



HAL
open science

Les pionniers de la médecine de l'éducation physique et des sports en France : entre reconstruction de la race et construction du champion

Baptiste Viaud

► **To cite this version:**

Baptiste Viaud. Les pionniers de la médecine de l'éducation physique et des sports en France : entre reconstruction de la race et construction du champion. Stadion - Zeitschrift für Geschichte des Sports und der Körperkultur, 2011. halshs-01877586

HAL Id: halshs-01877586

<https://shs.hal.science/halshs-01877586>

Submitted on 20 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.

Les pionniers de la médecine de l'éducation physique et des sports en France : entre reconstruction de la race et construction du champion

Introduction

De nombreuses analyses socio-historiques prenant pour objet la médicalisation des activités corporelles en France s'inscrivent dans une volonté de compréhension du développement de l'éducation physique et sportive (EPS)[[i](#)]. Le propos de cet article consiste pour sa part à objectiver les conditions d'émergence et de structuration d'un exercice médical original, celui-là même qui est à l'origine de ce nous appelons aujourd'hui communément la « médecine du sport ». Autrement dit, il ne s'agira pas ici de regarder la médecine de l'éducation physique et des sports pour comprendre l'EPS, mais bien de discuter d'EPS en ce qu'elle constitue le terreau sur lequel vont germer les trajectoires médico-sportives originelles. Le mouvement de la pensée est alors différent et l'analyse n'a pas la prétention d'apporter un éclairage nouveau sur l'histoire de l'éducation physique scolaire par le récit du développement de la médecine des exercices corporels[[ii](#)]. L'école est à l'évidence un lieu extrêmement important du point de vue de la diffusion des idées. A ce titre, la médecine scolaire et les médecines sociale ou clinique de l'éducation physique et des sports se sont assurées une place de choix. Sous couvert de régénération de la race, morale et thérapeutique se côtoient, et l'espace scolaire s'en trouve modifié. Les travaux de Fauché et Orthous sur l'école, ou de El Boujjoufi et Defrance sur l'Université sont ici particulièrement riches d'enseignements[[iii](#)]. Mais la sphère scolaire n'est pas le seul espace sur lequel ses agents vont apposer leurs marques. Si l'aspect économique de cet exercice médical singulier est le témoin incontestable d'une transformation beaucoup plus générale de la sphère médicale en ce qu'il éclaire des stratégies de distinction inédites, il ne faut pas oublier les effets d'une telle médicalisation sur l'univers proprement sportif. Georges Vigarello nous rappelle en effet que dans cette première moitié du XX^e siècle, « la performance chiffrée est [...] interprétée comme un perfectionnement sanitaire ». Selon lui,

« L'originalité n'est pas de passer de la non-santé à la santé, mais plutôt d'approfondir la santé elle-même, imaginer son accroissement indéfini. C'est le "sanatorium pour bien-portants", établissement projeté par P. de Coubertin dans une de ses fictions à valeur de programme. L'image est économique, orientée vers la "plus-value physique" : régime, exercices, lever à 7 heures, coucher à 21 heures, entraînement continu devraient transfigurer la santé jusqu'à déplacer ses frontières. Jamais la normalité sanitaire n'avait à ce point semblé modulable, perfectible, tendue vers le futur et le progrès »[[iv](#)].

Cet énoncé suscite un questionnement aussi délicat qu'important. Au vu de la proximité des

principes de vie ascétiques conseillés ou prescrits indifféremment aux curistes, gymnastes et sportifs dans l'entre-deux-guerres, comparativement aux principes mêmes qui seront constitutifs de l'espace du sport de « haut niveau » dans la seconde moitié du XX^e siècle, l'implication réelle de l'hygiénisme social (porté et diffusé par certains médecins) dans l'invention du sport d'élite reste à explorer. La prudence est ici de mise. S'il faut se méfier du risque d'anachronismes que suppose l'envie de « faire parler l'histoire », il est également nécessaire de se défaire du fantasme de la toute-puissance des traces écrites. Le récit est un gage de connaissance historique fort mais il est parfois autant dissimulateur que révélateur de la réalité. La recherche menée par Jacques Defrance sur les exercices corporels ayant cours dans les arrières boutiques parisiennes, illustre la disparition de l'illégitime dans les écrits et les manuels[v]. L'encre a ainsi bien souvent ce caractère hautement discriminant de n'inscrire dans le temps et la durée que ce que son auteur s'est senti autorisé d'écrire, dans les contraintes du contexte qui le porte et le produit. Ainsi, dans un environnement dominé par la nécessité de « redresser » la nation et dans lequel persistent des confusions et de fortes oppositions entre les cultures corporelles, la défense d'une « EP médicament » face au désir médical d'amélioration d'une performance sportive fait à coup sûr office de discours légitime, et domine très largement les écrits de l'époque. Faut-il pour autant en conclure avec Francis Charpier à propos de cet exercice médical particulier, que « concernant ses premiers développements, [...] les médecins de l'éducation physique et du sport développent une conception hygiénique et sanitaire de l'éducation physique et du sport, et ne s'inscrivent pas directement dans une logique d'amélioration des performances des athlètes »[vi] ? Peut-on fonder *a priori* une telle antinomie entre l'hygiénisme et la performance athlétique ? A l'exemple de cette citation d'Anne Roger, qui explique : « *Même si l'un des ouvrages de Bellin du Coteau est intitulé "l'entraînement sportif", l'aspect hygiénique garde une place essentielle dans ses propositions concrètes* »[vii]. Comme si sport et hygiène devaient nécessairement être séparés dans l'esprit de chacun des médecins présents dans l'espace, quelles que soient leurs trajectoires individuelles. Au risque de proposer ici une comparaison déplacée, dans le contexte actuel, la lutte anti-dopage est survalorisée et écrase les visions illégitimes de certains médecins adeptes de l'aide médicamenteuse. Ces derniers existent néanmoins. La reconstruction de l'histoire de la médecine de l'éducation physique et des sports dans l'entre-deux-guerres ne souffre-t-elle pas d'une même duplicité ? Bellin du Coteau prêche son hygiénisme, comme bon nombre de ses confrères des années 1920. Mais cette croyance dans les bienfaits de l'hygiène n'étouffe en rien son passé sportif. Dès lors, la spécialisation sportive et la réalisation de performances peuvent être une forme idéalement aboutie d'un hygiénisme mené à son terme, preuve ultime de bonne santé en quelque sorte. Elitisme et hygiénisme peuvent donc se rencontrer au sein d'une même trajectoire individuelle, et produire une sensibilité médicale au jeu proprement sportif. Ainsi s'impose le besoin de repenser l'hygiénisme dans son rapport au sport

d'élite et à la formation des champions. Alors que des auteurs tels que Taïeb El Boujjoufi et Anne Roger démontrent avec justesse le caractère *différencié* de cet espace médico-sportif dans la première moitié du XX^e siècle, la pensée hygiéniste semble paradoxalement s'imposer de façon *homogène* au groupe des médecins intéressés par les exercices du corps. Partant du principe que la logique sportive s'oppose à la logique hygiénique[viii], ils en arrivent donc à une conclusion similaire : « L'hygiène ne réussit pas à imposer ses normes dans un espace en phase d'autonomisation comme celui du sport de compétition »[ix]. Compte tenu de l'hétérogénéité originelle des positions et des dispositions des praticiens de santé intéressés par les activités corporelles, il est pourtant nécessaire d'interroger la diversité des prises de positions[x]. A l'image du médecin champion de France qui voit dans l'exploit la preuve d'un hygiénisme puissant, il est probable que la perception de l'hygiène ait subie les distorsions des multiples interprétations individuelles. Bien loin d'une idéologie « homogène », l'hygiénisme social se courbe alors sous le poids des trajectoires individuelles, et en particulier des biographies sportives. Cet angle d'analyse enrichit donc la vision initiée par Anne Roger et reprise de concert par Francis Charpier et Taïeb El Boujjoufi, qui fait de la médecine de l'éducation physique et des sports une médecine hygiéniste indifférente voire opposée à tout entraînement spécialisé, constituant en cela un frein à l'autonomisation et au progrès sportif, face au groupe des techniciens qui à l'inverse serait le seul à véritablement jouer le jeu de la performance. Ils divisent ainsi le siècle en deux et organisent l'histoire autour d'une rupture fondamentale : la première moitié du siècle, marquée par la tutelle médicale qui est responsable d'un développement jugé timide du sport de compétition, et la seconde moitié, laissée à la discrétion des entraîneurs, condition d'une escalade débridée des exploits athlétiques. La césure entre le modèle hygiéniste et le modèle sportif mérite cependant d'être nuancée[xi]. Discuter de l'hétérogénéité des médecins apporte en effet un éclairage utile sur les rapports différenciés que les praticiens entretiennent à la médecine et au sport. Si certains s'opposent effectivement avec véhémence à toute forme de compétition et d'efforts intenses, les principes hygiéniques dont ils font l'écho peuvent parfaitement être utilisés, récupérés, presque malgré eux, par le monde du sport d'élite alors en pleine effervescence. D'autres à l'inverse, moins nombreux, par la sensibilité biographique qui les rapproche des enjeux sportifs, n'hésiteront pas à s'inscrire volontairement, parfois même avec ferveur, dans des perspectives d'amélioration des performances athlétiques. Ainsi, l'instrumentalisation de la médecine par le sport, avec ou sans le support actif des médecins intéressés par l'exercice corporel, amène à penser l'histoire en termes de continuités et non de ruptures. Loin de faire de l'hygiénisme et de la tutelle médicale un frein à l'autonomisation et la rationalisation sportives, il s'agit bien selon nous de l'un des matériaux primitifs et constitutifs de l'espace des sports français.

