



HAL
open science

L'invention du contrôle médico-sportif en France. Entre protection de la jeunesse et contrôle des fédérations sportives, retour sur le développement d'une "médecine préventive"

Baptiste Viaud

► **To cite this version:**

Baptiste Viaud. L'invention du contrôle médico-sportif en France. Entre protection de la jeunesse et contrôle des fédérations sportives, retour sur le développement d'une "médecine préventive". Les liaisons dangereuses de la médecine et du sport, 2015. halshs-01871411

HAL Id: halshs-01871411

<https://shs.hal.science/halshs-01871411>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'invention du contrôle médico-sportif en France

Entre protection de la jeunesse et contrôle des fédérations sportives, retour sur le développement d'une « médecine préventive »

Baptiste Viaud

En 2005, lorsque le député Olivier Jarde plaide en faveur de la « nécessaire revalorisation » d'une médecine du sport qu'il juge peu reconnue sur le plan académique, sont invoqués de concert la « croissance exponentielle des dépenses de santé » et les « 26 millions de sportifs pratiquants » (Jarde, 2005 : 21). De tels arguments en disent long de la représentation politique d'un exercice médical pourtant hétéroclite (Viaud, 2009a), *la* médecine du sport *est* et *doit être* une médecine préventive. Si des branches de la médecine se sont emparées de l'objet sportif au point de circonscrire des ensembles de savoirs et de pratiques suffisamment spécialisés pour être spécifiquement désignés – la *traumatologie du sport*, la *cardiologie du sport* – il n'en demeure pas moins que *la* médecine du sport est immédiatement associée à l'examen médical qui aboutit (ou non) à la signature du certificat de non contre-indication à la pratique du sport. Cet examen assigne « l'homme de l'art » à un travail médical sur l'homme sain, *a priori* bien portant, et condamne en cela cette médecine à occuper une position subalterne dans la hiérarchie des spécialités médicales (Jaisson, 2002). Le rapport parlementaire d'Olivier Jarde parle à ce titre de « discipline introuvable » (Jarde, 2005 : 21), pour qualifier une médecine de contrôle, qui s'impose à une foule de pratiquants sportifs et est en cela « connue de tous », mais qui – paradoxalement – souffre d'un manque criant de reconnaissance académique¹. Il s'agira, dans ce chapitre, de revenir sur les conditions qui ont présidé à la construction d'un tel exercice, au milieu du 20^{ème} siècle. Au bénéfice d'un travail politique de mise en forme administrative d'un exercice entièrement dédié au contrôle, au dépistage et à l'hygiène, les financements publics, rendus légitimes par la volonté d'encadrer la jeunesse et de contrôler les fédérations, assurent en effet à cette médecine du sport des années 1950 une toute nouvelle audience sur le territoire national et en font une « médecine de la collectivité » (Huchet, 1944 : 45). C'est là tout le paradoxe ; la médecine du sport obtient enfin de l'Etat les moyens qu'elle réclame depuis 30 ans et devient visible, mais la focale portée sur sa dimension préventive la condamne à occuper une position dominée dans l'ordre des prestiges professionnels au moment même où le champ médical français s'inscrit dans un processus de spécialisation (Pinell, 2005).

Les deux figures du « contrôle médico-sportif » dans l'entre-deux-guerres

Les premières expériences de contrôle médical au sein de sociétés sportives apparaissent véritablement en France dans les années 1920 (El-Boujjoufi, 2005 : 101). Des médecins, pratiquants sportifs, cherchent alors à organiser un contrôle médical au sein de leur association. Mais ces initiatives privées restent peu nombreuses et concentrées principalement dans de grands clubs urbains. Les quelques récits d'expériences réalisées au sein de clubs

¹ La médecine du sport n'est actuellement pas représentée parmi les 51 sous-sections du Conseil National des Universités pour les disciplines médicales.

associatifs dans l'entre-deux guerres français sont particulièrement révélateurs d'une situation pour le moins confuse quant à l'utilité et la destination de ces examens. Les témoignages évoquent et dénoncent de manière systématique le désintérêt massif des sportifs, peu disposés à se plier à un examen qui reste facultatif à cette époque². Une écrasante majorité des dirigeants sportifs partage la méfiance des sociétaires eux-mêmes, et freine en cela le développement de cette médecine de contrôle (« les dirigeants n'en veulent pas, parce que cela les gêne ; ou bien parce que cela leur coûte de l'argent », selon les mots du docteur Maronneaud (Schmitt, 1939 : 44)). Dans les rares clubs où des médecins occupent des positions de force, face aux stratégies massives d'évitement de la part des sociétaires, les dirigeants tentent d'appliquer des mesures plus autoritaires, sans pour autant adopter une ligne commune. La récurrence des difficultés rencontrées témoigne bien de l'impossible stabilisation d'un exercice peu reconnu. L'attitude des fédérations sportives est particulièrement significative de ce désintérêt généralisé. La Fédération Française de Football Association (3FA) est présentée comme « celle qui a le plus fait pour le contrôle médico-sportif, et ce, en recrutant, dès 1933-34, à Paris, et dans toutes les provinces où se joue le football des médecins bénévoles [...] dont la tâche est de soigner les accidents sportifs ». « Mais cette organisation déjà louable ne devait pas satisfaire la 3FA qui réalisait combien faible était le pourcentage des athlètes ainsi examinés et combien grand le nombre de ceux qui passaient à travers les mailles de ce contrôle » (Schmitt, 1939 : 35). Les fédérations d'athlétisme, d'aviron et de basket-ball témoignent de la « sympathie » à l'égard du contrôle médical, mais ne s'engagent que dans l'annonce de réalisations prochaines. Les fédérations de tennis et de rugby, enfin, admettent à la veille de la Seconde Guerre mondiale, n'avoir réservé que peu de place au contrôle médical. En rugby, « le contrôle médical n'est pas obligatoire, mais conseillé aux joueurs et aux clubs. Sans très grand succès, semble-t-il » (Schmitt, 1939 : 38), « par contre, la Fédération [de tennis, en la personne du docteur Collet], s'occupe intensément de la surveillance médicale et physiologique de ses joueurs fanions ». (Schmitt, 1939 : 40). Face à cette inertie, le billet d'humeur du Docteur Maronneaud, président de la Commission Médicale de la Fédération Française de Natation (FFN), invité par Adolphe Schmitt à présenter l'état du contrôle médico-sportif dans sa fédération pour l'année 1939, prend alors tout son sens.

« Dans notre région, quelques essais sporadiques, sans vue d'ensemble, sans liaison [...]. En un mot, très peu de choses, et ce peu de choses faisant croire que l'on fait quelque chose, alors qu'on ne fait rien ou presque rien. Au sein de la FFN, j'ai cherché à pousser les sociétés à organiser l'examen médical. Mais comme je sais combien sont rares les médecins sachant ce qu'est l'éducation physique, j'ai, avec la commission médicale de cette fédération, établi un guide médical calqué sur celui de la 3FA. Qu'est-ce que cela va donner ? Je ne me fais pas grande illusion, si j'en juge par ce qu'a obtenu cette même 3FA dans notre région » (Schmitt, 1939 : 44).

² Jean Siméon rappelle ainsi, après avoir pris le soin d'évoquer les réalisations passées, que l'attitude des sportifs ne « contribue pas à établir l'atmosphère nécessaire au bon fonctionnement du contrôle médico-sportif » dans la mesure où « ceux-ci n'y voient qu'un dérangement de plus et l'éventualité de rencontrer une entrave ». (Siméon, 1946 : 48).

La posture des médecins engagés personnellement dans ces sociétés au titre de leur pratique sportive ou de l'occupation de fonctions dirigeantes, ne participe pas d'une clarification de leur rôle. Les récits les concernant ne manquent jamais de préciser avec insistance ces « identités » sportives et il est tantôt question de ce médecin, « ancien champion de France universitaire d'athlétisme et pratiquant de valeur en différents autres sports », de tel autre, « sportif authentique, ancien champion », ou enfin de celui, « sportif pratiquant, qui dirigeait une section de l'association » (Siméon, 1946). Face à un tel engagement, ces médecins se réclament d'une « réelle connaissance des sports », et jugent indispensable de se déplacer sur les lieux même de l'activité. Au Racing Club de France, « connu pour l'excellence de l'organisation [de son contrôle médico-sportif], où [il] fut institué de très bonne heure », « l'actif et désintéressé Dr Gauillard [...] médecin-chef du Racing, qui possède une expérience indiscutable », se déplace « sur le terrain pour observer les sportifs en action et pour examiner sur les lieux mêmes de leurs activités ceux dont le comportement attire son attention » (Siméon, 1946 : 30). Un tel déplacement au cœur des sociétés sportives résulte tout autant qu'il participe de l'exclusion de l'ensemble des médecins biographiquement distants du monde sportif et favorise à l'inverse la participation de médecins qui adhèrent aux ambitions de ces sociétés, et certains médecins jouent le jeu de l'hyper-sélectivité athlétique dès l'entre-deux-guerres (Viaud, 2011). La référence systématique au désintéret de médecins qui acceptent de maintenir une activité dans une société malgré de très faibles honoraires ou à titre bénévole, témoigne de la proximité affective entretenue à l'égard de l'entreprise sportive. Dans un contexte où les sociétés sportives restent finalement peu encouragées par leurs institutions de tutelle à organiser le contrôle médical, sa mise en place tient donc de la croisade personnelle. L'appartenance d'un médecin à une société sportive crée l'intérêt de ce dernier pour la surveillance des membres de sa société, tout autant qu'elle conditionne sa mise en œuvre. Autant d'éléments qui renforcent le caractère confidentiel des expériences réalisées. Le terrain n'est alors absolument pas propice à la généralisation du contrôle de la population sportive.

