

# Entre sport et médecine, la santé publique ?

## Commentaire

**François-Xavier Schweyer**

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2009/1 Vol. 27 , PAGES 99 À 110  
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2009.0106

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-1-page-99?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour JLE.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

## ***Entre sport et médecine, la santé publique ?***

### ***Commentaire***

*François-Xavier Schweyer\**

*La recherche présentée par S. Fleuriet et L. Sallé a pour objet le devenir professionnel de médecins diplômés d'une compétence en médecine du sport. Il s'agit d'étudier de manière spécifique les « entrants », c'est-à-dire les médecins ayant choisi de se former à la compétence médico-sportive, et l'usage effectif qu'ils font de cette compétence. La problématique adoptée oscille entre trois pôles qui ne sont jamais dissociés. D'une part, une population de 202 médecins diplômés de la faculté de médecine de l'université de Lille entre 1972 et 2002, considérée comme un tout et qui rassemble « ceux qu'on désigne ordinairement comme “médecins du sport” ». D'autre part, une expertise dont la mise en œuvre est étudiée et qui définit un domaine d'exercice. Enfin, le champ sportif appréhendé par le sport d'élite et ses problèmes, le dopage tout particulièrement. Ainsi, la médecine du sport est abordée au travers des médecins ayant suivi une formation diplômante en la matière, quelle que soit leur pratique. Ce choix délibéré se fonde sur la critique « d'une sociologie de la médecine du sport » qui n'étudie que les médecins ayant une pratique auprès de sportifs, en excluant l'ensemble des médecins diplômés*

---

\* François-Xavier Schweyer, sociologue, professeur à l'EHESP, Équipe de Recherche sur les Inégalités Sociales, UMR 8097, CMH, 48, boulevard Jourdan 75 014 Paris, France.

*més en médecine du sport. Un raisonnement un peu circulaire conduit à conclure que la médecine du sport, caractérisée à partir de la mise en œuvre d'une expertise attestée par un diplôme, est hétérogène et ambivalente. La réalité de la compétence est, en effet, discutée à partir des particularités des pratiques sportives intensives. Toutefois, la caractéristique commune à tous les médecins du sport serait la « passion » vouée au sport.*

*Les résultats présentés donnent à voir les différentes dimensions de la question traitée et montrent, par exemple, les limites d'une forme de médicalisation du champ sportif. La démonstration pâtit toutefois d'une approche qui reste nominaliste, au sens où la réalité de la médecine du sport est définie par un titre, celui de titulaire d'une compétence. Il s'ensuit un flottement dans la terminologie utilisée : l'article évoque indifféremment une pratique, un domaine, une discipline, une compétence, une profession. Tantôt les médecins diplômés sont appelés « corporation » ou « profession » et sont comparés à d'autres « corps professionnels » ; tantôt les auteurs parlent d'un « paysage de praticiens » pour souligner au contraire une médecine du sport plurielle composée d'une « multitude d'entités médicales ». Il ne s'agit pas ici de revenir sur la question de la définition de la médecine du sport, mais plutôt de voir en quoi cette compétence et ses usages contribuent à mieux interroger les évolutions du champ médical.*

### ***Le titre, la pratique et le soin***

*L'analyse des pratiques des médecins diplômés saisies par l'enquête ne permet pas seulement de déconstruire la notion de « médecine du sport » empruntée aux médecins, elle invite à s'interroger sur les motivations des jeunes médecins à suivre des formations complémentaires dès la fin de leurs études.*

*Les 202 médecins de l'échantillon sont, pour 60 %, des médecins généralistes (exerçant en milieu urbain principalement) et, pour 40 %, des médecins spécialistes (hospitaliers ou salariés d'administrations). Selon les déclarations des enquêtés, les compétences médico-sportives acquises sont rarement mises en pratique ou du moins n'infléchissent pas la pratique médicale. Soixante-dix pour cent des généralistes et 64 % des spécialistes diplômés déclarent avoir moins du quart de leur clientèle « spécifiquement sportive », sans que l'on sache d'ailleurs comment est défini un patient « sportif ». À propos des actes réalisés auprès de cette clientèle, trois quarts des médecins évoquent les certificats de non contre-*