L'hygiénisme au secours du sport, « à l'insu de son plein gré »

« Que la science (médicale ou autre) produise des savoirs dont la médecine tire parti est une évidence. Que cette association soit directement dirigée vers la santé de l'individu est une chose ; qu'elle serve l'amélioration de ses performances sportives en est une autre. D'un côté, en effet, la redéfinition de l'organisme comme moteur humain depuis la fin du XIX^e siècle conforte l'autorité médicale dans son rôle préventif et éducatif en faisant de l'exercice un instrument de renforcement du capital physiologique de la personne. De l'autre côté, les connaissances scientifiques [...] seront dès cette même époque exploitées comme autant d'aides à la rentabilité sportive ou gymnique, tant en Europe qu'en Amérique du Nord. La course au record et les enjeux symboliques, économiques et politiques de la compétition ne feront qu'amplifier ce recours à la science dans la préparation des athlètes tout au long du siècle »[\[xii\]](#).

Pour John Hoberman, le médecin participe à cette entreprise d'amélioration sportive et porte une responsabilité dans ce qu'il considère comme une véritable déshumanisation des sportifs[\[xiii\]](#). Sans rejoindre une option si radicale, il reste clair que le sport s'est nourri très largement des influences médicales. Des indices convergent en ce sens.

« L'athlète est invité à consacrer entièrement sa vie au sport. Il doit réserver à celui-ci tous ses excès. Ses échecs ne mettent pas en cause les programmes d'entraînement qui lui sont proposés mais ses conduites de vie dans la vie quotidienne. La danse est la "plaie" de tous les sportifs. Non seulement elle fatigue les jambes et use nerveusement, mais elle est profondément anti-hygiénique par l'atmosphère enfermée au sein de laquelle elle se déroule. Le Médecin-Chef de l'école de Joinville insiste surtout sur la chasteté. Pour lui, le corps est semblable à un condensateur électrique qui subit une déflagration qui dilapide son énergie. C'est dans des lieux éloignés de la ville que les athlètes d'élite peuvent donc le mieux se préparer »[\[xiv\]](#).

Les dirigeants sportifs eux-mêmes n'hésitent pas à se servir des arguments médicaux dès lors qu'ils sont susceptibles de servir leurs intérêts. Ainsi,

« lorsqu'ils donnent des conseils aux athlètes débutants, surtout pour les orienter vers les championnats qui ne les attirent guère, les dirigeants établissent une relation de cause à effet entre sport et santé. G. de St Clair cite les travaux du Dr. Morgan qui, selon lui, a établi sans réfutation possible, le fait que la mortalité de ceux qui se livrent aux exercices les plus durs et les plus violents est de 30 % inférieure à la moyenne du pays »[\[xv\]](#).

L'hygiénisme est donc responsable presque « malgré lui » d'une rationalisation sportive et de l'émergence dans la petite sphère de la haute performance de l'idée que la santé est accessible dans le dépassement des limites. Dès la fin du XIX^e siècle, des médecins, pourtant souvent fort éloignés de *l'idée sportive*, ont contribué par leurs écrits de portée générale à alimenter la spécificité de l'entraînement athlétique. Le Docteur Tissié, suédiste convaincu écrit par exemple dès 1887 que

l'accoutumance à la fatigue garantit le corps contre les chocs et les frottements, comme un outil. De même, le Docteur Ruffier, sensible à la méthode naturelle d'éducation physique, lorsqu'il livre sa vision du développement de l'Homme, laisse libre cours à des interprétations multiples :

« La vie n'est que l'utilisation de l'énergie universelle qui est illimitée. Les organes qui permettent de dépenser l'énergie (cerveau, muscles) ne dilapident pas notre capital de vie, au contraire, ils assurent les transformations chimiques sans lesquelles l'entretien de la vie est inconcevable. Tout ralentissement de leur fonction entraîne une diminution de l'énergie libérée. L'idéal serait de les maintenir en état de fonctionnement intense et continu »[\[xvi\]](#).

On mesure par ces citations dont la grande reproductibilité interdit le caractère anecdotique de leur utilisation, à quel point les discours médicaux, portés pourtant par des agents diversement sensibles au jeu sportif, peuvent invariablement servir les intérêts sportifs. Les agents qui composent la sphère de la haute performance athlétique traduisent les préceptes médicaux et hygiénistes dans le sens qui leur convient et en font même parfois une preuve supplémentaire de légitimité. Cette traduction « orientée » est perceptible dans les multiples formes d'instrumentalisations de la médecine opérées par les dirigeants sportifs et les athlètes eux-mêmes. Si le contrôle médical est bien souvent considéré comme le témoin incontestable de la frilosité médicale à l'égard des efforts violents dans les sports de compétition, il ne faut pas sous-estimer les bénéfices que l'univers sportif peut en tirer. Avec l'explosion du nombre de pratiquants dans les années 1920, et l'augmentation du volume et de l'intensité des entraînements et des confrontations, la jurisprudence de l'entre-deux-guerres est le support d'une inquiétude nouvelle à l'égard des blessures et des décès sportifs. La caution médicale que représente l'acte de délivrance d'une licence est alors source d'apaisement pour les fédérations qui engagent leurs responsabilités[\[xvii\]](#). Au-delà de cette utilisation très juridique, les institutions sportives se servent également de la présence médicale pour se distinguer et faire la publicité de leur modernité sur le marché des clubs sportifs. L'ambition du journal *L'auto* de récompenser la société sportive qui aura fait la preuve de son avancée médicale par le respect des principes hygiénistes est à ce titre particulièrement significatif. Les dirigeants sportifs qui se distinguent de ce point de vue obtiennent le titre évocateur de *Meilleur Club Français*. Cette marque honorifique s'inscrit dans la course symbolique qui oppose les sociétés sportives et dont l'enjeu consiste en un développement et une ouverture de leurs recrutements. Le travail réalisé par le *Stade Universitaire Lorrain* (SUL) de Nancy illustre la volonté de cette société d'obtenir une reconnaissance nationale et ainsi se faire une place parmi les grands clubs parisiens qui dominent l'espace sportif à cette époque. Enfin, de façon moins prosaïque, la médecine de l'éducation physique et des sports des années 1920 contribue à la construction et à la stabilisation de l'un des principes structurants de l'espace du sport d'élite, et participe en ce sens au processus d'autonomisation d'un univers centré sur la performance athlétique, en posant les bases d'une hyper

sélection, et donc nécessairement d'une spécialisation. En effet, si la grande majorité des médecins, en particulier ceux qui entretiennent un rapport biographique distant au sport d'élite, s'élève contre la participation indifférenciée aux épreuves sportives et se positionnent en faveur d'un contrôle préalable, ils participent pleinement et sans doute d'autant plus efficacement qu'ils n'en ont pas conscience, à l'hyper sélectivité athlétique. En cherchant les inaptés pour repérer et prévenir d'éventuels accidents liés à une pratique non adaptée, ils livrent dans le même temps les « bons » éléments aux dénicheurs de talents. Il est extrêmement intéressant de constater que des médecins intéressés à l'activité physique pour des raisons parfois très éloignées de la production de performances athlétiques, qu'elles soient d'ordre économique ou scientifique par exemple, peuvent participer au jeu sportif. Le contrôle médical proposé par le docteur Louis Merklen auprès de la Fédération de football dès 1930 et adopté deux années plus tard, peut être lu d'un double point de vue.

« Le docteur Merklen prend la précaution de fournir aux entraîneurs et dirigeants la “description de certains signes commodes permettant de déceler un fléchissement dans l'état du joueur”. La diminution des performances, mais surtout l'apparition de troubles respiratoires, un palissement soudain, signe d'un cœur défaillant, une accélération inhabituelle du pouls après un léger effort, un retour au calme d'une durée exagérée, des modifications de l'humeur, un sommeil agité, une perte d'appétit, sont autant de critères qui doivent conduire à des examens complémentaires »[\[xviii\]](#).

La visée purement médicale de l'auteur apparaît ici avec évidence mais les possibilités de son utilisation sportive ne sont pas moins claires. En identifiant le moins bon, on repère aussi le meilleur. Ce principe extrêmement simple est mis en évidence de façon décomplexée par le docteur Boigey. Eloigné de l'exploit sportif, il poursuit activement son projet de valorisation de la science dans les questions d'éducation physique et sportive, et cherche à démontrer en particulier les apports incontestables de la physiologie. Dans cette logique, il n'hésite pas à mettre en avant les bénéfices de la médecine dans un projet de sélection sportive (bien que manifestant par ailleurs son désintérêt pour toute forme de spécialisation physique).