Pourtant, une formule retient l'attention des observateurs à la fin des années 1930. Adolphe Schmitt et Jean Siméon, dont les doctorats sont deux témoignages précieux sur « l'état du contrôle médico-sportif » dans la période qui annonce le début de la Seconde Guerre mondiale, prennent le soin de mentionner les divers cas de clubs corporatistes ayant organisé avec succès le contrôle médical de leurs adhérents. « Certaines administrations qui ont compris l'intérêt du sport et l'ont établi dans leur sein [fournissent] de bons exemples d'organisation. Ces exemples sont à faire connaître car ils sont des précédents à signaler et à imiter » (Siméon, 1946 : 40). Soutenues par une entreprise, une administration, ces associations bénéficient de moyens financiers importants qui favorisent la bonne tenue des examens médicaux. Ce soutien s'actualise par l'allocation d'aides financières, la mise à disposition de locaux et de matériels, ou parfois même par l'emploi du (ou des) médecin(s) de l'entreprise. Le contrôle médical des pensionnaires du Club Sportif des Cheminots du Mans est par exemple assuré par les services médicaux de la Société Nationale des Chemins de Fer (SNCF), dans les cabinets médicaux de la gare locale. Tous les sportifs du club sont examinés aux frais de l'administration. De même, les licenciés du Stade Olympique du Maine, recrutés pour bon nombre dans les Sociétés d'assurance du Mans, sont examinés une fois par an par le médecin des Mutuelles Générales Françaises, dans les locaux de l'entreprise (Siméon, 1946 :

36). De pareilles organisations voient le jour dans d'autres administrations, aux Postes, Télégraphes et Téléphones (PTT) ou dans les transports en communs. « L'US Métro est un club corporatif aux moyens relativement importants, et au sein duquel le contrôle médical est parfaitement organisé » (Schmitt, 1939 : 43).

« L'Administration a, en effet, saisi toute la portée du sport et des exercices physiques, et a pris à sa charge les frais qu'entraînent son club [...]. Ainsi, une organisation très satisfaisante a été mise au point et fonctionne d'une façon régulière et sérieuse simplement parce que l'Administration dont elle relève a su faire les dépenses nécessaires (qui d'ailleurs sont parfaitement compatibles avec sa prospérité) » (Siméon, 1946 : 45).

L'Administration des Postes, Télégraphes et Téléphones, qui rend « obligatoire dès 1940 l'éducation physique et sportive médicalement contrôlée pour ses jeunes agents », est quant à elle présentée comme un « exemple donné aux autres Administrations d'Etat » (Siméon, 1946 : 43). Ensemble, ces diverses expériences « illustrent d'une façon claire combien la compréhension des sociétés possédant un matériel médical peut rendre de services à des clubs sportifs, et – ceci soit dit sans vouloir en rien diminuer leur mérite –, sans avoir à consentir de sacrifices par trop importants » (Siméon, 1946 : 36). Le fonctionnement des clubs d'entreprises ou d'administrations retient l'attention dans la mesure où semblent ici réunies les conditions qui rendent possibles la réalisation et la généralisation d'un contrôle. Dans le secteur associatif, face aux budgets propres de nombres de petites associations, incapables de rémunérer un médecin pour le travail réalisé, le principe d'un financement par un tiers est vite retenu et la généralisation du contrôle médico-sportif réclame – de l'avis des médecins autorisés – une intervention des pouvoirs publics. En 1939, Adolphe Schmitt soutient que « le contrôle médical existera le jour » où « l'Etat prendra ses responsabilités », en rendant obligatoire le contrôle médico-sportif et en octroyant à l'ensemble des associations sportives des « subventions conséquentes » (Schmitt, 1939 : 48-49). Ce projet de « contrôle public » du sport, appelé de ces vœux, va rapidement être entendu par les autorités françaises. En effet, de ces expériences vont naître, au début des années 1940, les premiers textes législatifs relatifs à l'organisation d'un contrôle médico-sportif obligatoire. Si l'Etat a largement accompagné et favorisé l'institutionnalisation de la médecine de l'EPS par la voie des Instituts Régionaux d'Education Physique (IREP) à partir de la fin des années 1920 (El Boujjoufi, Defrance, 2005), l'action des pouvoirs publics en matière de contrôle des fédérations sportives et des clubs reste jusqu'alors peu visible. Les années 40, marquées par l'invention des Centres Médico-Sportifs (CMS), représentent à ce titre une étape extrêmement importante dans l'extension d'une politique volontariste et autoritaire à l'égard du sport.

La mise en forme administrative du contrôle médico-sportif. Sous la plume de Vichy

« Entre les défenseurs d'une conception libérale de la gestion du sport et le dirigisme d'Etat amorcé par le Front Populaire, Vichy a tranché : il s'agira désormais d'une des préoccupations de la puissance publique » (Gay-Lescot, 1991 : 139-140). Pour autant, penser les dynamiques qui animent et traversent l'Etat nécessite « de déployer une analyse critique de ce qu'il *fait*, *produit* ou *exerce* » (Roux, Sapiro, Charle, Poupeau, 2014 : 5). Aussi, la loi du 20 décembre

1940, dite Charte des Sports, est sans aucun doute le témoin le plus significatif d'une gestion renouvelée.

« Rapidement préparée et votée, cette Charte apporte des restrictions certaines à la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations en introduisant la notion d'agrément pour l'ensemble des associations [...]. Entre l'Etat et l'ensemble des associations se met en place une structure pyramidale, rigide, dont la seule finalité demeure la dépendance et l'obéissance au pouvoir politique. » (Gay-Lescot, 1991 : 34-35)

Aussi, au-delà d'un dirigisme purement coercitif qui aboutit par exemple à la censure de l'ensemble des publications issues des fédérations sportives en 1941 et la centralisation des résultats sportifs dans *Tous les Sports*, l'étatisation autoritaire du sport permet également son développement (Roger, 2003 : 245). Le Commissariat à Générale l'Education Générale et aux Sports (CGEGS) « va se structurer en donnant à chaque département et à chaque région sa propre direction de l'EGS. Le centralisme, à partir de Vichy, ne représente pas une formule bien neuve en matière d'organisation administrative, mais indéniablement Borotra innove en jetant les bases d'une structure qui existe aujourd'hui encore » (Gay-Lescot, 1991 : 26-27). Or, cette intervention de l'Etat favorise nettement la mise en forme d'un contrôle public du sport. Si la loi du 20 décembre 1940 pose la nécessité d'un examen médical préalable à la délivrance d'une licence sportive, une circulaire établie par le CGEGS précise qu'à dater du 1^{er} juillet 1941, les moins de 20 ans ne pourront prétendre à l'obtention d'une licence fédérale qu'à la seule condition d'être munis d'un certificat médical d'aptitude (Chuche, 1944 : 171). Cette injonction trouvera les moyens de son application dans l'arrêté ministériel du 23 novembre 1942 portant organisation du contrôle médical sportif, « qui s'applique obligatoirement à toutes les Associations sportives ». Les principaux outils par lesquels l'Etat entend développer et encadrer la surveillance médicale des sportifs et de leurs institutions y sont détaillés.

La rédaction et l'adoption d'un document type, un « modèle » de certificat, dont il s'agit d'imposer l'usage, participe de l'homogénéisation et du contrôle des pratiques médicales. En 1939, pour Adolphe Schmitt, « établir la technique du contrôle médico-sportif, [...] c'est parler avant tout de la fiche physiologique, car elle renferme, résumées, toutes les données de ce contrôle ». Or, l'auteur déplore l'existence en France de trop nombreux modèles, « responsables du peu d'empressement montré par certaines sociétés sportives à organiser le contrôle médical » (Schmitt, 1939 : 26). Dès 1941, le professeur P. Chailley-Bert, qui estime que « la délivrance du Certificat d'Aptitude à la Compétition Sportive » « sera une tâche essentielle du médecin », présente un modèle de certificat, dont il prend le soin de rappeler qu'il « a reçu l'approbation de la Commission Médicale instituée auprès du CGEGS » (Chailley-Bert, 1941 : 5). Finalement, l'Arrêté du 23 novembre 1942, précise que « le Certificat Médical d'Aptitude aux Sports devra être conforme au modèle publié dans *Tous les Sports* du 27 septembre 1941 et ne devra pas dater de plus de six mois pour être valable ». Il achève un processus d'écriture par lequel l'Etat revendique désormais sa pleine autorité dans la forme prise par l'examen médical.

[Image n°1]

C'est aussi et surtout par la constitution d'un corps hiérarchisé de médecins inscrits au cœur de l'appareil administratif que s'écrit le contrôle public des associations sportives. Une commission médico-sportive nationale, hébergée au sein du Comité National des Sports (CNS) et composée de l'ensemble des médecins chefs des services médicaux des fédérations, voit le jour et se décline en autant de commissions régionales, siégeant dans chacune des Directions Régionales de l'Education Générale et des Sports (DREGS), et composées des médecins fédéraux régionaux. La désignation de l'ensemble de ces médecins devra avoir été soumise à l'agrément du Commissaire Général aux Sports. Il est en outre prévu par la loi que « la Commission médico-sportive régionale arrête la liste des médecins qui, dans son ressort territorial, sont habilités à délivrer les certificats d'aptitude aux sports ». La liste des « médecins agréés » est soumise pour avis aux Directeurs Départementaux de l'Ordre des Médecins, mais doit être présentée à l'agrément du Directeur régional de l'EGS. Le panorama esquissé par le docteur Pierre Le Gô, en 1944 dans sa préface du *Mémento d'Hygiène Sportive* de Charles Chucho, alors qu'il occupe le poste de « Chef du Bureau Médical du CGEGS », prend ici tout son sens.