*indication à la pratique sportive et la moitié d'entre eux, des soins de traumatologie bénigne du sportif (entorse, tendinite). Autrement dit, il s'agit de soins de premier recours et d'obligations médico-administratives. S. Fleuriet et L. Sallé concluent à un « faible niveau de professionnalisation de la spécialité », en opposition implicite avec ce que représente l'accompagnement de l'activité des sportifs de haut niveau.*

*Que l'établissement des certificats de non contre-indication à la pratique sportive représente une part importante de l'activité mobilisée pour définir les médecins du sport n'est pas anodin. D'autres médecins généralistes jugent au contraire que la demande de tels certificats est « indue », parce qu'il leur semble impossible de pouvoir certifier d'une non contre-indication au cours d'une consultation ordinaire (Levasseur et al., 2001). Quelle est l'opinion des médecins enquêtés ? La part de leur activité consacrée à ces certificats suggère une acceptation. Mais n'aurait-il pas été intéressant d'approfondir plus avant les activités décrivant l'arc de travail déployé auprès des patients qualifiés de sportifs ? Les examens cliniques pratiqués sont-ils plus approfondis ? Sont-ils accompagnés d'un travail de prévention, de conseil ? Peut-on parler d'un suivi personnalisé dans le cadre d'une approche globale ? Ces prises en charge se distinguent-elles de celles qui peuvent être mises en œuvre auprès de patients diabétiques, de patients ayant des troubles cardiovasculaires ou atteints d'obésité ? Les compétences médico-sportives acquises sont-elles mobilisées auprès d'autres patients ? Autrement dit, le champ de compétence dont il est question se limite-t-il au domaine du sport proprement dit — mais non défini ici — ou concerne-t-il le domaine plus large des activités physiques ? Cette question, non posée explicitement, aurait permis de proposer, au-delà de la catégorie « médecine du sport » endogène au milieu médical, une redéfinition de l'objet en distinguant, par exemple, des compétences mobilisables en exercice généraliste et une activité spécialisée auprès d'une population particulière (les sportifs de haut niveau). Les premières feraient l'objet de formations à des compétences ou des capacités alors que la seconde suscite une interrogation en termes de spécialisation. Une comparaison avec la gériatrie pourrait être, de ce point de vue, féconde. Les activités physiques demandent-elles un suivi particulier ? Et si oui, peut-on parler d'un travail de trajectoire au sens de Strauss (1992) ? L'acquisition d'une compétence en médecine sportive permet-elle de se constituer un réseau spécifique de confrères ? Induit-elle un partenariat privilégié avec des masseurs-kinésithérapeutes ou d'autres spécialistes ? Ces questions constituent sans doute une part de l'enjeu qui est présenté en conclusion, celui d'une transition possible d'une médecine du sport vers une « médecine de l'homme en mouvement ».*

