



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé

83 | 2011
83

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

Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, sous la direction de C. Suaud et B. Papin, Université de Nantes, décembre 2009

Baptiste Viaud



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1216>
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 29 mars 2011
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Baptiste Viaud, « Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances », *Bulletin Amades* [En ligne], 83 | 2011, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1216>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

© Tous droits réservés

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

Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, sous la direction de C. Suaud et B. Papin, Université de Nantes, décembre 2009

Baptiste Viaud

Le « sport / santé », constat d'un impensé

- 1 En mars 2009, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, exposait en ces termes les conditions de son accession aux fonctions dirigeantes dans ce domaine :
« Lorsque le président de la République m'a signifié son intention de me nommer à ce poste, ses attentes étaient claires : désormais, on ne pourrait plus penser de manière séparée le sport et la santé ».
- 2 Des mots rapidement suivis de faits. Bernard Laporte et Brice Hortefeux, alors respectivement secrétaire d'Etat chargé des sports et ministre du travail, se sont rendu dans l'Allier, en mai 2009, afin d'annoncer la pérennisation du CREPS de Vichy et la création d'un nouveau Pôle Ressources National « Sport-Santé ». Ce qui témoigne d'une propension stabilisée, quasi-mécanique, à accoler deux univers sociaux dont la contiguïté mérite pourtant d'être largement questionnée. D'autant que ces mêmes autorités disposent d'enquêtes récentes, menées entre autres par l'Institut de Veille Sanitaire, qui montrent l'ampleur des dégâts corporels qu'est susceptible de provoquer la pratique sportive encadrée. Mais face aux conclusions des auteurs qui en appellent à une évaluation scientifique inédite des accidents sportifs graves et de leurs séquelles, les bienfaits démontrés d'une activité physique régulière détournent l'attention et emportent l'adhésion. Bref, dans un domaine où s'entremêlent de nombreuses pratiques sans que soit réalisé un effort explicite de définition, force est d'admettre l'existence

d'une sorte d'impensé culturel, qui par un effet d'homogénéisation de réalités sociales diverses, contribue à faire du « Sport » un nécessaire facteur de santé.

- 3 L'essentialisation de ce lien éveille la curiosité sociologique et invite à la distanciation. Plutôt que d'organiser la réflexion dans les termes engagés du débat social : « le sport, bon ou mauvais pour la santé ? », il est au contraire utile d'ouvrir le questionnement aux conditions qui rendent ce débat possible et pensable. Interroger la venue et la « survie » des professionnels de santé dans le domaine des activités sportives est une voie privilégiée, bien que non exclusive, qui permet d'initier un travail d'objectivation. Qui sont et que font précisément les médecins intéressés par la mise en jeu sportive des corps ? La médecine du sport renvoie à l'ensemble des praticiens, généralistes ou spécialistes, libéraux, salariés ou hospitaliers, qui sont tous diplômés du CES ou de la Capacité de médecine du sport. La thèse ici défendue est la suivante : la distribution des positions médico-sportives ne tient ni des lieux d'exercices, ni des biographies sportives, ni enfin des carrières médicales, mais bien de la combinaison complexe des trois. Ce mélange composite est à l'origine d'une variation importante des traitements médicaux prodigués aux patients sportifs selon que les intérêts poursuivis émanent des principes hippocratiques ou des exigences de performance.

Méthodes et principaux résultats

- 4 Dans cette entreprise de description et de compréhension de la médecine du sport, l'enquête s'est d'abord centrée sur l'analyse d'une population spécifique : les 230 médecins faisant état d'une compétence en médecine du sport dans les fichiers Adeli de la DDASS du département de Loire-Atlantique. Une enquête par questionnaire puis 52 entretiens semi-directifs de recherche ont mis en lumière un espace médical caractérisé par la grande variété des attentes et des intérêts des acteurs en présence. Dans un espace où le recrutement semble dominé par des formes multiples de cooptation, les raisons d'agir ne peuvent être que fortement disparates. Qu'elles soient économiques, scientifiques, familiales ou enfin proprement sportives, ces raisons d'agir différenciées ne se croisent pas nécessairement et justifient que l'on s'intéresse aux faits susceptibles de les déterminer. Or ce n'est que dans l'enchevêtrement des socialisations médicales et des dispositions sportives que l'on peut saisir la grande variabilité des formes d'adhésion au jeu sportif. La notion d'adhésion est ici sciemment employée, afin de se dégager d'un sens commun dans lequel le rôle des médecins les plus proches de l'univers sportif tiendrait de la « confusion des genres ». Précisément, plutôt que d'imaginer des médecins pris au piège d'un univers qui les aurait « dupés », il faut y voir au contraire le résultat de trajectoires individuelles qui autorisent des formes de partage des normes et des valeurs du sport d'élite. Loin de s'inscrire dans une diabolisation de la participation médicale, cette analyse permet à l'inverse de renouveler un certain nombre de propositions scientifiques récentes qui alimentent sciemment la dénonciation d'une pratique sociale dont la stigmatisation mérite pourtant d'être largement questionnée.
- 5 L'observation ethnographique des pratiques professionnelles s'est alors imposée. En compagnie des médecins et dans des conditions diverses d'observation, nous avons passé sept mois dans un Club professionnel de football, une année au sein d'un pôle espoir de gymnastique, six mois dans un pôle espoir de handball, et plusieurs jours au cœur de l'équipe de France féminine de handball. Nous avons également intégré l'équipe d'un service hospitalier de médecine du sport pendant six mois. Les manières de parler et de se