« Grâce à des tests préalables, il raconte avoir sélectionné le coureur Joseph Guillemot à l'Ecole de Joinville. Inconnu dix mois avant les Jeux interalliés d'Anvers en 1920, il y devient champion olympique du 5000 mètres et médaille d'argent du 10000 mètres. Boigey explique, non pas comment il a organisé son entraînement, ce qu'il n'évoque même pas, mais comment il l'a sélectionné parmi de nombreux sujets. Pour cela, il indique qu'il a dû dépasser les apparences et se fier au contraire aux résultats des diverses études physiologiques réalisées sur l'organisme de l'athlète. Ainsi confie-t-il que, “si l'on n'avait tenu compte que de la morphologie, personne n'aurait songé à envoyer Guillemot à Anvers. [...] Les parties les plus visibles de la machine animale ne prouvent rien quant aux qualités du travail. L'état du cœur, du système nerveux, des poumons, des reins, du foie a plus d'importance que les formes extérieures” »[\[xix\]](#).

La médecine de l'éducation physique et des sports peut ici devenir un instrument utile et

extrêmement efficace de sélection et d'évaluation. L'expérience du Docteur Diffre au *Racing Club de Roubaix* (RCR) semble confirmer cette interprétation. En effet, après avoir rappelé qu'il est lui-même pratiquant sportif, il précise :

« Avec de plus en plus de confiance, tous les racingmen viennent successivement à moi, beaucoup d'abord pour me confier leur crainte sur tel ou tel point particulier, essoufflement, palpitations, obstacle naso-pharyngien, beaucoup aussi par le désir d'être rassurés sur la suffisance de leur développement, indice d'un noble orgueil de son corps chez le sportif d'aujourd'hui »[\[xx\]](#).

Là où Francis Charpier confirme par cette citation ce qu'il perçoit comme étant une non-intervention du médecin « sur le domaine de l'amélioration des performances sportives », nous y voyons au contraire les prémices de l'utilisation sportive du savoir médical[\[xxi\]](#). Le médecin reste médecin, bien évidemment, mais les conseils médicaux en lien avec une compétition sont une forme indéniable de participation au jeu sportif. Le fantasme du médecin complaisant, seringue de produits dopants à la main, tel qu'on se le représente trop souvent actuellement, ne doit pas venir polluer la réflexion historique. Il ne serait pas de bon aloi de ne retenir comme critères de participation à la performance sportive que les actes pensés et conscients de praticiens machiavéliques. Le docteur Diffre, pourtant sensible à l'exploit athlétique, considère la spécialisation sportive comme une aberration d'un point de vue médical. Néanmoins, estimant qu'il s'agit là d'un phénomène immuable tant il prend une importance capitale dans l'univers du sport d'élite, le médecin y engage sa propre compétence et responsabilité (et contribue fatalement à son développement).

Dr. Henri Diffre (1923) : « Contrôle du sport et de l'éducation physique. Chapitre XII : La spécialisation »

« Nous venons de voir que la spécialisation était un danger en raison de l'entraînement particulariste auquel elle conduit, et en raison de son opposition avec l'éducation physique générale. On ne spécialise un sujet que pour le faire parvenir aux honneurs du succès. Or, ce succès ne sera obtenu qu'au prix d'un travail très sérieux, très sévère, au cours duquel on ne peut faire autrement que de développer certains groupes musculaires aux dépens des autres. Aussi voit-on les gymnastes présenter des pectoraux saillants et des biceps imposants avec des jambes grêles qui paraissent plus grêles encore d'être surmontées d'un thorax si puissant. Aussi avons-nous connu un champion du Nord de 100 mètres ajourné au conseil de révision pour insuffisance de développement, ce sprinter ayant exclusivement entraîné son train inférieur et visé au championnat sans songer le moins du monde à sa santé générale.

Pourtant, malgré l'erreur qu'elle représente, la spécialisation est pour ainsi dire la règle dans les sociétés sportives où l'on ne poursuit guère un but éducatif et seulement le gain d'épreuves officielles ou privées. Ce ne sont pas nos avertissements qui changeront de sitôt la mentalité de dirigeants accoutumés à voir dans le sport son seul côté spectaculaire. Nous allons donc étudier à présent quel est le rôle du médecin au moment

de la spécialisation d'un athlète. [..]

Le but que nous nous proposons est d'indiquer avec le plus de précision possible les règles à suivre pour aiguiller le candidat sportif désireux de devenir un spécialiste vers la branche qui convient le mieux à ses capacités physiologiques.

Avant toute chose, il faut mettre en principe que l'opinion personnelle d'un athlète ne suffit pas à indiquer sans erreur la branche dans laquelle il a le plus de chances de réussir. Il y a des considérations anatomiques ou physiologiques qui sont bien plus importantes que la question des préférences individuelles »[xxii].

Marc Bellin du Coteau, le médecin champion, partage lui aussi cette vision. Sa position médicale, renforcée par les principes hygiénistes qui la sous-tendent, l'amène à adopter une attitude préventive à l'égard des éventuels dangers que représente une spécialisation précoce et non encadrée. Mais cette posture, éminemment légitime du point de vue médical, lui permet dans le même temps d'investir la sphère du sport d'élite pour y imposer sa compétence. C'est finalement par cette mise en garde préalable que ce médecin s'assure d'une place dans le jeu des performances et de la spécialisation.

« Si l'on admet que l'entraînement a pour but d'accroître la valeur physique de l'individu, d'augmenter ses moyens et par là même ses possibilités ; si l'on convient, ce qui est d'acquisition récente, que les possibilités de chacun sont fonction de ses dispositions physiques, il apparaît évident que le rôle du médecin devient primordial : il fait fonction de «gare régulatrice». C'est lui qui découvrira les tares organiques susceptibles d'éliminer radicalement toute velléité sportive injustifiée, lui encore et surtout qui, par l'examen du candidat au sport, jugera de ses aptitudes naturelles et l'orientera vers les exercices qui lui conviennent le mieux, et où il est destiné à obtenir les résultats les meilleurs »[xxiii].

Dans cette voie, si le contrôle médical peut s'envisager comme une des premières formes de sélection proprement sportive, basée sur des critères établis qui dépassent le simple coup d'œil du maquignon, alors sans doute devient-il nécessaire de repenser également le rôle des fiches physiologiques. Nous n'avons pas les moyens ici de mener ce questionnement à son terme, et il ne s'agit là que d'une hypothèse à valeur programmatique. Ces fiches répondent bien sûr à des visées hygiénistes lorsqu'elles permettent de diagnostiquer les tuberculeux, les scoliotiques et les débilisés, mais comment ne pas y voir également les possibilités que de telles données offrent dans une visée purement sportive ? Dès 1913, le Docteur Rosenthal, l'un des premiers à avoir formalisé avec précision la nécessité d'un contrôle par l'utilisation d'une fiche physiologique, a déjà parfaitement anticipé l'intérêt que de telles mesures pouvaient avoir pour l'homme de sport.

« Après chaque période d'entraînement, le médecin fait le contrôle des résultats. Il ausculte cœur et poumons ; il mesure la poitrine, il compare les diamètres transverses du bassin et celui du thorax égaux chez les adolescents masculins normaux [...]. Il donne ainsi des renseignements généraux à l'homme de sport pour la période suivante d'entraînement. L'homme de sport en fait son profit »[xxiv].

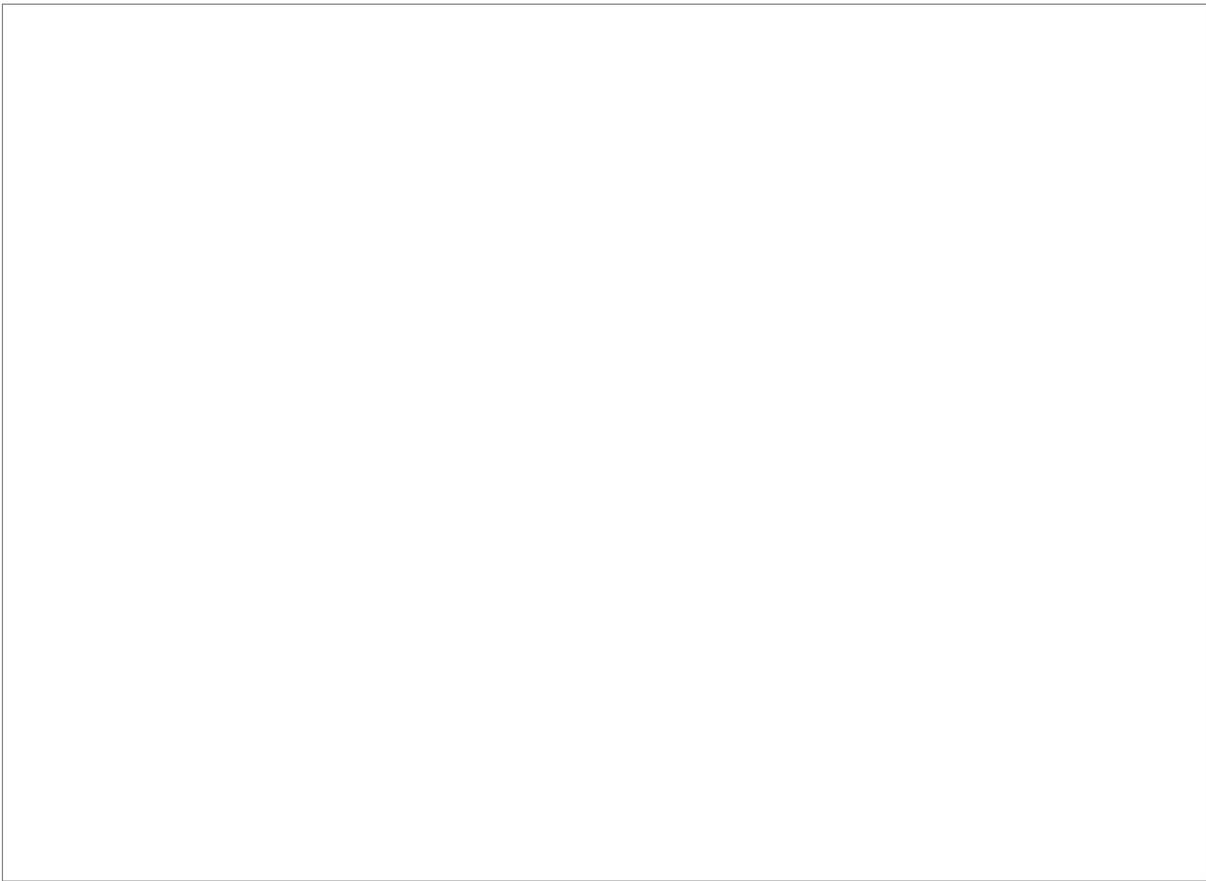
Conscient des écarts évidents qui peuvent exister entre le récit et la pratique, l'histoire très précise