« Synchroniquement à l'organisation sportive désormais renforcée et complétée, il importe tout d'abord de créer une organisation rationnelle du contrôle médical qui, prenant ses fondations dans le contrôle médical d'association, s'élève harmonieusement pour atteindre le couronnement de l'édifice sportif représenté par le CNS en surplombant les étages départementaux et régionaux. Ainsi se constitue une hiérarchie médicale qui, partant du médecin exerçant son contrôle au sein de l'association aboutit au médecin fédéral national en passant par l'intermédiaire du médecin fédéral régional » (Chucho, 1944 : 7).

Si un tel appareil bureaucratique invite à interroger les conditions de sa réelle mise en œuvre, sa seule évocation témoigne de la volonté de renforcer le contrôle public des pratiques sportives de la population française.

[Image n°2]

L'invention des Centres Médico-Sportifs (CMS) par l'Arrêté du 23 novembre 1942 en est d'ailleurs la parfaite illustration. « Si le faible effectif d'une Association Sportive ne permet pas d'organiser le contrôle médico-sportif, ce contrôle peut être assuré dans un CMS constitué par le groupement de différentes associations intéressées » (Siméon, 1946 : 15). Figure étonnamment proche de ce que seront par la suite les services interentreprises de médecine du travail, les CMS permettent en théorie de « régler le contrôle médical de dépistage du point de vue interfédéral ».

« Si la société sportive compte de nombreux membres, elle pourra avoir un service médical autonome, mais si ses ressources ou ses effectifs sont insuffisants, il faut prévoir des centres médicaux. [...]. Entre autres avantages, ce système a celui de centraliser le fichier, qui peut être consulté sur place par les divers médecins susceptibles d'être appelés à s'occuper des sportifs » (Chucho, 1944 : 87).

La création d'un CMS est soumise à l'agrément de la Commission médico-sportive régionale et son fonctionnement est assuré par les Associations autorisées à se grouper à cet effet. En ce sens, si l'aménagement, l'équipement et les dépenses de fonctionnement d'un CMS incombent aux différentes Associations qui le composent, le CGEGS peut aider à la création d'une telle structure et à son fonctionnement, par délivrance de matériel médical et attribution de subventions. La circulaire du 4 janvier 1943 précise le contenu de ces aides publiques.

« L'importance de la subvention au personnel pourra être appréciée sur la base de 10 francs par membre de moins de vingt ans. Le matériel susceptible d'être subventionné comprend tout l'appareillage courant (bascule, spiromètre, pharmacie, petit mobilier), à l'exception des appareils spéciaux et coûteux (radios) » (Chuche, 1944 : 185).

De telles aides apportées au fonctionnement d'un CMS conduisent André Huchet, dans la thèse qu'il y consacre en 1944, à estimer « naturel que le Commissariat aux Sports lui donne ses directives » (Huchet, 1944 : 11). La question des locaux fait rapidement l'objet d'un consensus dans les écrits de l'époque. « La solution idéale du problème du local est son octroi par la Municipalité » (Huchet, 1944 : 10).

« Le contrôle de dépistage ne devra pas, sauf cas exceptionnels et motivés, se passer au cabinet du médecin, pour éviter les critiques de détournement de clientèle et conserver à l'expert toute liberté d'action, mais dans un local neutre de préférence, fourni par la municipalité et ouvert à toutes les sociétés sportives de la région et à leurs médecins. » (Chuche, 1944 : 87)

Ainsi, l'existence même des CMS – maillon central d'une politique de contrôle médical des pratiquants sportifs – est-elle entièrement conditionnée par les aides publiques consenties aux différents échelons de l'appareil administratif français, du ministère jusqu'aux mairies.

Les autorités s'attachent les services de médecins qui cumulent de nombreuses expériences en matière de surveillance des activités physiques, tantôt dans des clubs sportifs ou des fédérations, tantôt au sein d'administrations. Les docteurs Collet, Le Gô ou Encausse, choisis pour occuper les positions les plus prestigieuses de l'appareil administratif dédié au contrôle médico-sportif, ne font donc pas office de nouveaux venus. Aussi, la formule retenue, qui passe par la nécessité de rendre obligatoire l'examen préalable à la pratique du sport et suppose le soutien de l'Etat, est-elle la traduction de leurs expériences passées. Ils partagent en cela une vision relativement homogène des bénéfices d'un tel contrôle généralisé. Protéger la santé des jeunes compétiteurs et ainsi participer à la lutte contre la tuberculose et au repérage des « défauts de constitution », tel est en substance le projet sanitaire de ces médecins³. L'administration du contrôle médico-sportif souhaitée sous Vichy offre donc aux « médecins sportifs » les moyens d'organiser la médecine préventive qu'ils appellent de leurs vœux depuis plusieurs années. Compte tenu des contraintes financières que

³ Ce projet sanitaire est partagé par d'autres. La loi du 28 juillet 1942 relative à l'organisation de la médecine du travail et la série de décrets qui encadre la notion d'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, confèrent aux « médecins d'usine » un rôle tout aussi important dans l'éradication de la tuberculose.

suppose l'achat d'appareils radiologiques pour de petites associations, les CMS apparaissent rapidement comme la solution idoine, par la possibilité de mutualiser les moyens. Le CMS de Saint-Denis, en 1944, après trois années d'exercice, déclare ainsi avoir dépisté 13 cas d'inaptitude aux sports pour cause d'affections pulmonaires, sur les 2350 individus examinés. Par ailleurs, « cette initiative de la radioscopie systématique chez les sportifs a permis de déceler en 1945, quelques cas de tuberculose que la pratique intempestive des activités physiques et sportives n'aurait fait qu'aggraver ! » (Huchet, 1944 : 14).

Mais au-delà de cette ambition prophylactique, les agents du CGEGS souscrivent également à un projet politique d'encadrement moral de certaines fractions de la population, nouvellement considérées dans ces années noires. Les jeunes et les femmes, indispensables à l'effort de redressement national, sont des populations estimées fragiles (Halls, 1988 ; Muel Dreyfus, 1996). Or, ces populations « sensibles » sont celles-là mêmes qui viennent renouveler les rangs des sociétés sportives. La pratique fédérale, aidée par la reprise d'une politique en faveur des équipements sportifs, va connaître dès 1941 un succès populaire. Et, « le nombre total des licences sportives délivrées ira sans cesse en augmentant, parvenant même à des sommets "historiques" » (Gay-Lescot, 1991 : 132). Or, qu'il s'agisse des jeunes, futures forces vives de la nation dont il faut éduquer la volonté ou des femmes, que les autorités cherchent à écarter du travail, il s'agit là de catégories de la population « dont il faut prendre le plus grand soin ». La compétition est considérée avec méfiance lorsqu'elle s'adresse aux jeunes et aux femmes car elle les expose à un surmenage pensé nocif⁴. Aussi, le contrôle médico-sportif tel qu'il est porté par l'Etat se fonde sur la nécessité première « de limiter l'accès aux compétitions », en rendant le certificat

« obligatoire pour les sujets de moins de 20 ans candidats à une licence sportive [et pour les] femmes sans distinction d'âge ». La circulaire du 21 décembre 1943 rappelle que « pour être valable, le certificat [...] doit préciser que le candidat est autorisé à pratiquer "en compétition". Cette dernière mention devant figurer en toutes lettres » (Huchet, 1944 : 32).

Or l'entêtement des représentants de l'autorité à vouloir réglementer l'accès à la compétition de ces fractions de la population par l'obligation d'une visite médicale constitue une entrée privilégiée pour imposer leur droit de regard dans les affaires fédérales.

[Image n°3]

La fixation des catégories d'âge par le CGEGS, dont la circulaire de 1943 précise qu'elles « doivent être respectées par toutes les fédérations » (Huchet, 1944 : 32), en est l'illustration. Une intervention publique qui, non satisfaite de réglementer l'accès des

⁴ Cette volonté d'encadrer la compétition des plus jeunes existait déjà avant les années 1940, mais c'est bien dans ce contexte politique qu'elle trouve son expression la plus arrêtée. Il faut en revanche se garder de faire du point de vue d'Etat, qui impose ici sa toute légitimité à un exercice médical peu stabilisé, le seul point de vue qui organise les pratiques. En actes, dans certaines associations sportives, des médecins intéressés aux choses sportives formalisent au même moment des examens médicaux qui préfigurent d'une incontestable rationalisation de l'entraînement. Précaution utile pour rappeler que si la figure d'une médecine publique s'impose ici, elle n'épuise pas la multiplicité des pratiques. Viaud, Baptiste (2009a).

pratiquants, s'invite dans les débats relatifs au « sens du jeu », touchant là le cœur des institutions fédérales. Le caducée sert donc tout autant à protéger des maux du sport, qu'à définir le sport dans les mots. Par un communiqué du 31 janvier 1942, adressé « aux Fédérations », le Service de Contrôle médical au CGEGS rappelle ainsi « que les jeunes gens des catégories minimales et cadets ne doivent jouer que sur des terrains aux dimensions appropriées à leur catégorie » (Chuche, 1944 : 173-174). L'extension de mesures autoritaires à l'ensemble des femmes s'inscrit dans une même logique normative. Si la fatigue induite par la compétition menace les jeunes filles, les femmes adultes (« à partir de 19 ans ») ne doivent pas se détourner du projet que l'on souhaite central dans ce contexte nataliste ; la procréation. Aussi, le sport de compétition apparaît comme une activité susceptible de contrarier cette ambition nationale (Bohuon, 2008a).

