe que son confrère a pris conscience des risques qu'il prenait en s'opposant ainsi à un individu assermenté. « J'aurais préféré que vous ne soyez pas en situation de devoir vous excuser ! » lui répond sèchement le préleveur. Le mal était fait. Dès les jours qui ont suivis, le docteur Bachelot a fait un rapport détaillé sur le comportement de ce confrère et l'a transmis à l'AFLD. Il n'a pour l'instant pas eu d'échos, mais reste persuadé que l'Agence a déjà fait son travail en faisant remonter la plainte au Club Professionnel, espérant ainsi que ce médecin se soit « fait secouer les puces ». « Cela peut aller très loin, les médecins dans les clubs sont sur des sièges éjectables et j'en ai vu se faire virer pour moins que ça ! ».

15h00 :

Nous retrouvons le docteur Rembelski devant le centre sportif. Ce dernier porte un habit sur lequel est inscrit « Direction régionale Jeunesse et Sport ». Le docteur Bachelot le remarque et le complimente, indiquant qu'il aurait pu lui même mettre le sien. Une fois les présentations brièvement effectuées, nous pénétrons dans le club par le portail réservé aux véhicules. Sans s'arrêter à l'accueil donc. C'est un cadre du Centre qui nous croise et demande poliment : « Messieurs, vous cherchez quelque chose ? ». « Oui, Direction Régionale Jeunesse et Sport, pour un contrôle anti-dopage ». « Ah d'accord, je vais tâcher de vous trouver quelqu'un ». Il nous invite à le suivre. Nous rentrons dans le bâtiment et patientons dans un hall. Il est clair que nous ne « tombons pas bien ». Un responsable du centre nous a rejoint et semble perdu : « comment ça se passe, qu'est-ce qu'il vous faut ? » « Qui allez vous contrôler ?... ». Le docteur Rembelski explique qu'il va effectuer des prélèvements urinaires sur six jeunes du Centre de Formation. Il a besoin à ce titre de la liste complète des effectifs pour réaliser le tirage au sort. Il demande également la présence

obligatoire d'un responsable (salarié de la fédération de football). « Un entraîneur fera l'affaire ». « Non, on a appelé le doc [Gardet], il va arriver, c'est lui qui s'occupe de ça, c'est son boulot ». Enfin, il lui faut un local au calme pour remplir les papiers, proche de toilettes pour observer la miction.

Le responsable, rejoint par le préparateur physique des jeunes footballeurs nous guident vers les bureaux médicaux et entreprennent, après accord du préleveur, de mettre une table ainsi que trois chaises dans le hall, à la sortie des toilettes. Tout cela prend beaucoup de temps. Les deux médecins ne sont pas généreux en information, parlant souvent entre eux, pendant que le staff sportif papillonne autour, visiblement en attente de décisions. Tout cela s'accompagne d'un certain nombre de confusions, d'incompréhensions. Le préparateur physique avait ainsi compris qu'il lui fallait rassembler l'ensemble des effectifs du Centre de Formation. Soulagé, il demande : « Ils peuvent commencer l'entraînement et on appellera alors que ceux qui ont été tiré au sort ? » « C'est ça oui » « Ah d'accord. C'est mieux, parce qu'ils commencent l'entraînement là ». Et le responsable de rajouter en apportant la liste des effectifs : « Par contre, je ne suis pas sûr qu'ils seront tous là les jeunes parce que vous venez pendant les vacances scolaires. Les plus vieux seront là, mais les plus jeunes c'est moins sûr ! ». Le docteur Rembelski sort son matériel et le pose sur la table. Le docteur Bachelot nous confie en aparté trouver très étonnant de la part de son confrère d'avoir accepté de réaliser les entretiens avec les sportifs dans le hall, aux vues du manque de confidentialité que cela suppose (« comme quoi, on peut toujours être étonné même par ceux qui ont une très grande expérience ! »). Plusieurs fois des membres de l'entourage sportif passeront devant nous, l'air dubitatif. Le jeune préparateur physique s'impatientera même. Il nous regarde et soupire (les deux médecins ne font à ce moment pas attention à ce qui les entoure et discutent entre eux à bâtons rompus). Il finira par nous demander : « Ils vont bientôt se décider pour le tirage ? Parce que là, l'entraînement il va commencer hein ! ». Nous lui expliquons ne pas maîtriser cette donnée, et nous nous rapprochons des médecins afin qu'ils s'aperçoivent des attentes dont ils font l'objet. Ils expliquent alors qu'ils ont besoin d'un responsable pour procéder au tirage. « Vous ne pouvez pas le faire tout de suite ? ». « Non, il faut un responsable, licencié de la fédération de football. Un entraîneur peut faire l'affaire ! » « Non, le doc [Gardet] est en route » « Alors on va l'attendre ». Le préparateur soupire sort du Centre et se dirige vers les terrains extérieurs.

Le docteur Gardet arrive enfin. Appelé en urgence par les responsables du Centre, il a quitté précipitamment son cabinet, annulant de fait les consultations prévues. Il fait de suite ressentir son ennui d'être là en saluant à peine les agents de contrôle. Le docteur Bachelot nous chuchotera d'ailleurs avec discrétion : « visiblement, on dérange son emploi du temps et il n'est pas ravi d'être là ! ». Le docteur Gardet ouvre son bureau et revient vers le docteur Rembelski : « Bon alors, pourquoi vous avez besoin de moi ? » « Et bien vous êtes la personne responsable ». « Quoi ? Mais je ne veux pas être responsable de ça moi ! Je ne suis responsable de rien du tout ! ». Incompréhension tendue. Le médecin du club pense alors qu'il va être impliqué dans le contrôle alors que le médecin préleveur a simplement besoin d'un responsable de la structure sportive pour attester du tirage au sort. « Ah c'est ça ? Bah faites le, le tirage au sort, qu'on n'y passe pas la nuit ! ». Le docteur Rembelski s'empare de la liste et choisit au hasard six noms. Le docteur Gardet s'empare du listing, se gratte la tête et explique : « Bon bah je vais aller les chercher, en espérant qu'ils soient là, parce qu'entre ceux qui jouent ce week-end et ceux qui sont pas là parce que ce sont les vacances scolaires... ». Il part et ne reviendra que quelques instants plus tard, sans être accompagné de quiconque. « C'est bien ce que je craignais, ils ne sont pas là... ». Le docteur Rembelski reprend la liste : « Et bien on va en tirer d'autres au sort ! ». Cette situation se reproduira à trois reprises avant de parvenir à trouver 6 jeunes présents. Le docteur Gardet, une fois les joueurs prévenus, demande aux préleveurs : « C'est bon là ? Je peux aller travailler moi ? Parce que je n'ai pas que ça à faire, moi ! ». Le docteur Rembelski semble satisfait. Le docteur Bachelot intervient pourtant et demande s'il ne serait pas possible de régler ce problème du « hall de gare » qui ne permet aucune confidentialité. Nouvelle difficulté. Après quelques tractations, le bureau du docteur Beaugendre sera ouvert. Le MLAD est satisfait et expliquera ensuite à son collègue lorsqu'ils seront seuls : « tu ne peux pas faire ça dans un hall comme ça. Si tu demandes à un jeune quels médicaments il prend et qu'il y a tout le temps du passage, bonjour la confidentialité ! ». « Oui, mais moi je parlais du principe qu'on est là pour marquer les jeunes. Donc plus on est visible, et mieux c'est... ». « Oui, mais là non, quand même pas ! ».

Les 6 jeunes footballeurs sont désormais présents dans le couloir adjacent aux bureaux médicaux. Le docteur Gardet reste en leur compagnie. Un par un, les jeunes rentrent dans le bureau pour remplir les documents nécessaires. Avec pour consigne de se signaler dès qu'une envie suffisante d'uriner se fait ressentir. Pendant que les agents de

contrôle remplissent les procès-verbaux et préparent le matériel, le « doc » discute amicalement avec les jeunes, s'extasie devant de « nouveaux crampons » et pénètre à loisir dans le bureau du doc dès lors que sa connaissance des dossiers médicaux est nécessaire (le nom et le type de traitement pour chacun des jeunes par exemple). La procédure démarre, et les deux préleveurs resteront à compter de cet instant dans le bureau ou dans les toilettes. En ce qui nous concerne, nous ne quitterons pas le couloir qui fait office de salle d'attente, et partagerons la compagnie des jeunes et du docteur Gardet. Ce dernier explique ainsi aux sportifs : « Buvez, sinon on y est encore demain soir hein ! ». Un des sportifs déclare avec inquiétude : « Mais je prends des médicaments moi... ». Son médecin le rassure. « Oui, oui, ne t'inquiètes pas, je vais leur dire ! ». Un des entraîneurs du centre de formation passe dans le couloir et rigole. Il raconte son premier contrôle à Nancy au cours duquel il avait mis « 2h30 pour pisser..., les autres sont rentrés sans lui ». Le responsable des équipements passe à son tour et demande à un joueur s'il attend pour le contrôle lui aussi. « Oui ! ». Il rigole et ajoute en s'éloignant : « C'est ça le tirage du loto ! ». Un jeune s'essaye à la miction. Il avait « très envie », mais pas suffisamment pour remplir le flacon... Il devra donc attendre le prochain essai. Le jeune semble abattu dans la mesure où il pensait pouvoir repartir rapidement à l'entraînement. Le docteur Gardet réagit et explique : « Vous allez être emmerdés les gars ! Buvez, buvez ! Buvez régulièrement, parce que sinon, on peut être là à 7 heures encore. Et moi ça ne m'arrange pas ! J'ai pas que les contrôles anti-dopage moi, j'ai le cabinet. J'ai du boulot ! ». Puis il nous prend à témoin et se plaint ouvertement des contrôles réalisés au club, « un peu trop régulièrement à [son] goût ». Il pense que la structure paye à ce niveau sa notoriété. « C'est facile, on débarque et on fait les quotas ! Je ne suis pas sûr qu'ils contrôlent autant les autres clubs de la région qui jouent en CFA 2 ! ». L'attente est parfois longue entre l'absorption d'une bouteille d'eau et le remplissage du flacon. Aussi, le moment est propice aux histoires en tout genre. Chaque sportif y va de son anecdote ou de son commentaire prêtant à rire. Le « doc » n'y coupe pas et raconte en pouffant de rire l'histoire « d'un ami, incapable de pisser devant quelqu'un ». Plusieurs jeunes n'ont toujours pas envie d'uriner malgré plusieurs bouteilles vidées. A force de boire, certains se plaignent même de douleurs au ventre et déclarent pessimistes qu'ils n'y « arriveront jamais ». Le docteur Gardet explique calmement : « C'est ça d'être tiré mon pauvre vieux. Tu ne pourras plus y échapper maintenant. Eux, ils peuvent t'attendre 4h00 ! C'est leur boulot ! ».

Le temps s'écoule doucement. Plusieurs sportifs restent « en panne ». L'énerverment de louper l'entraînement, ajouté à une inquiétude montante, provoque une forme d'incompréhension : « mais ils croient quoi eux ? C'est pas la Coupe du Monde hein ! Ils sont fous ! Hey, il y a entraînement là ! Qu'est-ce qu'il va dire le coach ? ».

Un joueur réussit finalement à boucler la procédure. En sortant du bureau, il lance à ses camarades encore en attente : « Comment c'est long de remplir les papiers ! ». Un des jeunes qui n'avait pas suffisamment uriné la première fois, tente à nouveau sa chance. Il reste un très long moment aux toilettes avec le docteur Bachelot (du point de vue réglementaire, le contrôleur doit être présent au moment de la miction et s'assurer que l'urine recueillie est bien celle du sportif contrôlé). Au point que les autres sportifs l'y rejoignent et se moquent gentiment de lui. Le docteur Rembelski intervient : « De la bonne humeur, d'accord, mais ce n'est pas une place publique ici !... ». Ils ressortiront en riant.

Un jeune du Centre non tiré au sort dans le cadre du contrôle vient consulter le docteur Gardet pour de la mésothérapie. « Viens, on y va. Ils font un contrôle anti-dopage. Pour nous enquiquiner un peu plus ! ». Le doc l'invite à rentrer dans le bureau. Le voyant rouge « occupé » placé au dessus de sa porte s'allume. Après 3 ou 4 bouteilles de 0,5 litres chacune, les jeunes sportifs désormais seuls dans le couloir rient nettement moins. L'un d'entre eux fait remarquer à l'égard du docteur Gardet : « ça doit le saouler aussi le doc de faire ça ! ». Un des kinésithérapeutes du centre passe et salue les sportifs présents. « Vous arrivez pas à pisser ? » « Non ! ». Ce qui ne manque pas de le faire rire : « Il faut prendre une bière !... ».

Le docteur Bachelot sort enfin des toilettes en compagnie du jeune qui tentait sa deuxième chance. Il n'a finalement pas réussi. Le préleveur explique : « On prend l'air parce que ça devient prise de tête pour tout le monde là ! ». Le jeune fait une tête d'enterrement. Temps mort technique. Les jeunes boivent, ils ont tous remplis les papiers (première partie de la procédure). Toute le monde se retrouve dans le couloir dans l'attente qu'un des sportifs aient envie d'uriner. Le docteur Rembelski nous explique : « Du point de vue technique, ce n'est pas un bon contrôle que vous observez là ! Les jeunes ne connaissent pas, il n'y a même pas d'entraîneur avec eux, bref pas de bonnes conditions ! En plus on sent qu'on les embête parce que les autres s'entraînent en même

temps ». Ce à quoi le docteur Bachelot réagit aussitôt : « Oui, enfin, en compétition ou en entraînement, de toute façon, on les embête tout le temps ! ». « Oui, c'est vrai... ».

Plus tard, en aparté, le docteur Gardet, ayant fini sa consultation, explique aux jeunes qui n'arrivent pas à uriner et qui commencent à se décourager : « Vous n'avez pas le droit de refuser ! Imaginez un peu le résultat dans la presse ! “Un jeune du centre a refusé de...”. Ça ferait bien... ». Les procédures se poursuivent. Boisson, attente, toilettes... Le docteur Gardet utilise son téléphone afin de décommander un Rendez-vous. « Ouais..., on a un contrôle anti-dopage ». Le docteur Gardet nous raconte alors un précédent contrôle réalisé lors d'un match de l'équipe professionnelle. Les joueurs pendant la procédure sont selon lui allés au bar. « Moi, je ne disais rien hein ! », rajoute t'il en souriant.

Le médecin du club dit devant le docteur Bachelot, alors présent dans le couloir en compagnie des jeunes : « Allez, buvez, parce que moi, je n'ai pas que ça à faire hein ! J'ai du boulot au cabinet ! Je n'ai pas que des contrôles anti-dopage moi ! ». Il demande au MLAD le moment à partir duquel « on passera au contrôle sanguin ». « en 2009 ». « Tant mieux, ça ira plus vite au moins ! ».

17h00 :

Les jeunes qui attendent se font « chambrer » par les coaches qui reviennent de l'entraînement. Le « doc » encourage le footballeur qui a uriné en premier, mais pas suffisamment et qui n'y arrive plus depuis. Allongé au sol, les mains sur le visage, il est extrêmement vexé de ne pas pouvoir s'entraîner. Insensible aux remarques réconfortantes du médecin, ce dernier explique à voix haute : « Le pauvre..., il est complètement désœuvré... ». Puis il s'adresse à nous, comme pour justifier l'attitude de son jeune patient. « C'est pour ça que c'est chiant leur truc. Je comprends ce qu'ils font, je suis pour la lutte anti-dopage, mais là, les jeunes qu'ils ont tiré au sort pour le contrôle, ils devraient être en train de s'entraîner pour jouer avec les moins de 18 ans [la catégorie supérieure à la leur]. Donc ça les pénalise et ça fout en l'air tout le planning du coach, ça là !... Pff ».

Les effets de la boisson se font enfin ressentir. Rigolade générale à chaque fois que l'un d'entre eux triomphe d'une vessie capricieuse. Le docteur Gardet sent que la fin du contrôle est proche : « Y a plus que Florian, c'est une affaire qui marche ! ». Un jeune lui

répond : « C'est bien, vous ne serez peut-être pas trop en retard comme ça doc ! ». Florian réussira finalement à uriner. Le docteur Bachelot sort du bureau et annonce, heureux : « Bon, 15, 20 minutes et c'est plié ! ». Le docteur Gardet lui rétorque : « Oui, mais l'entraînement aussi il sera plié ! ». Un jeune sportif s'adresse alors au préleveur : « Une veille de match, monsieur, c'est pas sérieux de faire ça ! ».

Le docteur Gardet nous fait part d'un contrôle qui s'était révélé positif pour un joueur professionnel suite à une séance de mésothérapie prodiguée par ses soins. C'est la xilocaine, utilisé dans cet exercice comme anesthésiant qui avait été détectée. « Je peux en parler parce que c'est paru dans la presse ». « C'était en local, on pensait que ça partirait rapidement, donc on ne l'avait pas déclaré... ».

Un entraîneur passe devant les jeunes. Il s'arrête devant Florian, qui a une tête d'enterrement, et lui dit : « merci pour la séance ! Bon, allez, demain, RDV 8h45 ! ». Le « doc » donne alors des consignes au sportif : « Demain, concentré sur l'échauffement hein ! Je ne veux pas qu'il t'arrive quelque chose parce que tu ne t'es pas entraîné ce soir ! Sérieux hein, parce que la semaine prochaine, toutes les équipes jouent ! ».

18h00 :

Le contrôle se termine. Le responsable du centre de formation récupère les licences sportives et salue les médecins. Il leur dit en souriant : « Ne revenez pas trop vite hein ! ». Nous saluons l'ensemble des personnes présentes. Les préleveurs profitent des toilettes avant de sortir du centre. Ils y discutent et rapportent en riant : « A nous deux, on fait plus de 90 ml hein ! ». Puis, en guise de conclusion : « Bon, ça ce n'est pas si mal passé ! » « Oui, ça aurait pu être pire ! ».

La restitution très descriptive de ces observations sert utilement la démonstration. Ici, le rapport aux temps semble toujours aussi fécond pour illustrer et analyser la profondeur des oppositions médico-sportives. Entre le médecin gendarme, qui impose par son autorité un temps d'arrêt, et le médecin de terrain dont la fonction même est de s'assurer de la réduction voire de l'annulation des entraves au sablier sportif, leurs rythmes calendaires respectifs les placent de fait dans des univers différents. Leurs représentations peuvent donc être similaires lorsqu'il s'agit de qualifier une pratique sociale massivement

réprouvée, mais dans les faits, leur rencontre devient rapidement conflictuelle. La mésentente est palpable à chaque instant. De l'arrivée du docteur Gardet sur le site jusqu'au départ des médecins préleveurs, les professionnels de santé n'auront eu de cesse de rappeler leurs intérêts respectifs, non sans provoquer une certaine électricité statique. Les agents de contrôles sont ici pour « faire de la pédagogie ». Ils prennent donc le temps de se montrer car plus ils seront « visibles » et plus ils marqueront les esprits de leur passage. Le médecin de terrain est venu en urgence pour que le contrôle se passe vite et bien. Son souci majeur est de libérer le plus rapidement les joueurs de ce qu'il perçoit être une contrainte temporelle handicapante, afin qu'ils puissent rejoindre au plus vite l'entraînement (il les fait boire, les encourage, etc.). En outre, il aimerait également pouvoir retourner rapidement dans son cabinet afin de reprendre le cours normal de son activité. Entre dérangement nécessaire et sacrifice inutile, les visions semblent donc définitivement marquées par le mélange complexe des dispositions médicales et sportives qui s'actualisent sur divers lieux d'exercice.

III. Conclusion sommaire

Les médecins du sport se connaissent localement et ont parfaitement conscience des placements et des visions de chacun. Comme dans n'importe quel espace social qui est source de profits, les agents en place entretiennent des rapports de dérision réciproques qui servent un rapport de force dont l'enjeu est d'imposer sa vision légitime de la pratique concernée. Ici, pourtant, les trajectoires sociales et le lieu sur lequel s'organise l'exercice médical sont parfois tellement éloignés que ce rapport de force est inopérant. En effet, tant que les médecins ne se seront pas mis d'accord sur des règles du jeu communément acceptées, les luttes internes ne pourront servir utilement le développement de cette occupation. Doit-on encadrer ou s'opposer au sport intensif précoce ? Peut-on être médecin sur le terrain sans perdre son indépendance ? Peut-on être médecin du sport sans avoir été soi-même sportif ? Les mésententes et les incompréhensions mutuelles se nourrissent là d'un terreau fertile et sont responsables de l'impossible définition *du* sport et de *sa* médecine. L'absence de cadre précis pour définir la profession et l'existence d'activités antinomiques expliquent ce « langage de sourds » qui caractérise les rencontres

occasionnelles de médecins du sport aux profils différenciés. Dans ces enclaves de discussion, on se parle, mais on ne s'entend pas. Par une forme d'empathie confraternelle et pour ne pas fragiliser plus encore un espace déjà extrêmement dominé, ces mésententes prennent rarement la forme de conflits ouverts. De telles disputes n'auraient d'ailleurs aucun sens dans la mesure où elles ne rapporteraient rien (puisque rien n'est « en jeu » à ce niveau). A ce titre, il est significatif de constater que les véritables rapports de concurrences médico-sportives se jouent de façon éminemment cloisonnée. Chaque « groupe » de médecins du sport se déchire sur son propre terrain. Hospitalier pour les uns, au sein des structures sportives pour les autres. Le spécialiste du genou sportif n'entend pas se faire éclipser de la sorte par l'érudition et les découvertes du spécialiste de l'épaule ; le médecin de club souhaite pour sa part « récupérer ses gars entiers » et entend rappeler au médecin de sélection l'utilisation raisonnée qu'il doit faire des capacités physiques de joueurs dont il a la responsabilité.