*En quoi la médecine du sport se définit-elle par un rapport spécifique au champ sportif ? Les auteurs mettent en lumière un paradoxe et un engagement affectif individuel. Voyons le paradoxe. Moins de la moitié des médecins diplômés interviennent au sein de clubs, de comités départementaux ou régionaux ou de fédérations pour « couvrir des compétitions ou systématiser une visite médicale en début de saison ». Et quand ils le font, c'est trois fois sur quatre de façon bénévole, à titre amical et gratuit, c'est-à-dire privé. Les auteurs qualifient de paradoxe le fait que des médecins diplômés d'une compétence spécialisée réalisent surtout des actes ne requérant pas cette compétence. Mais seul le postulat de départ donne consistance à ce paradoxe. Car les résultats présentés montrent au contraire qu'il n'y a là rien de paradoxal : pour l'ensemble des diplômés des formations en médecine du sport, les motivations conduisant à cette formation ne relèvent pas d'un projet professionnel ou d'un désir de spécialisation mais plutôt d'une affinité personnelle pour le sport. Autrement dit, l'acquisition d'une compétence s'inscrit comme un complément d'une formation générale. Ce résultat rejoint ce qui est observé chez les jeunes généralistes, par exemple, qui sont nombreux à suivre des formations complémentaires en fin d'étude ou pendant la période de remplacement. Le moment de la formation en médecine du sport est d'ailleurs, pour 30 % des diplômés, la dernière année d'études de médecine et, pour 42 %, il se situe « juste après la dernière année ». Les recherches sur la formation des médecins montrent que les étudiants ont rarement un projet professionnel en tant que tel, leurs choix se font plutôt par ajustements successifs (Bloy, 2005). Les motivations exprimées pour justifier les orientations professionnelles relèvent d'ailleurs souvent du domaine privé, des conditions de vie espérées et de l'épanouissement personnel, autant que de stratégies de carrière explicites (Schweyer, 2008). Par ailleurs, les choix professionnels, autrement dit la définition progressive d'un mode d'exercice et d'un style de pratique médicale, ne se limitent pas nécessairement à l'activité proprement dite mais peuvent viser un profil de clientèle souhaité. Le choix d'un mode d'exercice particulier, en acupuncture ou en homéopathie, par exemple, peut traduire une volonté (pas nécessairement affichée) de sélectionner la clientèle. La question pourrait être posée du lien entre une formation en médecine du sport et le souhait de recruter une clientèle jeune ou active. Les médecins enquêtés ont au moins un quart de leur clientèle qui est qualifiée de « sportive ». Affichent-ils leur compétence sur leur plaque ? En font-ils mention sur leurs ordonnanciers ? Manifestent-ils le souci de prendre en charge une clientèle « sportive » ? On pourrait aussi élargir la réflexion au statut social du médecin : le constat qui est fait d'un engagement essentiellement bénévole dans le milieu sportif invite à s'interroger sur l'existence ou non*

*chez les médecins diplômés en médecine du sport d'une quête de notoriété et d'honorabilité qui serait une version moderne de la dimension de notable local (1).*

### ***Une dynamique de spécialisation ou de redéfinition ?***

*La médecine du sport n'est pas reconnue comme une spécialité et son cadre légal d'exercice est, selon les auteurs, défini de façon lacunaire. L'aspect composite de la « médecine du sport » est-il le fait d'une étape d'un processus de spécialisation ? Peut-on parler d'une discipline émergente ? La problématique de la spécialisation médicale n'a pas été retenue par les auteurs qui ne l'ont pas jugée « en soi suffisante pour saisir et appréhender une pratique inexorablement hétérogène ». Comme la « médecine du sport » ressortit à la fois au champ médical et au champ sportif, son exercice est en tension entre un projet curatif et préventif de promotion de la santé et une médecine de la performance. Elle constitue un ensemble hétérogène de médecins diplômés au sein duquel les auteurs repèrent un noyau de « véritables praticiens ». L'image d'une pratique qui serait plus ou moins dégradée par rapport à pôle authentique présente quelque analogie avec l'analyse faite par Pinto (1981) du « groupe ouvert » autour du Nouvel Observateur. Un noyau de journalistes « en titre » structure une périphérie de journalistes et de collaborateurs qui se définissent par dégradation progressive, sur le plan du savoir-faire et du temps consacré à l'activité. Affirmer qu'une majorité de médecins du sport « ne tient pas pleinement son rôle en se coupant des problématiques propres à la performance », suggère que la prise en charge des sportifs de haut niveau ayant une pratique intensive constitue seule la « vraie » médecine du sport. Cette dernière sert de référence pour analyser les représentations et la conception du sport des médecins enquêtés. Soixante-et-onze pour cent de ces derniers conçoivent le sport comme « une pratique de loisir, de santé et d'éducation » et leurs représentations se traduiraient par la locution « mens sana in corpore sano ». Beaucoup des médecins enquêtés auraient ainsi une « vision très angélique du sport » critiquée par les auteurs pour qui ces médecins « continuent, tels des évangélistes, à célébrer un sport conçu à leur image, amateur, désintéressé et sans risque pour l'intégrité du pratiquant ». La critique concerne*