« En conséquence, les médecins habilités pour la délivrance du certificat médical initial devront le refuser systématiquement à toute femme enceinte » et, « en cas de présomption notoire de grossesse, si l'intéressée ne s'est pas soumise d'elle-même au contrôle médical, l'arbitre devra saisir la Commission qui fera procéder à la contre-visite » (Chuche, 1944 : 164).

Les prises de position des commissions médicales autorisées à penser le sport féminin sont ici l'expression d'une violence symbolique inouïe. Dans les « compte rendus d'infractions médicales » tels qu'ils ont été prévus par la commission médicale de la Fédération Française de Basket-Ball, les deux cas de figure emblématiques sont « la grossesse et le surclassement ».

« L'arbitre peut se rendre compte d'infractions aux prescriptions médicales édictées par la Fédération telles que, par exemple, le surclassement de plus de deux catégories non autorisé ou un état de grossesse non constaté par un médecin. L'arbitre n'a [alors] pas qualité pour retirer la licence, mais il doit déclencher le contrôle médical » (Chuche, 1944 : 164).

C'est la Commission médicale de la fédération qui proposera une suite à donner et établira des sanctions. A ce titre, signe que la position autoritaire de l'Etat rencontre de fortes résistances sur le terrain, l'attitude des instances sportives sont fortement dénoncées par les médecins en charge des contrôles. Les dirigeants sont décrits comme « susceptibles de commettre des imprudences par excès d'intérêt pour le côté résultat sportif », là où les fédérations sont taxées, « ça et là, d'indulgences quelques peu intempestives » (Siméon, 1946 : 48). « Certains sujets, auxquels le médecin avait refusé le certificat d'aptitude, ont [ainsi] pu passer outre grâce à des complaisances mal informées » (Chuche, 1944 : 50). D'ailleurs, sur cette question, les médecins eux-mêmes ne sont pas épargnés, et la chasse est ouverte aux certificats douteux. Bien que difficiles à quantifier, ces écarts doivent être nombreux puisque l'appareil administratif prend le soin d'ordonner les avis médicaux et de les subordonner à l'autorité de l'Etat, par la voie de ses représentants. Ainsi est-il par exemple spécifié que l'avis du médecin fédéral régional, investi de l'autorité des DREGS, l'emporte de droit sur celui du médecin de famille. Le ton va d'ailleurs rapidement se durcir de ce point de vue. L'arrêté du 22 février 1946 précise qu'en « cas de fraude ou d'irrégularité constatées, des sanctions seront prises contre les intéressés, y compris le ou les médecins dont le cas pourra être soumis au conseil de

l'ordre des médecins ». De tels avertissements, s'ils sont le reflet des difficultés rencontrées sur le terrain sportif pour imposer le « bon usage » du certificat médical d'aptitude aux sports, ne doivent pas être surestimés dans leurs effets. Les contraintes financières qui musellent toujours plus fortement la marge de manœuvre du gouvernement français sous l'occupation expliquent en grande partie l'inertie d'un contrôle qui peine à se généraliser. Les engagements pris par l'Etat sont difficiles à tenir et les subventions annoncées ne parviennent que rarement aux associations. De même, les municipalités, pourtant appelées à participer à l'organisation et au développement des CMS, restent pour la plupart indifférentes à une demande qui apparaît bien secondaire face aux réalités du moment. Le récit de fonctionnement du « premier CMS de la région parisienne », entre 1941 et 1945, est à ce titre exemplaire d'une rencontre manquée. La diminution inexorable du nombre de sujets examinés (1357 en 1941, pour 426 en 1943) est directement liée à la difficile rétribution des médecins engagés (Huchet, 1944 : 39-44). Sont ainsi dénoncés l'attitude « d'une municipalité qui, à l'époque, ne s'intéressait à cette question que d'une façon assez platonique », mais également le faible soutien de l'Etat, dont « les subventions officielles [...] étaient tout à fait insuffisantes » (Siméon, 1946 : 37-38).

L'appel aux municipalités. De la frilosité à l'emballlement, l'extension d'un contrôle « public » des sportifs à la fin des années 1940

Dès la Libération, les autorités réaffirment leur volonté de développer le contrôle médico-sportif et ainsi de participer à l'organisation et l'encadrement du mouvement sportif qui connaît alors une croissance sans précédent. En 1946, « les statistiques du CNS portent sur quelques 20000 associations sportives régulières groupant plus d'un million de sportifs » (Encausse, 1946). Face à une telle affluence, le docteur Philippe Encausse, nommé alors Chef du Bureau du Contrôle médical extra-scolaire de la Direction Générale de l'éducation physique et des sports (DGEPS), insiste « sur la nécessité de ne pas permettre à n'importe qui de pratiquer en compétition » (Encausse, 1946). Aussi, dès le 2 octobre 1945, un arrêté ministériel actualise l'écriture administrative du contrôle médico-sportif, dans des termes proches de ceux qui avaient été adoptés précédemment. L'obligation de présenter un certificat médical d'aptitude aux sports afin d'obtenir une licence reste entière, et s'applique, là encore, à l'ensemble des athlètes mineurs et des pratiquantes, quel que soit leur âge. L'organisation des CMS est, elle aussi, inchangée. Enfin l'Etat, par la voie de la DGEPS et de ses échelons régionaux et départementaux, conserve une position centrale dans le dispositif. Les associations sportives, les CMS, tout comme les médecins désireux de réaliser des contrôles doivent avoir reçu au préalable l'agrément de la DGEPS. En contrepartie des frais engagés au titre du contrôle médical, l'Etat s'engage à subventionner les associations qui en feront la demande. C'est donc bien une continuité qui s'installe ici, entre les décisions prises sous l'Occupation et celles reconduites dans l'après-guerre. Pour autant, si l'appareil administratif a été pensé dans des termes proches, il semble plus opérant dans les faits. De 1945 à 1950, le nombre d'individus examinés passe ainsi de 80'180 à 163'341 [Voir encadré n°1]. Compte tenu du nombre total de licenciés (« près de deux millions de sportifs détenteurs de licences officielles » en 1951), la proportion de pratiquants réellement contrôlée peut paraître extrêmement faible. Pour autant, ce contrôle n'est obligatoire que pour les sportifs mineurs et

les sportives qui souhaitent s'engager dans une pratique compétitive. Ce résultat autorise donc à penser qu'une part non négligeable d'entre eux sera effectivement sujette à la surveillance médicale à partir de la fin des années 1940.

La bonne santé du contrôle médico-sportif trouve son origine dans les moyens qui lui sont accordés par les autorités publiques. Les médecins militants du contrôle en appellent depuis longtemps à une action conjuguée de la municipalité et de l'Etat, sans que cette requête n'ait été véritablement entendue. Les propos du docteur Vacher, médecin praticien responsable de l'un des premiers CMS de la région parisienne, relayés en 1946 par Jean Siméon dans le travail de doctorat qui lui vaudra d'être récompensé par la DGEPS, sont ainsi très éclairants du mouvement qui s'opère alors. Il propose de

« stimuler les autorités locales (qui ont le devoir d'aider les sports) en rendant obligatoire la publication des chiffres des subventions ou avantages attribués, sans omettre de signaler celles qui ont été refusées. Ainsi le public serait au courant de l'intérêt réel que l'autorité locale porte au problème sportif qui est d'une urgente nécessité pour la société. Du même coup, les municipalités qui seraient enclines à la Démagogie seraient aussi rappelées à leurs devoirs par la crainte d'être trouvées indignes » (Siméon, 1946 : 53).

L'auteur en appelle même à « comparer les subventions de tous les pouvoirs publics de façon que chacun puisse savoir si la Municipalité fait de ce côté, un effort équivalent à celui de l'Etat » (Siméon, 1946 : 63). Une telle charge contre les autorités locales, appel solennel à la moralité et la responsabilité des élus, semble trouver un réel écho à la fin des années 1940. Les récits d'expérience des CMS se multiplient à l'époque et en sont le témoignage direct.

« Grâce à l'Office Municipal du Sport, la Ville de Boulogne-Billancourt se charge de centraliser les demandes officielles de subvention au titre médico-sportif (et de les compléter car elles ne couvrent pas tous les frais), de fournir le local et d'entretenir le matériel qui a été alloué en 1942 par le CGEPS [...]. Cette salle est située dans le bâtiment de la Salle des Fêtes. [De même, à Montreuil-sous-Bois], l'Office Municipal du Sport a organisé un centre interclubs. Il centralise les demandes et la réception des subventions de l'Etat, il complète les sommes reçues et honore le médecin sportif qui, deux fois par semaine, examine les sujets dans les locaux du dispensaire municipal. Les installations radioscopiques de ce dispensaire permettent de pratiquer la radioscopie systématique » (Siméon, 1946 : 40).