Pourtant, ils se rejoignent tous lorsqu'il s'agit de dénoncer et de s'opposer au dopage sportif. Dans les discours et les représentations, peu de dissonances. Les médecins du sport réprouvent collectivement une pratique sociale tombée sous le joug de la vindicte populaire et s'assurent ainsi de la démonstration publique de leur utilité. Dans un enjeu de représentation collective, il est en effet bienvenu de se poser comme les principaux acteurs d'une lutte qui ne peut être que médicale¹⁴². Mais à nouveau, lorsque l'on dépasse le simple registre langagier et que l'on aborde les pratiques, les oppositions réapparaissent et la dénonciation du dopage ne suffit pas à camoufler des rapports au monde trop différenciés. L'entente n'est qu'artificielle et les incompréhensions s'expriment à nouveau pleinement. Pour un médecin qui adhère au jeu sportif et est salarié d'une structure de formation des élites, il est difficile d'accepter l'arrêt autoritaire du temps imposé par un médecin « qui n'est pas de la maison » et ne se rend pas compte des exigences du calendrier sportif. A l'inverse, les préleveurs ne comprennent pas la réaction parfois colérique de leurs confrères dès lors qu'ils s'inscrivent dans une démarche « pédagogique d'éducation à la santé » ou une démarche « répressive de punition des tricheurs ». La tension entre les deux mondes est plus vive que jamais.

¹⁴² Dans les faits, si les médecins se sont assurés de ce placement, les dopés sont traités juridiquement mais jamais pris en charge d'un point de vue sanitaire. Ce qui soulève un paradoxe important. Le « problème du dopage » est considéré comme relevant de la santé publique, mais son traitement est uniquement judiciaire et répressif.

CONCLUSION GENERALE ET OUVERTURES :

Comprendre, expliquer et décrire l'espace de *la* médecine du sport nécessite de penser un univers pris dans la double contrainte des processus de sportivisation et de médicalisation de la vie sociale. Selon les biographies des agents en place et les lieux de leurs exercices, les liens entre la médecine et les activités physiques s'inscrivent dans un double mouvement. Utiliser le sport pour construire une carrière médicale et compenser des trajectoires professionnelles parfois heurtées ou à l'inverse utiliser la médecine pour s'engager corps et âme dans un projet sportif et bénéficier d'un prestige longtemps convoité renvoie à deux formes d'instrumentalisation distinctes qui ouvrent des positionnements antinomiques. Entre une médecine étrangère aux normes du sport de haut niveau, entièrement dirigée par les principes hippocratiques et une médecine de l'exploit qui se met au service de la performance et se joue de la déontologie, les visions du monde et les pratiques professionnelles qui en découlent portent la marque d'une profonde hétérogénéité. L'hygiénisme de la première moitié du siècle n'y échappe pas et fait l'objet de multiples interprétations, certaines clairement orientées vers l'élitisme et la rationalisation sportive. Cette tension entre deux mondes est un principe historique structurant de l'espace médico-sportif. En effet, les oppositions repérées sont originelles et ont traversé le siècle au gré des évolutions plus générales de la société. De ce point de vue, les médecins du sport aux profils différenciés ont porté avec eux les conditions de leur propre domination, responsables de la fragilité de l'espace sur lequel ils exercent leur art. Trop éloignés socialement pour s'assurer d'une entente professionnelle autour du jeu à jouer, l'absence d'un rapport de force clairement et collectivement défini a scellé le destin d'un exercice médical condamné au rang de compétence. Le non-accès au statut sacro-

saint de spécialité et la crise de légitimité dont souffre actuellement la médecine appliquée au sport témoignent de sa domination relativement à la sphère médicale globale. La menace aux normes médicales stabilisées que représente la position des médecins qui adhèrent aux normes et aux valeurs du sport d'élite n'est ici pas anodine. Leur participation active aux processus de formation des habitus sportifs et de construction de la performance sont autant de remises en cause de l'ordre dominant. Elle interroge la définition même de l'intervention dans son rapport avec les trajectoires et les biographies individuelles. Il est en effet intéressant de constater que des socialisations antérieurement constituées et étrangères dans leur essence à la sphère professionnelle peuvent avoir des effets durables et puissants. Dans le champ de la haute performance, l'incorporation des valeurs et règles de l'espace sont ici à l'origine d'un déplacement visible des normes de santé qui explique l'adhésion du médecin au jeu proprement sportif. Il semblerait que ce phénomène ne touche pas uniquement les médecins, mais plus largement l'ensemble des professionnels susceptibles de prendre place dans cet univers singulier. Il pourrait concerner aussi, par exemple, les psychologues du sport, également partagés entre évaluation thérapeutique et préparation mentale du champion, ou encore le travail réalisé par les vétérinaires ayant en charge le suivi des animaux participant aux compétitions sportives, là aussi divisés entre soins et préparation à la performance. Des enquêtes ethnographiques portant spécifiquement sur ces autres sphères professionnelles seraient susceptible de venir infirmer ou confirmer cette hypothèse d'une translation des normes, dès lors que sont biographiquement incorporées les valeurs du sport d'élite.

En outre, ce décalage des normes en appelle à un questionnement plus général sur la santé et le travail. En effet, il invite à dénoncer ce principe commun d'individualisation du rapport à la santé, qui tend à attribuer à la moindre difficulté rencontrée une responsabilité personnelle. Le sportif professionnel qui se blesse gravement est au mieux la victime malheureuse d'une vie qu'il a « choisie » avec son lot de risques connus, au pire le coupable désigné d'un écart commis envers ses « devoirs » quotidiens (ce que l'on attend de lui). La blessure n'est donc jamais considérée dans sa réelle dimension, comme le résultat d'une combinaison d'actions collectives au service d'un intérêt unique. La dénégation d'un risque collectivement produit au profit de manquements individuels aux conduites attendues, autorise la reproduction du système par l'illusion de la conservation d'un libre-arbitre, nécessaire au maintien des athlètes eux-mêmes dans un espace dont ils ont le sentiment d'être maîtres. Matthew Desmond illustre ce même mécanisme dans son

étude sur le rapport à la mort entretenu par les pompiers américains. Pour que ce risque soit pensable, il est vital de conserver l'illusion de pouvoir le maîtriser. « En marquant tous les morts au sceau de l'incompétence, le Service des forêts aide les pompiers à maintenir cette illusion, même lorsqu'ils sont confrontés à la réalité de la mort. A moins qu'ils ne se mettent directement à la place d'un cadavre, les pompiers doivent prendre leurs distances vis-à-vis de leurs amis et de leurs collègues tombés dans l'exercice de leurs fonctions et s'accrocher à la croyance selon laquelle [la mort engage la responsabilité du défunt]. En utilisant le blâme comme un bouclier mais aussi comme une arme, l'illusion du libre-arbitre ne faillit pas face à la mort ; elle se renforce, et repousse le danger lié au feu »¹⁴³. Ce mécanisme de responsabilisation traverse donc des domaines d'activités variés, et soulève l'hypothèse d'une même violence structurale propre aux espaces dans lesquels le corps est source de rentabilité et de profits. Dans des espaces hiérarchisés où la souffrance corporelle augmente à mesure que les positions s'affaiblissent, l'érosion des corps ne semble pas préposée à l'usure tant elle peut s'appuyer sur la double complicité de ceux qui produisent les efforts et de ceux qui en récoltent le fruit. Or, « d'un point de vue sociologique, l'intéressant vis-à-vis d'une catégorie défavorisée n'est pas le caractère pénible du désavantage qu'elle subit, mais la contribution de la structure sociale à la création et à la stabilisation de ce désavantage »¹⁴⁴. Dans ce cadre, la participation médicale reste sujette à caution. A t-elle les moyens de se poser en obstacle à la production éminemment sociale de certaines formes de détériorations corporelles ? Notre étude ne plaide pas en ce sens. Si la simple *présence* des médecins de terrain dans l'espace de la haute performance sportive suffit à produire une forme de complicité tacite au jeu qui s'y joue¹⁴⁵, il ne faudrait pas sous-estimer la responsabilité des autres types de médecins du sport. « En utilisant les connaissances des sciences biologiques, la lutte anti-dopage se fixe sur l'athlète en tant qu'individu. Rien ne peut plus individualiser le problème du dopage que l'analyse de l'urine ou du sang de l'individu [...]. L'analyse du dopage réalisé par les sciences biologiques se prête bien à l'individualisation de la faute et contribue à innocenter

¹⁴³ **DESMOND**, Matthew. 2006. « Des morts incompetents », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165, p. 27

¹⁴⁴ **GOFFMAN**, Erving. 2002. *Op. Cit.*, p. 57.

¹⁴⁵ Dans son récit biographique, Joël Bats revient sur son expérience au sein d'un centre de formation de football. « En dehors des éducateurs qui nous suivaient, il y avait un autre juge de paix : le médecin du club. Nous n'échappions à aucun test dans le cabinet médical installé dans le centre même. Inconsciemment, une idée nouvelle s'était jointe à nos obsessions ordinaires : la maladie ou la méforme ne pouvaient venir que de notre négligence. Nous nous présentions donc devant médecin dans la peau de coupables potentiels. Comme les autres, je ne voulais pas que l'on puisse me faire le moindre reproche ». **BATS**, Joël. 1987. *Op. Cit.*, p.49.

le système »¹⁴⁶. Le médecin de l'exploit, tout comme l'agent de contrôle du dopage s'inscrivent donc dans ce même processus d'individualisation de la faute sanitaire et participent finalement ensemble à la protection et au maintien d'un espace pathogène. L'étude de Seth M. Holmes sur les conditions de vie des travailleurs migrants cueilleurs de baies dans la vallée de la Skagit, dans l'Etat de Washington, amène à un constat similaire. Les dirigeants d'exploitation, soucieux d'apporter un minimum de soins à une main d'œuvre dominée subissant de façon dramatique les conditions de travail éreintantes des champs, s'assurent de la collaboration d'un « centre médical pour migrants ». Les mécanismes sont alors d'une étonnante proximité. Les médecins contribuent au principe de responsabilisation de l'individu et reproduisent de fait une violence structurale. « Ils imputent souvent la maladie au patient lui-même, par exemple en lui déclarant qu'il ne se penche pas correctement lors de la cueillette ou en lui supposant un rapport problématique à l'autorité – sans savoir repérer les hiérarchies locales ou les politiques internationales qui ont placé leurs patients dans des conditions de travail insupportables. [La conséquence d'une telle attitude] est que les médecins tendent à blâmer, voir pénaliser, les victimes de souffrances sociales »¹⁴⁷. De telles correspondances appellent à l'élaboration de nouvelles analyses afin de tester la stabilité des mécanismes mis en lumière.

¹⁴⁶ **BETTE**, Karl-Heinrich. 2005. « L'individualisation du problème du dopage : déficits structureaux dans le discours du dopage », *Revue Staps*, n°70, p. 78.

¹⁴⁷ **HOLMES**, Seth. 2006. « “Parce qu'ils sont plus près du sol”. L'invisibilisation de la souffrance sociale des cueilleurs de baies », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165, p. 49.

ANNEXES METHODOLOGIQUES

Grille de lecture « discursive »

Adoption d'une grille de lecture thématique dans le travail d'archives. Pour une analyse pertinente des discours qui traitent des activités physiques en lien avec des préoccupations sanitaires et médicales, tenus par différents agents au cours du temps (des années 1880 à nos jours).

- pratiques discursives qui renvoient aux diverses tensions exprimées par l'auteur :

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente la ou les relations entre l'activité physique et la santé :

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente l'activité physique (ce qui doit être conseillé, ce qui ne peut l'être, etc.). Et surtout ce qu'il entend par activité physique (EP, exercices, jeux athlétiques, sports, gym, etc.) : _____

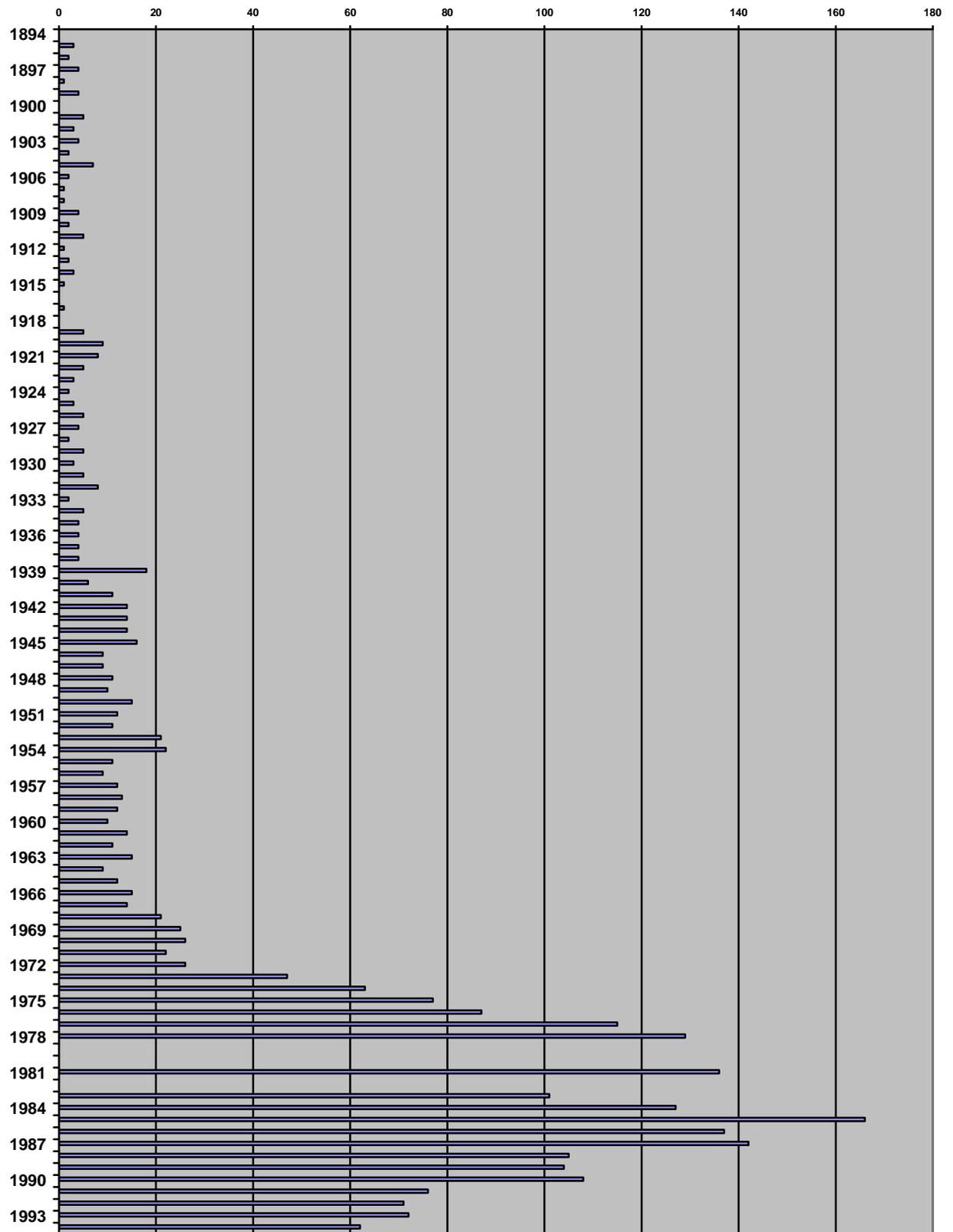
- réflexions sur l'éducation (scolaire, familiale, etc.) et ce qu'elle doit être. (Expriment souvent les prises de position de l'auteur) : _____

- références à « l'ordre militaire » (qui a un pouvoir fort sur l'encadrement des pratiques physiques) : _____

- invocation(s) du point de vue scientifique par l'auteur (permet de comprendre par quel procédé argumentatif il pose son point de vue. Physiologie, pathologie, clinique, expérimentale ?...): _____

- pratiques discursives qui rendent compte de la façon dont l'auteur se représente la ou les bénéfices de l'activité physique (en dehors des considérations hygiéniques) : _____

Un siècle de Thèses. 1894-1994



Médecins du sport en Loire Atlantique : 3 exemples de questionnaires remplis. Hétérogénéité des profils médicaux



ENQUETE STATISTIQUE : « MEDECINS ET MEDECINE DU SPORT EN LOIRE ATLANTIQUE »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, je prépare une recherche sur la médecine du sport. Quelle est sa position par rapport aux autres spécialités médicales, quelles sont ces conditions d'exercice, ces contraintes et ces formes de valorisation ? Comment la médecine du sport est-elle parvenue à se faire reconnaître ? Quelles sont les raisons qui incitent à exercer dans le domaine du sport et quelles sont les attentes des médecins par rapport aux institutions sportives ? Le questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise et se structure votre spécialité en Loire Atlantique, quels en sont les enjeux et comment les médecins envisagent-ils son évolution.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Vous comprendrez, j'en suis sûr, qu'un nombre suffisant de réponses sera nécessaire pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.
Cordialement, B. VIAUD.

I – Votre pratique médicale

1. Quelle est votre situation professionnelle à ce jour ?

- Médecin généraliste Médecin spécialiste

2. Indiquez votre spécialité

3. Indiquez si vous êtes

- Installé à votre compte Salarié d'une structure

4. Si vous êtes installé, indiquez la part que les sportifs représentent dans votre clientèle ?

- Plus de 75 % Moins de 25 %
 Entre 50 et 75 % Aucune part
 Entre 25 et 50 %

5. Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (soyez le plus précis possible, du type « médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France » ou encore « gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune », « réalisation de tests d'effort en CHU », « formateur à l'UFR de médecine », « délivrance de certificats médicaux », etc.) ?

*peu de usage actuellement. J'ai participé entrefois comme
vacataire dans un centre medico sportif où je faisais
chaque semaine des consultations d'effort à la pratique
du sport. Actuellement approchant mes 60 ans, je ne fais
que des consultations d'effort à la pratique sportive
dans mon cabinet (une centaine de consult par an)*

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> | Activité annuelle (- de 12 fois/ans) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) | <input type="checkbox"/> | Activité très occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> | Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois) | | |

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aucune | <input type="checkbox"/> | Une ligue |
| <input type="checkbox"/> | Un club | <input type="checkbox"/> | Une fédération |
| <input type="checkbox"/> | Un comité départemental | <input type="checkbox"/> | Autre, précisez |

II – Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- Oui Non

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- Oui Non

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

Docteur en médecine + CES Médecin du sport

11. Lors de vos études universitaires de médecine, avez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

NON

12. Êtes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

- Aucune

- Oui 13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

III – Vos pratiques culturelles et sportives

14. Êtes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

- Non aucune Oui 15. Précisez l'objet de cette organisation

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez

17. Etes vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? oui

18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?
..... cyclisme, activité de loisir (60 à 80 kms / semaine)

19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? oui

20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?
..... toujours la même, activité de cyclotourisme

IV – Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

..... le médecin du sport doit inciter encore plus les
..... généraliste (de bon), ses patients à l'intérêt de la pratique
..... sportive régulière pour leur bien être physique et mental
..... - importance de la pratique sportive au maintien d'une
..... bonne fonction cardiovasculaire
..... - la pratique sportive aide souvent à avoir une
..... meilleure hygiène de vie
..... la pratique sportive régulière permet aux seniors de
..... rester ⊕ jeunes

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

Masculin Féminin

23. Indiquez votre âge : 53 ans

24. Indiquez votre situation matrimoniale

Célibataire Veuf
 Union libre Divorcé, séparé
 Marié(e), ~~Pacsé(e)~~

25. Indiquez le nombre d'enfants :3.....

26. Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été athlète de haut niveau ?

- Non, aucun
 Oui, précisez le lien de parenté et la discipline pratiquée :

27. Quel est où était la profession de votre père ?ouvrier.....

28. Quelle est où était la profession de votre mère ?agriculteur.....

29. Quel est le diplôme le plus élevé de votre père ?

- BEP, CAP, certificat d'études
 Baccalauréat
 Diplôme du supérieur
 Autres, précisez

30. Quel est le plus haut diplôme obtenu par votre mère ?

- BEP, CAP, certificat d'études
 Baccalauréat
 Diplôme du supérieur
 Autres, précisez

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Accepteriez-vous de compléter ce travail par un entretien approfondi ? Si oui, merci d'indiquer sur une feuille séparée vos coordonnées pour que nous puissions prendre contact avec vous dès que possible.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Ci-joint dans ce même courrier, un timbre postal ainsi qu'une enveloppe adressée à :
VIAUD Baptiste,
Rue de la Mare,
44119 Grandchamp des Fontaines.