---

(1) Bourdieu (1984) évoque les stratégies d'accumulation ou d'entretien d'un capital de notoriété et d'honorabilité au sujet de l'investissement de membres d'une bourgeoisie locale dans des équipements et des équipes sportifs.

*l'ensemble des médecins diplômés en se référant aux pratiques de dopage dans le sport de haut niveau. Mis à part le jugement de valeur sur lequel nous reviendrons, cette approche paraît trop unidimensionnelle.*

*Aborder la médecine du sport en termes de spécialisation ne revient pas à n'étudier que les médecins dont la pratique est spécialisée, mais au contraire, et de manière très ouverte, à comprendre un processus socio-historique complexe. Pinell définit ce dernier comme « un processus de division du champ médical en sous-ensembles de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et aboutissant ou non à la constitution d'une spécialité instituée et reconnue comme légitime par les institutions dominant le champ » (Pinell, 2005 : 7). Il ajoute que le processus de division en sous-espaces spécialisés « est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical ». Autrement dit, les facteurs scientifiques, techniques, économiques, politiques qui interviennent dans l'émergence ou le développement d'un sous-espace spécialisé ne sont pas extérieurs mais bien constitutifs du processus.*

*Dans le cas de la médecine du sport, ce processus semble inabouti et peut-être en échec avec une redéfinition du domaine d'expertise et de la division du travail. Désenclaver la médecine du sport pour l'inscrire dans des environnements, des « écologies liées » selon la terminologie d'Abbott (2005), aurait aidé à comprendre les raisons de cet échec. Au plan politique, le cadre législatif est rapidement évoqué. Reprenons les faits. L'évolution du nombre de diplômés lillois à compétence médico-sportive est très contrastée, avec une forte augmentation de 1972 à 1984, une quasi-rupture entre 1984 et 1987 et ensuite une stagnation des effectifs à un niveau souvent inférieur à la dizaine. Ces changements seraient en « coïncidence étroite » avec les dispositions législatives. En 1975, la loi Mazeaud introduit l'obligation d'un contrôle médical préalable pour tout compétiteur sportif. Mais, selon les auteurs, il existe une ambiguïté quant à la nécessité pour le médecin prescripteur d'avoir une formation spécifique ou non. De plus, la définition du sportif relève d'une approche large allant du sportif en club à la pratique de haut niveau. Le propos ne semble pas exact car les décrets de mai 1977 réservaient le droit d'établir les certificats de « non contre-indication à la pratique des sports » aux seuls médecins titulaires du CES de « biologie appliquée à l'éducation physique et au sport » (créé en 1949). C'est cette disposition qui fut abrogée par la loi de 1984. Rieu, spécialiste du domaine, précise que cette décision a été prise « sous la pression des syndicats médicaux » (Rieu, 2003 : 162). Les décisions de 1984 quant à l'abrogation du monopole de prescription des certificats s'inscrivent dans un contexte politique parti-*