de la production des fiches physiologiques et surtout de leur utilisation au cours du temps reste à faire[xxv]. Il y a fort à parier que cette histoire sera également traversée par la tension originelle entre sport et santé. La prolifération des fiches dans l'entre-deux-guerres éclaire une nouvelle fois l'hétérogénéité des acteurs qui composent l'espace médico-sportif. La *Société Médicale d'Education Physique et de Sport* (SMEPS) dans son souci récurrent d'unité, tente dès 1922 de proposer un modèle « consensuel ». Ainsi apprend-on dans le premier numéro de son Bulletin, que ce groupement scientifique, après avoir entendu l'exposé du Docteur Pierre Minelle sur la nécessité d'établir un tel document, « commence l'étude des dispositions à donner à sa fiche ». Dans cette optique,

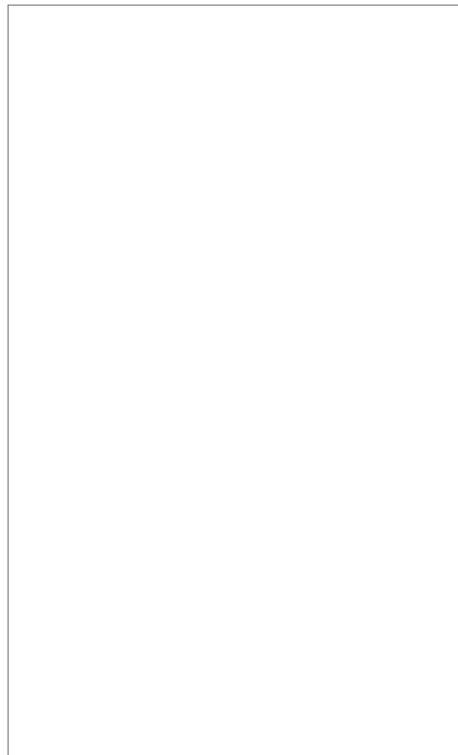
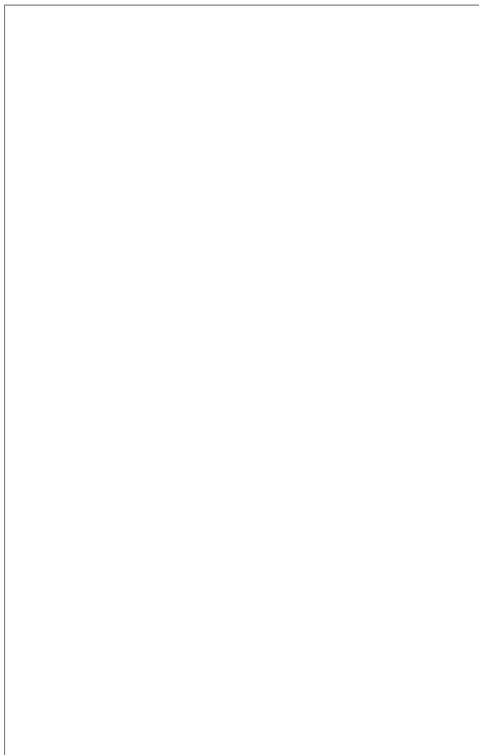
« Un certain nombre de fiches déjà établies sont prises comme base de discussion. Ce sont celles de l'USFSA, dues à notre confrère Bellin du Coteau, celles des Ecoles de la ville de Paris, de l'Union des Femmes en France, de l'Ecole de plein air du Boulevard Bessières établies par Madame le Dr. Houdré, celle du service de renseignements physiologiques du journal l'Intransigeant du Dr. Massart, de l'Union des Sociétés d'Education Physique et de préparation au service militaire, enfin celle de la consultation sportive d'avant-guerre du journal l'Auto, de la Société Montmartre Sportif faite par le Dr. Richard, celle du Dr. Moreau-Desfarges établie pour son stade de l'Océan à la Baule, et celle du Dr. Minelle à l'Ecole Duvignau de Laneau[xxvi]. De plus quelques confrères avaient envoyés par lettre leurs renseignements sur la fiche proposée [...] »[xxvii].

Ainsi, entre la mesure du périmètre thoracique permettant le diagnostic de déficiences pulmonaires et la mesure des qualités de vitesse et d'endurance des jeunes athlètes, les utilisations des données recueillies peuvent être multiples. Identifier le tuberculeux, repérer le champion, la différence est de taille. Le docteur Henri Diffre s'en fait d'ailleurs le récepteur dans son ouvrage sur le *Contrôle du Sport et de l'Education Physique*, au sein duquel il développe un long chapitre sur la Fiche Individuelle qui constitue selon lui « le premier acte de la surveillance médicale », et « justifie à elle seule [la] présence [du médecin] dans la société [sportive] »[xxviii]. Conscient des intérêts divergents que mobilisent les médecins, les dirigeants ou encore les athlètes eux-mêmes, il imagine une fiche physiologique divisée en deux ou trois feuillets dans le cas du sport de bon niveau. L'ensemble sera rédigé par le médecin, seul compétent dans la détermination des « aptitudes », et la partie « médicale » aura pour « indication de déceler les tares de chacun »[xxix]. Soumise à « la loi de l'inviolabilité du secret professionnel », « c'est un secret à garder entre le médecin et l'intéressé »[xxx]. « C'est ainsi que le président d'une société sportive n'a nullement qualité pour exiger du médecin communication des fiches médicales »[xxxi]. Le second feuillet de la fiche physiologique s'attache quant à lui à la restitution des données morphologiques, « qui permettront de suivre les progrès d'un sujet et synthétiseront à ses yeux, en quelques chiffres, ce qu'on pourrait appeler sa valeur physique »[xxxii]. Contrairement au premier feuillet, cette « fiche biométrique pourra comporter beaucoup plus d'indications et pourra rester entre les mains des dirigeants des

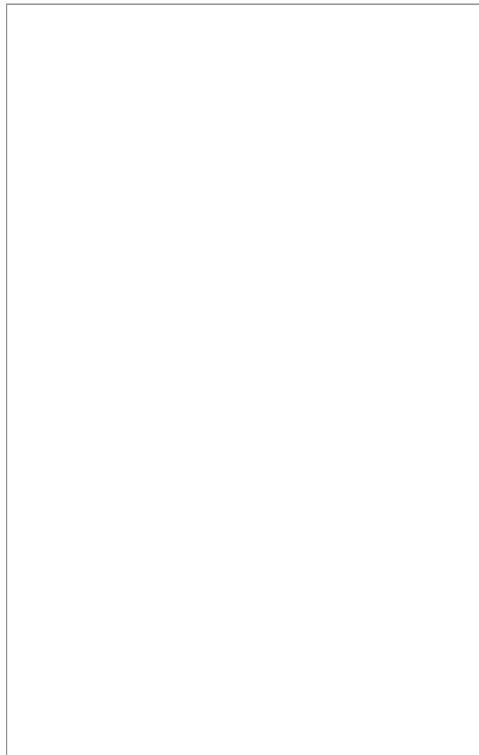
sociétés, voire même des moniteurs eux-mêmes »[\[xxxiii\]](#). Enfin, une dernière fiche peut être évoquée dans le cas des athlètes spécialisés, la « fiche de performances ». Cette fiche s'adresse tout particulièrement au sportif lui-même. Sous la plume du médecin, « elle lui servirait de contrôle périodique à ses performances et, en fait, lui permettrait de surveiller lui-même et avec grand profit les moindres variations de sa forme »[\[xxxiv\]](#). Même si Henri Diffre indique ne rechercher, « en tant que médecin, que le développement harmonieux de l'individu et non son entraînement particulier à un geste perpétuellement renouvelé, au grand dommage des groupes musculaires qui ne participent pas à son exécution », il livre aux médecins et aux athlètes un modèle de fiche qui « peut s'appliquer à tout le monde et être utilisée dans toutes les sociétés »[\[xxxv\]](#). Il retient en particulier les procédés de « notation » de la « qualité sportive d'un individu » développé par « Bellin du Coteau, le médecin champion, et Mme le docteur Houdré, sportive convaincue »[\[xxxvi\]](#). Les critères retenus par Bellin du Coteau sont les mesures périodiques de la Vitesse, de l'Adresse, de la Résistance et enfin de la Force. C'est le fameux coefficient V.A.R.F., « mode de notation [...] qui sert surtout à la détermination des aptitudes sportives. Il s'adresse principalement aux sportifs »[\[xxxvii\]](#). Ainsi, dès les années 1920 en France, les informations médicales relevées sont différenciées selon les intérêts qu'elles entendent servir. Entre le repérage d'une tare physique par la mesure du rythme respiratoire ou l'auscultation de la colonne vertébrale, et la détermination de la qualité sportive par la mesure de la valeur musculaire, deux mondes s'opposent. D'où l'effort réalisé par le docteur Diffre pour rappeler les prérogatives de chacun et la nécessité de traiter les informations relevées avec prudence. L'exposé de chacun des feuillets qui composent la Fiche Individuelle en est l'illustration.