Le renforcement du rôle joué par les municipalités prend tout son sens au regard de la création de CMS et l'accroissement sans précédent du nombre de radioscopies réalisées. De 55 CMS en 1945, ce sont 87 structures qui sont comptabilisées en 1951, puis 113 en 1961, ce qui laisse entrevoir une poussée significativement plus forte dans l'immédiat après-guerre. Ce développement suppose l'intervention directe des municipalités. A la seule lecture des adresses où sont domiciliés les 113 CMS recensés en 1961, la proportion de locaux prêtés par des mairies, des administrations, où des services déconcentrés de l'Etat, est écrasante (plus de 80%). Le nombre de sujets radioscopés est quant à lui multiplié par cinq entre 1945 et 1950. Seule l'action conjuguée de l'Etat, qui alloue des subventions « spéciales » pour les

radioscopies, et des communes, qui mettent à disposition les appareils de radiographie, peut expliquer un tel emballement. D'ailleurs, l'élévation conséquente du niveau de subvention consenti par l'Etat pour chaque sujet examiné, entre 1945 et 1955, alors même que le volume des demandes en provenance d'associations toujours plus nombreuses enregistre une hausse exponentielle, atteste de la réalité des efforts entrepris par les autorités publiques

[Voir encadré n°1].

L'extension du contrôle médico-sportif préalable à la pratique compétitive sous la IV^{ème} République ne s'explique donc pas tant par un changement radical de mentalité et d'attitude de la part des fédérations ou du corps médical, que par le renforcement d'une politique de la jeunesse. « Si l'Etat favorise officiellement la pratique des activités physiques et sportives, c'est dans la mesure où elles comportent une valeur éducative et sociale, et contribuent à l'amélioration de la jeunesse française » (Encausse, 1946). Un tel discours n'est pas nouveau, mais il prend ici racine dans un substrat politique fort différent, qui se caractérise par le développement sans précédent du secteur public. « Démocratiser, moderniser, accroître la justice sociale : l'intervention publique obéit à cette série d'injonctions » (Goetschel, Toucheboeuf, 2004 : 130). Les diverses vagues de nationalisations entreprises par les autorités dès la fin de la guerre, et la mise en place d'un organisme unique de Sécurité Sociale, véritable révolution en matière de solidarité nationale, transforment complètement le paysage social et renforcent l'emprise de l'Etat sur le marché du travail⁵. La classe ouvrière, composée alors d'un nombre considérable de travailleurs⁶, fait l'objet d'une attention accrue. Gérard Noiriel, identifie ici une « génération singulière » d'ouvriers, dont la fierté se renforce avec les nationalisations de 1945, le développement du secteur public et la mise en place de l'Etat Providence (Noiriel, 1986). Les autorités s'engagent alors dans un programme de protection de la santé des travailleurs et en particulier des jeunes travailleurs (en 1955, « sur les 4.9 millions de jeunes âgés de 14 à 22 ans, plus du tiers quitte l'école dès 14 ans, âge de la fin de l'obligation scolaire, et environ deux tiers des moins de 20 ans travaillent » (Goetschel, Toucheboeuf, 2004 : 387)). La loi du 11 octobre 1946, qui organise la mise en forme administrative des « services médicaux du travail », « ouvre la voie à une intervention directe des médecins dans les ateliers, sur les machines, sur les postes, sur les règles d'hygiène et de sécurité » (Dodier, 1993 : 17). Les textes rendent obligatoire l'examen d'embauche avec radioscopie pulmonaire, la constitution d'un dossier médical, l'examen trimestriel des moins de 18 ans, l'adaptation du sujet à son métier et l'adaptation des machines à l'homme. A titre d'exemple, « ce sont les médecins qui doivent, en accord avec les services techniques, fixer les cadences de certaines chaînes de fabrication où sont occupés surtout des jeunes » (Marchand, 1954 : 27). Ce projet de « santé publique » ne se limite d'ailleurs pas à la jeunesse ouvrière et à l'enseignement technique, mais se décline plus largement pour l'ensemble de la population scolaire. Dans une phase d'extension de l'enseignement secondaire (à laquelle prennent part les familles ouvrières après la Seconde Guerre mondiale) (Terrail, 1984 : 425), la médecine scolaire connaît à son tour des

⁵ En 1954, l'Etat emploie un cinquième des actifs.

⁶ En 1954, les ouvriers représentent en France 87.2% de la population industrielle (soit 14.1 millions d'actifs).

modifications majeures. La place du médecin au sein de l'institution scolaire est acquise de longue date, pour autant, son écriture administrative connaît des bouleversements notables.

« Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, en France, par l'ordonnance du 18 octobre 1945, le service de santé scolaire appelé service national d'hygiène scolaire et universitaire est créé. Il s'agit d'un service d'Etat [...]. L'organisation structurelle et matérielle est pensée, avec la création de centres médico-sociaux scolaires dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement ainsi que dans toute commune de plus de 5000 habitants [...]. Un autre décret prévoit l'organisation financière du contrôle médical dans les établissements et la répartit entre l'Etat, le département et la Commune » (Gindt-Ducros, 2012 : 39).

Dans un tel contexte de développement du secteur public et d'élargissement des programmes de santé à l'adresse des jeunes, le contrôle médico-sportif prend toute sa place au sein d'associations dont le nombre ne fait que croître. « Plus spectaculaire encore que celle du bâti, la reconstruction de l'espace associatif, à la Libération, ne laisse pas de surprendre » (Retière, 2000 : 201). Face à un tel engouement, qui repose en partie sur un socle ouvrier et est donc susceptible de mobiliser ce segment choyé de la jeunesse, l'Etat entend étendre là aussi son intervention.

« Afin de prendre en compte la vitalité associative, notamment dans le domaine de la jeunesse et des sports, et pour rompre avec les institutions mises en place par Vichy, l'ordonnance du 28 août 1945 invente la notion de délégation de pouvoirs aux groupements et fédérations, leur conférant ainsi une mission de service public » (Goetschel, Toucheboeuf, 2004 : 146).

Le médecin scolaire, le médecin du travail et le médecin du sport sont donc trois acteurs clefs d'une médecine dite « de collectivités », dont l'exercice, fort éloigné des principes du libéralisme qui dominent la profession jusqu'alors, s'impose comme une nouvelle forme de travail médical. L'organisation administrative de chacune de ses branches présente des similarités flagrantes (que l'on songe par exemple aux fonctionnements des services de médecine du travail, des centres médico-sociaux scolaires ou encore des centres médico-sportifs), et les pratiques professionnelles elles-mêmes répondent à un vocabulaire commun. Elles sont guidées, d'un univers à l'autre, par la nécessité de « contrôler » et « d'orienter » les sujets examinés, qu'ils soient écoliers, sportifs ou travailleurs. Le docteur Philippe Encausse, précise d'ailleurs qu'« *orienter*, c'est établir la convenance entre les exigences d'un sport, d'une discipline ou d'un métier, et les aptitudes d'un sujet » (Encausse, 1952 : 116). Considérant que les aptitudes se construisent tout au long de la vie, il n'est pas étonnant de constater que les médecins du sport et les médecins du travail en appellent de concert à l'utilisation du « carnet de santé », rendu obligatoire par l'ordonnance du 2 novembre 1945, et qui n'est pas étranger au volontarisme de l'Etat en matière de santé publique (Rollet, 2005 : 149). La proximité du travail réalisé est telle que les frontières entre les exercices en deviennent poreuses et sont sources de confusions et de mélanges. Le médecin scolaire de l'enseignement technique, à destinations des apprentis et de la jeunesse ouvrière, devrait ainsi être également médecin du travail. Ce dernier, quant à lui, doit « étendre son regard sur toutes les activités du jeune, sa participation au sport, son alimentation, [etc.] » (Delnatte, 1954 : 48).

« Jeunes apprentis et jeunes ouvriers ont besoin d'Education physique et de sport, éducation adaptée et médicalement surveillée. Cela suppose que les Médecins du travail soient informés de ces problèmes ; que certains d'entre eux s'y spécialisent et soient utilisés en conséquence » (Delaunay : 1954 : 85). Le docteur Delaunay, médecin du travail auteur de la citation, en appelle même à la création de « Centres médico-sportifs du travail ». Ce qui fonde un tel rapprochement, et autorise Pierre Metzger à conclure dans une thèse de médecine soutenue en 1952 que « le médecin contrôleur du sport est tout aussi nécessaire que le médecin des écoles ou le médecin d'usine » (Metzger, 1952 : 2), c'est finalement leur action conjuguée à destination de la jeunesse. Ils se rencontrent dans une même volonté éducative, qui dépasse très largement la seule question prophylactique.

Les consommations et pratiques culturelles font l'objet de toutes les suspicions et « l'influence des Etats-Unis est alors souvent mise en accusation » (Goetschel, Toucheboeuf, 2004 : 387). La publicité, les œuvres cinématographiques, les bandes-dessinées sont autant de domaines de la vie sociale qui sont scrutés, policés, voire même censurés⁷. Les médecines « de collectivités » sont des opérateurs privilégiés d'une telle politique dès la fin des années 1940. Elles ne se contentent donc pas de limiter l'accès de jeunes à une compétition où un travail, dont l'effort intensif est susceptible de représenter un danger pour la santé, mais participent pleinement au travail de moralisation de la jeunesse française. L'Association Education Physique Interentreprises de Roubaix-Tourcoing se fixe ainsi pour objectif d'aider les jeunes

« à choisir le film qu'ils iront voir le dimanche et leur permettre ainsi de garder le prix de leur place pour quelque chose de valable », mais également de leur « apprendre à se laver correctement (Apprendre le Jeune à utiliser la douche, c'est aussi indirectement apprendre toute sa famille à s'en servir) » (Morel, 1954 : 90-92).