*culier. En effet, le début des années 1980 a été un moment de forte mobilisation des médecins généralistes autour de deux thèmes revendicatifs, la valorisation universitaire de la médecine générale et le refus de la dévalorisation économique des actes de médecine générale (Hassenteufel, 1997). Peut-on établir un lien entre l'échec de la tentative de constitution d'un marché du travail spécifique à la prise en charge des sportifs et la mobilisation des médecins généralistes qui a conduit à la tenue des États généraux de la médecine générale en 1984 ? Les débats ont-ils mentionné le cas de la médecine du sport ? Il s'agit de comprendre si le contexte politique donne sens au décrochage du nombre d'inscrits à la formation spécialisée. Rappelons qu'un décret d'application daté de 1987 distingue la délivrance du simple certificat d'aptitude à la pratique sportive pouvant être établie par tout médecin et la surveillance des sportifs de haut niveau qui ne peut être faite que par un médecin titulaire d'un CES ou d'une capacité en biologie et médecine du sport. Cette évolution législative expliquerait la baisse du nombre de médecins formés à partir de 1984. Jusqu'alors, le choix de la formation relevait, selon les auteurs, « d'une opportunité liée au fait de détenir une compétence spécifique permettant de réaliser des actes potentiellement réglémentés et inaccessibles au simple médecin généraliste ». Ainsi, l'attrait de la formation, constaté dans les premières années (1972-1984), aurait traduit une volonté de spécialisation permise par un exercice réservé auprès de patients pratiquant un sport. Il aurait été intéressant d'étayer cette hypothèse avec des données empiriques, issues, par exemple, d'un traitement différencié des sous-populations étudiées : les diplômés entre 1972 et 1979, les diplômés des promotions de 1980 et 1984, l'ensemble des diplômés depuis 1987. Les motivations pour cette formation ont-elles évoluées ? Les pratiques de ces médecins, leurs représentations, sont-elles différentes ?*

*Les facteurs scientifiques qui permettraient de définir la médecine du sport comme une spécialité ne sont guère évoqués, sinon par l'absence de définition de bonnes pratiques qui conduit chaque médecin à s'en tenir à son propre jugement et à sa conscience. Ce constat invite à s'interroger sur le faible ancrage universitaire de la « médecine du sport » et sur ses effets. La non-existence d'une filière hospitalo-universitaire peut expliquer, pour une part, le recul de la médecine du sport en CHU. Le nombre d'unités fonctionnelles spécialisées a diminué de 21 en 1990 à 16 en 2000, mais surtout les effectifs d'enseignants hospitalo-universitaires auraient chuté de 50 % sur la même période (Rieu, 2003). L'analyse de cette « élite », des débats et des controverses sur la réalité et la valeur de l'entité disciplinaire « médecine du sport », aiderait à comprendre les spécificités du processus de spécialisation et permettrait d'utiles comparaisons avec la médecine du travail, la santé publique ou la gériatrie, par exemple, qui*

*partagent aussi une approche globale, pour une population donnée, et avec une part préventive, ces caractéristiques pouvant être jugées « sub-alternes » au regard des spécialités technologiques, d'organes ou de systèmes. Le faible ancrage universitaire de la médecine du sport peut expliquer aussi la quasi-absence d'une recherche labellisée dans ce domaine et le manque de connaissance souvent souligné sur les conduites dopantes ou addictives associées au sport « ordinaire » (Lert, 2003) et sur les risques d'accident et de morbidité associés (Choquet, 2003).*