La Fiche Individuelle. *Partie Médicale. Tenue au secret.* [\[xxxviii\]](#)



La Fiche Individuelle. *Partie Biométrique. Informations partagées.* [\[xxxix\]](#)



La Fiche Individuelle. *Fiche de Performances. Informations partagées.*[\[xl\]](#)

Si la participation médicale au jeu sportif et sa contribution à l'édification de certaines des valeurs structurantes de l'espace de la haute performance apparaissent de façon plus ou moins explicite selon les multiples formes d'instrumentalisation dont elle fait l'objet, la médecine des activités physiques, par l'entremise de quelques médecins sportifs, va également s'inscrire cette fois très clairement dans des perspectives d'amélioration des compétences sportives.

Les médecins de l'exploit « existent » déjà

Là encore, sans la compréhension initiale des tensions et de l'hétérogénéité qui structurent et classent l'espace médico-sportif, une analyse rapide nous amènerait à épouser la vision globale d'une posture médicale modérée voire même antagoniste à l'égard de cette dangereuse débauche d'énergie que suppose la recherche de l'exploit sportif. Pourtant, parmi les médecins sportifs, ceux dont la biographie sportive les rapproche des intérêts athlétiques, certains n'hésitent pas à mettre leur compétence médicale au service de la performance, bien que se défendant d'outrepasser les principes de l'hygiène et réaffirmant leur participation active à la régénération de la jeunesse

française. Si Anne Roger a parfaitement identifié la façon dont les sociétés sportives commencent à user de procédés hygiéniques tels que la gestion raisonnée du sommeil, l'utilisation des massages dans des visées curatives, préventives, ou récupératrices, et enfin le recours à une alimentation saine et équilibrée, il reste difficile de séparer les intentions des médecins qui portent de tels conseils[xli]. En effet, du point de vue de la nutrition par exemple, deux médecins aussi différents que les Docteurs Chailley-Bert et Bellin du Coteau sont chacun animés d'un projet hygiéniste. Si le premier propose des « repas types » qui s'inscrivent dans une entreprise d'hygiène générale, le second n'hésite pas à rechercher l'aliment « rentable » pour l'athlète. Dans ses « conseils d'entraînement », il écrit ainsi : « Les règles qui président à l'hygiène alimentaire ne sont plus ici uniquement celles d'un régime ordinaire d'entretien, mais bien plutôt d'un régime de force, fournissant le supplément énergétique indispensable à l'effort sportif »[xlii]. Cette sensibilité très particulière accordée à la performance, au point de faire de son rôle de médecin une ressource supplémentaire pour le sportif désireux d'optimiser ses capacités, s'explique par un passé sportif fourni[xliii]. Sportif de bon niveau, le rapport que le jeune Bellin du Coteau établit entre le sport et la santé se dessine très tôt (avant même qu'il ne devienne médecin). Une anecdote livrée par Gérard Bruant semble l'indiquer clairement.

« Mécontents de la façon dont ils ont été traités aux Jeux Olympiques d'Athènes en 1905, les athlètes d'élite font la grève du Championnat de Paris et organisent, le jour même, une réunion à Gentilly sur la piste utilisée habituellement par les professionnels [L'Auto, 16 mai 1906]. Cette contestation animée par Bellin du Coteau porte sur l'absence de manager-soigneur-entraîneur dont les compétences auraient été utiles pour aider les athlètes à respecter leur régime et à mieux organiser leurs efforts au cours de leur préparation. De plus, la rancœur des athlètes s'explique par le fait que les accompagnateurs délégués par l'USFSA avaient été mieux lotis qu'eux. Ils auraient voyagés en classe supérieure, été logés dans un hôtel de luxe où ils donnèrent des réceptions tandis que les athlètes étaient livrés à eux-mêmes. Dans ces conditions, les résultats médiocres des Français ne pouvaient pas être imputés aux seuls athlètes »[xliv].

Ces expériences sportives vont profondément marquer le « Bellin du Coteau athlète » et participer à l'écriture de son être. Sa future carrière médicale ne peut faire office de buvard et porte au contraire l'empreinte de ses socialisations antérieures. En 1926, même s'il ne discute pas ici du rôle des médecins, il donne sa vision du sport et explicite le processus par lequel il devient possible selon lui de dégager l'élite de la masse des individus qui restent anonymes.

« Le manager devient un psychothérapeute, son cerveau doit se substituer au cerveau de l'exécutant. Ce dernier se trouve dans l'impossibilité de réaliser une auto-analyse, l'autocritique de son mouvement. Le manager disséquera l'incorrection de son attitude segment par segment, corrigera par retouches le style individuel du bras droit, du bras gauche, etc. Enfin, il établira la liaison des différents segments en leur donnant un temps et un rythme. Par ailleurs, il lui faudra fixer la modalité respiratoire au cours de l'effort... Alors, le sujet possédant l'image du geste obtiendra par répétitions successives le passage dans l'inconscient. Ensuite, dégagé de ses soucis éducatifs, *l'athlète apparaît* : jusque là,

il n'avait qu'une valeur intrinsèque relative, celle de l'élève, reflet plus ou moins fidèle du maître »[\[xliv\]](#).

Accéder à un tel niveau sportif, c'est faire la preuve selon Bellin Du Coteau de sa sub-normalité. C'est être au-dessus du commun, avec tout le moralisme qu'un tel énoncé peut recouvrir. Cette vision ressort tout particulièrement dans les propos du médecin lorsqu'il analyse le Tour de France cycliste du point de vue des adaptations physiologiques.

« Ce n'est pas le cœur le plus sain en apparence “qui tient le mieux le coup”. C'est le cœur le mieux entraîné, celui qui peut se permettre de passer du régime le plus lent au régime le plus rapide, sans avoir à en souffrir. [...]. Pour ce qui est du rein, général en chef de l'excrétion, le meilleur rein sportif n'est pas le rein normal »[\[xlv\]](#).

Pour illustrer les formidables capacités physiologiques des athlètes d'élite, il n'hésite pas à commenter l'exploit récent du cycliste belge Firmin Lambot, vainqueur de la Grande Boucle en 1922.

« Evidemment, Lambot a gagné le Tour de France parce que c'est un bon coureur, monté sur une bonne machine, qu'il a eu de la chance, etc., etc., mais il a surtout gagné le Tour de France parce qu'il pisse bien »[\[xlvi\]](#).

Cette vision ne peut manquer d'influer sur sa pratique médicale, dont on sait qu'elle se déroule en partie sur le terrain sportif. Une expérience a été entreprise en ce sens à la *Société Athlétique de Montrouge au Stade des Vallées*, dont l'existence seule, même si elle reste anecdotique et localisée, interroge la vision d'une médecine de l'éducation physique et des sports qui freine en bloc toutes volontés d'optimisation de la performance sportive. Nous la reproduisons ici quasi-intégralement tant son originalité parle d'elle-même.

Dr. Marc Bellin du Coteau, Dr. Maurice Chauviré, Marcel Bergeron (1929) :
« *Préparation aux sports. Conseils d'entraînement* »

« ***EXPERIENCES MEDICO-SPORTIVES***
(effectuées à la *Société Athlétique de Montrouge au Stade des Vallées*)

Nos expériences ont porté sur un groupe de 6 coureurs représentant les principales spécialités des sports athlétiques, à savoir : 100 mètres, 400 mètres, 800 mètres, 1.500 mètres, 5.000 mètres, et saut en hauteur.

Dans un premier temps, il a été procédé à l'examen physiologique des athlètes :
1° *Du point de vue respiratoire ;*
2° *Du point de vue cardio-vasculaire ;*
3° *Du point de vue des éliminations urinaires.*
Ces trois examens étant répétés avant, pendant et après l'effort.

Dans un deuxième temps, l'expérimentation a porté sur les athlètes suralimentés par l'“OVOMALTINE”[\[xlviii\]](#).
Les examens ayant lieu le mercredi soir, par exemple, les athlètes étaient soumis à la

suralimentation par l' "OVOMALTINE" les dimanche, lundi, mardi et mercredi.

Dose moyenne : une forte cuillerée à soupe d' "OVOMALTINE" dans une tasse de lait (tasse à thé).

En outre, ils prenaient une heure avant l'épreuve, environ une cuillerée à soupe d' "OVOMALTINE".

Ces diverses expériences ont donné matière à deux ordres de conclusions, à deux ordres d'observations :

a) Des conclusions subjectives ;

b) Des conclusions objectives ;

A) Conclusions subjectives :

Nous ne ferons que transcrire, en toute impartialité, les diverses opinions des athlètes examinés.