Aussi, dans la mesure où « le bistrot demeure l'un des lieux privilégiés de la convivialité ouvrière » (Goetschel, Toucheboeuf, 2004 : 367), les cafés-bars n'échappent-ils pas à la vindicte médicale. La critique sera particulièrement vive de la part des médecins qui font l'expérience du contrôle au sein de petites associations sportives dont le siège est situé dans le café de la localité⁸. La violence des jugements tenus est à la hauteur du sentiment d'autorité morale qui anime ses médecins.

« Il existe certains chefs de clubs qui ne sont pas dignes du nom de dirigeants sportifs. Combien de clubs soi-disant sportifs ont leur siège social au café-bar que tient leur président fondateur (par hasard, sans doute). Ces clubs ont pour principale activité la réunion au dit café-bar, où l'on est préoccupé autant de politique que de sport, autour des tables où sont servies des consommations très antisportives au grand avantage du propriétaire cela va sans dire [...]. Ces quelques malheureux sportifs ont eu un geste malheureux en s'inscrivant à un tel club. Il est aisé de comprendre que ce marchand d'alcool qui s'est improvisé

⁷ La loi du 16 juillet 1949 sur les publicités destinées à la jeunesse constitue un « cas limite de désaméricanisation » en ce qu'elle vise implicitement les Comics qui ont envahi le monde de la bande-dessinée, et qui sont jugés immoraux.

⁸ En 1961, sur les 113 CMS répertoriés, 8 sont encore domiciliés dans un Bar ou un Café.

dirigeant de club et feint de s'intéresser aux sports, dans le seul but de constituer un noyau de fidèles clients est parfaitement indifférent à ce qui se passe sur le terrain de « son » « club » et se gausse du contrôle médico-sportif. Cet exploitateur du sport est nuisible à la société, que par ailleurs, il sape par la distribution de boissons frelatées, toxiques et rejetées par les véritables sportifs » (Siméon, 1946 : 58-59).

Une telle posture d'autorité, qui trouve les conditions de sa pleine expression dans le cadre d'un projet national d'encadrement moral, pose question du point de vue de sa réelle mise en œuvre. Alors que la médecine entre dans un processus de spécialisation (Pinell, 2005), où se situe donc cette médecine du sport dans la hiérarchie des prestiges professionnels. Et qui sont ceux qui y trouvent un intérêt ?

Une poignée de passionnés pour une foule d'obligés

Si les subventions et l'investissement des collectivités permettent la mise en forme administrative du contrôle médico-sportif, le degré d'engagement des médecins dans ce segment professionnel mérite d'être interrogé. L'augmentation substantielle des contrôles réalisés permet de penser la diffusion nationale de cet exercice [voir encadré n°1], et dessine en filigrane la nécessaire adhésion d'un nombre suffisant de praticiens. Pour autant, le nombre exact de médecins concernés demeure inconnu. La permanence des appels aux « bonnes volontés », adressés par les médecins de la DGEPS, invite d'ailleurs à la prudence. Bien que séduisants, les arguments trahissent de réelles difficultés de recrutement. En 1948, le message du docteur GA Richard – « pionnier » de la « médecine sportive » dans l'entre-deux-guerres, devenu ensuite Conseiller Technique au Bureau Médical de la DGEPS – en est un témoignage éclairant. Le prosélytisme est doublement révélateur d'un investissement qui ne tient alors pas de l'évidence, et dont il convient de fixer les termes.

« Les conditions de travail des médecins de l'éducation physique et du sport se sont grandement améliorées ; on a perdu l'habitude de les considérer comme les gêneurs inutiles qu'ils semblaient être il y a 20 ou 25 ans ; on trouve même naturel et normal de leur accorder la considération morale et matérielle qu'ils méritent. Il faut donc souhaiter que de nombreux techniciens viennent à nous, et c'est surtout aux **jeunes** que je pense, pour lesquels cette activité, loin d'être une perte de temps, sera l'occasion, d'ailleurs justement rémunérée, de **démontrer leur valeur professionnelle** et **d'accroître leur notoriété débutante.** » (Richard, 1948)

La médecine du sport de contrôle est ici présentée comme un formidable outil de « démonstration de soi » pour de jeunes médecins, qui, fraîchement formés, ont tout à « prouver ». Se faire la main, construire une clientèle, autant d'arguments dont on perçoit la force illocutoire lorsqu'ils portent sur les nouveaux entrants d'un espace professionnel présenté et perçu comme incertain. « Les difficultés accrues des conditions d'exercice ont aussi eu pour conséquence la dégradation du climat de confraternité. La concurrence entre médecins est perçue comme devenant de plus en plus dure. “Le médecin est un loup pour le médecin” » (Herzlich, Bungener, Paicheler, Roussin, Zuber, 1993 : 231).

« Depuis le début du siècle, l'effectif du corps médical français a sensiblement triplé, passant de 15900 praticiens en exercice en 1901 à 46700 en 1960. Comme durant cette période, la population française ne s'est accrue que de 11%, la densité médicale a considérablement augmenté » (Bui-Dang, 1963 : 722).

Pourtant cela ne suffit vraisemblablement pas à attirer la foule de jeunes médecins escomptée. En 1954, alors que les contrôles médico-sportifs se multiplient sur le territoire national (plus de 190 000 pour cette seule année), « la pratique du Sport [reste finalement] assez peu médicalement contrôlée dans les Associations sportives » (Delnatte, 1954 : 48). Les raisons en sont nombreuses. Cette médecine, parce qu'elle s'intéresse à l'homme sain et à son adaptation au Sport – objet mineur – est largement déconsidérée par les instances représentatives du Corps Médical. Le désamour, voire la méfiance de l'intelligentsia médicale à l'égard de la question est ancienne et s'exprime de manière lancinante depuis le début du 20^{ème} siècle (Viaud, 2009a : 223-226). Mais à cela s'ajoute la difficulté d'une rémunération jugée par tous insuffisante. Le dispositif administratif qui encadre l'exercice du médecin du travail prévoit la prise en charge de la rémunération par l'employeur, et autorise un statut salarié. Il n'en est rien en ce qui concerne le médecin du sport qui intervient au sein d'associations. Si le principe selon lequel le médecin doit être honoré est fixé dans la loi dès 1942, « jusqu'à présent, les médecins ont fréquemment consacré leur temps bénévolement. Or [...] il est indispensable qu'ils soient honorés, ce qui est rendu possible par l'aide apportée au club, tant par la Municipalité que par la subvention du Commissariat » (Huchet, 1944 : 11). Ce principe est toujours réaffirmé ensuite, le paiement au nombre de sujets examinés ou à la vacation sont les modalités de rétribution retenues. En 1946, « le taux des vacations doit être au minimum de 220 frs pour une heure, 400 frs pour deux heures, 600 frs pour trois heures et demi », pour une « cadence correcte » de « 6 à 8 examens à l'heure » (Siméon, 1946 : 15-16). Dans de telles conditions, les recettes perçues par les médecins sont très inférieures aux prix exercés en contexte libéral. « Il faut [donc] noter que les médecins déjà absorbés par leur clientèle n'ont pas les loisirs suffisants pour s'attarder aux cas des sportifs (qui sont réputés sains). C'est toujours pour eux un sacrifice de prélever sur leur temps si précieux plusieurs heures avec un tarif d'honoraires absolument dérisoire. Quant à ceux qui se spécialiseraient, ils s'enlèveraient, au taux des vacations actuelles, la possibilité de faire vivre honorablement leurs familles » (Siméon, 1946 : 57). Ainsi, ce qui accompagne le développement sans précédent des contrôles médico-sportifs depuis le milieu des années 1940, c'est l'idée selon laquelle cette médecine ne peut constituer, à elle seule, une activité à plein temps. Cet exercice, hors du cabinet, peu rémunérateur, et à distance du « cœur de métier » que constitue la pathologie, ne peut être que complémentaire d'une pratique médicale plus générale. C'est là ce qu'exprime Pierre Metzger en 1952, lorsqu'il discute de la place des organisations de contrôle depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. « Du fait qu'elles sont maintenant officielles et obligatoires, elles occupent **une partie de l'activité** de nombreux **jeunes** médecins [par] le contrôle médical du sport dans les clubs et les fédérations sportives » (Metzger, 1952 : 5).

Or, les actes qui composent le contrôle médico-sportif renvoient à un exercice généraliste. Les dispositions législatives prises à l'égard des grandes réunions sportives participent d'un tel rapprochement. La Circulaire de mars 1948 prévoit ainsi qu'à « l'occasion

de toute réunion sportive importante, les Fédérations, Groupements sportifs, etc., organisateurs doivent prévoir un service médical destiné à venir en aide, non seulement aux athlètes *mais aussi aux spectateurs* » (Encausse, 1962 : 278-279). La médecine du sport de contrôle s'apparente ici à une médecine d'urgence, au plus près du terrain, comme au sein de l'Association Sportive des PTT, où « le service des examens médico-physiologiques peut-être comparé à un poste de secours de bataillon » (Siméon, 1946 : 41). Or, l'augmentation du nombre de médecins généralistes formés, synonyme d'une plus grande couverture de l'offre de soins sur les territoires, est sans doute largement responsable de ce lien mécanique qui s'établit alors entre une médecine généraliste et la médecine sportive. La multiplication des discussions relatives à la place et au rôle du médecin de famille dans l'organisation des contrôles médico-sportifs est à ce titre particulièrement significatif. Pour André Huchet, parce qu'il n'est « pas possible de trouver assez de médecins spécialisés dans les questions sportives pour examiner tous les jeunes gens », le contrôle médico-sportif doit être confié à un médecin de famille, « spécialiste de l'individu ». Il rappelle ainsi que « la technicité ne dispense pas d'un examen fait avec l'esprit pratique et le bon sens du médecin de médecine générale, rompu à 'toiser' un sujet » (Huchet, 1944 : 37). Se pose en revanche la question de la concurrence susceptible de s'établir entre des médecins généralistes présents sur un même territoire. En 1946, Jean Siméon plaide pour un partage rationnel des tâches et des informations médicales.