*À propos de la formation, les auteurs établissent que 40 % des candidats se déclarent insatisfaits à l'égard des contenus pédagogiques de la formation, jugée trop théorique, c'est-à-dire trop éloignée des préoccupations pratiques. Le niveau d'insatisfaction, relatif au demeurant, a-t-il varié dans le temps ? Est-il plus élevé parmi les médecins ayant une formation après 1984 ? L'insatisfaction est expliquée par le « hiatus entre les aspirations initiales des médecins inscrits dans la formation par opportunité et la réalité des débouchés professionnels ». Ne faudrait-il pas plutôt chercher dans le contenu des formations dispensées la raison des insatisfactions exprimées ? La capacité de médecine et biologie du sport, qui a remplacé le CES en 1988, comprend entre 100 et 120 heures de cours théoriques et une formation pratique de 40 demi-journées (stage sur le terrain, participation à des activités d'un centre médico-sportif, séminaires). Le programme est ambitieux et aborde la physiologie de l'exercice, la traumatologie du sport, la médecine « de terrain », le sport et les états pathologiques, la santé de l'adulte et de l'enfant sportif, etc. Les travaux de la commission Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes (2001-2002) mentionnent « un saupoudrage de connaissances mal assimilées » à propos de la formation dispensée dans le cadre de la capacité. Selon elle, il serait préférable de cibler la formation « sur les problèmes auxquels sera confronté le médecin dans sa pratique occasionnelle en milieu sportif » (Aeberhard et Bréchat, 2003 : 165). Le rapport ajoute que, de par le caractère superficiel de l'enseignement et la quasi-absence de formation pratique, la capacité ne peut être assimilée à une véritable spécialisation, « tout au plus à une démarche initiatique ». Car il a été constaté que les médecins ont dû apprendre leur métier « sur le tas », de manière autodidacte, chacun ayant une vue de la médecine du sport qui dépend de sa spécialité d'origine (physiologie, traumatologie, cardiologie, endocrinologie, médecine générale, etc.). Une analyse plus détaillée des données de l'enquête présentée, distinguant généralistes et spécialistes, et spécifiant les 40 % de spécialistes de l'échantillon, aurait été intéressante pour comprendre les rapports à la formation reçue.*

*En dehors de tout cadre officiel de spécialisation, la pratique de la médecine du sport pourrait être analysée en termes de « spécialisation informelle », comme l'ont fait Giami et de Colomby (2001) au sujet des sexologues (2). Leur analyse ne part pas d'une formation ou d'un diplôme, mais de la pratique ordinaire des médecins, en supposant que ces derniers sont confrontés, dans leur pratique, à des demandes et à des problèmes concernant de près ou de loin la sexualité, l'activité sexuelle et ses conséquences. La question se pose alors de savoir si les médecins préfèrent éviter ou même refuser d'avoir à répondre à ces problèmes, s'ils ont le sentiment de « subir » ces questions et s'ils souhaitent y répondre activement. Selon quelles modalités sont-ils en mesure d'y répondre et éventuellement de s'engager dans des formations dans ce domaine ? La notion de spécialisation informelle permet de comprendre cette différenciation des pratiques. Elle se situe au niveau de l'expérience professionnelle des médecins, caractérisée par la gestion quotidienne des demandes et des problèmes des patients, par le développement d'attitudes psychologiques et de dispositions techniques et relationnelles et par la structuration et l'organisation de la pratique quotidienne en relation avec les confrères. La notion de spécialisation informelle pourrait être stimulante pour analyser la médecine du sport en ce qu'elle invite à dépasser l'opposition entre « véritable praticien » et « faible niveau de professionnalisation », pour essayer de dégager des formes de pratiques qui renvoient à des conceptions du sport variables, et peut-être à un processus jalonné en étapes en termes de formation, d'implication dans le milieu sportif, de constitution de réseau de confrères, etc. Au niveau institutionnel, la spécialisation informelle peut être analysée comme un début de reconnaissance officielle d'une pratique qui n'a pas atteint le niveau de sa reconnaissance comme spécialité médicale. Encore que, pour la médecine du sport, il semble que l'on assiste plus à une redéfinition d'une médecine des activités physiques qu'à une spécialisation proprement dite.*

### **Une médecine de santé publique**

*Les entretiens réalisés auprès de médecins suivant des sportifs de haut niveau montrent le flou entourant le rôle du médecin sportif. La conception de la mission peut varier entre le soin des blessures en vue d'un rétablissement le plus prompt possible et l'accompagnement du sportif dans sa démarche de performance. À quoi s'ajoutent les contrain-*

---

(2) Voir aussi Giami (2009).