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- Activité quotidienne Activité annuelle (- de 12 fois/ans)
 Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) Activité très occasionnelle
 Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois)

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- Aucune Une ligue
 Un club Une fédération
 Un comité départemental Autre, précisez

II – Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- Oui Non

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- Oui Non

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

DU Médecine hyperbare ; DU d'évaluation du dommage corporel ; Acupuncture ; Manipulations ostéo-arthiculaires

11. Lors de vos études universitaires de médecine, avez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

Oui gynécologie

12. Êtes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

- Aucune

- Oui 13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

.....

III – Vos pratiques culturelles et sportives

14. Êtes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

- Non aucune Oui

15. Précisez l'objet de cette organisation Plongée

sous-marin ; vidéo

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez *Inspecteur de plongée - formation vidéo*

17. Etes vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? *Plongée sous marine*

18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

.....
.....

19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? *Oui*

20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

football, club
.....
.....

IV – Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

*"Un esprit serein dans un corps sain"
Rôle préventif de la médecine du sport;
Conseil médical et diététique*
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

Masculin

Féminin

23. Indiquez votre âge : *48*

24. Indiquez votre situation matrimoniale

Célibataire

Veuf

Union libre

Divorcé, séparé

Marié(e), Pacsé(e)

ENQUETE STATISTIQUE :
**« MEDECINS ET MEDECINE DU
SPORT EN LOIRE ATLANTIQUE »**

IMPORTANT :

Etudiant de Troisième Cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, je prépare une recherche sur la médecine du sport. Quelle est sa position par rapport aux autres spécialités médicales, quelles sont ses conditions d'exercice, ses contraintes et ses formes de valorisation ? Comment la médecine du sport est-elle parvenue à se faire reconnaître ? Quelles sont les raisons qui incitent à exercer dans le domaine du sport et quelles sont les attentes des médecins par rapport aux institutions sportives ? Le questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise et se structure votre spécialité en Loire Atlantique, quels en sont les enjeux et comment les médecins envisagent-ils son évolution.

Cet envoi constitue la deuxième vague de passation de ce questionnaire (j'ai réalisé un premier envoi au début du mois de Janvier), car, même si mes recherches sont en bonne voie, il me semble nécessaire, pour que mon analyse soit pertinente, de recueillir le maximum de réponses possibles. Vous comprendrez, j'en suis sûr, l'importance pour un chercheur de disposer d'un corpus de données particulièrement dense afin d'alimenter un travail aussi exigeant que celui d'une thèse.

Je vous remercie par avance de votre soutien, qui, au-delà de ma propre recherche, participera activement à une meilleure compréhension de cette discipline et de ses éventuelles évolutions dans le temps...

Cordialement. Baptiste VIAUD.

I – Votre pratique médicale

1. Quelle est votre situation professionnelle à ce jour ?

- Médecin généraliste Médecin spécialiste

2. Indiquez votre spécialité *Pédiatre*

3. Indiquez si vous êtes

- Installé à votre compte Salarié d'une structure

4. Si vous êtes installé, indiquez la part que les sportifs représentent dans votre clientèle ?

- Plus de 75 % Moins de 25 %
 Entre 50 et 75 % Aucune part
 Entre 25 et 50 %

j'essaie de stimuler tous les enfants à faire du sport ! le plus jeune possible

5. Quel usage faites-vous de votre formation en médecine du sport (soyez le plus précis possible, du type « médecin fédéral de la fédération de hockey, en charge du suivi médical de l'équipe de France » ou encore « gestion médicale des rencontres de boxe organisées par la commune », « réalisation de tests d'effort en CHU », « Formateur à l'UFR de médecine », « délivrance de certificats médicaux », etc.) ?

je ne suis surtout que pédiatre.
je soigne au maximum les enfants à
faire du sport dès 3 à 4 ans -
j'ancre les examens pour les certificats
médicaux pour le sport

6. À quelle fréquence effectuez-vous des actes médicaux liés à la médecine du sport ?

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> Activité annuelle (- de 12 fois/ans) |
| <input type="checkbox"/> Activité hebdomadaire (de 1 à 3 fois/semaine) | <input type="checkbox"/> Activité très occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Activité mensuelle (de 1 à 3 fois/mois) | |

7. Intervenez-vous pour le compte d'institutions sportives ?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Une ligue |
| <input type="checkbox"/> Un club | <input type="checkbox"/> Une fédération |
| <input type="checkbox"/> Un comité départemental | <input type="checkbox"/> Autre, précisez |

II – Votre formation médicale

8. Avez-vous été reçu du premier coup au concours de première année ?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|

9. Avez-vous été contraint de redoubler par la suite ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|---|

10. Quel(s) diplôme(s) médicaux avez-vous acquis jusqu'à aujourd'hui (CES médecine du sport, DU traumatologie du sport, acupuncture, mésothérapie, etc.) ?

CES médecine du sport.
Il y avait un 1000 mètres à courir - j'étais
enceinte de 8 mois ... j'ai été exemptée !!

11. Lors de vos études universitaires de médecine, aviez-vous envisagé de réaliser un autre type de spécialisation médicale (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.) ?

j'étais déjà pédiatre

12. Êtes-vous engagé dans une organisation professionnelle particulière (syndicat, société savante, etc.)

Aucune

Oui 13. Indiquez le type d'organisation professionnelle

..... Pédiatre en Nohvite (à la garde tous les jours)
ou plus de mon cabinet

III – Vos pratiques culturelles et sportives

14. Êtes-vous engagé dans une association à caractère caritatif, culturel, sportif, ... ?

Non aucune

Oui

15. Précisez l'objet de cette organisation

16. Indiquez les fonctions que vous y exercez

17. Êtes-vous, actuellement, pratiquant d'une activité physique ? oui

18. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

..... natation, vélo, golf, un peu de tennis
..... marche

19. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ? oui

20. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquiez-vous, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

..... tennis, écrivain jeune - Pas de compétition
..... j'habitais en pleine campagne

IV – Votre point de vue sur...

21. Plus généralement, que représente le sport pour vous ? Quel rôle doit y jouer la médecine du sport selon vous ?

..... le sport me paraît indispensable
..... pour le développement du corps de l'enfant ;
..... ce qui n'est pas toujours évident aux
..... yeux des parents de mes petits patients ...
..... qui préféreraient la télé, le game-boy,
..... et surtout de ne pas trop bouger ni
..... leurs parents ne disent rien !
..... j'essaie donc de les convaincre
..... très jeune que le sport est indispensable
..... dans leur vie.

V – Renseignements complémentaires

22. Indiquez votre sexe

Masculin



Féminin

23. Indiquez votre âge :54.....

24. Indiquez votre situation matrimoniale

Célibataire

Union libre

Marié(e), Pacsé(e)



Veuf



Divorcé, séparé

25. Indiquez le nombre d'enfants :3.....

26. Un membre de votre famille est-il ou a-t-il été athlète de haut niveau ?

Non, aucun

Oui, précisez le lien de parenté et la discipline pratiquée :

27. Quel est où était la profession de votre père ?ingénieur.....

28. Quelle est où était la profession de votre mère ?prof. de maths.....

29. Quel est le diplôme le plus élevé de votre père ?

BEP, CAP, certificat d'études

Baccalauréat



Diplôme du supérieur



Autres, précisez

centrale

30. Quel est le plus haut diplôme obtenu par votre mère ?

BEP, CAP, certificat d'études

Baccalauréat



Diplôme du supérieur



Autres, précisez

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Accepteriez-vous de compléter ce travail par un entretien approfondi ? Si oui, merci d'indiquer sur une feuille séparée vos coordonnées pour que nous puissions prendre contact avec vous dès que possible.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Ci-joint dans ce même courrier, un timbre postal ainsi qu'une enveloppe adressée à :
VIAUD Baptiste,
Rue de la Mare,
44119 Grandchamp des Fontaines.

Entretiens semi-directifs de recherche. Profils des enquêtés

Noms des enquêtés (modifiés)	Profil médical	Fonctions médico sportives (actuelles ou passées)	Fonctions sportives	Genre	Pratique sportive « préférée » Niveau de performance atteint	Date et lieu de l'entretien
Médecins « de cabinet »						
Dr. Simonneau	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Tennis Classé 30.3	10.04.03 Domicile
Dr. Vogel	Généraliste Cabinet libéral	Médecin fédéral plongée sous-marine	Formateur des moniteurs de plongée	M	Plongée	10.03.05 Cabinet
Dr. Rigadot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions	Arbitre bénévole dans club de basket-ball	M	Basket-ball départemental	15.03.05 Cabinet
Dr. Lecoq	Généraliste Cabinet libéral	Médecin fédéral plongée sous-marine	Président d'un club de dressage canin	M	Judo Ceinture marron	15.03.05 Cabinet
Dr. Devise	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs Surveillance de compétitions	Aucune	M	Football départemental	16.03.05 Cabinet
Dr. Mériot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Football départemental	17.03.05 Domicile
Dr. Leroux	Spécialiste Médecine du travail	Certificats Suivi de la section sportive du comité d'entreprise	Aucune	M	Course à pied Loisir	22.03.05 Domicile
Dr. Nival	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions Enseignement médecine de montagne	Aucune	M	Alpinisme	23.03.05 Cabinet
Dr. Balzan	Généraliste Cabinet libéral	Médecin de la ligue d'aïkido	Aucune	M	Aïkido 2ème Dan	24.03.05 Cabinet
Dr. Besse	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux clients sportifs	Aucune	M	Ski Loisir	18.11.06 Cabinet
Dr. Gouraud	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Conseils aux sportifs Petite traumatologie du sport Médecin fédéral plongée sous-marine	Moniteur de plongée	M	Voile Course au large Equitation Galop 7	23.11.06 Cabinet

Dr. Legoff	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Petite traumatologie sportive	Aucune	M	Tennis Loisir	29.11.06 Cabinet
Dr. Burot	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance de compétitions sportives	Aucune	M	Voile National	26.12.06 Cabinet
Dr. Hizambert	Généraliste Cabinet libéral	Certificats	Président d'un club de natation (2 ans)	M	Natation départemental	04.01.07 Parc public
Dr. Hameillon	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance des compétitions locales	N.R.	M	Judo Champion de France des - de 48 kg.	10.01.07 Cabinet
Dr. Gobin	Généraliste Cabinet libéral	Certificats Surveillance des compétitions locales	Aucune	M	Handball National Vice-champion de France Junior	17.03.07 Cabinet
Médecins employés dans des structures sportives d'élite						
Dr. Raulo	Généraliste Salaire à plein temps de la Fédération de Handball	Médecin des équipes de France de Handball Suivi de l'équipe de France féminine A	Entraîneur Handball Nationale 3	M	Handball Nationale 3	22.04.03 UFR STAPS 29.09.07 Hôtel St-Malo 23.11.07 Hôtel Dunkerque 30.11.07 Entretien téléphonique
Dr. Gardet	Généraliste Cabinet libéral	Médecin du centre de formation d'un club professionnel de football inscrit en Ligue 1	Président d'un club de plus de 600 licenciés pendant deux années	M	Football N.R.	22.04.03 Cabinet 27.04.07 Bureau médical club football 11.11.07 Stade match de football
Dr. Renaud	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Cabinet libéral	Médecin d'un pôle espoir masculin de gymnastique artistique	Juge	M	Gymnastique Nationale 2	24.04.04 Cabinet 11.10.07 Cabinet
Dr. Griffaud	Généraliste Cabinet libéral	Médecin d'un pôle France d'aviron Membre de la commission médicale nationale de la fédération d'aviron	N.R.	M	Aviron Vice-champion de France élite Double champion de France Universitaire	10.03.05 Cabinet

Dr. Barathay	Généraliste Cabinet libéral	Médecin pôle France aviron Médecin pôle espoir athlétisme Médecin SSU / SSR athlétisme Médecin contrôleur anti-dopage	Aucune	M	Course automobile Rallye régional	11.03.05 Cabinet 11.10.07 Cabinet 20.09.08 Compétition internationale
Dr. Niger	Généraliste Cabinet libéral	Médecin pôle espoir féminin volley-ball Médecin SSR masculine volley-ball Médecin équipe Pro-B basket-ball Médecin courses en montagne/Trek	Aucune	F	Volley-ball Nationale 1	18.03.05 Cabinet 14.12.06 Cabinet
Dr. Paget	Spécialiste Médecine du travail	Surveillance compétitions Médecin équipe de France Aviron aux JO de Moscou Médecin équipe de France de patin à roulettes Médecin suivi cyclistes professionnels Médecin contrôleur anti-dopage	BE cyclisme Commissaire B cyclisme Co-fondateur et président d'un club de cyclisme	M	Cyclisme 1 ^{ère} catégorie Champion de France universitaire cyclisme International militaire en cyclo-cross Marathon 2h39	25.03.05 Domicile
Dr. Bouguen	Généraliste Cabinet libéral	Médecin ligue régionale de handball	Aucune	M	Handball Inter-région	05.04.05 Cabinet
Dr. Beaugendre	Généraliste Cabinet libéral	Médecin chef services médicaux club de football professionnel Médecin suivi équipe professionnelle football (L1)	Entraîneur Football pendant plusieurs années	M	Football Equipe jeune club professionnel	25.08.06 Bureau médical club football 16.03.07 Bureau médical club football 13.09.07 Bureau médical club football
Dr. Poëns	Généraliste Cabinet libéral	Surveillance compétitions Médecin pôle espoir judo	Aucune	M	Football départemental	01.12.06 Cabinet
Dr. Decaux	Généraliste Cabinet libéral	Médecin ligue régionale de basket-ball Médecin pôle espoir masculin basket-ball	Aucune	M	Basket-ball Interrégional	09.12.06 Cabinet
Dr. Boyer	Généraliste Vacations Centre médico-sportif Médecine	Médecin pôle espoir natation synchronisée Médecin contrôleur anti-dopage	Entraîneur salarié d'un club de natation synchronisée	F	Natation synchronisée Equipe de France	20.09.08 Compétition internationale

	scolaire Permis de conduire		(niveau national)			
Médecins hospitaliers						
Pr. Marlier	Spécialiste Professeur des Universités Praticien Hospitalier Physiologie	Fondateur et chef service hospitalier médecine du sport	N.R.	M	N.R.	10.04.04 Service médecine du sport et de l'effort physique Hôpital
Dr. Niel	Spécialiste Cardiologue	Chef de service Service médecine du sport et de l'effort physique Médecin régional de la retraite sportive	Aucune	F	Voile Loisir	11.05.04 Service médecine du sport et de l'effort physique Hôpital
Dr. David	Spécialiste Praticien hospitalier Rééducation fonctionnelle	Chef de service Service médecine physique réadaptation locomotrice et réadaptation gériatrique Médecin expert Agence Française de Lutte contre le Dopage Suivi médical des meilleurs joueurs de football DH engagés dans la Coupe d'Europe des clubs amateurs	Aucune	M	Football Equipe de France – de 17 ans Contrat promotionnel de 3 ans dans un club professionnel Athlétisme 1500 mètres National	14.12.07 Service de rééducation fonctionnelle Hôpital
Dr. Alberti	Spécialiste Praticien hospitalier Cardiologue HDR Physiologie	Responsable Unité service médecine du sport Médecin équipe de France Kayak (6 ans) Médecin d'un Comité Départemental Olympique et Sportif (4ans)	Aucune	M	Cyclotourisme Loisir	18.03.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
A. Boccage	Interne Médecine générale DESC médecine du sport	Non concerné Réalisation Thèse sur utilisation des urgences par les sportifs traumatisés	Aucune	M	Footing Loisir	20.05.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Salle de pause

Dr. Quirion	Généraliste Vacations service médecine du sport et d'exploration vasculaire	Praticien attaché service médecine du sport Médecin équipe de France Kayak (3 ans) Médecin pôles espoirs féminin et masculin handball Médecin contrôleur anti-dopage	Présidente association de gymnastique volontaire (6ans)	F	Danse Classique et contemporain e	07.02.08 Pôle espoir handball Infirmier lycée 20.05.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
Pr. Laroche	Spécialiste Doyen Faculté médecine Chirurgien orthopédiste pédiatre	Fondateur et chef service chirurgie infantile Médecin fédéral escrime	Co- fondateur et Président section escrime club omnisports	M	Volley-ball Champion de France Universitaire	21.05.08 Bureau du doyen
Dr. Amazan	Spécialiste Médecine physique et réadaptation Praticien hospitalier service médecine générale Praticien attaché service médecine du sport	Médecin référent réhabilitation respiratoire Surveillance compétitions équitation	Aucune	M	Aucune (sport scolaire)	04.06.08 Service de médecine du sport et d'exploration vasculaire Bureau médical
Pr. Landais	Spécialiste Chirurgien orthopédiste	Chef service chirurgie orthopédique Traumatologie du sport	Président de l'ASSUN	M	Volley-ball Nationale 1 Champion de France Espoir	28.05.08 UFR STAPS
Autres médecins enquêtés						
Dr. Rembelski	Spécialiste Radiologue	Retraité Médecin contrôleur anti-dopage	N.R.	M	N.R.	31.10.08 Locaux club professionnel football
Dr. Bachelot	Spécialiste Médecine du travail	Médecin de la Lutte Anti-Dopage (MLAD)	Adjoint aux sports de sa commune d'exercice pendant plusieurs années	M	Football Loisir	18.09.08 Locaux de la DRDJS 20.09.08 Compétition international 31.10.08 Locaux club professionnel football

Nombre total d'entretiens réalisé avec des médecins du sport = 52.

Exemples de grilles d'entretiens

Entretien Docteur Simonneau
[Médecin généraliste installé à son compte]
A son domicile
10 avril 2003 / 14 h 00

I / Modalités du « choix » du métier de médecin :

- Trajectoire scolaire et professionnelle.
- Origine sociale familiale.
- Goûts et dégoûts en matière scolaire.
- Rapport à la médecine, à la santé (individuel, familial, parental).
- Représentations initiales du métier ; autres métiers éventuellement envisagés ; autres spécialisations médicales éventuellement envisagées.

II / Modalités du « choix » de la « spécialité » médecine du sport :

- Trajectoire sportive personnelle et familiale.
- Rapport au corps individuel et familial.
- Type de sociabilité créée par la formation et par la pratique de cette médecine.
- Fonction et « utilité » de cette médecine envisagée relativement aux autres spécialités médicales et en elle même.

III / Pratiques professionnelles :

- Missions assignées.
- Pratiques en cabinet.
- Pratiques en milieu associatif, fédéral...
- Public sportif concerné.
- Type de traumatismes rencontrés et soins prodigués.
- Relations professionnelles (avec le milieu médical, avec le milieu sportif...).

IV / Rapport au sport :

- Engagement(s) présent(s) et passé(s) dans l'univers sportif associatif.
- Conception du sport (sport de masse / sport de haut-niveau...) et du sportif (« sportif du dimanche » / sportif de haut-niveau...)
- Apports de la médecine dans le sport.(médecine au service de la santé, médecine au service du sport...)
- Conception de la compétition de haut-niveau, de la relation entre sport et santé, du dopage, de l'entraînement sportif...

Entretien Docteur Alberti
[Spécialiste en cardiologie et médecine vasculaire - Responsable d'Unité du service de
médecine du sport d'un CHU] – Bureau Médical.
Mardi 18 Mars 2008 / 17 h 00

Historique service hospitalier d'Angers :

- Création du service (date, noms, missions, disciplines sportives représentées...)
- Constitution progressive de l'équipe (histoire du recrutement)

Trajectoire Professionnelle :

- Cursus Universitaire (spécialité. [Cardiologie])
- Thèse (titre. Rapport éventuel au sport)
- CES Médecine du sport (Année, motivation, stages)
- Trajectoire hospitalière (chemin effectué dans le service. [Patron du vasculaire])
- Emploi du temps actuel (répartition des tâches / labo explo vasculaire et labo explo fonctionnelle / consultations / Activités de recherche)
- Perspectives d'évolution professionnelle.
- Activités de recherche (protocoles de recherches actuellement engagés)

Engagements passés et présents dans médecine du sport :

- Premiers engagements professionnels en lien avec la médecine du sport (disciplines, actes médicaux demandés / réalisés, à l'hôpital, dans des structures sportives)
- Médecin pôle Handball (mode de recrutement, nombre d'années, modalités d'arrêt)
- Médecin équipe de France de kayak (mode de recrutement, nombre d'années, modalités d'arrêt)
- Autres ?...