« Au moment de l'inscription dans une association, le candidat mineur doit présenter un bulletin de demande d'admission signé de ses parents. A ce bulletin est jointe une feuille de renseignements très simple, remplie par le médecin de famille. [...] Inversement, les observations du médecin de l'association sont communiquées, s'il y a lieu à traitement, au médecin de famille qui, seul, a qualité pour formuler et conduire ce traitement. Ainsi, le "conseiller médico-sportif" ne peut être accusé d'empiéter sur les attributions de son confrère, et les jeunes sportifs tirent de cette confraternelle collaboration le plus grand intérêt. » (Siméon, 1946 : 17)

De telles précisions renforcent le sentiment de grande proximité entre ces divers exercices médicaux. S'il est besoin d'insister sur ce principe de la non-concurrence entre les praticiens, c'est que les frontières entre leurs mondes sont peu lisibles et que leurs pratiques se confondent. A l'inverse, la distance qui sépare le médecin « contrôleur du sport » de ses confrères « spécialistes » est clairement établie et ne souffre d'aucun malentendu. « Lorsqu'au cours d'une visite, nous avons diagnostiqué une anomalie des bruits du cœur, nous [ne prenons aucune décision] jusqu'à la réponse du spécialiste vers lequel nous avons orienté l'intéressé ». De même que « toute scoliose suspecte d'évolution sera orientée vers l'orthopédiste » (Huchet, 1944 : 20). Une médecine peu spécialisée donc, qui présente des caractéristiques proches de l'exercice du médecin de famille, mais cumule les désavantages dans la mesure où elle suppose de se déplacer hors du cabinet et reste faiblement rémunératrice. Le profil des médecins recherchés en dit long des conditions dans lesquelles s'établissent des liens entre des sociétés sportives et certains praticiens. La formule retenue par les dirigeants sportifs des Tirailleurs de Billy-Montigny pour qualifier les difficultés qu'ils rencontrent dans le recrutement d'un médecin, et ce alors même que « les difficultés

matérielles sont moins aigues dans cette société subventionnée par les Houillères Nationales », est très éclairante. Ils aimeraient « trouver l'aide d'un médecin aimant le sport et assurant le contrôle médical dans des conditions acceptables pour la Société » (Siméon, 1946 : 35). D'une situation où l'on comprend que seuls les médecins intéressés personnellement par la pratique sportive peuvent y trouver un intérêt, autre que financier, les écrits de l'époque participent d'un renversement de signification et l'idée selon laquelle le médecin *doit* connaître intimement le sport s'impose. Une telle posture n'est pas étrangère au fait que les principaux rédacteurs du contrôle médico-sportif, pionniers pour la plupart de cette médecine dès l'entre-deux-guerres, sont eux-mêmes d'anciens pratiquants. Contrôler cet univers, sans le connaître *de l'intérieur*, paraît inconcevable. Les exemples sont ici pléthores.

« Quel est le médecin qui doit faire l'examen ? Le médecin de famille ? Aucun inconvénient, mais il faut que ce médecin soit au courant de la chose sportive ; c'est pourquoi il sera préférable de s'adresser à des médecins ayant pratiqué eux-mêmes le sport. Pour autoriser ou interdire, il est nécessaire de le connaître. L'idéal est que le médecin de famille soit en même temps sportif » (Chuche, 1944 : 61).

Pour Jean Siméon, deux ans plus tard, les termes ne sont guère différents.

« Toute association garde le libre choix de son ou de ses médecins. Toutefois, ces médecins devront, autant que possible, être choisis parmi les praticiens ayant déjà une certaine connaissance du sport et des sportifs. Tout médecin ayant pratiqué ou pratiquant par lui-même un ou plusieurs sports de compétition exerce sur les athlètes comme sur les dirigeants une influence beaucoup plus grande que celui qui prend connaissance du sport à l'occasion du contrôle médical » (Siméon, 1946 : 13).

En laissant entendre que les associations seront être en capacité de « choisir » un médecin parmi de multiples candidats et en les invitant à « retenir » celui qui est d'ores et déjà inséré dans l'univers associatif sportif, les écrits renforcent la dimension vocationnelle d'un exercice guidé par la passion. L'éloge du dévouement fait de cette médecine sportive une médecine « pas comme les autres », et participe d'un processus plus général de dénégration du travail dans le monde du sport français (Fleuriel, 2006). Il n'est d'ailleurs pas neutre de constater que les textes législatifs qui encadrent les contrôles médico-sportifs « offrent » explicitement aux médecins qui « le veulent », la possibilité « d'être [ou de rester] bénévole », en reversant leurs honoraires à la société sportive. Cette grandeur morale, qui pose par principe la gratuité économique du service rendu (Loirand, 2005), est en soi une « douce violence » et marque un peu plus le caractère dominé de cet exercice dans l'espace médical.

La Libération représente une période de vaste remaniement du champ médical. Les Spécialités, qui existaient en pratique avant la guerre, bénéficient désormais d'une reconnaissance académique. S'il est possible en effet de constater

« l'absence de référence explicite aux spécialistes dans le texte de loi portant création de l'Ordre des médecins [loi du 7 octobre 1940], [...], la situation change après-guerre, avec l'établissement des certificats universitaires de spécialités auxquels s'inscrivent non seulement des étudiants, mais nombre de praticiens déjà

établis. La transition s'organise avec l'institution en 1947, par arrêtés législatifs, de commissions habilitées à homologuer comme spécialistes, les médecins se consacrant à leurs spécialités depuis plusieurs années. Deux ans plus tard, un arrêté du 6 octobre 1949 distingue le médecin spécialiste et le médecin compétent, fixe les conditions de leur reconnaissance et en établit la liste » (Herzlich, Bungener, Paicheler, Roussin, Zuber, 1993 : 77-78).

Cette redéfinition de l'espace professionnel, par les découpages plus marqués qu'elle officialise, va renforcer considérablement les concurrences internes au champ médical. Dans un souci évident de placement au sein d'une hiérarchie rendue visible, la course aux spécialités distinctives et aux compétences multiples est ouverte (Pinell, 2005 : 36). Or, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, au cours de sa séance du 17 janvier 1948, fait de la « médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports », une « compétence » (tout comme la médecine du travail, d'ailleurs). Cet étiquetage, peu avantageux, est paradoxalement posé au moment même où la médecine du sport enregistre des avancées notables du point de vue de sa représentation universitaire. En matière de formation, s'il a existé ici et là quelques tentatives d'enseignements dans l'entre-deux-guerres, elles sont restées dispersées et peu opérantes. Le 25 décembre 1949, est publié au Journal Officiel l'arrêté relatif à la création d'un Certificat d'études spéciales (CES) de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports, délivré par les facultés de médecine à ses docteurs après un enseignement d'une durée d'un an. La formation est courte, certes, mais elle consacre l'entrée de la médecine du sport dans les amphithéâtres, et est en cela une petite révolution. Cette assise universitaire sera d'ailleurs largement renforcée, peu de temps après, par la création en octobre 1951 d'une chaire de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports à la faculté de médecine de Paris. Elle est confiée en février 1952 à une figure historique de l'espace médico-sportif, le Professeur Paul Chailley-Bert, chargé d'assurer la promotion de la discipline. Pourtant, force est de constater, malgré ces réelles avancées, la relative inertie des mesures engagées.

« Les effectifs des titulaires de la compétence médico-sportive sont restés minimes. Le Conseil de l'Ordre recense 186 diplômés du certificat de 'biologie appliquée à l'éducation physique' en 1966, pour un total de près de 27000 spécialistes, alors que la plupart des spécialités ont entre 1000 et 3000 membres » (El Boujjoufi, 2005 : 133).

Dans le même ordre d'idée, peu de thèses, dont le titre témoigne d'un intérêt porté à la question des activités physiques et sportives, sont soutenues dans les années 1950⁹. Et ce alors même que l'Etat, par la voie de la DGEPS, multiplie les tentatives d'encouragements des travaux réalisés sur le sujet en instituant, dès 1945, des récompenses pour les auteurs des meilleurs ouvrages ou thèses de médecine appliquée à l'EPS. Cette mesure, régulièrement réaffirmée par des Arrêtés ministériels adoptés entre 1946 et 1960, n'aura pas eu l'effet dynamisant escompté.

⁹ Entre 1945 et 1960, les thèses de « médecine de l'EPS » ne dépasseront jamais plus de 2% de l'ensemble des thèses de médecine soutenues chaque année (Viaud, 2009a).