1° L..., coureur de 100 mètres, se sent majoré par les prises quotidiennes d' "OVOMALTINE", les dimanche, lundi, etc.

A couru les championnats du club, s'est senti très bien en course, aurait fait une de ses meilleures performances s'il n'avait pris un mauvais départ ;

2° R..., coureur de 400 mètres, s'est, lui aussi, senti majoré par les prises quotidiennes, mais n'a constaté aucune modification en course ;

3° B..., coureur de 800 mètres, très majoré par les prises quotidiennes et même enthousiasmé.

A fait une excellente course après la prise d' "OVOMALTINE" ;

4° M..., coureur de 1.500 mètres, très majoré lui aussi par les prises quotidiennes.

Après une prise d' "OVOMALTINE" une heure avant, s'est senti très bien en course et a fait une excellente performance ;

5° L..., coureur de 5.000 mètres, se sent fortifié par la prise quotidienne d' "OVOMALTINE". Mais n'a constaté aucune amélioration en course.

6° T..., sauteur en hauteur, amélioré par les prises quotidiennes, a fait sa meilleure performance (1 m. 70, a frôlé 1 m. 75) au cours des championnats du club.

B) Conclusions objectives :

[...] Nous ne donnerons ici qu'un résumé très bref de nos observations.

1° Appareil Cardio-vasculaire

Les perturbations cardio-vasculaires pendant l'effort paraissent inchangées.

Par contre, une constatation intéressante mérite d'être tout spécialement signalée, nous voulons parler du retour à la normale.

Chez nos 6 athlètes, le retour à la normale, inchangé chez 2 d'entre eux, est plus rapide : 7' au lieu de 10' et même 5' au lieu de 10', chez un coureur de vitesse (100m.), un sauteur, et beaucoup plus rapide chez les autres : 10' au lieu de 30' (800 m.), 10' au lieu de $\frac{3}{4}$ d'heure (1.500 m.) après prise d' "OVOMALTINE".

2° Appareil respiratoire

Aucune modification n'est à signaler.

3° Eliminations urinaires

Elles méritent de faire l'objet d'une étude spéciale. Cependant un rapide examen permet de tirer quelques conclusions pleines d'intérêt.

En particulier, la prise d'"OVOMALTINE" quotidienne et avant l'épreuve, paraît faire diminuer d'une façon importante la déperdition en azote urinaire, phénomène qui traduirait une épargne certaine en matières azotées réalisée par un organisme nourri d'"OVOMALTINE".

Pour terminer cet aperçu sur l'alimentation du sportif, il nous semble normal d'exposer l'opinion personnelle que nous nous sommes faites par des observations répétées sur les autres et nous-mêmes.

Schématiquement, on peut dire : qu'il ne faut apporter de modifications au régime de l'homme de sport que si ce régime est manifestement antiphysiologique.

En période d'entraînement, manger "comme à son habitude" pour conserver son équilibre de poids. Ne pas manger de viande le soir. Ne prendre aucun apéritif, aucun alcool. Boire du vin, à condition de le couper d'eau, et seulement si cette boisson a toujours fait partie du régime antérieur.

La veille de l'épreuve se rappeler à ce propos que l'on travaille avec la nourriture de la veille, adjoindre à la nourriture habituelle une dizaine de morceaux de sucre de canne, dit sucre cristallisé ou de luxe.

Le jour de l'épreuve, prendre le petit déjeuner à l'heure coutumière et déjeuner trois heures avant cette épreuve en buvant un demi-litre de boisson au maximum. Terminer ce repas par une infusion chaude de coca.

[...]

Aux différentes phases de l'entraînement, et quel que soit l'effort à produire, l'"OVOMALTINE" a sa place dans le régime du sportif en vertu des avantages que nous lui avons reconnus »[\[xliv\]](#).

Cette longue illustration interroge l'idée d'Anne Roger selon laquelle :

« les médecins sont prisonniers de la physiologie qui montre ses limites à la fois du point de vue des connaissances produites qui ne sont pas au service de la performance, mais également du point de vue de l'analyse de l'efficacité sportive qui ne peut se contenter de l'éclairage d'un seul champ scientifique »[\[l\]](#).

La démonstration par l'exemple éclaire la façon dont des médecins sportifs sont au contraire parfaitement enclins à utiliser leurs connaissances de la physiologie humaine pour satisfaire certaines des attentes qui ont cours dans l'espace du sport de haute performance. En outre, si la prescription d'un produit tel que l'Ovomaltine constitue le témoignage évident d'une posture médicale orientée vers l'amélioration athlétique, elle ne fait pas figure d'exception. D'autres médecins conseillent l'utilisation prolongée et régulière de produits diversifiés, et ce toujours sous le couvert de l'argumentaire physiologique. Nous citerons le cas du collègue et ami du Docteur Bellin du Coteau, le docteur George-André Richard.

« Engagé dans le cyclisme, il est le médecin du coureur Petit-Breton dont il supervise l'entraînement (notion tout à fait nouvelle à l'époque). En 1921, il occupe des fonctions dirigeantes dans le cyclisme »[\[li\]](#).

Dans son recueil sur *L'hygiène du Sport*, aux éditions de *L'Auto*, il dit à propos de la bicyclette qu'il s'agit d'un

« merveilleux instrument qui, grâce à la seule utilisation des forces de l'homme, lui permet non seulement les magnifiques performances que nous aimons applaudir sur la piste et sur la route, mais lui fournit de telles commodités de locomotion et aussi l'un des meilleurs moyens d'entraînement et de culture physique »[\[lii\]](#).

Pas étonnant de l'entendre alors s'émerveiller devant les champions de l'époque.

« J'ai pu assister, l'autre dimanche, au passage du Grand Prix des Nations, et j'ai particulièrement admiré la belle allure d'Antonin Magne qui, s'il n'avait pas encore à ce moment gagné la course, semblait rudement bien parti pour le faire. Et je lui ai crié, de toutes mes forces, un : « Bravo, Tonin ! » qui ne s'adressait pas seulement à son effort de ce jour-là, mais à tous ses succès, et qui venait de loin, bien loin, c'est-à-dire des pentes du col de Braus, où je l'avais vu tellement souffrir »[\[liii\]](#).

En effet, le docteur Richard est frappé de constater, « parmi les nombreux sportifs [qu'il a] eu l'occasion d'examiner », du grand nombre d'athlètes qui venait lui « demander son avis pour des troubles digestifs constatés surtout à l'occasion du sport ». Bien loin d'y voir une contre-indication médicale à la pratique du sport intensif, sa vision de l'exploit transparaît de façon explicite lorsqu'il discute d'une question qui partage le milieu médical : « Le Tour de France n'est-il pas un effort excessif pour les hommes qui l'accomplissent ? ». Il répond sans détours :

« Pour ma part, je ne le crois pas, et j'estime que la fatigue qu'il impose et les dangers qu'il fait courir sont peu de choses auprès de ce qu'il donne de joie sportive, d'horizons nouveaux, d'élévation physique et mentale, non seulement à ceux qui le gagnent, mais à tous ceux qui le courent, à tous ceux même qui le regardent passer. Et je demande s'il est un effort humain qui ne comporte pas ses risques, même mortels, et s'il en est beaucoup qui du moins les compensent par un tel élan d'exaltation vitale »[\[liv\]](#).

Les propos de l'ancien secrétaire de la *SMEPS* font des risques pour la santé une condition secondaire et acceptable de la performance sportive. A ce titre, le médecin, bien qu'opposé au « doping » car « les athlètes qui se droguent [...] tirent sur leur valeur sportive des chèques bientôt sans provision », n'hésite pas à valoriser la notion de « stimulation biologique ». Avec cette question qui a valeur de programme :

« Entre l'alimentation et son réglage nécessaire, et l'action médicamenteuse nocive, n'existe-t-il rien qui permette au sportif, non pas de dépenser à fonds perdus son énergie, mais de la porter à sa valeur maxima ? »[\[lv\]](#).

Le praticien en appelle à

« *l'opothérapie*, ou médication par les sucs d'organes. [...] Cette méthode, qui donne souvent chez les malades de si beaux résultats, et qui, répétons-le, ne contient aucun médicament, aucun excitant « extérieur » à notre organisme, ne pouvait-on la transposer chez le convalescent pour hâter sa guérison, chez le bien portant pour accroître sa valeur santé, chez le sportif même pour augmenter sa performance... ainsi que cette valeur santé

inséparable pour nous de toute saine performance ? ». « Et l'on n'est plus étonné maintenant qu'ayant choisi la méthode de la stimulation complexe [...], et ayant décidé de lui donner la sanction, quelle qu'elle fût, de l'effort sportif, le docteur Debat ait obtenu, avec le Pancrinol qui représente la réalisation de cette méthode, des résultats qui lui ont valu les réponses enthousiasmées des athlètes et, en particulier, des coureurs cyclistes »[\[lvi\]](#).

Convaincu par ce produit pharmaceutique dont son confrère le docteur Debat, « directeur de laboratoires biologiques qui sont parmi les plus puissants au monde », se fait le promoteur au sein des pelotons, le docteur Richard vante les mérites du Pancrinol dans la préparation sportive des champions.