Trajectoire sportive :

- Disciplines passées, présentes
- Niveaux passés, présents

Politique hospitalière :

- Histoire concurrence CHU [ville voisine]
- Stratégies de « captation » des populations sportives (Histoire du [club de football professionnel de la ville] / histoire des handballeurs [d'une ville voisine possédant un pôle espoir]... Stratégie de fidélisation de la population sportive)
- Discussion [secrétaire du service] : « Aller vers le plus rentable ». SHN plus rentable que SSD. Pouvoir de refuser des SSD au profit de consultation SHN ?
- Le docteur Quirion [confrère du service] m'expliquait également que sa fonction de médecin du pôle HB était issue d'une demande de votre part. Volonté de conserver une population sportive ?
- Quels impacts pourraient avoir la prise de fonction du Docteur Quirion sur le poste de médecin conseil DRDJS sur le service de médecine du sport ?

Entretien Professeur Landais
[Chirurgien - Chef d'un service de chirurgie orthopédique - traumatologie du sport]
UFR STAPS Salle 124
Mercredi 28 Mai 2008 / 9 h 00

Trajectoire Professionnelle :

- Cursus Universitaire (Spécialité. [Chirurgie])
- Thèse (Année. Titre. Rapport éventuel au sport)
- CES Médecine du sport (Année, motivation, stages)
- Trajectoire hospitalière (hors spécialisation sport)
- Activités de recherche (hors spécialisation sport)

Engagements passés et présents dans médecine du sport :

- Premiers engagements professionnels en lien avec la médecine du sport (disciplines, actes médicaux demandés / réalisés, à l'hôpital, dans des structures sportives)
- Trajectoire hospitalière (évolution de la Patientèle vers une sportivisation)
- Activités de recherche [papiers avec le docteur David]
- Engagements dans les sociétés savantes. Membre de la SFTS. Création du GATS. (Objectifs, durée, arrêt)
- Pas d'engagements dans la société française de médecine du sport (SFMS).
- Mise en place des journées de formation / information avec les entraîneurs (Objectifs, durée, arrêt)
- Mise en place des consultations de traumatologie du sport le lundi après-midi à l'hôpital (Objectifs, durée, arrêt).
- Relation de la Traumatologie du sport avec l'IRMS [de la ville]. Choc Traumato vs Physio.
- Enseignements UFR STAPS (recrutement, durée, arrêt).

Trajectoire sportive :

- Disciplines passées, présentes
- Niveaux passés, présents
- Proximité familiale SHN
- Engagements associatifs
- [Président ASSUN]

Enseignement Capacité médecine du sport :

- Direction des enseignements
- Organisation de l'enseignement (ligne directrice, choix des matières, choix des enseignants)
- Création du DESC : vers une spécialisation de la médecine du sport ?

Observations ethnographiques. Tableau récapitulatif des investigations menées

	Temps et conditions de l'observation	Statuts des enquêtés et modes de recueil des données
Club Professionnel de Football, doté d'un Centre de Formation.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des entraînements, matches et interventions médicales sur une durée de 7 mois à raison de deux à trois demi-journées de présence hebdomadaire. - Enregistrements audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Médecin de l'équipe professionnelle, chef de l'équipe médicale (3 entretiens). - Le Médecin du Centre de Formation (3 entretiens). - L'entraîneur de l'équipe des moins de 18 ans, directeur du Centre de formation (1 entretien). - L'entraîneur de l'équipe CFA (1 entretien). - 10 joueurs de Ligue 1 (discussions informelles). - 6 joueurs du Centre de Formation (discussions informelles ; 2 entretiens). - Le préparateur physique de l'équipe professionnelle (1 entretien). - Un kinésithérapeute de l'équipe professionnelle (1 entretien).
Pôle Espoir Masculin de Gymnastique artistique.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des entraînements et des consultations médicales pendant une année à raison d'une journée de présence hebdomadaire. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du Pôle (4 entretiens). - 10 gymnastes (discussions informelles ; questionnaires ; 2 entretiens). - Deux entraîneurs (2 entretiens). - Le kinésithérapeute du Pôle (1 entretien).
Pôle Espoir Masculin et Féminin de Handball.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des consultations médicales sur une durée de 6 mois à raison d'une journée de présence toutes les deux semaines. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du Pôle (2 entretiens). - L'entraîneur de la section féminine du pôle (2 entretiens). - 10 handballeurs (discussions informelles).
Equipe de France Féminine de Handball.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique d'une journée de stage de la sélection nationale, et des interventions médicales. - Observation ethnographique d'une compétition internationale et des interventions médicales sur la durée d'une semaine, à raison d'une présence ininterrompue. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin des sélections nationales, en charge du suivi de l'équipe A féminine (4 entretiens). - 5 joueuses (discussions informelles).
Service Régional de Médecine du Sport d'un Centre Hospitalier Universitaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation ethnographique des consultations médicales sur une durée de 6 mois à raison de trois journées de présence par semaine. - Enregistrement audio et prise de notes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le responsable de l'Unité, Praticien Hospitalier (1 entretiens). - 2 praticiens associés à temps partiel (3 entretiens). - Un interne en médecine du sport (1 entretien). - Des dizaines de sportifs de tous niveaux (discussions informelles).

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau ». Exemples de questionnaires remplis par deux familles

ENQUETE ETHNOGRAPHIQUE :

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, j'effectue une recherche sur la Médecine du sport. Dans ce cadre, il m'a été possible d'observer la pratique médicale du Docteur Renaud au sein du pôle espoir de gymnastique des Pays de la Loire sur l'ensemble de la saison 2006-07. Guillaume faisait alors partie du groupe avenir/espoir de cette structure sportive. De façon à comprendre, expliquer et décrire la prise en charge médicale des jeunes gymnastes, je ne pouvais faire l'économie de recueillir l'opinion des familles. Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise la gestion de la santé des gymnastes au niveau familial.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Compte tenu du nombre limité de gymnastes de haut niveau engagé au sein de ce pôle, vous comprendrez j'en suis sûr l'intérêt que représente chacune de vos réponses pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.

Cordialement, B. VIAUD.

Contact : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

I / Votre fils et sa pratique gymnique :

1. A partir de quel âge votre enfant a-t-il commencé la pratique de la gymnastique ? **Très tôt, puisqu'étant entraîneur au club, Mon fils se trouvait fréquemment dans la salle de gym avec moi. Premières compétitions au niveau poussins 1ère année**
2. A partir de quel âge votre fils est-il rentré au pôle espoir ? **Officiellement depuis l'âge de 12 ans et demi. Mais il suivait déjà les entraînements avec le pôle, 4 soirs par semaines, depuis l'âge de 10 ans et demi.**
3. Quel a été le meilleur résultat de votre fils en compétition lors de la saison 2006-07 ? **7è aux coupes nationales par année d'âge (1994)**
4. A quelle fréquence votre enfant rentrait-il au sein du foyer familial lors de cette même saison ? **Il rentre à la maison tous les jours**

II / Le suivi médical des jeunes gymnastes :

5. Votre enfant conserve t-il un médecin traitant en dehors du médecin du pôle ? **Oui** (vaccinations, maladies passagères...)

6. Si oui, à quelle fréquence le consulte t'il en moyenne pour une année scolaire ? (soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois par semaine.
- 1 fois par mois.
- 1 fois tous les deux mois.
- 1 fois par semestre.
- 1 fois par an.
- autre. Précisez :

7. En règle générale, pour quel(s) motif(s) votre enfant consulte t'il son médecin traitant ? (Soulignez la réponse appropriée).

- Maladies
- Blessures.
- Bilans diététiques.
- Etat général (fatigue, stress, etc.).
- autre. Précisez : **vaccinations**

8. Quels sont les critères qui ont motivés votre décision de conserver un médecin traitant, où au contraire de vous référer intégralement au médecin du pôle ? **Le médecin traitant reste le médecin de famille, proche**

9. Dans le cadre de maladie(s), votre fils a-t-il été pris en charge par le médecin généraliste qui travaille en relation avec le CREPS ? **Non**

10. Si oui, combien de fois au cours de la saison 2006 – 07 ? (Soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- 4 fois et plus.

11. Quel est selon vous le rôle précis du médecin du pôle ? **Le suivi sportif (performances, suivi des blessures, soins du corps qui endure beaucoup)**

12. Avez-vous le sentiment que votre enfant se blesse : (Soulignez la réponse appropriée).

- Fréquemment. (En ce qui concerne les mains et poignets, et les chocs, bleus)
- Episodiquement.
- Rarement.
- Jamais.

13. Votre fils a-t-il été victime de blessures qui ont retenues votre attention lors de la saison 2006-07 ? **Blessures n'est pas le mot exact concernant mon fils, mais il a des douleurs régulières au niveau du cou. Il doit aussi gérer son osgood**

14. Si oui, la(les) quelle(s) ?

15. Dans le cadre de cette(ces) blessure(s), avez-vous consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical proposé au sein du pôle ? **Le pôle lui-même a pris rendez-vous pour un IRM (cou)**

16. Si oui, quel(s) type(s) de professionnels avez-vous consulté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Autre médecin généraliste.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

17. Précisez les raisons qui expliquent le recours à ce(ces) professionnel(s) de santé :

.....

.....

18. Lorsque vous consultez un professionnel de santé en dehors du pôle, en avertissez-vous le médecin de cette structure sportive ?

19. Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

.....

20. Dans le cadre de la saison 2006-07 de votre enfant, avez-vous eu besoin de contacter directement le médecin du pôle ? **Non**

21. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.
- Téléphone.
- Courrier postal.
- Courrier électronique.
- Autres. Précisez :

22. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- Plus de trois fois.

23. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ?

.....

.....

24. Dans le cadre du suivi médical de votre enfant lors de la saison 2006-07, avez-vous eu besoin de contacter directement le coordinateur du pôle ? **Non**

25. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.
- Téléphone.
- Courrier postal.
- Courrier électronique.
- Autres. Précisez :

26. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- Plus de trois fois.

27. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ?

.....

.....

28. Comment qualifieriez-vous le suivi médical des gymnastes au pôle espoir masculin des Pays de la Loire ?

.....

III / Le suivi médical « à la maison » :

29. En début de saison, participez-vous à la constitution d'une trousse à pharmacie propre à votre enfant ? **Oui, on essaie de suivre régulièrement les besoins**

30. Si oui, de quoi est-elle composée en règle générale ? **élasto, sparadrap, vitadermacil., pansements, straps**

31. Avez-vous besoin de racheter certains éléments en cours de saison ? **Oui**

32. Si oui, le(s)quel(s) ? **élasto, vitadermacil**

33. Compte tenu des exigences propres à la gymnastique de haut niveau, aidez-vous votre enfant grâce à une médication légère ? **Non**

34. Si oui, quel(s) type(s) de médicament(s) utilisez-vous précisément ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- vitamines.
- compléments alimentaires.
- fer.
- homéopathie (précisez l'effet recherché :
- huiles essentielles (précisez l'effet recherché :
- autres. Précisez :

35. Si oui, demandez-vous conseil auprès de professionnels de santé ?

36. Après de quel(s) professionnels vous tourner vous alors ? ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Pharmacien.

- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

IV / Quelques renseignements divers :

37. Pouvez-vous indiquer vos professions respectives (soyez le plus précis possible) :

Père : [Ingénieur informatique](#)

Mère : [Professeur des écoles](#)

38. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ?

Père : [foot, basket \(loisirs\)](#)

Mère : [danse, gymnastique](#)

39. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous, et le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

Père : [Loisirs](#)

Mère : [Championnats de France \(scolaires\)](#)

40. Avez-vous ou avez-vous eu des fonctions dans le club de gymnastique d'origine de votre fils ? [Oui](#)

41. Si oui, la(les)quelle(s) ? [Entraîneur GAF](#)

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Rappel de l'adresse mail : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

ENQUETE ETHNOGRAPHIQUE :

« Le suivi médical des gymnastes de haut niveau »

IMPORTANT :

Etudiant de troisième cycle en sciences sociales à l'Université de Nantes, j'effectue une recherche sur la Médecine du sport. Dans ce cadre, il m'a été possible d'observer la pratique médicale du Docteur Renaud au sein du pôle espoir de gymnastique des Pays de la Loire sur l'ensemble de la saison 2006-07. Mathieu faisait alors partie du groupe avenir/espoir de cette structure sportive. De façon à comprendre, expliquer et décrire la prise en charge médicale des jeunes gymnastes, je ne pouvais faire l'économie de recueillir l'opinion des familles. Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment s'organise la gestion de la santé des gymnastes au niveau familial.

Nous espérons que vous accepterez de nous répondre et nous vous en remercions. Compte tenu du nombre limité de gymnastes de haut niveau engagé au sein de ce pôle, vous comprendrez j'en suis sûr l'intérêt que représente chacune de vos réponses pour que cette enquête soit pertinente et fasse l'objet d'une analyse cohérente.

Cordialement, B. VIAUD.

Contact : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

I / Votre fils et sa pratique gymnique :

1. A partir de quel âge votre enfant a-t-il commencé la pratique de la gymnastique ? **3 ans (babyGym) 5ans (Gym)**
2. A partir de quel âge votre fils est-il rentré au pôle espoir ? **12 ans**
3. Quel a été le meilleur résultat de votre fils en compétition lors de la saison 2006-07 ? **6ème de son âge au championnat de France Espoir**
4. A quelle fréquence votre enfant rentrait-il au sein du foyer familial lors de cette même saison ?
1 fois par semaine le week-end (hors compétitions)

II / Le suivi médical des jeunes gymnastes :

5. Votre enfant conserve t-il un médecin traitant en dehors du médecin du pôle ? **Oui**
6. Si oui, à quelle fréquence le consulte t'il en moyenne pour une année scolaire ? (soulignez la réponse appropriée).
 - 1 fois par semaine.
 - 1 fois par mois.
 - 1 fois tous les deux mois.

- 1 fois par semestre.
- 1 fois par an.
- autre. Précisez :

7. En règle générale, pour quel(s) motif(s) votre enfant consulte t'il son médecin traitant ? (Soulignez la réponse appropriée).

- Maladies
- Blessures.
- Bilans diététiques.
- Etat général (fatigue, stress, etc.).
- autre. Précisez :

8. Quels sont les critères qui ont motivés votre décision de conserver un médecin traitant, où au contraire de vous référer intégralement au médecin du pôle ? **Confiance – suivi – proximité**

9. Dans le cadre de maladie(s), votre fils a-t-il été pris en charge par le médecin généraliste qui travaille en relation avec le CREPS ? **Non**

10. Si oui, combien de fois au cours de la saison 2006 – 07 ? (Soulignez la réponse appropriée).

- 1 fois.
- 2 fois.
- 3 fois.
- 4 fois et plus.

11. Quel est selon vous le rôle précis du médecin du pôle ? **Devrait assurer un suivi, des contrôles, vérifier organisme ok et rapport sur aptitudes**

12. Avez-vous le sentiment que votre enfant se blesse : (Soulignez la réponse appropriée).

- Fréquemment.
- Episodiquement.
- Rarement.
- Jamais.

13. Votre fils a-t-il été victime de blessures qui ont retenues votre attention lors de la saison 2006-07 ? **Oui**

14. Si oui, la(les) quelle(s) ? **Douleurs persistantes adducteur / aine**

15. Dans le cadre de cette(ces) blessure(s), avez-vous consulté des professionnels de santé parallèlement au suivi médical proposé au sein du pôle ? **Oui**

16. Si oui, quel(s) type(s) de professionnels avez-vous consulté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Autre médecin généraliste.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité : **.sport.....**).
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.

- Autres. Précisez :

17. Précisez les raisons qui expliquent le recours à ce(ces) professionnel(s) de santé : **confiance – efficacité – 2ème avis**

18. Lorsque vous consultez un professionnel de santé en dehors du pôle, en avertissez-vous le médecin de cette structure sportive ? **Non**

19. Pour quelle(s) raison(s) ? **Nous avertissons le responsable du pôle**

20. Dans le cadre de la saison 2006-07 de votre enfant, avez-vous eu besoin de contacter directement le médecin du pôle ? **Oui**

21. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.

- Téléphone.

- Courrier postal.

- Courrier électronique.

- Autres. Précisez : **à l'occasion de la réunion de présentation du pôle début d'intégration**

22. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.

- 2 fois.

- 3 fois.

- Plus de trois fois.

23. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ? **Demande que soit constitué un dossier médical auprès de la Fédération française de Gymnastique indiquant la prise d'un traitement pour asthme**

24. Dans le cadre du suivi médical de votre enfant lors de la saison 2006-07, avez-vous eu besoin de contacter directement le coordinateur du pôle ? **Oui**

25. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Rencontre physique.

- Téléphone.

- Courrier postal.

- Courrier électronique.

- Autres. Précisez :

26. A quelle fréquence l'avez-vous contacté ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- 1 fois.

- 2 fois.

- 3 fois.

- Plus de trois fois.

27. Pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous contacté ? **Dossier médical non établi auprès de la Fédération pour traitement contre l'asthme / information, suivi de la douleur adducteur/aine**

28. Comment qualifieriez-vous le suivi médical des gymnastes au pôle espoir masculin des Pays de la Loire ? **Très moyen**

III / Le suivi médical « à la maison » :

29. En début de saison, participez-vous à la constitution d'une trousse à pharmacie propre à votre enfant ? **Oui**

30. Si oui, de quoi est-elle composée en règle générale ? **Traitement asthme, paracetamol, elasto, crèmes mains**

31. Avez-vous besoin de racheter certains éléments en cours de saison ? **Oui**

32. Si oui, le(s)quel(s) ? **Crème mains**

33. Compte tenu des exigences propres à la gymnastique de haut niveau, aidez-vous votre enfant grâce à une médication légère ? **Oui**

34. Si oui, quel(s) type(s) de médicament(s) utilisez-vous précisément ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- vitamines.
- compléments alimentaires.
- fer.
- homéopathie (précisez l'effet recherché :
- huiles essentielles (précisez l'effet recherché :
- autres. Précisez :

35. Si oui, demandez-vous conseil auprès de professionnels de santé ? **Oui**

36. Auprès de quel(s) professionnels vous tourner vous alors ? ? (Soulignez la ou les réponses appropriées).

- Médecin traitant.
- Pharmacien.
- Médecin spécialiste. (Précisez la spécialité :
- Ostéopathe.
- Kinésithérapeute.
- Acupuncteur.
- Autres. Précisez :

IV / Quelques renseignements divers :

37. Pouvez-vous indiquer vos professions respectives (soyez le plus précis possible) :

Père : **Chef d'entreprise**

Mère : **Mère au foyer**

38. Avez-vous été pratiquant d'une activité physique dans le passé ?

Père : [Oui](#)

Mère : [Oui](#)

39. Si oui, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous, et le cas échéant, à quel(s) niveau(x) de compétition ?

Père : [Judo, foot, squash](#)

Mère : [Danse classique Conservatoire de Paris](#)

40. Avez-vous ou avez-vous eu des fonctions dans le club de gymnastique d'origine de votre fils ? [Non](#)

41. Si oui, la(les)quelle(s) ?

Nous vous remercions de vous être prêté au jeu de ce questionnaire. Bien évidemment, aucune des informations dont vous nous avez fait part ne sera divulguée, le principe du respect de l'anonymat faisant partie intégrante de la déontologie des chercheurs en sciences sociales.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. B. Viaud.

Rappel de l'adresse mail : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

Téléphone : 02 40 14 10 04
Télécopie : 02 40 14 12 76
Adresse électronique : yves.tertrais@univ-nantes.fr

- le laboratoire de recherche :

Nom : Centre Nantais de Sociologie

Représenté par : M. Stéphane BEAUD
En qualité de : Directeur

Adresse : Chemin de la Censive du Tertre
BP 81227
44312 Nantes Cedex 3

Téléphone : 02 40 14 11 76
Télécopie : 02 40 14 12 76
Adresse électronique : cens@univ-nantes.fr

- et :

NOM : M. Baptiste VIAUD

Qualité : Chercheur Doctorant en sociologie. Chargé d'enseignement à l'Université de Nantes

Adresse : 6 Avenue de la Calypso
44000 Nantes

Téléphone : 06 70 36 03 55
Adresse électronique : baptiste.viaud@univ-nantes.fr

Article 2 – Objet de la convention

La présente convention a pour objet la mise en œuvre d'une séquence d'observations en univers professionnel, au bénéfice de M. Baptiste VIAUD, dans le cadre de la réalisation d'une thèse en sciences humaines et sociales.

Les observations effectuées au sein du centre sportif [REDACTED] ont pour but d'alimenter en matériaux empiriques une analyse sociologique portant sur l'organisation du travail et les pratiques médicales dans le domaine du sport d'élite.

Cette thèse est conjointement dirigée par M. Charles SUAUD (Professeur des Universités) et M. Bruno PAPIN (Maître de conférences en sociologie et actuel directeur de l'UFR STAPS de Nantes). Elle s'inscrit dans le cadre des thématiques du quadriennal 2008-2011 développées au Centre Nantais de Sociologie.

Cette thèse bénéficie du soutien financier de la Région des Pays de la Loire pour une durée de trois ans.