tes de « l'ordre sportif » qui s'exercent sur ces médecins. Les auteurs insistent sur la confusion qui peut exister entre les missions confiées aux médecins et les structures au sein desquelles ils interviennent, confusion qui « biaise le rapport objectif médecin-patient et risque parfois de se transformer en collusions pour organiser des pratiques frauduleuses comme la prise de produits dopants ». La promiscuité des médecins du sport avec le « milieu », liée au fait d'aimer soi-même le sport, d'avoir été un pratiquant, de goûter l'ambiance de la « famille sportive » est problématique quand les médecins « se prennent au jeu (du dopage) ». Lert (2003) a souligné la grande tolérance vis-à-vis des conduites dopantes d'un milieu mobilisé pour la performance sportive. Les auteurs parlent aussi d'une « exception médico-sportive » au sens où certains médecins cautionnent des pratiques qu'ils interdiraient dans d'autres domaines sociaux ou professionnels. Le sport est toutefois promu dans la société pour son exemplarité, les sportifs vainqueurs sont célébrés comme magnifiques exemples pour les jeunes, car leurs exploits seraient de nature à garantir les valeurs de la société : l'égalité des chances, l'impartialité des arbitres, la morale des acteurs. Vigarello (2002) analyse la force mythique de cette « contre-société exemplaire » qui profile un « mieux », l'image d'un monde où les meilleurs sont vraiment les meilleurs, les réussites vraiment des réussites. L'efficacité du discours se fonde sur l'ordonnement rigoureux des performances et des résultats, toujours tendus vers un « mieux ». Le sport promeut un idéal dans un monde sans transcendance, il aide à voir différemment la réalité jusqu'à l'idéaliser. Il s'agit d'un mythe, au sens sociologique du terme, qui fait prendre par erreur un rapport idéal pour un rapport réel (Mendras, 1969). Or, la volonté d'exemplarité favorise sourdement le « faire semblant », le masquage d'images trop compromettantes. Le masquage s'accroît selon l'ampleur du spectacle et des enjeux. Les membres de la société sportive et son public tendent du coup davantage à protéger le mythe, sinon à le renforcer (Vigarello, 2002). Après s'être affranchie du rapport à l'argent, la morale du sport pourrait s'affranchir du rapport aux produits dopants.

Certains médecins du sport ont une relation communautaire, sinon fusionnelle, avec le milieu sportif. Une formation critique sur le sport et ses enjeux pourrait-elle favoriser une forme de distanciation ? Les auteurs évoquent la nécessité d'une réflexion plus globale sur le rôle du médecin intervenant dans le monde sportif, mais, au-delà, la question rappelle combien une formation à la distanciation et à l'esprit critique, qui sont au fondement des sciences sociales, serait nécessaire aux médecins. La médecine est aussi une science humaine. Se pose ainsi le problème de l'autonomie du médecin qui travaille dans un « milieu structuré autour de la production de performance ». Non seulement des pressions de la part

*des entraîneurs, voire des athlètes, s'exercent sur eux, mais encore les conseils prodigués ne sont pas toujours pris en compte. Les enjeux financiers associés aux compétitions « compliquent la tâche du médecin dans ses décisions ». La concurrence « déloyale » d'autres professionnels (physiologistes de l'effort, préparateurs physiques) mettrait en porte-à-faux les médecins qui auraient des difficultés à résister aux pressions de l'encadrement sportif ou administratif. Les médecins seraient renvoyés à leur éthique personnelle, à leur propre jugement en l'absence de référentiel de pratique substantiel. Le rapport sur les activités physiques et sportives déjà cité souligne également le haut niveau de formation des cadres sportifs qui place certains médecins dans une situation d'inégalité de compétences préjudiciable à leur indépendance de jugement. Mais la question s'arrête-t-elle au face-à-face médecins et milieu sportif ?*