« C'est là, si l'on peut dire, un procédé de finition organique et fonctionnelle *qu'il faut* employer à l'approche et au moment des grands efforts qui nécessitent du sportif le maximum de valeur, d'autant plus qu'il n'est nullement toxique et peut être prolongé sans inconvénients. Les coureurs du Tour de France l'ont employé pendant toute la durée de la course, non seulement sans dépression consécutive, mais avec, après la fin de cette dure épreuve, un maintien de forme qui leur a permis de se livrer immédiatement aux nombreuses courses qui viennent illustrer encore et récompenser un peu plus leur effort du Tour »[\[lvii\]](#).

L'utilisation du Pancrinol, « que les médecins emploient couramment », semble d'ailleurs relativement répandue dans l'univers sportif. A tel point que le docteur Richard fait le récit d'une anecdote concernant le docteur Debat

« au sujet de la stimulation générale à laquelle [il] applique son Pancrinol. [...]. Alors qu'il voulut l'expérimenter dans deux épreuves particulièrement dures, les Six Jours et le Tour de France, une surprise l'attendait, déjà une équipe étrangère en avait compris la valeur et s'en servait habituellement[\[lviii\]](#). Ainsi la réponse était donnée, d'avance si l'on peut dire »[\[lix\]](#).

George-André Richard en arrive donc logiquement à la conclusion suivante :

« Le Pancrinol représente, à l'heure actuelle, le moyen le plus efficace pour l'athlète d'élever ses grandes fonctions organiques à la hauteur de l'effort qu'il prétend demander plus particulièrement à son système moteur, d'autant que, de plus, c'est aussi l'un des moyens les plus sûrs d'éviter le retour de l'intoxication et des multiples complications qu'elle peut entraîner »[\[lx\]](#).

Le docteur Bellin du Coteau, dans cette lutte contre l'intoxication consécutive aux exercices intenses est favorable pour sa part à l'ingestion de sulfate de soude. A la manière d'une recette magique adressée aux dirigeants, aux sportifs mais également aux médecins intéressés par les activités physiques, il indique : « Le lendemain et le surlendemain de l'épreuve, prendre le matin, à jeun, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café de sulfate de soude : déblayage intestinal »[\[lxi\]](#). Entre les bénéfiques énergisants de l'Ovomaltine, la résistance accrue par la prise prolongée de Pancrinol, ou encore les effets purgatifs d'un laxatif léger tel que le sulfate de soude, nous sommes

ici bien loin d'une médecine de l'éducation physique et des sports tournée uniquement vers l'éducation physique des masses et la santé pour tous^[lxii]. Des hygiénistes tels que Richard et Bellin du Coteau défendent ce principe de prévention et de rééducation par les activités corporelles (contrôlées et surveillées par les médecins) dans le cadre du projet général de régénération de la race française. Il n'en reste pas moins que leurs dispositions sportives les rend également enclins à mettre leur compétence au service de cette course effrénée aux records, qui, si elle est parfaitement encadrée, les laisse plus admiratifs (et nostalgiques du temps où ils pratiquaient eux-mêmes à un très bon niveau) que craintifs. Aussi, et bien que ces propos ne concernent ici que peu de médecins, entre reconstruction de la race et construction du champion durant l'entre-deux-guerres, *le médecin de l'exploit existe déjà...*

Conclusion

« En ces temps marquant les prémices de la médecine du sport, à aucun moment n'est envisagée l'idée d'utiliser ces connaissances pour améliorer les performances sportives. Le sport est considéré, jusque dans les années 1930, comme une activité intéressante à étudier mais dont les experts dénoncent les dangers potentiels lorsqu'elle est pratiquée avec excès »^[lxiii].

Le caractère discutable d'un tel énoncé est désormais parfaitement identifiable. De nombreux médecins sont effectivement opposés à l'effort intensif qui conduit à la réalisation effrénée de performances, l'entre-deux-guerres est effectivement dominé par la pensée hygiéniste plus favorable *a priori* au redressement de tous qu'à la mise en lumière de certains, et pour autant, une médecine de la performance se met en place dès les origines. Rendue peu visible bien sûr, car effectuée sur les terrains plutôt qu'immortalisée dans les Précis médicaux, il n'en reste pas moins que certains indices le démontrent clairement. Aussi, cette approche historique qui part des activités physiques et sportives pour en démontrer les intérêts du point de vue de la médecine et de la race est digne de la plus grande attention, mais reste insuffisante à elle seule pour décrire, comprendre et analyser les rapports complexes entretenus entre ces deux mondes médicaux et sportifs. Le sport au service de la médecine et de la race, il s'agit maintenant d'une évidence, mais son contraire – la race et la médecine au service du sport – est un mécanisme qu'il restait à objectiver dans cette première moitié du XX^e siècle. La tension primitive entre les deux univers est donc bien plus complexe que cette vision commune qui tend à faire des médecins les nécessaires partisans d'une mise en mouvement modérée. Le schéma mécanique et rigide d'une opposition entre la Médecine et le Sport

de compétition ne supporte pas l'analyse socio-historique. Les pratiques, les discours, les représentations, sont évidemment influencées et conditionnées par les déterminants sociaux des groupes qui les portent. Toute la complexité vient alors du fait que certains médecins, par exemple, peuvent être ou avoir été sportifs eux-mêmes. Dans un champ sportif encore peu autonome, qui laisse l'accès à de nombreux praticiens aux biographies fort disparates, les mélanges entre hygiénisme et élitisme laissent entrevoir une palette extrêmement variée de positionnements. Avec toute la subtilité que revêt la position de certains médecins sportifs tels que Bellin du Coteau ou Richard, pour qui l'hyper-sélectivité et l'exploit athlétiques sont les déclinaisons ultimes d'un hygiénisme bien compris. Si cette analyse complète les travaux d'Anne Roger sur les rapports entre la médecine et l'entraînement sportif, elle contrevient également à certaines interprétations qui tendent à homogénéiser un groupe profondément éclaté. A l'image de cet énoncé auquel nous ne pouvons désormais souscrire :

« Tous ces fondateurs ont en commun une triple spécificité. Ce sont des sportifs, parfois de haut niveau, ils sont aussi médecins de terrain, et enfin se trouvent investis ans la recherche, pour certains avec une réputation mondiale [...]. Sportif, médecin et chercheur, tel est donc le profil type de ces inventeurs »[\[lxiv\]](#).

A l'orée de l'épisode tragique que sera la seconde guerre mondiale, la médecine de l'éducation physique et des sports livre donc, par la diversité biographique des praticiens présents dans l'espace, un véritable arsenal professionnel. Du médecin qui traite les déficiences squelettiques par une éducation physique raisonnée au sein d'un dispensaire et faisant preuve d'un parfait désintérêt pour la pratique sportive compétitive, à celui qui prescrit au contraire du Pancrinol dans le cadre de la « stimulation biologique » de cyclistes engagés dans le Tour de France, l'écart est extrême[\[lxv\]](#). Dans la diversité de ces pratiques médico-sportives, certains praticiens de santé ont clairement participé au processus de rationalisation sportive dès l'entre-deux-guerres.

[\[i\]](#) De façon non exhaustive, nous pensons ici aux travaux de : F. CHARPIER, « Le contrôle médical de l'éducation physique », *Une histoire de l'éducation physique, enseignements primaire et secondaire, 1880-2000, Spirales 13-14*, Lyon 1998, p. 221-229 ; J. DEFANCE, « La naissance de l'éducation physique : entre médecine et enseignement », *Sociétés et représentations*, n°7, 1998 ; T. EL BOUJJOUI, « L'investissement médical en éducation physique : perspectives sociohistoriques d'un processus de médicalisation (1880-1936) », in C. POCIELLO (dir.), *Entre le social et le vital, l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècles)*, Grenoble 2004 ; S. FAUCHÉ/M-H. ORTHOUS, « Les médecins et les enjeux d'une éducation physique dans la France d'après-guerre (1920-1930) », *Science et Motricité*, n°11, 1990 ; ou encore J. SAINT MARTIN, « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste », *STAPS 2006/1*, n°71, 2006.