46

Article 3 – Modalités de la période d’observation

D’un commun accord, il est convenu que la période d’observation aura lieu :
du 1^{er} Décembre 2006 au 30 juin 2007.

Lieux : Centre sportif [REDACTED] ; Stade [REDACTED] ; Matches de CFA.

Article 4 – Gratification

La période d’observation n’ouvrira pas de droit à gratification

Article 5 – Protection sociale – responsabilité civile

5.1 Pendant la durée de la période d’observation, M. Baptiste VIAUD conserve sa qualité d’étudiant salarié.

Il continue à recevoir au titre du régime général de Sécurité Sociale les prestations en nature des assurances maladie, paternité ainsi qu’éventuellement les allocations familiales.

En ce qui concerne les autres risques (accidents du travail et maladies professionnelles), M. Baptiste VIAUD bénéficie du régime général et perçoit les prestations, à l’exclusion des prestations en nature (indemnités journalières, capital).

5.2 M. Baptiste VIAUD contracte une assurance garantissant sa responsabilité civile, chaque fois qu’elle sera engagée.

Article 6 – Discipline – Confidentialité

Durant la période d’observation, l’étudiant est soumis à la discipline de l’établissement d’accueil, notamment en ce qui concerne les horaires, le règlement intérieur, les visites médicales.

M. Baptiste VIAUD est également tenu de respecter la confidentialité des documents mis à sa disposition et s’engage à respecter les règles déontologiques et éthiques propres au monde professionnel auquel appartient l’établissement d’accueil.

Le respect e l’anonymat des individus observés sera garanti, sauf accord écrit préalable du ou des intéressés.

Toute production écrite intégrant des données chiffrées et/ou personnelles recueillies à l’occasion de cette période d’observation sera soumise au droit de regard des responsables de l’organisme d’accueil.

Article 7 – Interruption – Rupture

En cas de manquement à la discipline de l’établissement, ou en cas de difficultés dans le déroulement de cette période d’observation, les parties recherchent une solution amiable.

A défaut, la présente convention peut être résiliée.

MB

Nantes, le

Le Président de L'Université de Nantes
et par délégation, le directeur de composante,

Le Président délégué du [REDACTED],

Le directeur du laboratoire de recherche,

Stéphane Bénel

L'étudiant,

Autorisation d'utilisation des photographies

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES D'EFFORTS

Centre Régional de Médecine du Sport

CHU [REDACTED]

[REDACTED] le mardi 29 avril 2008

Je soussigné M. / Mme SOMEAC Jérôme né(e) le 09/11/1985
et domicilié à Arves (85)
accepte, à la demande de l'investigateur, que les expérimentations auxquelles je participe
puissent être filmées en partie ou en totalité et ce dans un unique but de présentation
(soutenance de thèse, présentation des travaux en congrès, présentation du laboratoire).

Par ailleurs, je certifie que l'investigateur m'a proposé, si je le souhaitais, de faire en sorte
que l'on ne reconnaisse pas mon identité à l'écran et/ou sur les photos. A ce titre (cochez la
case qui correspond à votre choix) :

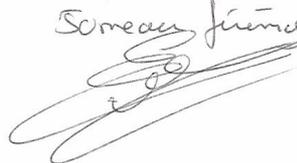
Je souhaite que l'on ne reconnaisse pas mon identité à l'écran lors de la projection du
film et des photos.

J'accepte que mon visage apparaisse à l'écran sans qu'il ne soit volontairement caché afin
de préserver mon identité.

Pour faire valoir ce que de droit.

A [REDACTED] le 29/04/08

Nom, Prénom et signature du patient

SOMEAC Jérôme


Nom, Prénom et signature de l'investigateur

Revue de « bobologie » de Karl

Pôle espoir de gymnastique artistique Suivi hebdomadaire du docteur Renaud

G = Gymnaste / D = Docteur / R = Responsable du pôle / E = Entraîneur du gymnaste

Mardi 19 / 09 / 2006:

G : « J'ai toujours mal à l'épaule ».

D : « Oui mais ça, mon pauvre ami... »

G : « Bah de toute façon, ça me gêne pas trop... »

D : « Et tes genoux (par rapport à la semaine passée) ? »

G : « Ouais encore un peu, mais c'est mieux »

D : « Ok, c'est bien ».

Mardi 26 / 09 / 2006:

G : « J'ai encore mal à l'épaule un peu ».

D : « La droite hein ? ».

D : « (Manipulation). Oh oui, toi, je suis sûr que c'est une ostéochondrose. Ça c'est chiant ! Tu fais gaffe quand même de pas trop forcer ! ».

Mardi 03 / 10 / 2006:

G : « Je me suis fait mal au cou. Je suis tombé sur la tête (Rires gênés) ».

D : « Ah bah ça c'est original (rires). Quand ? ».

G : « Samedi. J'ai mis du chaud ce week-end ».

D : « En faisant quoi ? ».

G : « Un double arrière ».

D : (Sifflement admiratif). Faut le passer ça dis donc... ça commence à plus rigoler là...

T'as eu mal tout de suite ? ».

G : « Non, juste après ».

D : « Et maintenant, c'est comment ? ».

G : « Bah, c'est mieux, mais j'ai encore un peu mal. Mais ça me gêne pas trop pour les agrès, alors ça va. C'est surtout pour les percussions quoi ».

D : « (Manipulation). Bon, tu mets du chaud le soir ? ».

G : « Oui ».

D : « Bon bah c'est bien. De toute façon, t'as toute ta mobilité. »

D : « Et sinon ? ».

G : « Et puis, il y a toujours l'épaule ».

D : « Ben tiens ! Ça c'est pareil, on va se le farcir un moment ! Bon bah Ok, au suivant ».

Mardi 10 / 10 / 2006:

D : « T'es pas retombé sur la tête ? (Rires) ».

G : « Non ».

D : « T'as plus de douleurs ? ».
G : « Si, à l'épaule ».
D : « Et au cou ? ».
G : « Ah non, enfin un peu, mais ça c'est rien ! ».
D : « Bon, et quoi de neuf ? ».
G : « Je me suis fait mal à la clavicule en faisant un ? (= nom de figure gymnique inconnue) ».
D : « (Manipulation). Ah oui, t'as du forcer un peu. Repos là-dessus et tu mets de la glace ».

Mardi 24 / 10 / 2006:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bah j'ai encore mal à l'épaule, mais bon... (hausse les épaules d'un air résigné) ».
D : « Bah oui ».
G : « Sinon c'est tout ».
D : « La droite hein ! (Manipulation) ».
G : « Mais bon, ça va, ça me gêne pas trop ».
D : « C'est marrant, y a plein de douleurs qu'on voit pas ailleurs ! (fait référence à ses fameuses douleurs d'adaptation propre à la gym, dont il me parle souvent) ».
D : « Bon, bah très bien ».

Mardi 07 / 11 / 2006:

D : « Alors ? »
G : « Toujours pareil, l'épaule ! Et sinon, j'ai mal au poignet chaque lundi. A chaque fois que je reprends, ça me fait mal ! »
D : « Bah il faut pas que tu t'arrêtes ! (Rires). (Manipulation). Oui, c'est vraiment quand t'es en appui »
D : « (Longue manipulation) »
G : « Oui, là j'ai mal ! »
D : « Ah ?... Oui, ça doit être un petit surmenage dans ce coin là... »
D : « D'accord... »
D : « T'as un peu de pommade à mettre là ? »
G : « Non... Bah je peux mettre du Flector ? »
D : « Oui, si t'en as ! »
D : « Et de la glace après l'entraînement ! »
D : « Et c'est depuis quand ? »
G : « Deux semaines »
D : « Bon, et autrement ça va ? »
G : « Oui »
D : « Bon, tu fais ça, et tu me tiens au courant »

Mardi 14 / 11 / 2006:

D : « Comment ça va ? ».
G : « J'ai mal à l'épaule ! Mais bien ! ».
D : « Pfff. (Manipulation). Ça fait mal où ? ».
G : « Bah je sais pas ».
D : « C'est chiant ».

G : « Ahhhh, j'ai vraiment mal ! ».
D : « Pfff. (Fait la moue). Bon bah on va voir. Bon faudrait qu'on se voit pour faire quelques examens ! parce que là, t'as mal là ».
G : « Et le poignet aussi ».
D : « C'est revenu ? ».
G : « Oui, tous les lundis ! ».
D : « Bah oui, c'est des douleurs de reprise ! (Manipulation). Uniquement le lundi ? ».
G : « Oui ».
D : « Bah de toute façon, y a pas grand-chose à faire là-dessus ».
D : « Par contre je voudrais bien qu'on se voit en consultation pour l'épaule. C'est quand que t'as chuté ? ».
G : « Jeudi ».
D : « Bon, je vais te donner un peu d'anti-inflammatoire ».
G : « Du flector ? ».
D : « Oui, t'en as ? ».
G : « Oui ».
D : « Bon, t'en prends pendant trois jours ».
G : « OK ».
D : « Et puis on se voit en consultation ».

Mardi 21 / 11 / 2006:

N'a pas été vu en consultation malgré les conclusions de la semaine précédente. Le médecin en prend conscience lorsque nous lui demandons des nouvelles à ce sujet avant que le gymnaste ne se présente...
D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bah toujours pareil ! (Rires) ».
D : « Toujours pareil ! Mais on ne devait pas se voir ? ».
G : « Non ».
D : « Bah si ! ».
G : « Quand ? ».
D : « Quand tu pourras ».
G : « Bah, je peux tout le temps ».
D : « Bon bah faut que tu vois ça pour qu'on jette un coup d'œil là-dessus. Bon bah essaye donc de prendre un rendez-vous ».

Mardi 28 / 11 / 2006:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Rien ».
D : « L'épaule, c'est pareil ? ».
G : « Ouais ».
D : « Je t'attends toujours en consult' ».
G : « Bah je sais pas... Tu vois ça avec [prénom du Responsable du pôle]. Moi, je sais pas quand y aller ».
D : « Bon, il suffit d'appeler et de prendre RDV. Vois ça avec [prénom du Responsable du pôle]. Et puis je lui en parlerai moi ».
G : « D'accord ».

Mardi 12 / 12 / 2006:

Karl s'est fait une belle entorse au doigt la semaine passée en chutant sur un mouvement aux arçons.

G : « Épaule, doigt (rires) ! Et j'ai un peu mal à l'aine aussi ! ».

D : « Et alors ? (Désigne le doigt). (Manipulation). C'est gonflé toujours ! C'est mobile, ça va ! ».

G : « ça me fait mal sur le côté ! ».

D : « Ah bah ça, mon petit gars, ça va durer un moment ! Surtout qu'il a pas été tellement au repos là ! (Rires) ».

G : « Ouais bah non, avec les compétitions ».

D : « Et sinon, tu me disais ? ».

G : « L'aine ».

D : « (Manipulation). Ouais. Le long adducteur, ou le moyen... Bon bah tu fais attention sur les impulsions ».

D : « Tu matches pas demain ? ».

G : « Non ».

D : « Ah, bah t'es presque en vacances là ? Tu peux éviter de faire ce qui te fait mal ? ».

G : « Oui ».

Mardi 19 / 12 / 2006:

Discussion entre le Responsable du pôle et le médecin à propos de Karl avant les entretiens:

R : « Sinon, t'as vu ?, Karl il est incroyable pour son doigt ».

D : « Oui, bah oui, oui... ».

R : « Il a une résistance à la douleur ce même, c'est incroyable (nous regarde) ».

D : « Oui, bah encore coup où je me suis planté quoi (Moue de dépit) ! ».

C : « Mais parce qu'il avait le doigt cassé en fait ? ».

R : « Ah bah oui, et bien cassé ! ».

D : « Et ouais, c'est chiant, des fois tu passes à côté de trucs... ».

R : « Non mais bon... ».

D : « Tu vois (s'adresse à nous), tu ne peux pas faire des clichés à chaque fois, il faudrait..., mais tu ne peux pas... Donc des fois tu passes à côté de trucs. Bon bah là, il avait le doigt pété. Et je n'ai pas vu... Mais bon heureusement, il n'y a rien eu qui s'est déplacé ».

R : « Oui, c'est juste gonflé. Tu vois comme quoi, [prénom du kinésithérapeute], il me parlait du seuil de douleur. Bah là, c'est dingue. Je l'ai vu à l'entraînement faire des sauts comme les autres..., et sur les barres, faire des lâchers - rattrapés, avec le doigt pété et jamais rien dire ! Il a fait les championnats de France avec le doigt tout gonflé mais pas de problèmes ! C'est dingue ! ».

(Après un temps de silence où chacun semble réfléchir...)

C : « Ils sont peut-être tellement habitués à avoir plein de petits pêts, qu'ils ne ressentent plus la douleur ? ».

R : « Bah non, comme tu dis, y a pas tant de pêts que ça. C'est très rare qu'ils aient des pêts. Non, c'est plus une question de seuil de douleur individuel. Karl, c'est quelqu'un qui vient d'un milieu, qu'on va dire très... (hésite)..., rural, si tu veux, et il a pas été habitué à dire qu'il avait mal. C'est vraiment un dur au mal ! Parce que sinon, il y en d'autres des gamins, ils auraient eu le quart de ce que Karl s'est fait au doigt, même pas ils se seraient levés le matin tellement ils auraient eu mal ! ».

D : « (Acquiesce). Et c'est quand son IRM pour le doigt alors ? ».
R : « C'est noté là (Montre une feuille épinglée sur le mur). Le mardi 16 janvier ».
Début des entretiens:
D : « Rien de neuf, j'imagine ? ».
G : « Bah non ».
D : « Mais dis donc, tu devais pas mettre une atèle ? ».
G : « Ouais je sais, mais... ».
D : « Mais c'est quand t'as le temps quoi ! ».
D : « Faudrait penser à la mettre au repos quand même ! ».
D : « Bon, et donc une IRM, on a dit..., le Mardi 16 janvier ».
D : « Et ça va sinon ? ».
G : « Ouais, un peu dur maintenant au niveau des cours... (Sourire gêné) ».
D : « T'es en quelle classe là ? »
G : « Seconde générale ».
D : « Et c'est quoi ta moyenne ? ».
G : « Là ?, j'ai 9 ».
D : « Ah oui, c'est pas terrible ».
G : « Bah non ».
D : « Bah faut bosser un peu hein ! ».
G : « Ouais, ouais, je sais... ».

Jeudi 04 / 01 / 2007:

D : « Alors ? ».
G : « Courbatures ! (Sourire) ».
D : « Tu m'étonnes ! (Rires) ».
D : « (Consulte sa fiche). Y a une IRM de prévue ? ».
G : « Oui, pour l'épaule ».
D : « C'est quand ? ».
G : « Le 16 je crois ».
D : « Bon, et le doigt ? ».
G : « Bah pareil ! ».
D : « (Manipulation). Et oui, il est gonflé le pépère ! ».
G : « Y a de l'œdème ! ».
D : « Comme tu dis ! ».
D : « Bon, et l'épaule, ça va ? ».
G : « Ouais, bah je la sens moins, donc ça va ».
D : « Bon, c'est bien ! ».

Mardi 09 / 01 / 2007:

D : « Quoi de neuf ? ».
G : « Bof ».
D : « A part l'épaule ?... ».
G : « Bah ça va, sur les agrès ça me gêne pas trop... ».
D : « Et autrement ? ».
G : « Bah sinon, j'ai fait une conjonctivite ».
D : « T'es sûr que c'est pas une intolérance à tes lentilles ? ».
G : « Bah j'ai pris RDV vendredi mais je pense pas que ce soit ça, ça fait longtemps que je les porte ».

D : « C'est bien, ça a peut-être changé ».
D : « Et autrement ? ».
G : « Fatigué ».
D : « Bah c'est la reprise hein ! (Rires) ».
Fin des entretiens. Discussion entre le responsable du pôle et le médecin.
R : « T'as vu l'épaule de Karl ou pas ? ».
D : « Oui, enfin il m'en a pas parlé plus que ça ».
R : « Parce qu'il a l'air de ne plus avoir mal ».
D : « Oui, il m'en a pas vraiment parlé (nous regarde pour que nous confirmions son propos) ».
R : « Parce que du coup, on se posait la question de l'utilité de son IRM ».
D : « Oui ».
R : « Parce que bon, si il a plus mal, ça sert à rien de l'envoyer faire des examens ! ».
D : « Oui ».
R : « Bah le mieux, c'est de lui demander ».
R : « Karl ? T'as mal, là, à l'épaule ? ».
G : « (Timidement). Non, aux agrès, ça va ! ».
R : « Bah en même temps, tu fais pas du saut en hauteur. (Rires) ».
D : « (Rires) ».
Un second entraîneur prend part à la discussion.
E : « Moi, ce qui m'a un peu étonné, si tu veux (s'adresse au médecin), c'est qu'il a fait toute une séance de soleils aux anneaux. Or c'est ce qui fait le plus mal aux épaules en gym. Donc s'il avait vraiment mal à l'épaule comme il dit, il aurait jamais tenu toute une séance comme les autres quoi... ».
D : « Oui. (Karl s'étant entre temps rapproché du lieu de la discussion). Alors, t'as mal où t'as pas mal à l'épaule ? ».
G : « (Reste silencieux) ».
D : « Non mais dis-moi ? T'as le droit de ne plus avoir mal ! ».
G : « Bah pff... ».
D : « Tu veux qu'on annule l'IRM où pas ? ».
G : « Bah pff... ».
D : « Non mais c'est pas un problème, si tu n'as plus mal, on annule, c'est pas compliqué ! ».
G : « Bah aux agrès, ça va ».
D : « Bon bah on annule ! (S'adresse désormais à l'entraîneur) Tu rappelles pour annuler ? ».
E : « Oui ».

Mardi 16 / 01 / 2007:

D : « Comment ça va ? ».
G : « Ça va ! ».
D : « Donc on n'a pas fait l'IRM ? ».
G : « Non ».
D : « Sans regrets ? ».
G : « Non ».
D : « Y a intérêt ! ».
D : « Bon, l'épaule, ça va ? ».
G : « Ouais ».
D : « Et le reste ? ».

G : « ça va ».

D : « Pas trop fatigué ? ».

G : « Si un peu quand même ! ».

D : « Bah oui ! Et sinon, rien de spécial ? ».

G : « Non, un peu de courbatures, mais ça c'est rien ».

D : « Bon bah écoutes, très bien ».

Enfin, juste avant de partir, nous regardons les gymnastes s'entraîner en compagnie du docteur.

D : « C'est dingue comment il est en train de prendre du muscle Karl ».

C : « Oui, il est massif ! ».

D : « Faut qu'il fasse gaffe de pas en prendre trop. C'est ça qui est dur en gym, c'est qu'il faut être fort, mais aussi rapide et souple ! C'est une équation difficile ! (Rires). C'est d'ailleurs pour ça que le dopage, ça marche pas en gym. Ça ne sert à rien ! Y a juste en Russie qu'ils ont essayé un peu. Mais c'est tout ! Tant mieux hein ! Parce que si ça servait en gym, ils en prendraient hein ! Ils feraient comme les autres ! ».

Mardi 30 / 01 / 2007:

D : « Alors ? Les nouvelles ? L'épaule ? ».

G : « ça va ! Y a juste un truc que je fais pas en muscu parce que ça me fait mal ».

D : « T'as raison ».

D : « Et autrement, pas de douleurs ? ».

G : « Non ».

D : « Fatigue ? ».

G : « Oui, un peu. J'ai été malade la semaine dernière ».

D : « Qu'est-ce que t'avais ? ».

G : « Grippe et Rhino ».

Mardi 06 / 02 / 2007:

D : « Alors ? ».

G : « J'ai un peu mal à la clavicule ! En fait, je ne sais pas vraiment en fait. (Montre son épaule). C'est là en fait ! C'est surtout le matin quand je me lève ».

D : « Depuis quand ? ».

G : « Ce week-end ».

D : « Après une compèt' ».

G : « Non ».

D : « (Manipulation). C'est où ? [Là]. C'est la clavicule ! Bon... ».

D : « OK, et autrement ? ».

G : « Autrement rien ».

D : « D'accord ».

Mardi 13 / 02 / 2007:

Visite médicale. Pas d'observation possible cette fois.

Mardi 27 / 02 / 2007:

Karl est en stage National à Antibes.

Mardi 06 / 03 / 2007:

D : « ça va ? ».

G : « Oui ».

D : « Alors, ça s'est bien passé le stage ? ».

G : « Bof ».

D : « Ah bon ? Qu'est-ce qui s'est passé ? ».

G : « Je sais pas. J'étais pas... Si, en plus, je me suis fait mal là-bas, dans les tous premiers jours. Aux cervicales ».

D : « Ah bon ? ».

G : « Oui, je suis tombé sur la tête ».

D : « Et tu as toujours mal ? ».

G : « Oui, un peu, mais ça va ».