présenter, le partage des temps et des espaces, le rapport entretenu à la déontologie médicale, sont autant de pièces qui composent le patchwork 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. Il est clair que la formation universitaire en médecine du sport ne résiste que peu de temps face à la réalité des pratiques en situation. Si l'hôpital assure la permanence des principes médicaux les plus conventionnels, 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. L'observation de positions « désajustées » permet d'appréhender cet énoncé avec circonspection. En effet, à la croisée des biographies sportives, des lieux d'exercices et d'un marché médico-sportif mouvant, il arrive que des praticiens prennent place sur des positions peu adaptées à leurs dispositions. Un personnel de santé hospitalier, complètement étranger au sport de haute performance, va par exemple s'investir sur le terrain de l'encadrement sportif afin de capter une clientèle au profit du service qu'il dirige au sein d'un CHU. Si ces médecins semblent répondre aux pressions de la situation, il devient vite évident qu'ils cherchent par tous les moyens à modifier leurs pratiques pour les rapprocher d'un exercice médical conforme à leurs représentations. Contrairement aux puissants courants de la sociologie américaine qui abondent en ce sens pour penser la profession médicale, il serait donc sans doute trop rapide et erroné de dire que « c'est le lieu d'exercice qui fait le médecin ». Les dispositions antérieurement acquises jouent un rôle déterminant dans les pratiques professionnelles.

- 6 Aussi, dans l'encadrement médical des élites sportives, la question des effets normatifs de ces placements professionnels normés et de leurs implications respectives du point de vue de l'intervention méritait d'être posée. Entre des médecins sensibles biographiquement au prestige sportif, dont la compétence médicale leur permet de se rapprocher d'un espace choyé et d'autres qui au contraire sont étrangers au monde de la haute performance et pour lesquels le sport sert utilement les intérêts médicaux, les conséquences de cette double instrumentalisation ne pouvaient être que nombreuses et variées. Les médecins qui adhèrent au jeu sportif s'inscrivent de façon plus ou moins lucide dans la reproduction du rapport au corps ambivalent qui caractérise l'univers qui les emploie. Par des mécanismes de banalisation de la blessure et de normalisation de la douleur, ils participent du déplacement des normes de santé et s'inscrivent dans l'urgence du calendrier sportif. Ils contribuent donc par leurs seules positions à rendre l'espace possible. Les médecins du sport à distance des structures de formation et d'entraînement des champions ne participent pas à la reproduction du paradoxe du double corps. Loin de banaliser la douleur, ils s'inscrivent 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. Les fissures entre deux mondes de discours, de représentations et de pratiques sont ici aisément perceptibles.
- 7 Les résultats de la recherche possèdent de ce point de vue un fort pouvoir heuristique. La réflexion menée autour de la lutte contre le dopage en est l'exemple type. Dans les discours, peu de dissonances, les médecins du sport se rejoignent tous lorsqu'il s'agit de

dénoncer et de s'opposer au dopage sportif. Ils 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 médicale. Mais lorsque l'on fait fonctionner la grille de lecture issue de l'analyse, que 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. Les entretiens réalisés en compagnie de médecins préleveurs, et l'observation de plusieurs contrôles antidopage en compétition et sur des séquences d'entraînement témoignent du caractère artificiel de l'entente. Pour des médecins qui adhèrent au jeu sportif et sont salariés d'une structure de formation des élites, il est difficile d'accepter l'arrêt autoritaire du temps imposé par des praticiens « qui ne sont pas de la maison » et semblent ne pas se rendre 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. Les courts-circuits sont alors visibles et offrent sans doute une des clefs pour analyser la relative inefficacité des politiques anti-dopage, et ce aussi bien dans leurs dimensions préventives que répressives. Entre des médecins qui favorisent dans le quotidien sportif une prise médicamenteuse importante et régulière et ceux qui rappellent très ponctuellement que l'utilisation massive de médicaments peut entraîner une banalisation de la prise de produits susceptible de mener vers des comportements aberrants, les athlètes se fieront plus spontanément aux « médecins confidentiels » qu'aux « médecins gendarmes ». De la même façon, il n'est pas rare que les médecins employés par les structures d'encadrement et de formation des élites sportives effectuent des tests de dépistage de produits illicites à la demande des dirigeants, là aussi dans une « démarche pédagogique », mais qui cette fois se solde uniquement par d'éventuelles sanctions internes. Les résultats de ces dépistages sont bien évidemment tenus secrets. S'ils permettent au médecin de terrain de justifier de la vigueur de son combat contre le dopage, et bien dans le même temps, ils servent le projet sportif du groupement par leur rôle de « fusible » qui rend les contrôles anti-dopage officiels très peu efficaces.