- [ii] Cette tendance à valoriser l'EP scolaire dans les recherches sur la médecine de l'EPS trouve certainement son origine dans le fait que les recherches menées sont majoritairement issues du champ des *Unités de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives*.
- [iii] FAUCHE/ORTHOUS, « Les médecins et les enjeux d'une éducation physique », 1990. T. EL BOUJJOUI/J. DEFRANCE, « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science et Motricité*, n°54, 2005.
- [iv] G. VIGARELLO, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris 1999, p. 271-272.
- [v] J. DEFRANCE, « Esquisses d'une histoire sociale de la gymnastique (1760-1870) », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°12, 1976.
- [vi] F. CHARPIER, *Aux origines de la médecine du sport*, Thèse de doctorat, Université de Lyon 1, 2004, p. 21.
- [vii] A. ROGER, « La rationalisation de l'entraînement sportif à l'épreuve des traditions. 1842-1942 », *Stadion*, XXXI, 1, Germany 2005, p. 63.
- [viii] A. ROGER, *L'entraînement en athlétisme en France (1919-1973) : une histoire de théoriciens ?*, Thèse de doctorat, Université de Lyon 1, 2003, p. 67.
- [ix] T. EL BOUJJOUI, *L'investissement médical en éducation physique. Etude des conditions de formation d'une position collective (1880 – 1950)*, Thèse de doctorat, Université de Paris-Nanterre, 2005, p. 129.
- [x] B. VIAUD, *Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances*, Thèse de doctorat, Université de Nantes, 2009.
- [xi] Taïeb El Boujjoufi parle du « divorce croissant entre valeurs sanitaires des hygiénistes et valeurs ludiques et combattives du sport de compétition ». EL BOUJJOUI, *L'investissement médical*, p. 113.
- [xii] T. TERRET, « Les activités physiques et la santé : orientations des recherches en histoire », in M-J. MANIDI/I. DAFFLON-ARVANITOU (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Paris 2000, p. 6.
- [xiii] J. HOBERMAN, *Mortal engines : the science of performance and the dehumanization of sport*, New York 1992.
- [xiv] G. BRUANT, *Anthropologie du geste sportif. La construction sociale de la course à pied*, Paris 1992, p. 236-237.
- [xv] G. BRUANT, « Le sport c'est la santé itinéraire d'une représentation », in M-J. MANIDI/I. DAFFLON-ARVANITOU (Coord.), *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Education à la santé par l'activité physique*, Paris 2000, p. 12-13.
- [xvi] BRUANT, « Le sport c'est la santé », p. 15.
- [xvii] EL BOUJJOUI, *L'investissement médical*, p. 113.
- [xviii] CHARPIER, *Aux origines de la médecine du sport*.
- [xix] M. BOIGEY, « La biologie appliquée aux sports et à l'éducation physique. Un exemple vivant : observation biologique de GUILLEMOT », *Sciences & Sports*, n°1, 1^{er} juillet 1922, p. 5. Cité dans CHARPIER, *Aux origines de la médecine du sport*.
- [xx] H. DIFFRE, « Du rôle du médecin dans une Société Sportive », *La Vie Médicale*, n°27, 15 juillet 1921, p. 966.
- [xxi] CHARPIER, *Aux origines de la médecine du sport*.

- [xxii] H. DIFFRE, *Contrôle du sport et de l'éducation physique*, Paris 1923, p. 142-143.
- [xxiii] M. BELLIN DU COTEAU/M. CHAUVIRE/M. BERGERON, *Préparation aux sports. Conseils d'entraînement*, Paris 1929, p. 5.
- [xxiv] G. ROSENTHAL, « Sélection médicale avant le sport, surveillance médicale pendant le sport, contrôle médical après le sport, formule de l'accord nécessaire des médecins et des hommes de sport », in *Congrès international de l'Education Physique, Paris, 17-20 mars 1913, Compte rendu*, Paris 1913, p. 510.
- [xxv] CHARPIER, « Le contrôle médical de l'éducation physique », p. 221-229.
- [xxvi] Pour des précisions biographiques sur le docteur Moreau-Desfarges, notable « assez peu sportif », se reporter à : M. RAINIS, « Le docteur Ernest Moreau-Desfarges : un pionnier de l'éducation physique sur les plages », *Staps*, n°53, 2000, p. 49-64.
- [xxvii] P. MINELLE, « Etudes pour la fiche physiologique », *Bulletin de la SMEPS*, n°1, 1^{ère} année, 1922.
- [xxviii] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxix] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxx] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxi] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxii] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxiii] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxiv] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxv] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxvi] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxvii] Cf. DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 68-121.
- [xxxviii] DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 102-103.
- [xxxix] DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 105-106. « Si, malgré la facilité de lecture que donne cette façon de procéder, il y avait un point particulier sur lequel on [le médecin] voudrait attirer plus spécialement l'attention du moniteur, il serait bon de souligner, par exemple à l'encre rouge, le renseignement qui nécessite cette attention particulière ».
- [xl] DIFFRE, *Contrôle du sport*, p. 113.
- [xli] ROGER, *L'entraînement en athlétisme*, p. 137-141.
- [xlii] BELLIN DU COTEAU/CHAUVIRE/BERGERON, *Préparation aux sports*, p. 18.
- [xliii] Pour une biographie détaillée du Docteur Bellin du Coteau, voir EL BOUJOUFI, *L'investissement médical*, p. 126.
- [xliv] BRUANT, *Anthropologie du geste sportif*, p. 188-189.
- [xlv] M. BELLIN DU COTEAU, « Physiologie de l'effort », in E. MERCIER, *L'éducation physique par l'athlétisme*, Paris 1926. Cité dans BRUANT, *Anthropologie du geste sportif*, p. 209-210.
- [xlvi] M. BELLIN DU COTEAU, « Une épreuve : Le Tour de France cycliste », *Sciences & Sports*, n°3, 1922, p. 6.
- [xlvii] BELLIN DU COTEAU, « Une épreuve : Le Tour de France cycliste », p. 6.
- [xlviii] Marque commerciale déposée, Ovomaltine désigne une boisson soluble fabriquée à base de cacao et de malt d'orge.

[xliv] BELLIN DU COTEAU/CHAUVIRE/BERGERON, *Préparation aux sports*, p. 23-27.

[li] ROGER, *L'entraînement en athlétisme*, p. 58.

[lii] EL BOUJOUFI, *L'investissement médical*, p. 118-119.

[liii] G-A. RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, Paris 1936, p. 99.

[liiii] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 113.

[liv] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 96-97.

[lv] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 35.

[lvi] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 37 ; 43.

[lvii] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 43-44.

[lviii] Plusieurs anciens sportifs ayant évolué à leur plus haut niveau durant la période de l'entre-deux-guerres rapportent des éléments similaires. Roger Lapébie, rendu célèbre à l'époque de par ses grandes performances cyclistes raconte par exemple : « Je me rappelle, en 1932 ou 33, on nous a présenté le Pancrinol comme un médicament fortifiant. On nous avait dit qu'il fallait en prendre une ou deux ampoules par jour. Mais, comme tout sportif qui est là pour la "gagne", on en avalait quatre. Et des coureurs ont payé l'addition : certains ont eu des furoncles ; d'autres, des anthrax. Ce n'est qu'après quelques mois d'expérimentation qu'on a découvert qu'il ne fallait pas abuser de cette potion. Moi, je n'ai jamais pris d'autres médicaments. Seulement ce Pancrinol, et encore parce que le soigneur me le donnait ». F. BELLOCQ/S. BRESSAN, *Sport et dopage : la grande hypocrisie*, Paris 1991, p. 46.

[lix] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 39.

[lx] RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 128.

[lxi] BELLIN DU COTEAU/CHAUVIRE/BERGERON, *Préparation aux sports*, p. 28.

[lxii] Il aurait également été possible de discuter ici des propositions édictées par le docteur Francis Heckel. Selon lui, « les *composés arsenicaux* absorbés par petites doses durant une période d'entraînement assez longue ont la propriété de donner de la force, de la résistance et particulièrement du souffle. [...]. Employés à faibles doses ou a doses modérées, ces composés arsenicaux sont favorables à la préparation d'entraînement pour le sujet qui ne se sent pas en pleine condition, ni suffisamment fort ». Voir F. HECKEL, « Que faut-il penser du doping ? », *L'Escrime et le Tir*, 6, n°68, 1926, p. 5-7. Ou encore F. HECKEL, « Le doping : les reconstituants et les régénérateurs du sang », *L'Escrime et le Tir*, 7, n°71, 1927, p. 5-7. Il conseille également l'utilisation du Kola, « car il s'adapte parfaitement à une campagne sportive (marche en montagne, Tour de France cycliste, entraînement total de six semaines à deux mois). [...]. Tous les athlètes et les hommes de sport devraient savoir utiliser [cet excellent tonique neuromusculaire], soit dans les cas d'urgence, soit pour la préparation d'un long entraînement ». Cité dans J-P. DE MONDENARD, *Dictionnaire du dopage, substances, procédés, conduites, dangers*, Paris 2004, p. 716.

[lxiii] L. SALLÉ, *Le gouvernement du dopage en France. Entre pouvoirs publics, acteurs sportifs, et médecins. La production de la loi de 1999 comme illustration*, Thèse de doctorat, Université de Rouen, 2004, p. 106.

[lxiv] CHARPIER, *Aux origines de la médecine du sport*, p. 7.

[lxv] « Deux choses caractérisent cette méthode de stimulation biologique : d'abord l'emploi d'un ou de plusieurs organes concourant à un effet déterminé, et ensuite la préparation d'extraits de ces organes permettant d'absorber facilement une quantité suffisante de principes actifs. Ce procédé est devenu si important en médecine que de puissants laboratoires se sont créés pour sa réalisation, mais, comme à l'habitude, on ne pense guère en médecine qu'aux malades et non à ce que l'on pourrait faire pour les biens portants et moins encore pour les sportifs. Il revenait à un esprit

particulièrement éclairé [Dr. Debat], après avoir réalisé à la suite d'importants travaux des produits que tous les médecins connaissent, de se tourner enfin vers le sport et de lui demander la confirmation, par action sur l'homme sain et sous l'indiscutable contrôle de la performance, d'une méthode qui, chez les malades, a fait maintenant toutes ses preuves ». RICHARD, *L'Hygiène du Sport*, p. 38.

Baptiste VIAUD

Maîtres de Conférences - Université de Nantes
Centre Nantais de Sociologie – Equipe d'Accueil 3260

UFR STAPS de Nantes
25 Bis Boulevard Guy Mollet
BP 72206
44322 Nantes Cedex 3 – France
07 86 53 48 34
baptiste.viaud@univ-nantes.fr