D : « Bah oui, c'est pas étonnant, souvent ça sonne un peu ce genre de choc à la tête ». S'engage alors une discussion autour d'une conjonctivite, de ses symptômes (oreille bouchée, œil rouge, etc.), et des médicaments pris (« je prends du nifluril et du mucomist [?] »). Puis le médecin nous regarde et nous explique à ce sujet :

D : « Ils en font souvent je trouve des conjonctivites... Je ne sais pas si c'est la magnésie où quoi... ».

D : « Bon, et autrement ? Le reste, ça va ? ».

G : « Oui, l'épaule c'est bon. Il y a juste un geste qui me fait mal à la barre ».

D : « Oui ».

G : « Et puis sinon, j'ai une petite périostite à la jambe, mais ça, je suis habitué, et c'est rien du tout... ».

D : « Bon bah très bien ».

Mardi 13 / 03 / 2007:

D : « Et toi, comment ça va ? ».

G : « ça va ».

D : « Le cou ? ».

G : « J'ai encore un peu mal ».

D : « Mais c'est mieux quand même ? ».

G : « Oui ».

D : « Donc en voie de guérison (le cou). Et la conjonctivite ? ».

G : « Non, c'est bon ».

D : « Et autrement ? ».

G : « Bah, j'ai le coude là. Et aussi l'épaule qui est douloureuse ».

D : « A gauche ? ».

G : « Ouais ».

D : « (Manipulation / Epaule). [Là j'ai un peu mal..., là aussi...]. Depuis quand ? ».

G : « Oh pff, je sais plus trop ».

D : « T'as raison va, quand on aime on ne compte pas ! (Rires). Bon, on surveille. Tu me diras la semaine prochaine. Et le coude, c'est toujours pareil ? (Manipulation) ».

G : « Ouais, mais par contre il est sensible hein ! ».

D : « Mais ça s'est fait sur un choc où... ? ».

G : « Bah, c'est les arçons ! (Rires des deux). Et puis aussi, j'ai pris un bon coup aux parallèles ».

D : « Ah oui, bah voilà ! Bon, et la fatigue ? Le sommeil, ça va ? ».

G : « Oui, c'est bon ».

D : « OK, au suivant ».

Mardi 20 / 03 / 2007:

Karl s'est blessé pendant le week-end:

E : « Et puis on a Karl aussi qui s'est fait un joli coquard (Rires) ».

D : « Allons bon ! (Rires) Et comment il s'est fait ça lui ? ».

E : « Bah en fait, il s'était fait un gros steak dans une main, donc il y allait mollo aux anneaux. Et il a dû vouloir se laisser tomber dans la fosse, sauf que son genou est remonté dans son œil quoi... ».

D : « Bon, bah on va voir ça. Tu peux m'en envoyer un ».

Début des entretiens:

Tout le monde rit lorsqu'il rentre dans la salle avec son œil au beurre noir.

D : « Tiens ! V'là l'autre qui s'est battu avec je ne sais pas qui ! (Rires) ».

D : « ça fait mal un genou hein ! Oh, bah ça arrive hein ! ».

G : « Et là encore, il a pas mal dégonflé ! Mais là j'ai moins mal à l'œil maintenant. Parce que je le soigne ».

D : « Tu le soignes ? ».

G : « Bah oui, parce que ils m'ont dit que j'avais une hémorragie interne de l'œil, et donc il était tout rouge et il fallait le soigner (Montre son œil en écartant manuellement ses paupières meurtries) ».

D : « Ah oui d'accord. Et donc là, c'est bon ? ».

G : « Oui, oui, je le sens encore mais c'est mieux que ce que c'était ! ».

D : « Bon, et à part ça ? ».

G : « Bah là..., j'ai encore mal au cou là ! ».

D : « Oui ».

G : « Et le coude aussi ».

D : « Mais ça va mieux le cou quand même ? ».

G : « Bah oui, oui ».

D : « D'accord ».

D : « Bon, et tu es fatigué sinon ? ».

G : « ça va ».

D : « Très bien ! Bob bah on verra pour le cou là où t'en es... ».

G : « (Le reprend) Pour le cou ? ».

D : « Oui ».

G : « Ah oui, parce que j'ai toujours mal au coude aussi ».

D : « Oui, mais ça, pour l'instant, j'ai pas grand-chose à te proposer. Fais voir (Manipulation). Ça te fait mal quand ? ».

G : « Aux barres. Mais après, quand c'est chaud, ça me fait plus mal ».

D : « OK ».

Mardi 27 / 03 / 2007:

(Œil très nettement dégonflé).

D : « Bien. Alors, comment ça va ? ».

G : « Bien ».

D : « (Regarde son œil). Ça y est, le coquard, c'est fini (Sourire) ? ».

G : « Oui (Sourire) ».

D : « Bon, et autrement ? ».

G : « Bah le coude ».

D : « Toujours ? ».

G : « Oui ».

D : « Alors ça, c'est quand même bizarre ! Qu'est-ce qu'on pourrait faire là-dessus ? Ça te fait mal quand ? ».

G : « Bah c'est surtout aux arçons, mais en fait c'est quand je suis froid. Dès que je suis chaud, après je sens plus rien ».

D : « Et c'est quand tu fais quoi ? ».

G : « Bah c'est quand je sers ».

D : « Oui, quand t'es en extension ? ».

G : « Oui ».

D : « Tiens, fais voir. (Manipulation). Oui, c'est une petite tendinite du triceps. C'est quand les Coupes ? ».

G : « C'est pas ce week-end, c'est l'autre (= dans deux semaines) ».

D : « Oui, bah on verra après alors hein ! En attendant... Je te mets des anti-inflammatoires ? ».

G : « Oh non, je préfère pas ».

D : « Bon d'accord. Tu mets de la glace sinon un peu ? T'as de la pommade ? ».

G : « Bah, pour l'instant j'ai rien mis dessus. Mais j'ai du Flector ».

D : « Oui bah tu peux essayer d'en mettre un peu pour voir ».

G : « OK ».

Mardi 17 / 04 / 2007:

Karl est en stage.

Mardi 15 / 05 / 2007:

Karl rentre dans la salle en soufflant de douleur.

D : « Ah bah j'ai parlé trop vite (Rire). Qu'est-ce qui t'arrives toi ? ».

G : « Non, non, mais je viens de me mettre le doigt de pied dans la barre fixe ».

D : « Ah oui ! ça, ça fait mal ! (Rire) ».

D : « Alors ? Poignet ? ».

G : « J'ai encore mal ».

D : « C'est demain qu'on se voit ? ».

G : « Je sais pas ».

D : « Bah je ne sais pas non plus moi. On a dit qu'il fallait qu'on se voit. Faudrait peut-être que tu saches ! (Rires) ».

G : « Je sais pas ».

D : « Faut qu'on se voit de toute façon ! ».

En fait le rendez-vous a été fixé pour le lendemain. Le doc s'en rend compte en regardant les écritures qui figurent derrière lui sur un tableau « véléda ». Y sont indiqués les rendez-vous de Julien et de Karl.

G : « Et sinon, j'ai été voir un ostéo ».

D : « Et alors ? Mais de toute façon, ça ne change rien à mon problème. Il faut faire un bilan. Et qu'est-ce qu'il t'a dit cet ostéo ? ».

G : « Que ce n'était pas grave ! ».

D : « Ah bah si il l'a dit alors ! (ton ironique) ».

D : « Et qu'est ce qu'il te fait faire comme manipulation ? ».

G : « Bah en fait il m'a montré, dès que je commence à avoir mal, je travaille sur le pisiforme. En tirant comme ça (Montre le geste) ».

D : « Bon bah écoutes, si ça te soulage !... Mais de toute façon, on se voit demain, et on fera une radio ou une écho, et on verra ce que ça donne OK ? ».

G : « OK ».

Fin des entretiens. Le responsable du pôle n'étant pas présent, le doc s'adresse à un entraîneur.

D : « Bon bah je vois Karl et Julien demain apparemment ».

E : « Ouais. Mais pour Karl, ça me pose un problème. Julien il sera là. Mais Karl, ça m'embête parce qu'il a une compèt' importante ce week-end, et que les entraînements sont tous très importants là. Faut qu'il travaille sur des agrès ».

D : « Bah écoutes, c'est toi qui voit hein, tu me dis ».

E : « OK. De toute façon, c'est pour des radios de contrôle, c'est tout ? Bon je vais voir et je te dis. Mais Julien sera là, c'est sûr ».

Fin de la discussion.

Nous restons regarder l'entraînement comme chaque mardi.

Nous constatons que Karl n'arrête pas de se tirer sur le poignet, et à l'issu d'un saut, il lâchera même un : « j'ai trop mal ! » à l'égard de l'un de ses collègues (sans pour autant arrêter l'entraînement).

Mardi 05 / 06 / 2007:

Avant les entretiens:

D : « (Nous désigne les entraîneurs assis /allongés sur les tapis) Bah tu comprends, avec les résultats qu'ils ont eu, ils sont tellement contents qu'ils en foutent plus une ! (Rires) ».

C : « Ah oui, ils ont eu de bons résultats au France ? ».

D : « Ah bah dis, deux champions de France, avec Karl en Junior qui fait 1er, et je sais plus qui aussi. Et Morgan qui fait deuxième aussi. Ah oui, oui, c'est une belle réussite ! Si belle qu'ils ne s'y attendaient pas eux-mêmes ! (Rires) ».

D : « Du coup, tu vas voir, ils vont tous aller bien ! (Sourire) ».

Puis, entre deux entretiens:

Discussion à propos de Karl, champion de France de la catégorie Junior.

D : « Pour un mec qui avait mal au poignet ! ».

C : « Ah oui, d'ailleurs, ça a donné quoi cette radio qu'il devait passer ? ».

D : « Bah en fait il l'a pas encore faite. On a été obligé de décaler ».

C : « Ah oui, parce que c'était la semaine d'avant le championnat ? ».

D : « Oui, et c'est aussi parce que on veut lui faire passer une scinti, et c'est un peu compliqué pour le rendez-vous ».

Début de l'entretien avec Karl:

D : « Alors, il paraît que t'as triomphé ? ».

G : « Ouais ».

D : « En junior ? C'est plutôt pas mal hein ! ».

G : « Ouais, je suis content ! ».

D : « Pour un mec qu'avait mal au poignet ! ».

G : « Ouais, bah j'ai toujours mal hein ! Mais bon ça a été quand même ».

D : « Bah oui, bah je te dis, maintenant, il n'y a plus qu'à attendre hein ! Je vais essayer de voir quand même si je ne peux pas l'avancer. Parce que là, fin juin, ça fait loin quand même. Bon, et sinon, le reste, ça va ? ».

G : « Ouais ».

D : « OK. C'est la belle vie. Je vais essayer d'avancer la scintigraphie quand même ! C'est quand la fin de la saison pour vous ? Début juillet ? ».

G : « Oui. Mais pour moi, ça sera le 30 juin parce que je pars pour Antibes (=sélectionné en pôle France) ».

D : « Ah bah oui, c'est vrai, faut que je prépare ton dossier. Bon bah je vais regarder ça parce que sinon, là-bas, ils vont me chambrer et me dire que je fais pas du bon boulot ! (Rires). Ah oui, donc il faut vraiment que j'essaye d'avancer ton rendez-vous pour la scinti. OK ».

Mardi 12 / 06 / 2007:

D : « Alors, monsieur Karl. Comment ça va monsieur Karl ? ».

G : « ça va. Je suis un peu fatigué ».

D : « Toi aussi ? C'est quand il n'y a plus de compèt' que vous êtes fatigués. (Lève les yeux au ciel). Tu me diras, c'est mieux hein ! ».

G : « Non, mais j'ai fait une migraine ophtalmique ».

D : « Ah bon ? Quand ça ? ».

G : « Bah là, ce midi ».

D : « Mais qu'est-ce que t'appelles migraine ophtalmique ? C'est quoi exactement pour toi ? ».

G : « Bah j'ai mal aux yeux et ça me donne mal à la tête ».

D : « Tu as mal des deux côtés ? ».

G : « Oui ».

D : « C'est bizarre que cela soit bilatéral... ».

G : « Bah je sais pas moi, c'est l'ophtalmo qui me l'a dit ».

D : « Bah si c'est lui qui l'a dit, on va lui faire confiance hein ! ».

D : « Bon et le poignet, c'est comment ? Toujours pareil ? ».

G : « Ouais, j'ai toujours mal ».

D : « Oui, et puis ton rendez-vous, j'ai pas réussi à l'avancer. C'est vraiment le bordel. J'ai encore appelé cet après-midi, c'est pas possible. Bon bah si c'est pas possible, c'est pas possible hein. Donc ça sera le 26 ».

G : « OK. Et j'ai des périostites aussi ».

D : « Fais voir. (Manipulation). Ah, sur la crête ? OK, d'accord ».

Fin des entretiens. Discussion entre le responsable du pôle et le médecin :

R : « Et le poignet de Karl ? ».

D : « J'ai pas réussi à l'avancer. Donc ce sera le 26 ».

R : « 26 juin ? Et ce sera où ? ».

D : « Euh..., je ne sais plus, je crois que c'est juste à côté-là ».

R : « A [Nom d'une cinique] ? ».

D : « Ouais ».

Quatre gymnastes quittent le pôle cette année. Karl en fait partie. Il intègre le pôle France Junior d'Antibes.

Mardi 19 / 06 / 2007:

Visite médicale de fin de saison.

Karl rentre pendant l'entretien de Morgan:

G : « En attendant qu'il pisse, on peut peut-être commencer ? ».

D : « T'es pressé toi ! ».

G : « Ouais, je veux aller à la fixe après ! ».

D : « Bon, et le poignet, comment ça va ? ».

G : « J'ai trop mal ! ».

D : « Merde. Et puis j'ai été incapable d'avancer le rendez-vous. Tu pars quand à Antibes ? ».

G : « Le 16 ».

D : « Et les périostites ? ».

G : « Encore un peu ».

D : « Bon, viens là. (Manipulation. Tension, Cœur, Poumons). Bon, faut que je pense à demander à [prénom du responsable du pôle] de vous peser et de vous mesurer. C'est peut-être ça le plus important, mais bon... ».

Morgan revient dans la salle avec son gobelet.

D : « Bon, à part le poignet et ta périostite ? ».

G : « Bah j'ai encore mal à la périostite hein ! ».

D : « Oui, oui, je sais, mais à part ça ? ».

G : « ça va ».

D : « Bon, t'es content de partir ? ».

G : « Bah oui ! ».

D : « Tu fais quoi après ? ».

G : « Je sais pas. Je fais appel pour la seconde. J'ai galéré là ».

D : « Ah d'accord ».

D : « Bah va pisser tiens ! ».

Karl sort de la salle.

Nous sommes désormais responsable du chrono. Et nous effectuons en sa compagnie le test urinaire de Morgan.

D : « Une croix. Mais vous avez tous une croix en protéine. C'est chiant ça ! Comment ça se fait ? C'est marrant ça. C'est mon truc qui est périmé ou quoi ? C'est bizarre que vous en ayez tous ! 06 / 2006. Ah bah il est temps remarque ! OK. Donc lui, il s'en va. OK ».

Karl revient avec son gobelet. Morgan sort. Réalisation du test de Karl.

D : « Oh merde, il déconne mon truc là. Ils ne peuvent pas être tous à deux croix. Il a du virer un peu mon truc là ».

Evaluation psychologique de Tiphaine

QUESTIONNAIRE DE SURENTRAÎNEMENT DE LA SFMS

QUESTIONNAIRE SFMS		OUI	NON
1	Ca dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué	X	
2	Je ne soutiens pas autant mon attention		X
3	Mes proches trouvent que mon comportement a changé:		X
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine		X
5	J'ai une sensation de palpitations		X
6	J'ai une sensation de gorge serrée		
7	J'ai moins d'appétit qu'avant		X
8	Je mange davantage:		
9	Je dors moins bien:	X	
10	Je somnole et baille dans la journée:		X
11	Les séances me paraissent trop rapprochées:		X
12	Mon désir sexuel a diminué:		X
13	Je fais des contre-performances:		X
14	Je m'anrime fréquemment:		X
15	Je grossis:	X	
16	J'ai des problèmes de mémoire		X
17	Je me sens souvent fatigué:		X
18	Je me sens en état d'infériorité	X	
19	J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes:		X
20	J'ai plus souvent mal à la tête:		X
21	Je manque d'entrain	X	
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements:		X
23	Je me confie moins facilement	X	
24	Je suis souvent patraque:		X
25	J'ai plus souvent mal à la gorge:	X	
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	X	
27	Je supporte moins bien mon entraînement:		X
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant: au repos		X
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant: à l'effort	X	
30	Je suis souvent mal fichu:		X
31	Je me fatigue plus facilement:	X	
32	J'ai souvent des troubles digestifs:		X
33	J'ai envie de rester au lit:	X	
34	J'ai moins confiance en moi:	X	
35	Je me blesse facilement:		X
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées:		X
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive:		X
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles:		X
39	J'ai perdu de la force, du punch:	X	
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler		X
41	Je dors plus:	X	
42	Je tousse plus souvent:	X	
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive:		X
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs:	X	
45	Je m'irrite plus facilement:	X	
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle:	X	
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre:		X
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles:		X
49	C'est ma faute si je réussis moins bien:	X	
50	J'ai les jambes lourdes:		X
51	J'égare plus facilement les objets (clés, etc...)		X
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	X	
53	Je maigris:		X
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité:	X	
		0	0

(Si plus de 20 à 25 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement)

Faux car je m'entraîne moins, ce n'est pas du surentraînement.

Questionnaire de détection de troubles psychologiques (INSEP)

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL (endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>probleme à m'endormir, je le fais trop. et je me réveille dans la nuit sans trouver le sommeil.</i>			
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>augmentation de l'appétit</i>			
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (tristesse, euphorie) :	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>tristesse sans aucun je joue au tennis</i>			
6. TROUBLES DES EMOTIONS (froideur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>indifférence envers tout</i>			
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GENANT (agitation, irritabilité, impulsivité, TOC, ...)	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>impulsivité, facilement irritabilité.</i>			
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEES DELIRANTES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
9. DIFFICULTES SOCIALES (famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (communication orale, écrite, gestuelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
11. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
Alcool	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Tabac	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cannabis et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Amphétamines et dérivés	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cocaïne et dérivés	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Heroïne et dérivés	jamais <input checked="" type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input checked="" type="checkbox"/>	
15. CONCLUSION :			

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE

I. Matériaux d'analyse :

Dr. **AIME**, Henri. 1914. « Ce qui différencie l'éducation physique des adolescents et l'éducation physique des adolescentes », *Paris Médical*, n°28, 13 Juin 1914.

Dr. **ALDHUY**. 1895. *Le périnée et la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **ALLIE**, Pierre. 1939. *Action de la cure hélio-marine associée à la gymnastique médicale sur les scolioses et le scoliotique...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

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

Dr. **ANDRISI**, Christophe. 1986. *Accidents du travail et prévention dans un club de football professionnel : expérience de l'Olympique Lyonnais pendant 8 saisons sportives (1977-78 à 1984-85)*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **AZEMA**, Pierre. 1940. *Développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioses par gymnastique respiratoire et la spiroscope en cure héliomarine*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome premier. Karl Brandt, l'homme en blanc du III^e Reich*, Editions Famot, Genève.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome deuxième. Joseph Mengele ou l'incarnation du mal*, Editions Famot, Genève.

* **AZIZ**, Philippe. 1976. *Les médecins de la mort. Tome troisième. Des cobayes par millions*, Editions Famot, Genève.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 1999. « Médecin du sport sous contrat », *Cinésiologie*, n°185-186, 38^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2001. « Pourquoi vouloir détruire la médecine du sport ? », *Cinésiologie*, n°196, 40^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « La valeur du certificat », *Cinésiologie*, n°226, 45^e année.

Dr. **BARRAULT**, Denys. 2006. « Rubrique Professionnelle. Lettre du Président du Syndicat National des Médecins du Sport au député Olivier Jarde », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année.

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

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

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

BARTHES, Roland. 1957. *Mythologies*, Paris, Editions du Seuil.

BATEMAN, Lucy & **LEMAHIEU**, Thomas. 2007. « Médecine du travail : l'arnaque du MEDEF », *L'Humanité*, 08 novembre 2007.

BATS, Joël. 1986. *Gardien de ma vie*, Editions J'ai lu.

Dr. **BAUDY**, François. 1981. *Intérêt d'un réentraînement aérobie chez les sujets neurodystoniques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1922. « Une épreuve : Le Tour de France cycliste », *Sciences & Sports*, n°3, septembre 1922.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Médecins, venez au sport », *La Vie Médicale*, n°32.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1923. « Le Rôle du Médecin dans l'Education Physique à l'Ecole », *Revue Médicale de l'Education Physique et des Sports (R.M.E.P.S.)*, n°7, juillet 1923.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1925. « Education physique », *La Vie Médicale*, n°37.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1926. « Physiologie de l'effort », in **MERCIER**, Elie, *L'éducation physique par l'athlétisme*, Paris, Fédération Française d'Athlétisme.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1928. *Appel aux « Amis des Sports » dans le Nord*, conférence prononcée au banquet des Parlementaires sportifs le 6 juin 1928, Lille, imp. L. Danel.

* Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc ; Dr. **CHAUVIRE**, Maurice & **BERGERON**, Marcel. 1929. *Préparation aux sports. Conseils d'entraînement*, Editions des Nouvelles Médicales de Paris.

Dr. **BELLIN DU COTEAU**, Marc. 1930. *Le sport au secours de la santé. Réglage du moteur humain*, Dangles.

Dr. **BELLOCQ**, François. 1976. *Effets des efforts musculaires prolongés sur le métabolisme surrénal, application aux coureurs cyclistes professionnels*, Thèse de médecine, Bordeaux.

Dr. **BELLOCQ**, François & **BRESSAN**, Serge. 1991. *Sport et dopage : la grande hypocrisie*, Editions du Félin, Paris.

Dr. **BERGERON**, M. 1931. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **BERLIOUX**, Monique. 1985. *Organisation de la médecine du sport*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **BOEDA**, André. 1985. *Exercice de la médecine du sport, rapport final*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

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

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

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « Conception moderne de l'éducation physique », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année.

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

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1922. « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922.

Dr. **BOIGEY**, Maurice. 1923. *Manuel scientifique d'éducation physique*, Payot, Paris.

Dr. **BONNY**. 1899. *De la physiologie du membre inférieur dans la locomotion à bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

BORDENAVE, Yves & Dr. **SIMON**, Serge. 2000. *Paroles de dopés*, Editions Lattès.

BOUIN, Jean. 1913. « L'école du champion », *La Vie au Grand Air*, 4 octobre 1913.

BURNIER, Damien. 2009. « Equipe de France : Médecins en colère », *Le Journal du Dimanche*, 13 janvier 2009.

CANNASSE, Serge. 2008. « Réforme de la médecine du travail : l'avis du Conseil Economique et Social », *Carnets de santé, à propos...*, mars 2008, <http://www.carnetsdesante.fr>

Dr. **CARTON**, Paul. 1925. *Enseignements et traitements naturistes pratiques. Première série*, Librairie Lefrançois, Paris.

* Dr. **CATTIER**. 1945. *La santé par l'effort ou la Gymnastique pour tous*, Bonne Presse, Paris.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1921. *Etude sur la physiologie de la marche*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1923. « L'état actuel de nos connaissances sur la respiration et la circulation du point de vue de l'éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°19.

Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1935. « Education physique et Université », *Annales de l'Université de Paris*, n°1, janvier-février 1935.

Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1938. « L'Institut d'Education Physique. Son rôle », *Revue Médico-sociale*, 6^{ème} année, n°5.

* Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1941. *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

* Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1946. *Sports, Education physique, leurs réactions sur l'appareil circulatoire*, J-B. Baillière, Paris.

Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1949. « Le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°1.

Dr. **CHAPPOUX**, P. 1928. *Lésions méniscales et corps étrangers articulaires traumatiques chez les joueurs de rugby et de football-association (Pathogénie et traitement)*, Thèse de médecine, Université de Lyon.

CHARRIER, Pascal. 2009. « Les médecins de l'élite veulent gagner en indépendance », *La Croix*, 23 janvier 2009.

Dr. **CHAUVOIS**. 1913. « Du rôle du médecin de l'éducation physique de l'enfant et comment l'y préparer », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillière et fils Editeurs, Paris.

Dr. **CHORIVIT de SAGARDIBURU**, C-L. 1943. *Les préventoriums et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

Dr. **CLAUSTRE**, J. 1986. « Pied, enfant et sport », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de **BENEZIS**, Christian, **SIMERAY**, Jacques & **SIMON**, Lucien, Editions Masson, Paris.

Dr. **COLLET**, Marcel. 1941. « Le tennis », in Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul (dir.), *Aptitude aux sports et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

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

Pr. **CREFF**, A. 1985. « Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant », *Médecine du sport*, n°1.

Dr. **DEFOLIGNY**, Catherine. 2008. « Hommage à Henri Périé », *Cinésiologie*, <http://www.cinesiologie.com/news>

- Dr. **DE LABAREYRE**, Hervé. 2006. « 10 ans... Quel bilan ? », *Médecin du sport*, n°76.
- Dr. **DELEZENNE**, R. 1963. « Considérations actuelles sur le doping », *Médecine, éducation physique et sport*, n°4.
- DELLACHERIE**, Christian. 2008. *L'avenir de la médecine du travail*, Avis et Rapports du Conseil Economique et Social.
- DELLACHERIE**, Christian. 2008. « La médecine du travail n'est plus adaptée », *Libération*, 27 février 2008.
- DEMENY**, Georges. 1890. « De la précision des méthodes d'éducation physique », *La Revue Scientifique*, n°12.
- DEMENY** George. 1905. « Education physique : sur l'évolution de l'éducation physique en France », *revue scientifique*, n°13.
- DEMENY**, Georges. 1910. *Education physique des adolescents. Préparation sportive par la méthode synthétique avec l'Art de travailler*, Paris, Alcan.
- DEMENY**, Georges. 1911. *Les bases scientifiques de l'éducation physique*, Paris, Alcan.
- * **DEMENY**, Georges & **SANDOZ**, A. 1920. *Danses Gymnastiques*, Librairie Vuibert, Paris.
- Dr. **DE MONDENARD**, Jean-Pierre. 1997. *Dopage aux Jeux Olympiques. La triche récompensée*, Amphora
- DESBORDES**, Nicolas. 2007. « Handball féminin. Les bleues championnes du monde ? », *Médecins du sport*, n°86.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1921. « Du rôle du médecin dans une Société Sportive », *La Vie Médicale*, n°27.
- * Dr. **DIFFRE**, Henri. 1923. *Contrôle du sport et de l'éducation physique*, Paris, Masson.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1927. « Une observation de "cœur forcé" », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. 1929. « Le budget de l'éducation physique », *La culture physique*, n°465.
- Dr. **DIFFRE**, Henri. Non daté. *Leçons journalières de culture physique*, Editions de l'Entr'aide Roubaix, Cours de Radio-Paris.
- Dr. **DONNE**. 1870. *L'hygiène des gens du monde*, Paris.
- Dr. **DUFESTEL**, Louis. 1922. « L'éducation physique féminine », *La médecine scolaire*, n°11.

Dr. **DUJARDIN-BEAUMETZ**, G. 1885. *Leçons de clinique thérapeutique*, Octave Doin, Tome 1.

Dr. **DUJARDIN-BEAUMETZ**. 1888. L'Hygiène Thérapeutique. Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie, *Conférences de thérapeutique de l'Hôpital Cochin*, Paris.

Dr. **DUMAS**, Pierre-Claude. 1967. *Zoom. Sur le dopage*, Office national de radiodiffusion télévision française, Emission du 11/07/1967 avec le journaliste Jean Eskenasi. <http://www.ina.fr/sport/cyclisme/video/I00007652/le-docteur-dumas-sur-le-dopage.fr.html>

Dr. **DUMOULIN**, Henri. 1943. *Les fractures des plongeurs...*, Thèse de médecine, Université de Montpellier.

Dr. **DUVAL**, A. 1911. *Méthodes de culture physique. Principes suédois et critique systématisée de l'Ecole française avec étude sur les agrès*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

* Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1946. *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

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

* Dr. **ENCAUSSE**, Philippe. 1962. *Sport et Santé. Précis de Médecine Sportive*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

Dr. **ETCHEPARRE**, Jean. 1901. *Quelques remarques sur le joueur de pelote*, Thèse de médecine présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1901, Université de Bordeaux.

Dr. **FABRE**, J-R. 1921. *De la valeur comparée des méthodes palpatoire, auscultatoire, et de l'oscillométrie pour la détermination de la tension artérielle maximum chez l'homme*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.

* Pr. **FABRE**, Roger ; Pr. **MERKLEN**, Louis & Pr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1943. *Education physique et contrôle médical*, J-B. Baillière et Fils, Paris.

Dr. **FACHE**, O. 1896. *De la neurasthénie et de son traitement par les activités physiques*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

Dr. **FRIEMEL**, Françoise. 2002. « La vie de Société française de médecine du sport », *Science & Sports*, n°17.

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

* Dr. **GALTIER-BOISSIERE**, Emile. Sans date. (vers 1900). *L'anti-alcoolisme en histoires vraies*, Paris, Librairie Larousse.

Dr. **GLENARD**, Roger. « Le Collège d'Athlètes de Reims », *Paris Médical*, 1^{er} Novembre 1913.

Dr. **GOMMES**. « Physiologie du travail ménager et éducation physique », *La médecine scolaire*, n°7

GOSELIN, Hervé. 2007. *Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes.

Dr. **GUILLEMET**. 1897. *Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

* Pr. **GUILLET**, René & Dr. **GENETY**, Jean. 1975. *Abrégé de Médecine du Sport*, Masson et Cie, Paris, 2^{ème} édition.

HARICHAUX, Michèle & Pr. **HARICHAUX**, Pierre. 2004. *Droit et médecine du sport*, Editions Masson, Collection Sport, Paris.

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

Dr. **HECKEL**, Francis. 1926. « Que faut-il penser du doping ? », *L'Escrime et le Tir*, 6, n°68.

Dr. **HECKEL**, Francis. 1927. « Le doping : les reconstituants et les régénérateurs du sang », *L'Escrime et le Tir*, 7, n°71.

HERVE, Edmond. 1985. *Discours de M. Edmond Hervé, Secrétaire d'Etat chargé de la Santé*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

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

HERZOG, Maurice. 2000. *Premiers pas...*, <http://www.ffme.fr/expedition/sommet/annapurna/prepa.htm>

HOFSTEIN, Cyril. Non daté. *Pierre-Claude Dumas, pionnier de la Médecine du sport*, http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff_article&id_article=874

HOUTH, Véronique. 2007. « Rebondir », *Magazine Strip-tease*, mk2, 55 minutes.

Dr. **HUCHET**, André. 1943. *L'examen médical du sportif au « Centre médico-sportif »*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **HUE**, Bertrand. 2007. *Prévention, aptitude et médecine du travail. Le médecin du travail n'est pas un gendarme*, Droit-medical.net, 30 janvier 2007.

Dr. **HUEL**, H. 1932. *L'éducation physique dans l'armée*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

Dr. **HUSSON**. 1930. *Considérations sur les lésions traumatiques dues au foot-ball association*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

JARDE, Olivier. 2005. *Avis présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2006 (n°2540) Tome XII Sport Jeunesse et Vie associative*, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2005, N°2569.

Dr. **JENOURE**, P. 1984. « Physiologie de l'entraînement au début de la scolarité », in *Le médecin, l'enfant et le sport*, sous la direction de **MANDEL**, Christian, Médecine et Enfance.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Les conjonctivites de piscine », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « La première réunion sportive annuelle de la SMEPS », *Bulletin de la SMEPS*, n°2, 1^{ère} année, Juin 1922.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Journaux », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

Dr. **JEUDON**, Robert. 1922. « Le style sportif chez les médecins », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

Dr. **JOUVE**. 1932. *Le trouble du tonus chez les enfants arriérés*, Thèse de médecine, Université de Toulouse.

KESSEL, Joseph. 1960. *Les mains du miracle*, Editions Gallimard, Collection Témoignages.

KUREISHI, Hanif. 1998. *Intimacy*, Faber et Faber.

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

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

LAUBIER, R. 1913. « Chez les sportifs », *Le Médecin de Paris*, n°10.

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

Pr. **LE BARS**, René. 1985. *Organisation de la médecine du sport, rapport final*, Assises Nationales de la Biologie et de la Médecine du Sport, Rennes, 10, 11 et 12 septembre 1985.

Dr. **LE BRIGAND** Jean. 1945. *Les paralysies cubitales des cyclistes. Considération sur les complications nerveuses des affections du poignet*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

Dr. **LE GENDRE**, Paul. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants les exercices de sport », *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen.

LEROY, G. 1913. *Education physique et gymnastique*, Lafitte et Cie, Paris.

Dr. **LIBARELLI**, Louis. 1940. *Appareillage d'urgence des fractures de jambe par accidents de skis, évacuation en haute montagne hivernale...*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **LOUBATIE**, René. 1927. *Le rugby, Technique du jeu. L'entraînement. La surveillance médicale des joueurs. Physiologie et hygiène*, Paris, Doin, Coll. « Médico-sportive ».

Dr. **LUCAS-CHAMPIONNIERE**, Just. 1913. « Les Méthodes de Gymnastique. A propos du récent Congrès d'Education physique », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 25 octobre 1913.

Dr. **LUMIERE**, Auguste. 1941. « La frénésie sportive et l'usure du cœur », *L'Avenir Médical*, n°9, Novembre 1941.

Dr. **MABILLE**, E. 1931. *L'articulation de l'épaule dans les lancers sportifs – Les fractures des lanceurs*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

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

Dr. **MALLARD**, François. 1981. *Bilan de quatre années de surveillance de la section sport-études football du lycée Chevrollier d'Angers*, Thèse de Médecine, Université d'Angers.

Dr. **MARTIN**. 1897. *La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

MARTIN, Maurice. 1923. « L'éducation physique, la médecine et les sports », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n°24.

Dr. **MERKLEN**, Louis. 1926. *Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment les exercices sportifs*, Thèse de médecine, Université de Nancy.

Dr. **MERKLEN**, Louis. 1927. « Rôle et place du médecin dans les sociétés d'éducation physique et de sport (I) », *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociales*.

Dr. **MICHAUX**, Paul. 1891. « Gymnastique et exercices militaires », *Bulletin de la Commission des Patronages*, 1(1891)3.

Dr. **MIGNON**. 1899. *La bicyclette chez les hernieux*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

Dr. **MINELLE**, Pierre. 1922. « Etudes pour la fiche physiologique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

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

Dr. **MONGUILAN**, Georges. 1912. *Esquisse du rôle du médecin dans la vie sportive*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **MONROCHE**, André. 2003. « Médecine du sport : le DESC créé dans treize CHU à la rentrée », *Le Quotidien du médecin*, 26 août 2003.

Dr. **ORTHOLAN**, Maurice. 1943. *Contribution à l'étude des variations de la glycémie au cours de l'exercice musculaire*, Thèse de médecine, Université de Toulouse.

Dr. **OTTOZ**, Hélène. 1978. *Détermination indirecte de la consommation maximale d'oxygène : résultats obtenus au cours de trois années de contrôle des sections sport-études de la région Bordelaise*, Thèse de Médecine, Université de Bordeaux.

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

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

Dr. **PETIT L-P**. 1894. « Sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants, et leur cœur en particulier, les exercices de sport dans la convalescence des maladies infectieuses », *Association Française pour l'Avancement des Sciences. Comptes rendus*, Congrès de Caen.

Dr. **PETITCLERC**, Marcel. 1924. *L'hygiène des piscines autrefois et aujourd'hui*, Thèse de médecine, Université de Paris.

Dr. **PEZE**. 1899. *De l'exercice vélocipédique : ses effets physiologiques, ses indications et ses contre-indications*, Thèse de Médecine, Université de Lyon.

PICOT, Marcel. 1927. « Rapport présenté par le Stade Universitaire Lorrain en vue de l'attribution du Challenge du Meilleur Club », *Les cahiers du SUL*, Fascicule IV, janvier 1927.

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

Dr. **PIERRE-NADAL**, L. 1931. « L'éducation physique est un problème d'ordre pédagogique et non médical. La direction effective des Instituts d'Education Physique doit être confiée à des universitaires qualifiés et non à des Médecins », *L'éducation physique*, n°18, avril 1931.

PLUNKETT, Jack. 1927. « L'insensibilité de Victor Linart », *Match L'Intran*, n°9, 4 janvier 1927.

PLUSQUELLEC, Vincent. 2006. « Rubrique professionnelle : Appel à candidature au poste vacant de médecin fédéral au sein du comité directeur », *Cinésiologie*, n°226, 45^{ème} année.

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

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

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « L'assemblée générale du 18 janvier 1922 », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Actualités. Le premier Congrès de l'éducation physique de l'enfant et de la femme », *Bulletin de la SMEPS, L'éducation physique de la femme*, n°3, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1922. « Education physique... et sport », *Bulletin de la SMEPS*, n°4, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « Nouvel an... Revue nouvelle », *RMEPS*, n°1, 1^{ère} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1923. « L'évolution des Méthodes en éducation physique », *L'éducation physique en Belgique, Revue Médicale d'Education Physique et de Sport (RMEPS)*, n°3, 1^{ère} année, Mars 1923.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « L'éducation physique et les pouvoirs publics », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1924. « Les dispensaires d'éducation physique », *Les dispensaires d'éducation physique, RMEPS*, n°1, 2^{ème} année.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1929. « Voici un plan d'organisation pour les Instituts Régionaux d'Education Physique », *L'Auto*, février 1929.

* Dr. **RICHARD**, George-André. 1936. *L'Hygiène du Sport*, Editions de L'Auto, Paris.

Dr. **RICHARD**, George-André. 1958. « Le doping », *Revue INS*, n°58.

Pr. **RIEU**, Michel. 2003. « Médecine du sport », in **AEBERHARD**, Patrick & **BRECHAT**, Pierre-Henri, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, EHESP.

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

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

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

Dr. **ROMANO**, M.C. 1982. *La section gymnastique. Etude de Créteil*, mémoire pour le certificat de spécialité de biologie et de médecine du sport, faculté de médecine de Créteil.

Dr. **ROSENTHAL**, Georges. 1913. « Sélection médicale avant le sport, surveillance médicale pendant le sport, contrôle médical après le sport, formule de l'accord nécessaire des médecins et des hommes de sport », *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, J-B. Baillièrre et fils Editeurs, Paris.

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

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

ROUSSEL, E. 1994. Analyse des données d'un questionnaire sportif et de cadre de vie et du suivi physiologique de 22 gymnastes de haut niveau âgés de 8 à 17 ans, Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard, Lyon.

ROUX, Gaston. 1946. « Avant-propos », in Dr. **ENCAUSSE**, Philippe, *Le contrôle médical sportif. Organisation administrative et technique*, Ministère de l'Education Nationale, Imprimerie Nationale, Paris.

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

Dr. **RUFFIER**, J-E. 1925. « La phobie officielle en éducation physique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1925.

SAFRA, J.M. 1980. « L'informatique au secours de l'équipe de France », *Le Monde*, 30 septembre 1980.

SCHOSGER, Marcel. 1986. *Le docteur René Barthe (1893-1957), pionnier de la Médecine du travail en France. Biographie d'un humaniste*, Thèse de médecine, Université Louis-Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg.

SCHROEDER L., Dr. **CHAILLEY-BERT**, Paul. 1927. *La course à pied, vitesse, demi-fond, etc.*, Paris, Doin.

Dr. **SEITZ**, Gilles. 1998. « Exercer la médecine du travail », in *Les médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Association Santé et Médecine du Travail, Paris, Syros.

Pr. **SIGALAS**, Clément. 1923. « Discours », *Congrès National d'Education Physique*, 24-25-26 septembre, Bordeaux.

Dr. **SIMERAY**, Jacques. 1986. « Pathologie traumatique sur dystrophies de croissance du membre inférieur chez le jeune sportif », in *L'enfant, l'adolescent et le sport*, sous la direction de **BENEZIS**, Christian, **SIMERAY**, Jacques & **SIMON**, Lucien, Editions Masson, Paris.

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

Dr. **TAVERNIER**, L. 1934. « Le genou et le sport », *rapport, congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Chamonix, Fédération internationale médico-sportive.

THOMAS, Gaston. 1893. *La Médecine devant la Loi*, Editions Defresne.

Dr. **THOORIS**, Alfred. 1924. *La vie par le stade*, Librairie scientifique Amédée Legrand, Paris.

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

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1896. « Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. Pathologie de l'entraînement », *Journal de Médecine de Bordeaux*.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1907. « Coups de ciseaux », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°3, Mars 1907.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1909. « Pour la France ! Pour la race. "L'œuvre de Joinville" », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°7, Juillet 1909.

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1914. « L'homme nu. La Méthode Naturelle et le Collège d'Athlètes de Reims. Critique physiologique, pédagogique et médicale », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, n°1 – 2 – 3, mars 1914.

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

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

Dr. **TISSIE**, Philippe. 1922. « L'éducation physique est une affaire sérieuse », *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*.

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

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

Dr. **TREVES**, R. 1927. « Variations de la quantité de créatinine urinaire au cours du travail musculaire », *Journal de Médecine de Paris*, n°2, 46^{ème} année, 10 janvier 1927.

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

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

Dr. **VULLET**, Francis. 1944. *Contribution à l'étude des épreuves cardio-vasculaires d'effort : la dépression rythmique au cours de la période de retour au calme. – Travail du laboratoire de physiologie appliquée à l'éducation physique et aux sports*, Thèse de médecine, Université de Lyon.

Dr. **WALTER**. 1898. *Des ruptures de l'urètre chez l'homme par la bicyclette*, Thèse de Médecine, Université de Paris.