Panser le sport, penser le travail

- 8 Cette étude 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, selon les contextes d'actions. La comparaison avec la médecine du travail est ici particulièrement séduisante. Naviguant entre médecine de sélection et médecine de prévention, la proximité des destins de ces deux branches médicales est saisissante. En ce sens, médecins du sport ou du travail sont d'insoupçonnables acrobates. Sur la pointe des pieds, ils se déplacent en équilibre sur le fil tendu qui délimite des espaces sociaux variés. A chaque pas, selon le poids des passés biographiques, cet équilibre précaire se rompt et le médecin penche d'un côté ou de l'autre. Sur ce câble qui sépare rentabilité et santé, le médecin oscille entre médecine d'entreprise et médecine de santé publique, entre médecine de l'exploit sportif

et médecine du sportif... Ce schisme qui donne à voir des médecines aux deux visages est une donnée structurale d'une importance capitale. C'est autour de cette division que se répartissent les agents, qu'ils se définissent et qu'ils organisent leurs pratiques. Pour le médecin qui s'éloigne par la pesanteur de sa biographie de l'espace médical dédié à la santé, le risque de collusion des fonctions s'élève à mesure que les distances s'agrandissent. Un médecin lié à son entreprise d'une façon peu compatible avec la raison médicale, le parallèle avec les clubs sportifs est aisé. Périlleux est l'exercice du médecin funambule. Les médecines qui s'exportent, et qui ont pour tâche l'évaluation clinique globale de l'individu sain, semblent toutes également soumises à une même suspicion ; celle de la participation à une entreprise de sélection au service d'intérêts dépassant le cadre sanitaire. Stades et ateliers sont autant de lieux qui mettent en danger le caractère libéral de professionnels soumis à des logiques et des codes dont le mélange peut être explosif. C'est bien cette combinaison de valeurs et d'intérêts qui représente une menace potentielle à l'égard de l'indépendance médicale, et qui explique d'ailleurs les phénomènes de rejet et d'illégitimité dont souffrent ces exercices particuliers au sein de la sphère médicale. Les nombreux rappels à l'ordre consistent alors en la défense du principe antédiluvien de l'indépendance des hommes de l'Art. Car l'éventuelle collusion des fonctions, assorties d'une multiplicité d'intérêts parfois peu compatibles aux principes hippocratiques, rend difficile le maintien d'un libéralisme médical total. L'intelligentsia médicale réclame de sa corporation qu'elle soigne des individus et non des espaces. La chasse aux médecins dopeurs est alors ouverte, tout comme sont traqués les médecins soupçonnés de délivrer de façon injustifiée de nombreux arrêts de travail. Cette stigmatisation n'est évidemment pas destinée à la seule sauvegarde de patients sacrifiés ni à l'absolution des médecins égarés. Elle est un mécanisme de défense de l'espace médical dans son ensemble face à un dysfonctionnement qui ébranle ses bases.

- 9 Mais au-delà de ce mécanisme de protection, le décalage des normes sanitaires propres aux médecins dont les sensibilités biographiques entament les codes déontologiques en appelle à un questionnement plus général sur les effets de l'encadrement médical dans le cadre des nouvelles formes d'organisation du travail. En effet, le déplacement des référentiels sanitaires 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. Dans des espaces hiérarchisés où la souffrance corporelle augmente à mesure que les positions s'affaiblissent, le processus d'individualisation du rapport à la santé interroge la participation médicale, au-delà du seul univers sportif. 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 travailleurs eux-mêmes dans un espace dont ils ont le sentiment d'être maîtres. 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. Ici, le médecin de l'exploit, tout comme l'agent de contrôle du dopage s'inscrivent dans ce même processus d'individualisation de la faute sanitaire et participent finalement ensemble à la protection et au maintien d'un espace sportif pathogène.