*Le constat de la faiblesse de leur légitimité clinique appelle un élargissement de l'approche et un désenclavement de la médecine du sport. En effet, le dopage n'est plus cantonné aux sportifs de haut niveau, ni à la consommation individuelle et dispersée. Dans ses formes récentes, il s'agit d'une consommation collective et organisée. Des circuits d'approvisionnement existent, des « spécialistes » émergent. Le dopage concerne une population, il est devenu un problème de santé publique. Il ne concerne plus les seuls sportifs mais l'ensemble des citoyens. C'est bien le sens des dispositions prises à la suite de la loi du 23 mars 1999 sur la protection de la santé des sportifs et de lutte contre le dopage et de l'intégration de cette dernière dans le Code de la santé publique. Le dopage n'est donc pas une question de morale sportive ou d'éthique personnelle car c'est bien l'interdit sanitaire qui est premier. La faute n'est pas dans l'effort logique de se distinguer, mais bien dans le recours à des substances qui mettent en cause l'intégrité physique et qui risquent de détruire. Au sein du milieu sportif, le recours à la morale prend sens dans le cadre de l'entretien du mythe de l'exemplarité, mais avec pour effet d'obscurcir le problème en refusant d'en mesurer l'ampleur et le danger. L'enjeu dépasse la reconnaissance institutionnelle de la médecine du sport ou l'élaboration de référentiels précis de bonnes pratiques. Il s'agit d'un problème de santé publique qui s'est traduit par la création d'une agence spécifique, par la conception de politiques publiques. La société civile s'est emparée du problème jusqu'alors confiné au milieu sportif.*

*De ce point de vue, ce n'est pas la médecine du sport qui meurt, c'est la démocratie sanitaire qui gagne du terrain. Une médecine des activités physiques et sportives, conçue dans une perspective de santé publique, semble pouvoir se définir peu à peu alors que s'estomperait une médecine du sport conçue dans une logique de spécialisation au sein de la profession médicale.*

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Abbott A., 2005, *Linked ecologies: States and universities as environments for professions*, *Sociological Theory*, 23, 3, 245-274.
- Aeberhard P., Bréchat P.H., 2003, Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes, Rennes, Éditions ENSP.
- Bloy G., 2005, *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien*, *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 103-125.
- Bourdieu P., 1984, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit.
- Choquet M., 2003, *La consommation de stéroïdes anabolisants, une réalité parmi les jeunes scolarisés ?*, In : Aeberhard P, Bréchat P.H., eds, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, Rennes, Éditions ENSP, 199-202.
- Giami A., de Colomby P., 2001, *Profession sexologue ? Sociétés Contemporaines*, 41-42, 41-63.
- Giami A., 2009, *La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité*, In : Bloy G., Schweyer F.X., eds, *Les médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, à paraître.
- Hassenteufel P., 1997, *Les médecins contre l'État*, Paris, Presses de Science Po.
- Lert F., 2003, *Épidémiologie : sport, dopage, conduites addictives et santé*, In : Aeberhard P, Bréchat P.H., eds, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, Rennes, Éditions ENSP, 65-70.
- Levasseur G., et al., 2001, *Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins*, *La Revue du Praticien*, 17, 603, 246-250.
- Mendras H., 1969, *Éléments de sociologie*, Paris, A. Colin.
- Pinell P., 2005, *Champ médical et processus de spécialisation*, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 156-157, 4-36.
- Pinto L., 1981, *Les affinités électives. Les amis du Nouvel Observateur comme « groupe ouvert »*, *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 36-37, 105-124.
- Rieu M., 2003, *Médecine du sport*, In : Aeberhard P, Bréchat P.H., eds, *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*, Rennes, Éditions ENSP, 161-176.
- Schweyer F.X., 2008, *Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale*, In : *La médecine générale, rapport 2006-2007, ONDPS, tome 1*, 89-135.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Textes réunis et présentés par I. Baszanger*, Paris, L'Harmattan.
- Vigarelo G., 2002, *Du jeu ancien au show sportif. La naissance d'un mythe*, Paris, Le Seuil.