WEBER, Ern. 1905. *Sports Athlétiques*, Garnier Frères, Libraires-Editeurs, Paris.

II. Ouvrages et articles d'histoire et de sociologie du sport :

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

ARNAUD, Pierre (Dir.). 1987. *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat.

ARNAUD, Pierre. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in Pierre **Arnaud** (dir.), *Les athlètes de la République. Sport et idéologie républicaine (1870-1914)*, Privat, Paris.

ARNAUD, Pierre. 1992. « Repères pour une histoire des politiques d'équipements sportifs », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5.

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

BETTE, Karl-Heinrich. 2005. « L'individualisation du problème du dopage : déficits structurels dans le discours du dopage », *Revue Staps*, n°70.

BOHUON, Anaïs. 2008. *Entre santé et pathologie : discours médical et pratique physique et sportive féminine (1880-1922)*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Paris XI, Novembre 2008.

BRISSONNEAU, Christophe. 2003. *Entrepreneurs de morale et carrières de déviants dans le dopage sportif*, Thèse de doctorat en STAPS, Université de ParisX-Nanterre.

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

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

BRUANT, Gérard. 1992. *Anthropologie du geste sportif. La construction sociale de la course à pied*, Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, Paris.

BRUANT, Gérard. 2000. « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris.

CAILLAT, Michel & **BROHM**, Jean-Marie. 1984. *Les dessous de l'olympisme*, La Découverte, Collection Cahiers Libres.

CALLEDE, Jean-Paul. 1992. « La politique sportive de la municipalité de Bègles. Contribution à une approche généalogique de l'action sportive communale », *Spirales, Le sport et la ville*, n°5.

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

CALLEDE, Jean-Paul. 2001. « L'invention des politiques publiques du sport en France (1919-1939) », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

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

CHAMBAT, Pierre. 1987. « La gymnastique, sport de la République ? », *Esprit*, n°125.

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

CHARPIER, Francis. 1998. « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, CRIS, Lyon.

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFRANCE, Jacques. 1998. « Etatisation du sport ou sportivisation de l'Etat ? (années 1920, 1940 et 1960) », in **KALUSZYNSKI**, Martine & **WAHNICH**, Sophie (dir.), *L'Etat contre la politique ? Les expressions historiques de l'étatisation*, L'Harmattan, Paris.

DEFRANCE, Jacques. 1998. *L'excellence corporelle, la formation des activités physiques et sportives modernes, 1770-1914*, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Cultures Corporelles.

DEFRANCE, Jacques. 1999. « Histoires de vie et socio-histoire du champ sportif. La trajectoire sportive et politique d'Henry Paté (entre 1918 et 1942) », in **DELAPLACE**,

Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

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

DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.). 1981. *Sports et société. Approche socioculturelle des pratiques*, Paris, Vigot.

DELAPLACE, Jean-Michel (Dir.). 1999. *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

DE LESELEUC, Eric & **MARCELLINI**, Anne. 2005. « Légitimité vs illégitimité du dopage chez les sportifs de haut niveau. Comment se définissent les limites du non acceptable ? », *Revue STAPS*, n°70.

DEMESLAY, Julie & **TRABAL**, Patrick. 2007. « De quelques contraintes du processus d'harmonisation des politiques antidopage. (Enquête) », *Terrains et Travaux*, 2007/1, n°12.

DE MONDENARD, Jean-Pierre. 2004. *Dictionnaire du dopage, substances, procédés, conduites, dangers*, Editions Masson.

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

DUBREUIL, Bernard. 1987. « La fédération catholique et la République (1898-1914) », in **ARNAUD**, Pierre (Dir.), *Les athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine. 1870 – 1914*, Paris, Privat.

DURRY, Jean. 1981. « Les origines du sport en France », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.), *Sports et société. Approche socioculturelle des pratiques*, Paris, Vigot.

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

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

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

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

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

ELIAS, Norbert. 1976. « Sport et violence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°6.

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

FAUCHE, Serge. 1996. « Hygiène de l'enfance et éducation physique. Rôle de la médecine scolaire après la première guerre mondiale (1918-1924) », *STAPS*, n°40.

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

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

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

FAURE, Jean-Michel & **SUAUD**, Charles. 1999. *Le football professionnel à la française*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui.

FAURE, Jean-Michel & **SUAUD**, Charles. 2003. « Des marathoniens à la poursuite du temps », *Revue internationale de psychosociologie*, n°20.

FAURE, Sylvia. 2000. *Apprendre par corps, socio-anthropologie des techniques de danse*, Paris, La Dispute.

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

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

FLEURIEL, Sébastien & **SCHOTTE**, Manuel. 2008. *Sportifs en danger. La condition des travailleurs sportifs*, Bellecombe-en-Bauges, les éditions du Croquant.

FLEURIEL, Sébastien & **SALLE**, Loïc. 2009. « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n°1, mars 2009.

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

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

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

GLEYSE, Jacques (Dir.). 1999. *L'éducation physique au XXe siècle. Approches historique et culturelle*, Paris, Vigot.

HOBERMAN, John. 1992. *Mortal engines : the science of performance and the dehumanization of sport*, The Free Press, New York.

HOIBIAN, Olivier. 1999. « Le costume des alpinistes. La manière de se vêtir comme indicateur d'autonomisation », in **DELAPLACE**, Jean-Michel (Dir.). *L'histoire du sport. L'histoire des sportifs. Le sportif, l'entraîneur, le dirigeant. 19^e et 20^e siècles*, Paris, L'Harmattan, Collection Espaces et Temps du Sport.

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

HUBSCHER, Ronald. 1992. *L'histoire en mouvements. Le sport dans la société française (XIXe – XXe siècle)*, Armand Colin, Paris

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

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

LAURE, Patrick. 1995. *Le dopage*, Paris, Presses Universitaires de France.

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

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

LECOCQ, Gilles & **POCIELLO**, Christian. 2004. « Maladies de la volonté... et "voyageurs infatigables"... Ou comment Philippe Tissié s'intéresse à l'articulation du "psychologique" et du "physique" (1885-1887) », In **POCIELLO**, Christian (Dir.). *Entre*

le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle), Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sports, Cultures, Sociétés.

LE NOE, Olivier. 2000. « Comment le dopage devint l'affaire des seuls sportifs », *La fièvre du dopage*, Autrement, Collection Mutations.

LOIRAND, Gildas. 1989. « De la chute au vol. Genèse et transformation du parachutisme sportif », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°79.

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

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

MALHERBE, Patrick & **SLIMANI**, Hassen. 2002. « La relation “formation – métier” dans le secteur de l'encadrement des activités équestres », *Rapport de recherche*, Carif-Oref des Pays de la Loire.

MIERZEJEWESKI, Stéphan. 2004. « Le clivage entre les “sciences de l'homme et de la société” et les “sciences de la vie et de la santé” dans la constitution des STAPS », *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle)*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Sports, cultures, sociétés », Grenoble.

MIGNON, Patrick. 2002. « Le dopage : état des lieux sociologique », Paris, *Documents du CESAMES*, n°10.

MOURET, Jean-Noël. 2005. *Il y a un siècle... le vélo*, Editions Ouest-France, Rennes.

MUNOZ, Laurence. 2001. « Le sport catholique en France au début du 20^{ème} siècle », *Stadion*, XXVII, *Le sport en France de 1870 à 1914 : intentions et interventions*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

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

PAPIN, Bruno. 2001. « La violence symbolique de l'institution sportive dans le processus de production de ses élites », in **BODIN**, Dominique, *Sports et Violences*, Editions Chiron.

PAPIN, Bruno. 2007. *Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive*, Paris, L'Harmattan.

PECOUT, Christophe. 2008. « Les pratiques physiques et sportives au service de l'idéal vichyste : l'exemple des Chantiers de la Jeunesse (1940-1944) », *Sciences sociales et Sports*, n°1, septembre 2008.

PERERA, Eric & **GLEYSE**, Jacques. 2005. « Le dopage dans quatre grands périodiques français de 1903 aux années soixante. Le secret, le pur et l'impur », *STAPS*, n°70.

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

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

RAINIS, Michel. 2000. « Le docteur Ernest Moreau-Desfarges : un pionnier de l'éducation physique sur les plages », *Staps*, n°53.

RIPOLL, Hubert. 2008. *Le mental des champions. Comprendre la réussite sportive*, Paris, Editions Payot.

ROGER, Anne. 2003. *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon 1.

ROGER, Anne. 2005. « La rationalisation de l'entraînement sportif à l'épreuve des traditions. 1842-1942 », *Stadion*, XXXI, 1, *Sport and Tradition – Tradition in Sport*, Academia Verlag, Sankt Augustin, Germany.

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

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

SAINT-MARTIN, Jean. 2006. « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste », *Staps* 2006/1, n°71.

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

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

SENNERS, Patrick. 1999. *L'EPS : son histoire, sa genèse*, Edition Vigot, Paris.

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

SLIMANI, Hassen. 2000. *La professionnalisation du football français : un modèle de dénégration*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

SORIGNET, Pierre-Emmanuel. 2006. « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163.

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

SUAUD, Charles. 1996. « Les états de la passion sportive. Espaces sportifs, espaces médiatiques et émotions », *Recherches en communication*, n°5.

TERRET, Thierry. 2000. « Les activités physiques et la santé : orientations des recherches en histoire », in **MANIDI**, Marie-José & **DAFFLON-ARVANITOU**, Irène (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Masson, Paris.

TRANVOUEZ, Yvon. 2006. « Le sport catholique en France », *Vingtième siècle*, 2006/4, n°92.

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

TREPOS, Jean-Yves & **TREPOS**, Gisèle. 2002. « Les médecins du sport face au dopage », *Psychotropes*, vol. 8, n°3/4.

VIAUD, Baptiste. 2008. « L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives, les paradoxes de la médecine du sport ? », *Revue Internationale de l'Education Familiale*, Editions Matrice n°24.

VIAUD, Baptiste. 2009. « Lorsque l'intervention des médecins du sport dans le champ du sport de haut niveau pose problème... », *eJRIEPS*, n°16, janvier 2009.

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

VIAUD Baptiste. 2009. *Catalogue des thèses de médecine soutenues devant les Universités françaises dont le sujet se rapporte aux activités physiques et sportives (1741 – 1994)*, <http://www.sfms.asso.fr/index.php?th=216>, publié le 02 juin 2009 sur le site de la Société Française de Médecine du Sport.

VIAUD, Baptiste. Sous presse. « Blouses blanches et survêtements, ce que "parler sport" veut dire... ».

VIAUD, Baptiste & **PAPIN**, Bruno. A paraître. « Temps sportif, santé du champion et logique de l'urgence », *Revue STAPS*.

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

WACQUANT, Loïc. 1989. « Corps et âmes », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°80.

WACQUANT, Loïc. 2000. *Corps et âmes. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Editions Agone, Collection Mémoires Sociales.

WADDINGTON, Ivan. 1996. « The development of sport medicine », *Sociology of sport journal*, n°13.

WADDINGTON, Ivan. 2000. *Sport, health and drugs. A sociological perspective*, Londres, E & FN Spon.

WADDINGTON, I., **RODERICK**, M., & **PARKER**, G. 2002. *Managing injuries in professional football: the roles of the club doctor and physiotherapist*. Centre for research into sport and society, University of Leicester.

WADDINGTON, Ivan. 2005. « Le dopage sportif : la responsabilité des praticiens médicaux », *Staps 2005/4*, n°70.

WEBER, Eugen. 1980. « Gymnastique et sport en France à la fin du XIXème siècle : Opium des classes ? », in **Ehrenberg**, A., *Aimez-vous les stades ?*, Recherches n° 43.

III. Ouvrages et articles d'histoire et de sociologie de la médecine et de la santé :

ADAM, Philippe & **HERZLICH**, Claudine. 2004. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin.

AÏACH, Pierre. 1998. « Les voies de la médicalisation », in **AÏACH**, Pierre ; **DELANOË**, Daniel (dir.). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

AÏACH, Pierre & **DELANOË**, Daniel (Dir.). 1998. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

BACHELARD-JOBARD, Catherine. 2001. *L'eugénisme, la science et le droit*, Presses Universitaires de France.

BLANC, Alain. 2008. « Normes et Handicap », *Congrès National des Sciences Humaines et Sociales des Facultés de Médecine*, Angers, 24-25 avril 2008.

CANGUILHEM, Georges. 2003 [1966]. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

CAROL, Anne. 1995. *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation (XIXe-XXe siècle)*, Editions du Seuil, Paris.

CARRICABURU, Danièle & **MENORET**, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin Editeur.

CICOUREL, Aaron. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143.

CORBIN, Alain. 1977. « Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale », *Recherches*, n°29.

CORBIN, Alain. 1981. « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption, contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme*, n°31.

CRIBIER, Isabelle. 1990. *Les guérisseurs. Approche anthropologique des médecines dites douces*, Paris, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

DAGOGNET, François. 1998. *Savoir et pouvoir en médecine*, Paris, Institut Synthélabo, Collection les empêcheurs de penser en rond.

DARGELOS, Bertrand. 2005. « Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157.

DARRINE, Serge & **NIEL**, Xavier. 2001. « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers », *DREES, Etudes et Résultats*, n°99, janvier.

DUCLOS, Denis. 1984. *La santé et le travail*, Editions La Découverte, Collection Repères, Paris.

FAINZANG, Sylvie. 2001. *Médicaments et société*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies.

FAINZANG, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologies.

FASSIN, Didier. 1998. « Les politiques de la médicalisation », *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Anthropos, Paris.

FAURE, Olivier. 1994. « Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », *Pour l'Histoire de la Médecine autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Presses Universitaires de Rennes.

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

FOMBAD, Charles Manga. 2001. « La crise du secret médical dans le cadre de la lutte contre la pandémie de VIH/sida au Botswana », *Revue internationale des sciences sociales*, 2001/4, n° 170.

FREIDSON, Eliot. 1984. *La profession médicale*, Payot, Paris.

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

HARDY-DUBERNET, A-C. ; **ARLIAUD**, M. ; **HORELLOU-LAFARGE**, C. ; **LE ROY**, F. & **BLANC**, M-A. 2001. *La réforme de l'internant de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Paris, MIRE.

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

ILLICH, Ivan. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Editions du Seuil, Paris.

JAISSON, Marie. 2002. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143.

JAISSON, Marie. 2002. « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143.

Dr. **KAHN BENSAUDE**, Irène & Pr. **LANGLOIS**, Jean. 2006. « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006 », *Ordre National des Médecins, Etude n°39*, juin 2006.

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

LE NAOUR, Jean-Yves. 2002. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *Annales de démographies historiques*, n°1.

LEONARD, Jacques. 1978. *La France médicale au XIX^e siècle*, Editions Gallimard – Julliard, Collection Archives.

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

MANDRESSI, Rafael. 2003. *Le regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident*, Editions du Seuil, Collection L'Univers Historique, Paris.

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

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

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

MUCCHIELLI, Laurent. 2000. « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles" », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2000/2, n°3.

MUEL-DREYFUS, Francine. 1984. « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°54.

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

NOURRISSON, Didier. 1990. *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Editions Albin Michel.

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

PICHOT, André. 2000. *La société pure. De Darwin à Hitler*, Champs Flammarion.

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

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

PONET, Philippe. 2007. « Remettre les corps en ordre : entre savoirs et pouvoirs. La "professionnalisation" de l'évaluation médicale du dommage corporel », *Revue française de sociologie*, 48-3.

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

RIST, Edouard. 1955. *25 portraits de médecins français, 1900 – 1950*, Masson, Paris.

SCULL, Andrew & **FAVREAU**, Diane. 1987. « Médecine de la folie ou folie de médecins. Controverse à propos de la chirurgie sexuelle au 19^e siècle », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°68.

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

TERROIR, Matthieu. 2004. « 1924 – 2004. 80 ans de vies hospitalières », *Revue hospitalière de France*, n°500, septembre – octobre 2004.

VANDERSCHULDEN, Mélanie. 2009. « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *DRESS, Etudes et Résultats*, n° 676, janvier 2009.

VERGEZ, Bénédicte. 1996. *Le monde des médecins au XXe siècle*, Editions Complexe, Bruxelles.

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

VILLEY, Raymond. 1986. *Histoire du secret médical*, Paris, Robert Laffont.

IV. Ouvrages et articles généraux d'histoire et de sociologie :

AZEMA, Jean-Pierre & **WIEVIORKA**, Olivier. 2000. *Vichy. 1940-1944*, Librairie Perrin.

BEAUD, Stéphane & **WEBER**, Florence. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, Collection Guides repères.

BECKER, Howard. 2004. *Ecrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Economica.

BERGER, Bennett. 1981. *The survival of a counterculture : ideological work and everyday life among rural communards*, Berkeley, UCP.

BERTHELOT, Jean-Michel. 1983. « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV.

BOLTANSKI, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, février 1971.

BOLTANSKI, Luc & **THEVENOT**, Laurent. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

BONELLO, Yves-Henri. 1998. *Le secret*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?.

BOURDIEU, Pierre. 1975. « Le titre et le poste : rapport entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°2, mars 1975.

BOURDIEU, Pierre. 1979. « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, novembre 1979.

BOURDIEU, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Le Sens Commun.

BOURDIEU, Pierre. 1982. « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°43.

BOURDIEU, Pierre. 1989. *La noblesse d'état. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection le Sens Commun.

BOURDIEU, Pierre. 1992. *Les Règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil.

BOURDIEU, Pierre. 1995. « La cause de la science », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°106-107.

BOURDIEU, Pierre. 2001. *Science de la science et réflexivité, Cours du Collège de France, 2000-2001*, Paris, Editions Raisons d'Agir.

BOURDIEU, Pierre. 2001. *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Editions Fayard, Collection points essais.

BOURDIEU, Pierre. 2002. *Questions de sociologie. Ce que parler veut dire*, Paris, Les éditions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre. 2002. *Le bal des célibataires*, Paris, Seuil.

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

BOURDIEU, Pierre. 2003. « L'objectivation participante », *Actes de le Recherche en Sciences Sociales*, n°150.

BRETON, Stéphane. 2001. *Eux et moi*, ARTE Vidéo, France, 63 min., couleurs.

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

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

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

DESMOND, Matthew. 2006. « Des morts incompétents », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil, n°165.

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

DODIER, Nicolas. 1991. « Agir dans plusieurs mondes », *Critique, Sciences Humaines : Sens Social*, n° 529-530.

DODIER, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, Collection Leçons de choses.

DUBAR, Claude. 2001. « La construction sociale de l'insertion professionnelle », *Education et Sociétés*, n°7 / 2001 / 1, p. 23-36.

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

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

ELIAS, Norbert. 1985. *La Société de Cour*, Paris, Flammarion.

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

FOUCAULT, Michel. 1966. *Les mots et les choses*.

FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

FRISON-ROCHE, Marie-Anne. 1999. *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

GOETSCHEL, Pascale & **TOUCHEBOEUF**, Bénédicte. 2004. *La IV^e République. La France de la Libération à 1958*, Le Livre de Poche, Collection La France Contemporaine, Paris.

GOFFMAN, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN, Erving. 2002. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.

HOLMES, Seth. 2006. « “Parce qu’ils sont plus près du sol”. L’invisibilisation de la souffrance sociale des cueilleurs de baies », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Santé et Travail (2), Victimes et responsables, Editions du Seuil.

KALUSZYNSKI, Martine. 2002. *La République à l’épreuve du crime. La construction du crime comme objet politique. 1880-1920*, L. G. D. J., Collection Droit et Société, Paris.

KLING, Didier. 1999. « Le monde des affaires et le secret », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

LE BRETON, David. 2003. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié.

LE BRETON, David. 2006. *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.

LECLERC, Henri. 1999. « Les secrets de l’avocat », in **FRISON-ROCHE**, Marie-Anne, *Secrets professionnels*, Paris, Editions Autrement.

LEMAIRE, Elodie. 2008. « Spécialisation et distinction dans un commissariat de police. Ethnographie d’une institution segmentaire », *Sociétés contemporaines*, 2008/04, n°72, p. 59-79.

MAITRE, Jacques. 1994. *L’autobiographie d’un paranoïaque*, Paris, Economica.

PARADEISE, Catherine. 1988. « Les professions comme marché de travail fermé », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2.

SARFATTI LARSON, Magali. 1988. « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d’essayer de tout dire », *Sociologie et Sociétés*, vol. XX, n°2, octobre 1988.

SOULIE, Charles. 1995. « L’anatomie du goût philosophique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°105.

SUAUD, Charles. 1978. *La vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Les éditions de Minuit.

SUAUD, Charles & **VIET-DEPAULE**, Nathalie. 2004. *Prêtres et ouvriers. Une double fidélité mise à l’épreuve. 1944-1969*, Paris, Karthala, Signes des Temps.

VEGA, Anne. 2000. *Une ethnologue à l’hôpital. L’ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines.

ZAIMAN, Claude. 2002. « Ensembles et séparés », in **GOFFMAN**, Erving, *L’arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.