Conclusion

Le succès du contrôle médico-sportif sous la quatrième République résulte clairement d'un travail politique de mise en forme administrative, dans un contexte favorable au renforcement d'une médecine sociale. Au service de la jeunesse, il s'agit de préserver les corps des effets nuisibles de la compétition et justifie le contrôle public des associations sportives et de leurs fédérations par l'obligation du certificat médical. La médecine du sport encouragée et encadrée par les services d'Etat prend alors clairement la forme d'une médecine d'aptitude, focalisée sur la surveillance et l'orientation des pratiquants. Elle suppose un exercice hors des murs du cabinet médical, dans les associations ou les CMS, proche dans les faits d'une activité généraliste. Les honoraires, constitués presque exclusivement de subventions publiques, sont plus faibles que les taux de rémunération pratiqués en contexte libéral et expliquent les difficultés de recrutement des médecins par les associations. C'est d'ailleurs pour répondre à cette problématique que l'Etat enclenche dès la fin des années 1940 un travail législatif visant à asseoir la reconnaissance académique de la médecine du sport. Arrêter le principe d'une certification, encourager la réalisation de thèses sur l'EPS, autoriser la création d'une chaire de biologie appliquée à l'EPS, sont autant de mesures visant la promotion d'une telle compétence. Tentatives peu fructueuses s'il en est, compte tenu du nombre extrêmement faible de médecins qui choisissent de se former ou qui participent, à l'occasion de leurs travaux de doctorat, à en formaliser le contenu. Tout laisse donc à penser que la médecine du sport qui se stabilise et se généralise au tournant des années 1950 est une pratique médico-administrative distante des canons académiques qui fédèrent le Corps Médical. Et c'est bien là tout le paradoxe. D'un côté, cette médecine du sport de contrôle s'impose à une foule de pratiquants sportifs et acquiert en cela une véritable reconnaissance « publique », mais de l'autre, elle reste largement confinée et inaudible dans un univers académique qui ne lui réserve qu'une place limitée. Nous y voyons là les origines d'une situation qui ne laissait pas d'étonner le député Olivier Jarde en 2005, lorsqu'il évoquait cette médecine connue de tous, mais qui pourtant reste une « discipline introuvable » (Jarde, 2005 : 21).

Encadré n°1 : Le contrôle médico-sportif, en chiffres

Année	Nbre de CMS subventionnés par l'Etat
1942	14
1943	47
1945	55
1951	87
1961	113

Année	Demandes de subvention	Membres actifs inscrits	Sujets examinés	Certificats d'aptitude aux sports refusés	Installations radiologiques utilisées	Sujets radioscopés
1945	1 502	221 191	80 180	3 002	11	8 050
1946	1 744	239 183	100 181	3 151	169	18 080
1947	1 892	252 190	143 986	4 841	186	23 204
1948	2 314	326 197	145 329	4 960	257	40 174
1949	2 333	303 685	152 569	4 084	264	43 363
1950	2 380	329 098	163 341	5 008	308	44 417
...						
1955			194 286	5 881		76 966
...						
1960			212 187	5 440		81 343

	Médecin	Assistant	Radioscopie	Fonctionnement	Total / sujet examiné
Circulaire janvier 1943	10 frs			Selon la demande	
Circulaire septembre 1945	10 frs	2 frs		Selon la demande	
Arrêté septembre 1950	60 frs	10 frs	20 frs	10 frs	100 frs
Arrêté septembre 1955	100 frs	10 frs	30 frs	10 frs	150 frs
Arrêté septembre 1959	100 frs	10 frs	30 frs	10 frs	150 frs

C. M. S. - 51 - 6

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

NOM DE L'ASSOCIATION SPORTIVE :

CONTROLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE AUX SPORTS *

Je soussigné Docteur certifie avoir
(En lettres capitales ou cachet.)
demeurant
examiné à la date de ce jour M
âgé de Membre d
demeurant
et n'avoir constaté aucun signe contre-indiquant la pratique des sports suivants
en compétition (1).

A le 195.....
Signature du Médecin

(1) L'intéressé devra indiquer dès le début de l'année les différents sports
qu'il désire pratiquer.
N.-B. — Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant,
il ne délivrera pas de certificat.

Si le sujet présente un développement physique suffisant, le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition
dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Voir au verso les diverses catégories d'âge.
★ Obligatoire pour tout sportif non classé « senior » au 1^{er} janvier de l'année en cours et pour toute sportive quel que
soit son âge.

SURCLASSEMENT (1)

Je déclare que :

M

présentant :

- 1° Un bon état organique;
 - 2° Un bon équilibre physiologique;
 - 3° Un bon équilibre morphologique,
- est APTE à pratiquer dans la CATEGORIE
D'AGE IMMEDIATEMENT SUPERIEURE les
sports suivants en compétition :

Le 195.....
Signature du Médecin,

Fac similé (recto) du modèle officiel du certificat médical d'aptitude aux sports, en compétition.

Image 1 : Le modèle officiel de certificat médical d'aptitude aux sports, en compétition. 1951.

Image 2 : La mise en forme administrative du contrôle médico-sportif au sein de la Fédération Française de Basket-Ball. 1944.

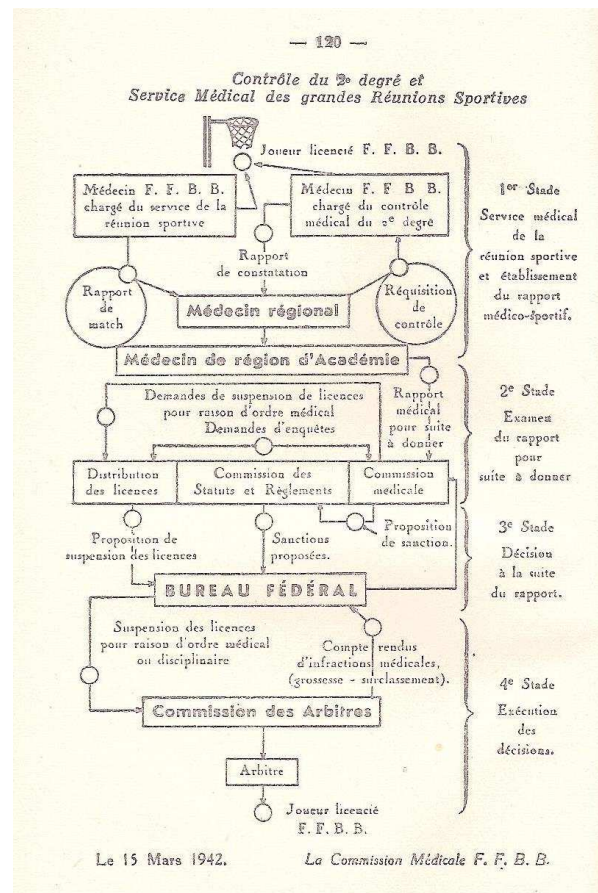
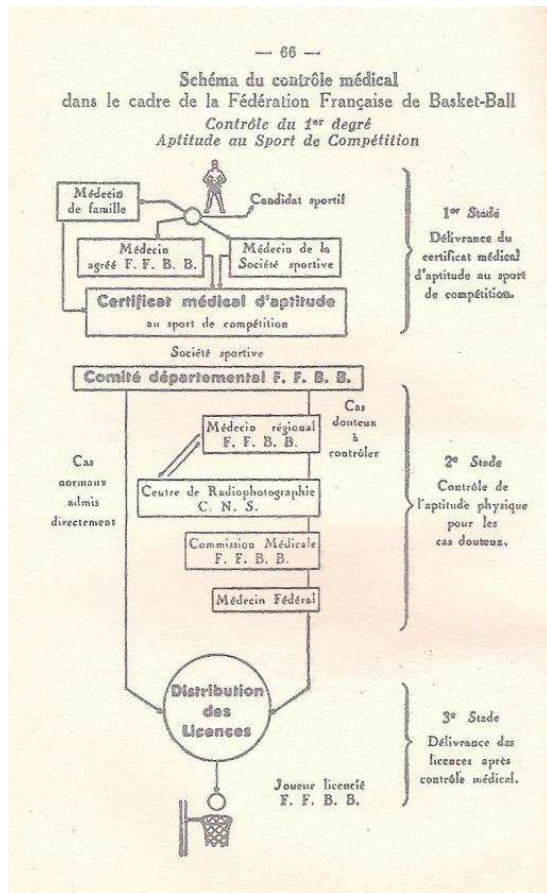


Image 3 : Le contrôle de l'Etat sur les Fédérations sportives par l'imposition des catégories d'âge. 1944.

CLASSIFICATION ADOPTÉE

PAR LE COMMISSARIAT GÉNÉRAL A L'ÉDUCATION GÉNÉRALE ET AUX SPORTS

EN CATÉGORIE D'ÂGE LÉGAL

GARÇONS	FILLES
Poussins 9 ans et au-dessous	Poussins 9 ans et au-dessous
Benjamins-Minimes ... 10 à 13 ans	Benjamins-Minimes . 10 à 13 ans
Jeunes Cadets 14 et 15 ans	Cadettes 14 et 15 ans
Cadets 16 et 17 ans	16, 17 et 18 ans
Juniors 18 et 19 ans	Adultes 19 ans et au-dessus
Adultes 20 ans et au-dessus	

NOTA. — L'Age *physiologique* peut différer de l'Age *légal* soit en dessus, soit en dessous. Dans ce cas, le Médecin indiquera sur son Certificat :

AGE *PHYSIOLOGIQUE* : Catégorie

AGE *LEGAL* : Catégorie

Le sujet examiné est autorisé à pratiquer le **BASKET-BALL** dans la Catégorie

(Préciser Poussins, Benjamins, Cadets, Juniors, Adultes)

Les indications, présentant un caractère *exceptionnel*, devront être portées de la main du Médecin sur le Certificat et paraphées par lui